



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

NADJA FERNANDA TREFIGLIO NAIS FABRICIO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO
TABAGISMO**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ilda de Godoy

**Botucatu
2015**

NADJA FERNANDA TREFIGLIO NAIS FABRICIO

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA
DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

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

Orientador (a): Prof^a. Dr^a Ilda de Godoy

Botucatu
2015

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

Fabricio, Nadjá Fernanda Trefiglio Nais.

Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo / Nadjá Fernanda Trefiglio Nais Fabricio. - Botucatu, 2015

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

Orientador: Ilda de Godoy

Capes: 40400000

1. Fumo - Vício - Tratamento. 2. Pessoal da área médica. 3. Equipes de saúde - Conhecimento e aprendizagem - Fumo - Vício.

Palavras-chave: Abandono do uso de tabaco; Pessoal de saúde; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Tabagismo; Uso de tabaco.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Nadja Fernanda Trefiglio Nais Fabricio

Título: Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais Antonio e Antonia, pelas orações e incentivo em mais esta vitória, estando presentes nos diferentes momentos desta trajetória, ensinando-me que a educação e o respeito são a base da construção do caráter de uma pessoa.

Ao meu marido Vinicius, pelo companheirismo, amizade e encorajamento, valorizando-me e me fazendo tão feliz. Eu amo você.

A minha “irmã de coração” Márcia, sempre ao meu lado, torcendo por minhas conquistas e sucesso.

A minha companheira Sophia, por momentos de alegria e relaxamento que somente um cão pode propiciar.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

A Deus, por esta importante oportunidade, iluminando-me nesta jornada e por permitir-me senti-lo constantemente presente em minha vida.

A minha querida orientadora Ilda, por estar sempre presente nesta trajetória, fazendo com que a trilha fosse de maneira segura e acolhedora.

À equipe de profissionais dos serviços de saúde de Dois Córregos, por acreditarem nas mudanças, apesar dos diversos obstáculos, tornando possível a realização deste trabalho, e em especial à Aparecida de Fátima, gestora de saúde do município, por me apoiar totalmente e ajudar na construção deste sonho.

Às enfermeiras dos serviços de saúde – Atenção Básica e Hospital - por toda a disponibilidade e responsabilidade demonstradas com os questionários deste estudo.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por me apresentarem um novo cenário de descobertas constantes.

Ao meu amigo Marco Antonio, pela atenção, amizade e apoio técnico no decorrer deste trabalho.

A minha amiga Karyn, pela amizade sincera e estar presente em diferentes momentos de minha vida, inclusive nesta mais nova etapa.

As minhas amigas Ana Beatriz, Karina, Mariana, Priscila e Rafaela, pela verdadeira amizade e apoio na construção de uma caminhada mais prazerosa.

Epígrafe

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

(Paulo Freire)

Resumo

RESUMO

Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo.

O tabagismo, conceituado como o ato de consumir cigarro industrializado ou qualquer produto derivado do tabaco, atualmente é reconhecido como doença crônica, sendo isolada na fumaça do tabaco, cerca de 4.720 substâncias tóxicas, entre elas a nicotina, causadora de dependências física e psicológica. É a principal causa evitável de doenças, invalidez e morte em todo o mundo, sendo a prevenção do tabagismo e o abandono do uso do tabaco, ações clinicamente eficazes e altamente custo efetivas para a Saúde Pública. É um tema atual e de extrema relevância para o cuidado em saúde, no entanto, até o momento, não foram descritos estudos realizados no Brasil que abordem o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo, tanto para aqueles que atuam na Atenção Básica, quanto àqueles que exercem suas atividades em rede hospitalar. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem quantitativa. Foram avaliados 136 profissionais de saúde da Atenção Básica e área hospitalar do município de Dois Córregos, através de questionário estruturado e autoaplicável. Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (87,5%), idade média de 40,3 ($\pm 11,3$) anos, escolaridade até o ensino médio (52,9%) e tempo de experiência profissional de até 10 anos (55,9%). Houve predomínio da Atenção Básica (68,4%) como local de trabalho e técnicos de enfermagem (27,9%) como categoria profissional. Quanto à história tabágica, 67% dos indivíduos eram não fumantes, 20,5% ex-fumantes e 12,5% fumantes. 92,7% dos profissionais nunca trabalharam na cessação do tabagismo e 47,1% tiveram qualificação sobre o tratamento do tabagismo durante o curso de formação profissional. O conhecimento sobre o tratamento foi considerado insuficiente por 66,2% dos participantes. A questão que abordava o conceito do tabagismo foi respondida incorretamente por 62,5% dos profissionais, com destaque para 93,6% dos agentes comunitários de saúde que a descreveram de maneira incorreta. Em relação às questões sobre conhecimentos específicos dos profissionais de saúde para a cessação do tabagismo, predominaram respostas incorretas para as questões que abordavam testes fundamentais na avaliação clínica do tabagista. 73,5% dos participantes consideraram o tema do estudo relevante e 86% responderam que queriam aprender mais. O coeficiente de alfa de Cronbach ($\alpha = 0,7144$) demonstrou a consistência do instrumento de coleta de dados. O estudo apresentou elevado número de profissionais de saúde que nunca exerceram atividades para a cessação do tabagismo, além destes apresentarem falhas no conhecimento sobre o tema, evidenciando dessa maneira, a ausência de ações estruturadas que abordem os tabagistas quanto aos malefícios do tabaco e os benefícios da cessação. Portanto, há a necessidade de criação de protocolo de atendimento aos tabagistas e treinamento dos profissionais para a execução deste.

Palavras chave: tabagismo; uso de tabaco; abandono do uso de tabaco; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; pessoal de saúde.

Abstract

ABSTRACT

Evaluation of the knowledge of health professionals about the smoking cessation program.

Smoking, conceptualized as the act of consuming commercial cigarettes or any tobacco-related product, is currently recognized as a chronic disease, being isolated in tobacco smoke about 4,720 toxic substances, including nicotine causing physical and psychological dependencies and the leading preventable cause of diseases, disability and death worldwide, and smoking prevention and cessation of tobacco use are clinically effective actions and highly effective cost to the public health. It is a current matter of the utmost importance for the health care, however, until now, have not been described studies in Brazil that approach the knowledge of health professionals about the smoking cessation program, for both those who work in basic care, as those who perform activities in the hospital network. The objective of this study was to evaluate the knowledge of health professionals about the smoking cessation program. This is a descriptive, observational, with a quantitative approach. The study evaluated 136 health professionals from basic care and hospital area in the city of Dois Córregos, through structured and self-administered questionnaire. The results of this study showed that most of the individuals were female (87.5%), mean age 40.3 (+ 11.3) years old, schooling until high school (52.9%) and length of professional experience up to 10 years (55.9%). There was a predominance of basic care (68.4%) as workplace and nursing technicians (27.9%) as professional category. Regarding the smoking history, 67% were nonsmokers, 20.5% former smokers and 12.5% smokers. 92.7% of the professionals have never worked in smoking cessation and 47.1% had qualification on the treatment of smoking during the course of vocational training. Knowledge about the treatment was considered insufficient by 66.2% of the participants. The question covering smoking concept was answered incorrectly by 62.5% of the professionals, especially 93.6% of community health workers that described it incorrectly. With regard to the questions about specific knowledge of health professionals to smoking cessation, predominated incorrect answers to the questions that approached key tests in the clinical evaluation of smoker. 73.5% of the participants considered relevant the subject of study and 86% said they wanted to learn more. Cronbach's alpha coefficient ($= 0.7144$) demonstrated the consistency of the data collection instrument. The study presented a high number of health workers who have never exercised activities for smoking cessation, also they presented gaps in knowledge on the subject, showing this way, the absence of structured actions that address the smokers about the dangers of smoking and the benefits of the cessation. So there is the need to create a care protocol to the smokers and training of the professionals to implement this.

Keywords: smoking; use of tobacco; abandonment of tobacco use; National Program for Tobacco Control; health personnel.

Lísta de Ilustrações

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 – Fluxograma do estudo. Dois Córregos, 2014.	40
--	----

Lísta de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das variáveis sociodemográficas. Dois Córregos, 2014. ...	44
Tabela 2 –	Dependência à nicotina segundo o Teste de Fagerström. Dois Córregos, 2014.	45
Tabela 3 –	Atuação no controle do tabagismo segundo categoria profissional – Médicos e Outros profissionais de saúde. Dois Córregos, 2014.....	46
Tabela 4 –	Comparação da história de tabagismo com a percepção do conhecimento sobre o tema “tabagismo”. Dois Córregos, 2014.	47
Tabela 5 –	Comparação da percepção do conhecimento sobre o tema “tabagismo” entre os médicos e outros profissionais de saúde. Dois Córregos, 2014.	47
Tabela 6 –	Comparação da percepção do conhecimento sobre o tema “tabagismo” entre os locais de trabalho. Dois Córregos, 2014.....	47
Tabela 7 –	Conceito de tabagismo segundo local de trabalho dos participantes. Dois Córregos, 2014.	48
Tabela 8 –	Conceito de tabagismo segundo categoria profissional dos participantes. Dois Córregos, 2014.	48
Tabela 9 –	Distribuição das questões sobre a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre cessação do tabagismo de acordo com resposta correta ou incorreta. Dois Córregos, 2014.....	50
Tabela 10 –	Teste de Monóxido de Carbono no ar expirado (COex). Dois Córregos, 2014.	51
Tabela 11 –	Definição de fissura. Dois Córregos, 2014.....	51
Tabela 12 –	Intervenções motivacionais. Dois Córregos, 2014.	52
Tabela 13 –	Data de parada do cigarro – Dia “D”. Dois Córregos, 2014.....	52
Tabela 14 –	Medicamentos de 1ª linha no tratamento do tabagismo. Dois Córregos, 2014.	53
Tabela 15 –	Terapia de Reposição de Nicotina (TRN). Dois Córregos, 2014.....	53
Tabela 16 –	Comparação da relevância do tema com a categoria profissional dos participantes. Dois Córregos, 2014.	54
Tabela 17 –	Associação das respostas do tema relevante com conhecimento suficiente. Dois Córregos, 2014.	54
Tabela 18 –	Relevância do tema segundo categoria profissional dos participantes. Dois Córregos, 2014.....	55
Tabela 19 –	Associação das respostas referentes ao conhecimento suficiente com as respostas de aprender mais. Dois Córregos, 2014.....	55

Lísta de Abreviaturas e Síglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cratod	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CQCT	Convenção-Quadro para Controle do Tabaco
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EM	Entrevista Motivacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PTA	Poluição Tabagística Ambiental
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
COex	Teste de Monóxido de Carbono no ar expirado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	JUSTIFICATIVA	34
3	OBJETIVOS	36
	3.1 Objetivo geral	36
	3.2 Objetivos específicos	36
4	MÉTODOS	38
	4.1 Tipo de estudo	38
	4.2 Procedimentos éticos	38
	4.3 Local do estudo	38
	4.4 População do estudo	39
	4.5 Coleta de dados	41
	4.5.1 Instrumento	41
	4.5.2 Procedimentos	41
	4.6 Análise dos dados	42
5	RESULTADOS	44
	5.1 Características gerais	44
	5.2 Caracterização tabágica	45
	5.3 Características do perfil profissional quanto à prática na cessação do tabagismo	45
	5.4 Caracterização do conhecimento	46
	5.5 Relevância do tema e disposição em aprender	53
6	DISCUSSÃO	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	PRODUTO	65
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	76
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
	APÊNDICE B – Questionário	78
	ANEXO	86
	ANEXO 1 – Parecer do CEP	86

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os primeiros relatos do uso do tabaco ocorreram em terras americanas. As culturas indígenas situadas na América faziam uso do tabaco em rituais mágico religiosos, em que o sacerdote ou pajé entrava em transe aspirando o fumo do tabaco. Posteriormente, no século XVI, devido às navegações oriundas da Espanha, Portugal, Inglaterra e França, ocorreu a introdução da nicotina na Europa. Após cinquenta anos foi utilizada por distintos grupos sociais, como nobres, plebeus, marinheiros e soldados. Dessa maneira, o tabaco rapidamente foi integrado em todas as populações do mundo civilizado, constituindo-se em um dos maiores fenômenos de transculturação entre os povos. ⁽¹⁾

Na primeira metade do século XX, houve uma expansão do consumo de tabaco devido à produção de cigarros em escala mundial e a consolidação da propaganda e marketing das indústrias fumageiras. A publicidade em torno do consumo do tabaco alcançou seu auge a partir da década de 50, quando as técnicas de publicidade se aprimoraram. Dessa forma, o comportamento de fumar adquiria uma representação social positiva, vinculado às imagens de liberdade, sucesso e beleza. ⁽²⁾

No entanto, a partir da década de 70, passaram a surgir no Brasil manifestações organizadas entre as sociedades médicas para o controle do tabagismo, pautadas em campanhas educativas em saúde, principalmente dirigidas às crianças e jovens em idade escolar, além do surgimento das primeiras leis municipais e estaduais restritivas ao uso do tabaco. ⁽³⁾

Em 1989, o movimento, antes restrito às classes profissionais, torna-se política de governo, já que o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), entregando sua execução ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Este instituto se responsabilizou por planejar e coordenar as ações do programa, além de disseminar informações sobre o tabagismo e suas consequências para a população. ⁽⁴⁾

Em meados da década de 90, a partir do desenvolvimento de parcerias com Organizações não governamentais (ONGs), secretarias municipais e estaduais de saúde, o PNCT priorizou ações em três vias comunitárias: unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho. ⁽⁴⁾ Somente a partir de 1996 é que houve um processo de descentralização, no qual as ações educativas deixaram de ser

pontuais, alcançando o nível nacional, através das secretarias estaduais e municipais de saúde, coordenadas pelo INCA. ^(3 - 4)

No ano de 1999, com as criações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), estados e municípios passaram a atuar na fiscalização do cumprimento das leis relacionadas ao controle do tabagismo. ^(4 - 5)

Nesse mesmo ano, em resposta à internacionalização da epidemia do tabagismo, 192 países, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), propuseram a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), reconhecido como o primeiro tratado internacional de saúde pública, o qual foi aprovado em 2003 na 56ª Assembleia Mundial da Saúde. ⁽⁶⁾

A CQCT propôs ações a serem implementadas pelos níveis regional, nacional e internacional, visando à redução primordial e contínua da prevalência do consumo e exposição à fumaça do tabaco. ^(4 - 5)

Dentre as medidas propostas pela CQCT, destacaram-se a modificação da política de impostos e preços dos cigarros, a restrição da publicidade e patrocínio dos produtos derivados do tabaco, o tratamento dos dependentes da nicotina, o combate ao comércio ilícito do cigarro, além da criação de legislação para evitar o tabagismo passivo. ⁽⁶⁾

Em 1999, os governos que ratificam a CQCT se comprometem a inserir orientações na política de desenvolvimento do país, através da coordenação nacional de cunho multissetorial e adequado financiamento das ações, devendo ainda cooperar com outras nações e organizações internacionais, visando ao alcance dos objetivos propostos por este tratado. ⁽⁴⁾

A adesão do Brasil à CQCT foi ratificada no ano de 2006 e assim passou a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco, esta de caráter intersetorial, a qual passa a ser norteadas pelos princípios, obrigações, objetivos e medidas da CQCT. ⁽⁷⁾

Com o desenvolvimento desta política, são considerados todos os atores envolvidos no processo do tabagismo, desde os fumicultores, que dependem economicamente do tabaco, aos fumantes, os quais sofrem com as doenças tabaco-relacionadas, até a sociedade, uma vez que é penalizada com a exposição involuntária à fumaça do tabaco. ⁽⁷⁾

Dessa maneira, a atual Política Nacional de Controle do Tabaco é formada por ações e programas como: o PNCT, que através de ações da área da saúde em parceria com o setor de educação, em níveis municipais, estaduais e federal, realiza a implantação de programas voltados aos ambientes livres de fumo. Além de projetos para cessação do tabaco nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ela também atinge ações coordenadas pela ANVISA, visando à regulação e fiscalização do tabagismo em recintos coletivos, restrição da propaganda e regulação das embalagens de produtos derivados do tabaco. ^(7 - 8)

Essas ações se estendem ao aumento dos custos sobre os cigarros, através de sucessivos ajustes nos impostos, à Vigilância Epidemiológica, através do desenvolvimento de inquéritos periódicos sobre a situação do tabagismo no Brasil, subsidiando a Política Nacional de Controle do Tabaco, ao Ministério do Desenvolvimento Agrário, que criou o Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), que inclui o tema tabagismo nas suas ações educativas, além de estratégias no combate ao mercado ilegal de produtos do tabaco. ^(7 - 8)

Assim, o desenvolvimento de ações contínuas e programadas para controle do tabaco em todo o Brasil contribuiu significativamente para a mudança do paradigma que cercava o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, para, progressivamente, vir a se tornar um comportamento indesejável. ⁽³⁾

Mesmo com a mudança observada na sociedade, constatou-se um crescimento estrondoso do mercado mundial dos produtos do tabaco, potencializados por estratégias das grandes companhias transnacionais do ramo para inserção em economias de mercados emergentes, associados aos desafios transfronteiriços, estes representados pelo mercado ilegal desses produtos, pela propaganda e marketing de natureza universal, além do comércio através da internet. ⁽⁴⁾

Conceituando o tabagismo, este pode ser definido como o ato de consumir cigarro industrializado ou qualquer produto derivado do tabaco, como cigarro de palha ou enrolado á mão, cigarro de Bali/cravo, cachimbo, charuto, cigarrilhas, rapé, narguilé, dentre outros. ^(6;9)

Na atualidade, o uso do tabaco não é mais considerado como hábito ou “estilo de vida” e sim reconhecido como doença crônica e está inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da OMS, classificada no grupo de

“transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas” – Grupo F 17. ^(2;10;11)

Na fumaça do tabaco foram isoladas cerca de 4.720 substâncias tóxicas, dentre elas: nicotina, alcatrão – reconhecido como potente carcinógeno, monóxido de carbono, elementos radioativos e resíduos de pesticidas e fertilizantes. ⁽¹⁾ A nicotina, droga mais difundida dentre as substâncias tóxicas, é um alcaloide presente nas folhas do tabaco, o qual após ser inalado ou aspirado, atinge em segundos, através da circulação sanguínea, o sistema mesolímbico dopaminérgico e serotoninérgico, desencadeando a liberação de neurotransmissores, principalmente a dopamina, o que proporciona sensações de prazer ou gratificação, e, como consequência, a dependência química à nicotina. ^(11 - 12)

O tabagista também apresenta dependência física à nicotina, já que sente forte compulsão ao seu uso e mesmo tentando cessar, apresentará sintomas da síndrome de abstinência, como ansiedade, depressão, irritabilidade, distúrbios do sono, falta de concentração, tonturas e cefaleia. ⁽¹¹⁾

Além da dependência física, o cigarro também causa dependência psicológica, pelo uso no alívio de tensões como angústia, sensação de vazio, depressão, ansiedade ou busca de um “companheiro” nos momentos de solidão. O cigarro também aprisiona pelos condicionamentos associados ao ato de fumar e sua ritual repetição cotidiana. ⁽¹¹⁾

Segundo as Diretrizes para cessação do tabagismo, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), o uso ou não do tabaco pode ser classificado da seguinte maneira: ⁽¹³⁾

- **Não fumante:** a pessoa que nunca fumou ou fumou menos que cem cigarros na vida, além de não fumar atualmente;
- **Ex-fumante:** a pessoa que fumou no mínimo cem cigarros na vida, sendo que atualmente não fuma;
- **Fumante ativo:** a pessoa que fumou no mínimo cem cigarros na vida e atualmente fuma diariamente ou de forma ocasional (alguns dias);
- **Fumante com pequeno consumo de cigarros:** pessoa que consome menos de dez cigarros ao dia;
- **Fumante com moderado consumo de cigarros:** pessoa que fuma entre dez e vinte cigarros ao dia;

- **Fumante com elevado consumo de cigarros:** pessoa que fuma acima de um maço ao dia;

Os aspectos relacionados ao tabagismo não se restringem apenas aos indivíduos fumantes. Atualmente, estima-se que o tabagismo passivo, definido como a inalação da fumaça da queima de derivados do tabaco por não fumantes ou ainda como a exposição involuntária ao fumo, acarrete cerca de 600 mil mortes de indivíduos expostos à fumaça do cigarro, sendo considerada a terceira causa de morte evitável no mundo. ^(4;13 - 14)

A OMS denomina Poluição Tabagística Ambiental (PTA) a fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados, sendo que os principais locais de exposição passiva ao tabaco são representados pelos microambientes, entre eles os domicílios, os locais de trabalho e locais públicos, como bares, restaurantes e lojas. ^(7;14)

Os fumantes passivos, além de sofrerem os efeitos em curto prazo quando expostos a PTA, como problemas alérgicos e cardíacos (especialmente elevação da pressão arterial e angina), irritação nos olhos, tosse e cefaleia, ainda podem apresentar complicações a médio e longo prazos, como aumento do risco de câncer de pulmão e infarto agudo do miocárdio em adultos, e maiores riscos de doenças respiratórias e de Síndrome da Morte Súbita Infantil, respectivamente em crianças e bebês. ⁽⁷⁾

Estudo que buscou descrever a prevalência e características sociodemográficas associadas ao tabagismo passivo no domicílio e no trabalho, aponta que a exposição ao tabaco de indivíduo não fumante que convive com o fumante, é equivalente a 1% de um total de 20 cigarros ao dia fumados de maneira ativa. ⁽¹⁴⁾

Portanto, torna-se imprescindível salientar o desenvolvimento de iniciativas redutoras do tabagismo aos fumantes passivos, minimizando, assim, os riscos para os indivíduos não fumantes. ⁽¹⁵⁾

Para a redução do tabagismo passivo, nos últimos anos foram criadas leis municipais e estaduais que proíbem o fumo em locais fechados, ou seja, a adoção de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco. ^(4;7)

A Lei nº 13.541 de 7 de maio de 2009, tornou o Estado de São Paulo pioneiro na proibição do ato de fumar, derivados ou não do tabaco, em ambientes

fechados de uso coletivo, sendo os estabelecimentos penalizados caso infrinjam a legislação. ⁽¹⁶⁾

O Decreto Federal nº 8.262 de 31 de maio de 2014, foi promulgado somente no mês de junho de 2014. Ele altera a regulamentação da Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996, uma vez que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Dessa forma, a partir de dezembro de 2014, fumar derivados ou não do tabaco em locais fechados de uso coletivo será proibido em todo território nacional. ^(17 - 18)

De acordo com os dados epidemiológicos que envolvem o uso do tabaco, a OMS considera o tabagismo como a principal causa evitável de doenças, invalidez e morte em todo o mundo, uma verdadeira pandemia, responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes anuais, sendo metade dessas em idade produtiva (45 – 54 anos). ^(2;11;19)

Dessa maneira, se o padrão atual de consumo não for revertido, a organização estima que no ano de 2020, o número de mortes anuais chegará a 10 milhões de pessoas, concentradas principalmente nos países em desenvolvimento. ^(2;19)

Segundo a OMS, um terço da população mundial adulta é fumante, isto é, cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas. ⁽⁷⁾ No Brasil, dados da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), considerado um estudo especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, apontou o percentual de 17,5% das pessoas com 15 anos ou mais de idade como usuários de produtos derivados do tabaco no país, correspondente a 25 milhões de pessoas. Em todas as regiões brasileiras, a parcela de homens usuários de tabaco foi maior que de mulheres. ⁽²⁰⁾

Em nosso país, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por 72% das mortes ocorridas, sendo que dentre os principais fatores de risco para a ocorrência destas doenças, destacam-se distintas condições consideradas modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, além de práticas inadequadas de alimentação. ⁽²¹⁾

Assim, o consumo do tabaco é fator de risco para diversas doenças, muitas delas graves e fatais, como doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e

diferentes tipos de câncer, oriundos dos sistemas respiratório, gástrico, urinário e reprodutor. ^(4;22)

Nas mulheres, além das doenças já citadas, o tabagismo é causador de infertilidade e complicações gestacionais e pós-gestacionais, as quais afetam também a saúde do feto, bem como um maior risco de acidente vascular cerebral, especialmente quando há o uso do tabaco paralelo ao de anticoncepcionais. ^(12;23) Considera-se que a influência do uso do tabaco no desenvolvimento do câncer de mama, atualmente o mais incidente entre as mulheres, ainda é objeto de controvérsia pelos dados existentes, sugerindo-se que eles possam sofrer pressões da indústria do tabaco, como ocorreu em relação ao tabaco como causador do câncer de pulmão. ⁽¹²⁾

Além das doenças referidas, outras patologias e condições clínicas sofrem agravos pelo tabaco, dentre elas: a úlcera péptica, a doença de Crohn, a osteoporose, diabetes mellitus, doenças hepáticas e da tireoide. ⁽¹³⁾

Quanto à iniciação ao uso do tabaco, estudos apontam que a maioria dos fumantes começa a fumar ainda na adolescência, mais precisamente 90% deles iniciam antes dos 19 anos de idade, já que esta é uma fase de experimentações, além do adolescente, neste período, formar sua personalidade, o que muitas vezes gera problemas de ansiedade, depressão, perdas de autoestima e autoconfiança. ^(12;24) Outro fator determinante na iniciação precoce ao tabagismo concentra-se no número de amigos fumantes, pois segundo a literatura, há um risco 12 vezes maior dessa introdução, quando metade ou mais do grupo de amigos é formada por indivíduos fumantes. ⁽²⁵⁾

Segundo estudo realizado entre escolares de sétima e oitava séries do Ensino Fundamental e da Primeira Série do Ensino Médio, na cidade de Florianópolis – Santa Catarina, em referência aos malefícios do uso do tabaco, esta faixa etária acredita que o cigarro faz mal para a saúde, entretanto ainda é elevada a prevalência de experimentação e de fumantes regulares, atingindo respectivamente, 41,3% e 12,8%. ⁽²⁴⁾

Tem contribuído para a experimentação e início precoce do tabagismo, fatores como o acesso facilitado aos cigarros, infringindo a Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003, que proíbe a venda de produtos derivados de tabaco a menores de 18 anos, além do fato dos adolescentes comprarem tais produtos de forma avulsa,

frequentemente por unidade, o que também infringe a legislação, especificamente o Decreto nº 2.637 de 25 de junho de 1998. ^(4;26 - 27)

Para a sociedade, é expressiva a carga econômica gerada pelo tabagismo. Esta é caracterizada por custos de assistência médica, pelo empobrecimento e perda de produtividade, relacionada à morbidade e às mortes prematuras, tanto dos consumidores do tabaco, quanto das famílias dependentes da produção do fumo e de seus derivados. ^(14;28)

Dessa maneira, em níveis globais, os recursos financeiros destinados à assistência das patologias associadas ao tabaco são estimados em 200 bilhões de dólares ao ano, sendo a metade gastos somente nos países em desenvolvimento. ⁽²⁸⁾

No Brasil, um estudo que analisou dados de 2008 para quinze doenças relacionadas ao tabaco, atualizando os valores monetários para o ano de 2011, resultou em um custo total atribuível ao tabagismo de aproximadamente R\$ 21 bilhões para o sistema de saúde do país, estando a carga econômica concentrada no sexo masculino, com cerca de R\$ 15,71 bilhões. ⁽²⁹⁾

Portanto, a prevenção do tabagismo e o abandono do uso do tabaco são ações clinicamente eficazes e benéficas, em se tratando de custo efetivo para a Saúde Pública. ⁽³⁰⁾

As ações utilizadas para a cessação do tabagismo são comprovadamente eficazes em ambos os sexos, todas as raças e grupos étnicos, com destaque entre as mulheres grávidas. ⁽¹⁵⁾

Os benefícios para a saúde, após a cessação do tabagismo, aplicam-se na melhora da função pulmonar e diminuição de sintomas como cansaço, falta de ar, tosse e congestão dos seios paranasais, após dois a três meses da cessação. Na redução de 30 a 50% do risco de câncer de pulmão, na diminuição do risco de doenças respiratórias como resfriados, gripes, bronquites, pneumonias e DPOC, além da diminuição do risco de doenças cardiovasculares, úlcera péptica e cânceres de boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero. ⁽¹¹⁾

No SUS, o tratamento do tabagismo é regulado pela Portaria nº 1035, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria nº 442 de 13 de agosto de 2004, as quais ampliam o acesso dos fumantes à abordagem e tratamento do tabagismo nos serviços da atenção básica e de média complexidade. Estas portarias definem ainda os requisitos a serem atendidos pelos serviços de saúde para tratamento do

tabagista, os quais deverão ser credenciados junto à Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, representada no Estado de São Paulo pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod). ^(4;31 - 32)

O programa de cessação do tabaco deve priorizar abordagens cognitivas comportamentais, de maneira intensiva, com tempo médio de 90 minutos por sessão e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios. Recomenda-se ainda a associação entre o aconselhamento profissional e o tratamento medicamentoso, visando ao aumento nas taxas de abstinência. ⁽³³⁾

Para o sucesso ao parar de fumar, o tabagista pode necessitar de repetidas intervenções motivacionais e farmacológicas, devendo ser abordado em todos os momentos que procura atendimento nos serviços de saúde. As intervenções denominadas motivacionais ou comportamentais são aquelas pautadas nas orientações verbais, visando modificar os comportamentos relacionados à saúde do fumante. As técnicas mais utilizadas neste tipo de intervenção são: a intervenção clínica mínima, o aconselhamento individual, o aconselhamento em grupo e o aconselhamento por telefone. ^(34 - 35)

As intervenções farmacológicas devem ser consideradas para indivíduos que desejam parar de fumar, com exceção de fumantes que possuam contraindicações ou de população com insuficiência de evidências clínicas, como tabagistas leves (fumantes que consomem menos de 10 cigarros por dia), adolescentes e gestantes. Dentre os fármacos utilizados na cessação do tabagismo, são considerados de primeira linha: a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), a Bupropiona e a Vareniclina, sendo a Nortriptilina e a Clonidina consideradas drogas de segunda linha. ^(13;34 - 35)

Pesquisas indicam que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, entretanto, apenas 3% destes obtêm sucesso a cada ano. Dessa porcentagem, 95% cessam o uso do tabaco sem assistência de profissional de saúde. Dos fumantes e ex-fumantes que visitaram algum médico ou profissional de saúde, apenas 57,1% foram aconselhados a parar de fumar. ^(4;7;13;33;)

Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, dentre outros, possuem a confiança da população, devendo disseminar conhecimento para a ampliação de intervenções eficazes na prevenção do uso do tabaco e na sua cessação, com ações plenamente integradas

no cuidado primário ao indivíduo e comunidade, construindo formadores de opiniões que possam fortalecer tais ações. ^(11;15;35)

Ressalta-se que, devido a dependência do tabaco ser um transtorno crônico, sua intervenção ocorre em longo prazo. A maioria dos fumantes realiza mais que cinco tentativas até conseguir cessar o uso, sem novas recaídas, e se elas acontecerem, não devem ser interpretadas como falhas do profissional de saúde ou mesmo do próprio paciente e sim como parte do processo de cessação do uso do tabaco. ^(11;15)

Diante do exposto, este estudo foi norteado através da seguinte pergunta central: *“Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária e na área hospitalar possuem conhecimento adequado quanto às práticas definidas pelo programa de cessação do tabagismo?”*

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

A motivação para o desenvolvimento deste estudo relaciona-se com a minha vivência como enfermeira atuante no Departamento de Saúde do município de Dois Córregos – São Paulo, no cuidado prestado à saúde da comunidade, a partir de observações do elevado número de tabagistas que não são abordados para a cessação.

Por sua vez, na atualidade, os indivíduos que procuram os serviços de saúde locais, visando pararem de fumar, deparam-se com atendimento centralizado em uma única equipe multiprofissional, a qual apresenta elevada demanda por atendimentos nessa área, sem existir um planejamento específico de ações voltadas ao programa de cessação do tabagismo.

Agrega-se, ainda, o fato de o tema ser atual e de extrema relevância para o cuidado em saúde, prestado ao indivíduo e comunidade, pautado na promoção da saúde, prevenção e cura de doenças. No entanto, até o momento, não foram descritos estudos realizados no Brasil que abordem o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo, tanto para aqueles que atuam na Atenção Básica, quanto àqueles que exercem suas atividades em rede hospitalar.

Dessa maneira, o estudo possui a finalidade de obter dados para subsidiar a proposta de implantação do Programa de Cessação do Tabagismo no município de Dois Córregos, tendo em vista que até o presente momento tal programa está em fase de desenvolvimento no município e pactuado no Plano Municipal de Saúde local para o quadriênio 2014-2017.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais de saúde, segundo dados sociodemográficos e história de tabagismo;
- Correlacionar a história tabágica dos profissionais com o nível de conhecimento avaliado;
- Identificar os tipos de abordagem dos profissionais na cessação do tabagismo.

Métodos

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e observacional.

4.2 Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, através do parecer nº 476.986, de 02 de dezembro de 2013 (Anexo 1), respeitando todas as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. ⁽³⁶⁾

Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foram informados quanto aos procedimentos desta e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo que uma via ficou com o pesquisador e outra com o participante do estudo.

4.3 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Dois Córregos, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, distante 221 km da cidade de São Paulo, distância esta estimada em linha reta do município até a capital do Estado. ⁽³⁷⁾ Sua área de unidade territorial é de 632,972 Km², tendo como limites os municípios de Jaú, Dourado, Brotas, Torrinha, São Pedro, Botucatu, São Manuel, Santa Maria da Serra e Mineiros do Tietê. ⁽³⁷⁾

A população estimada para 2013 foi de 26.126 habitantes. A base econômica do município dá-se na agroindústria, cafeicultura, agropecuária, indústria manufatureira e no comércio. Destaca-se que a cultura da cana-de-açúcar ocupa maior área de plantação do município, onde são empregadas milhares de pessoas durante o período de safra. ⁽³⁷⁾

Em referência ao sistema de saúde público do município, o Departamento de Saúde possui em sua composição seis serviços em nível de ações na Atenção Básica, especificamente duas unidades básicas de saúde (UBS) e quatro pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF), além de um Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS I), denominado CAPS “Rosita Schelini Simões”, referência para todas as UBS, atendendo na área de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem e assistência social.⁽³⁷⁾

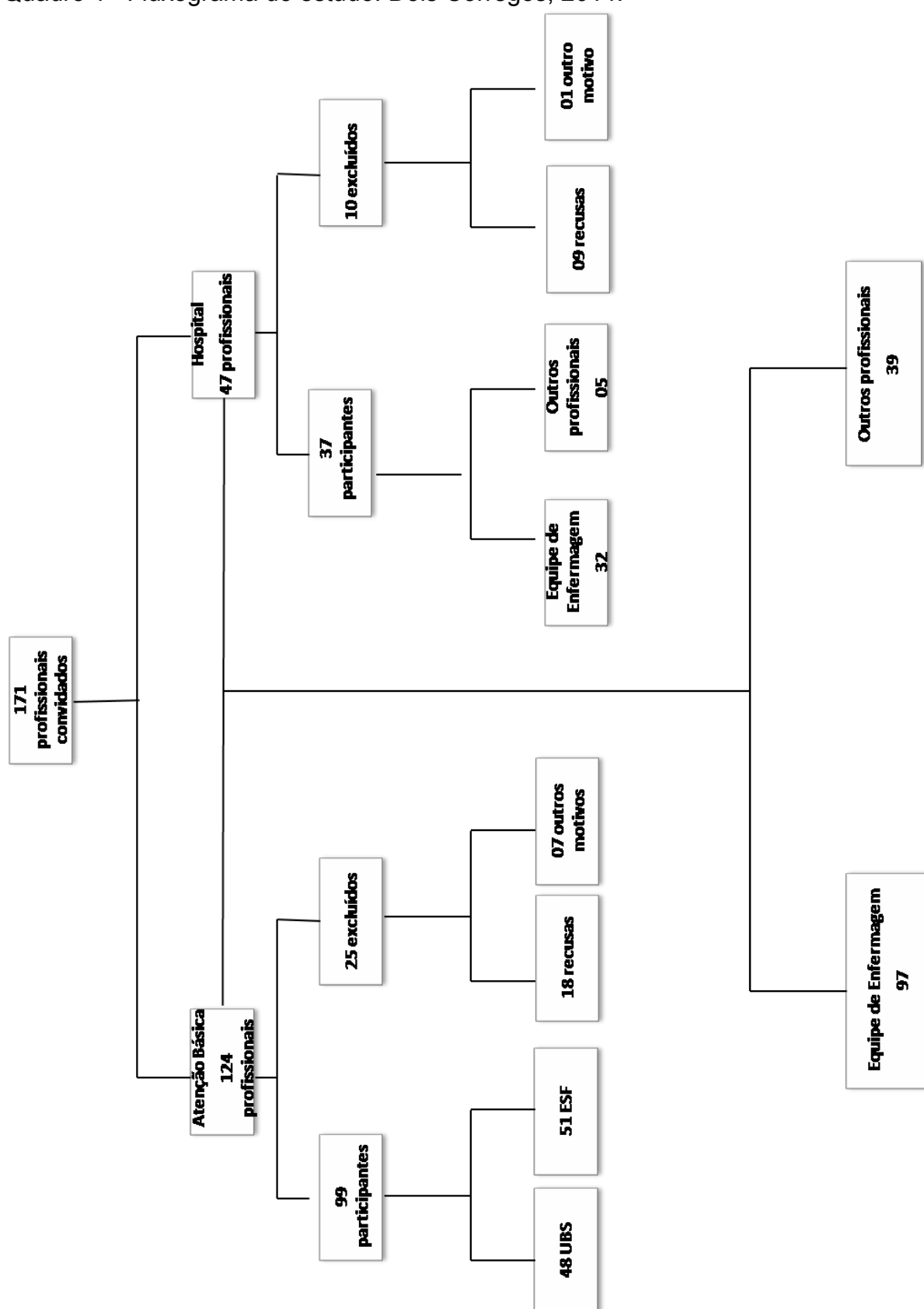
O município possui um hospital geral, filantrópico, conveniado ao SUS, o qual possui 65 leitos, 70% deles voltados para o atendimento dos usuários do SUS, serviço de pronto socorro (urgência/emergência) com plantões 24 horas diárias, mantido com recursos do município. Possui corpo clínico formado pelas seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Anestesiologia, Traumatologia/Ortopedia, Neonatologia, Cirurgia Plástica, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia/Obstetrícia, Oftalmologia e Medicina do Trabalho.⁽³⁷⁾

4.4 População do estudo

Foi composta por profissionais de saúde que atuavam na Atenção Básica e na assistência hospitalar do município. Dos 171 profissionais de saúde convidados a participar do estudo, 124 indivíduos atuavam na Atenção Primária à Saúde e 47 profissionais no serviço hospitalar. Foram excluídos 35 profissionais, sendo 27 recusas e 08 outros motivos, como férias e licenças médicas e maternidade, totalizando 136 (79,5%) participantes no estudo. Destes 31 eram agentes comunitários de saúde, 03 assistentes sociais, 06 auxiliares de dentista, 12 auxiliares de enfermagem, 02 biomédicos, 07 dentistas, 16 enfermeiros, 05 farmacêuticos, 02 fonoaudiólogos, 09 médicos, 02 nutricionistas, 03 psicólogos e 38 técnicos de enfermagem.

Ressalta-se que os profissionais de saúde que trabalhavam concomitantemente na Atenção Básica e também no serviço hospitalar responderam uma única vez o questionário e foram considerados como integrantes das UBS. Salienta-se que os médicos do corpo clínico do hospital eram os mesmos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1 – Fluxograma do estudo. Dois Córregos, 2014.



4.5 Coleta de dados

4.5.1 Instrumento

Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, autoaplicável, o qual abordou variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, local e tempo de experiência profissional, tempo e local de atuação profissional no programa de cessação do tabagismo, história tabágica e questões para a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre cessação do tabagismo.

Para avaliar o grau de dependência à nicotina, foi incluído ao instrumento de coleta de dados, o Teste de Fagerström. Ele é composto por seis perguntas, sendo que para cada alternativa das respostas há uma pontuação. A soma dos pontos obtidos em cada questão permite classificar a dependência, como: 0 - 2 pontos = muito baixa dependência à nicotina; 3 - 4 pontos = baixa dependência à nicotina; 5 pontos = média dependência à nicotina; 6 - 7 pontos = elevada dependência à nicotina; 8 - 10 pontos = muito elevada dependência à nicotina.^(13;35)

As Diretrizes para Cessação do Tabagismo de 2008, da SBPT, foram utilizadas como referencial teórico na construção do instrumento utilizado na coleta de dados do estudo.⁽¹³⁾

O questionário piloto foi aplicado aos profissionais enfermeiros que realizavam o curso de Mestrado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

4.5.2 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a junho de 2014.

A pesquisadora agendou visitas aos serviços de saúde, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, a fim de explicitar os objetivos do estudo. Posteriormente, os questionários foram distribuídos aos profissionais de saúde pelas enfermeiras dos serviços de saúde ou pela própria pesquisadora. Foram realizadas três tentativas de visitas a cada serviço de saúde, visando ao recolhimento do questionário respondido ou aplicá-lo aos profissionais de saúde que ainda não haviam respondido.

4.6 Análise dos dados

Para a análise estatística foi utilizado o programa SAS for Windows, v.9.3. A mensuração da consistência interna do instrumento ocorreu através do cálculo do coeficiente α de Cronbach.

Os dados foram descritos em termos de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis, para variáveis quantitativas e frequências e percentagens para variáveis categorizadas.

Testes Qui-quadrado de Pearson e/ou Teste Exato de Fischer foram utilizados para testar a associação entre grupos e variáveis de conhecimento e o questionário, sendo descritos em forma de tabelas de contingência. Tais testes também foram utilizados para a avaliação das diferenças entre as variáveis de conhecimento e categorias profissionais.

O Teste t-Student foi utilizado na comparação entre as idades dos grupos, ou seja, comparativo em termos de média, desvio - padrão, mínima, máxima, mediana, das idades dos profissionais de saúde que compõem a Atenção Básica daqueles em nível hospitalar.

Em todos os testes foi fixado nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

Ressalta-se que as questões dissertativas não respondidas foram consideradas como incorretas.

Os resultados estão apresentados descritivamente e na forma de tabelas.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Características gerais

A maioria (87,5%) dos indivíduos era do sexo feminino, com idade média de 40,3 ($\pm 11,3$) anos, escolaridade até o ensino médio (52,9%) e tempo de experiência profissional de até 10 anos (55,9%).

Quanto ao local de trabalho, 68,4% dos participantes atuavam na Atenção Básica, 27,2% hospitalar e 4,4% em ambos locais e a categoria profissional predominante (27,9%) foi a dos técnicos de enfermagem.

A distribuição dos resultados das variáveis sociodemográficas está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas. Dois Córregos, 2014.

Variáveis	n	%
Categoria Profissional		
Equipe de Enfermagem		
Enfermeiro	16	11,8
Técnico de Enfermagem	38	27,9
Auxiliar de Enfermagem	12	8,8
Agente Comunitário de Saúde	31	22,8
Total	97	71,3
Outros profissionais		
Nível Médio*	06	4,4
Nível Superior**	33	24,3
Total	39	28,7
Escolaridade		
Até ensino médio	72	52,9
Ensino médio ao superior	64	47,1
Tempo de experiência profissional		
Até 10 anos	76	55,9
De 10 a 20 anos	31	22,8
Mais de 20 anos	29	21,3

* Auxiliares de dentista.

** Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

5.2 Caracterização tabágica

Com relação à história tabágica, 67% dos indivíduos estudados eram não fumantes, 20,5% ex-fumantes e 12,5% fumantes.

Dentre os ex-fumantes, 64,3% indivíduos pararam de fumar por iniciativa própria e destes 17,8% cessaram o uso de tabaco por iniciativa própria e/ou por outros motivos tais como doença, gravidez e uso de medicamentos.

Com relação aos fumantes, a idade de início de uso de tabaco foi maior (70,6%) na faixa etária entre 15 a 25 anos. Destes, 64,7% tentaram cessar o uso do tabaco, sendo oito deles por iniciativa própria e apenas um por aconselhamento de profissional de saúde.

Os resultados do grau de dependência à nicotina dos tabagistas estão apresentados na tabela 2. Destaca-se que 70,6% dos indivíduos tabagistas tinham grau de dependência baixa ou muito baixa.

Tabela 2 – Dependência à nicotina segundo o Teste de Fagerström. Dois Córregos, 2014.

Pontuação	Grau de dependência à nicotina	n (%)
0-2 pontos	Muito Baixa	06 (35,3)
3-4 pontos	Baixa	06 (35,3)
5 pontos	Média	02 (11,8)
6-7 pontos	Elevada	01 (5,8)
8-10 pontos	Muito elevada	02 (11,8)

5.3 Características do perfil profissional quanto à prática na cessação do tabagismo

Em relação à prática na cessação do tabagismo, 126 (92,7%) indivíduos nunca trabalharam nesta atividade. Dos 10 que trabalharam, três deles atuaram por um período de um a cinco anos. O local da realização das atividades de cessação por estes profissionais que mais prevaleceu foi o domicílio do paciente e/ou UBS e a forma de abordagem dos pacientes, relatada em sua maioria, foi através de consultas individualizadas (n= 9).

Houve diferença estatística ao comparar os profissionais médicos, e outros profissionais de saúde, com a atuação ou não no controle do tabagismo ($p=0,0020$). Observou-se que os outros profissionais de saúde foram os que mais relataram que não atuaram nas atividades de controle do tabagismo (tabela 3).

Tabela 3 – Atuação no controle do tabagismo segundo categoria profissional – Médicos e Outros profissionais de saúde. Dois Córregos, 2014.

Categoria profissional	Atuação no controle tabagismo			Valor p
	Não n	Sim n	Total n	
Médicos	06 a	03 a	09	p=0,0020
Outros profissionais de saúde*	120 b	07 a	127	
Total	126	10	136	

* Agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem.

A qualificação sobre o tratamento do tabagismo foi realizada por 47,1% dos profissionais durante o curso de formação profissional.

5.4 Caracterização do conhecimento

O conhecimento sobre o tratamento da cessação do tabagismo foi considerado insuficiente por 66,2% dos profissionais estudados.

Dentre as categorias profissionais que relataram possuir conhecimento insuficiente quanto ao tema estudado, destacaram-se os agentes comunitários de saúde (87,1%); os assistentes sociais (100%); os auxiliares de dentista (66,7%); os dentistas (57,1%), os enfermeiros (87,5%) e os fonoaudiólogos (100%).

As categorias profissionais que mais relataram que os seus conhecimentos eram suficientes foram os médicos e psicólogos, ambos com 66,7%.

Houve diferença estatística na comparação da história de tabagismo com relação à percepção dos participantes sobre o conhecimento do tema “tabagismo” ser suficiente ou não ($p= 0,0008$). Os indivíduos não fumantes tinham percepção maior que seu conhecimento era insuficiente (tabela 4).

Tabela 4 – Comparação da história de tabagismo com a percepção do conhecimento sobre o tema “tabagismo”. Dois Córregos, 2014.

História de tabagismo	Conhecimento suficiente			Valor p
	Não n	Sim n	Total n	
Não fumante	70 a	21 a	91	p= 0,0008
Ex-fumante	12 b	16 a	28	
Fumante	08 b	09 b	17	
Total	90	46	136	

Quando comparada as categorias profissionais com o relato de conhecimento suficiente ou não sobre o tabagismo, houve diferença entre os médicos e os demais profissionais de saúde do estudo (p=0,0312) (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação da percepção do conhecimento sobre o tema “tabagismo” entre os médicos e outros profissionais de saúde. Dois Córregos, 2014.

Categoria profissional	Conhecimento suficiente			Valor p
	Não n	Sim n	Total n	
Médicos	03 a	06 a	09	p=0,0312
Outros profissionais de Saúde*	87 b	40 b	127	
Total	90	46	136	

* Agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem.

Na comparação do local de trabalho com o conhecimento suficiente sobre o tema, os resultados mostraram que houve diferença entre os locais de trabalho, especificamente entre Atenção Básica e hospital (p=0,0057) (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação da percepção do conhecimento sobre o tema “tabagismo” entre os locais de trabalho. Dois Córregos, 2014.

Conhecimento suficiente	Local de Trabalho			Total n	Valor p
	UBS n	ESF n	Hospital n		
Sim	15 a	11 a	20 a	46	p= 0,0057
Não	33 a	40 a	17 b	90	
Total	48	51	37	136	

A questão dissertativa “Para você, o que é tabagismo?” foi respondida incorretamente por 62,5% dos indivíduos estudados.

Quando correlacionado o conceito de tabagismo e o local de trabalho dos participantes da pesquisa, houve predomínio de respostas corretas entre os que trabalhavam nas UBS (56,3%). A análise dos dados mostrou que existe diferença entre as respostas da UBS e os outros locais de trabalho (tabela 7).

Tabela 7 – Conceito de tabagismo segundo local de trabalho dos participantes. Dois Córregos, 2014.

Conceito de Tabagismo	Local de Trabalho				Valor p
	UBS n	ESF n	Hospital n	Total n	
Correto	27 a	14 b	10 b	51	p=0,0012
Incorreto	21 a	37 b	27 b	85	
Total	48	51	37	136	

Na tabela 8 está apresentada a distribuição dos participantes que responderam corretamente ou não o conceito de tabagismo segundo a categoria profissional. Somente 37,5% dos participantes responderam corretamente. Destaca-se que 93,6% dos agentes comunitários de saúde descreveram de maneira incorreta o conceito de tabagismo.

Tabela 8 – Conceito de tabagismo segundo categoria profissional dos participantes. Dois Córregos, 2014.

Categoria Profissional	Conceito de Tabagismo	
	Certo n (%)	Errado n (%)
Equipe de Enfermagem		
Enfermeiro	09 (56,3)	07 (43,7)
Técnico de Enfermagem	14 (36,8)	24 (63,2)
Auxiliar de Enfermagem	04 (33,3)	08 (66,7)
Agente Comunitário de Saúde	02 (6,4)	29 (93,6)
Total	29 (29,9)	68(70,1)
Outros profissionais		
Nível Médio*	02 (33,3)	04 (66,7)
Nível Superior**	20 (60,6)	13 (39,4)
Total	22 (56,4)	17 (43,6)
Total Geral	51 (37,5)	85 (62,5)

* Auxiliares de dentista.

** Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

As questões 20 a 35 que avaliam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre cessação do tabagismo estão apresentadas na tabela 9.

Com relação às questões sobre conhecimentos específicos dos profissionais de saúde em relação à cessação do tabagismo, observa-se que do total de 15 perguntas, somente sete (20, 21, 22, 25, 29, 30,32) foram respondidas corretamente com maior frequência.

Com relação às respostas incorretas para as questões específicas, as questões 23 e 24 foram as que predominaram. Questões estas consideradas fundamentais na avaliação clínica do tabagista (grau de dependência à nicotina e Teste Monóxido de Carbono no ar expirado (COex)).

Na comparação das respostas corretas com as incorretas de cada questão, todas apresentaram diferença estatística.

Tabela 9 – Distribuição das questões sobre a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre cessação do tabagismo de acordo com resposta correta ou incorreta. Dois Córregos, 2014.

Questão	Resposta Correta n (%)	Resposta Incorreta n (%)	p-valor
20) O uso de qualquer forma de tabaco é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer.	134 (98,5)	02 (1,5)	<0,0001
21) O café após as refeições, telefonar, o consumo de bebida alcoólica e a ansiedade são alguns dos fatores associados ao tabagismo.	108 (79,4)	28 (20,6)	<0,0001
22) Podem ser considerados sintomas de doenças relacionados ao tabaco: tosse, expectoração, chiado no peito, falta de ar, dor no tórax, palpitações, claudicação intermitente (dificuldades ao caminhar), tonturas e desmaios.	133 (97,8)	03 (2,2)	<0,0001
23) Você conhece o Teste de Fagerstrom para a dependência à nicotina?	08 (5,9)	128 (94,1)	<0,0001
24) Você conhece o Teste que avalia o Monóxido de Carbono no ar expirado (COex)?	13 (9,6)	123 (90,4)	<0,0001
25) Quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar, eles passam por estágios de mudança comportamental.	126 (92,7)	10 (7,3)	<0,0001
26) A Entrevista Motivacional (EM) é uma técnica de abordagem focada no fumante.	51 (37,5)	85 (62,5)	<0,0001
27) A hereditariedade não é um fator a ser considerado no cuidado ao tabagista.	49 (36,0)	87 (64,0)	<0,0001
28) No tabagismo, fissura é considerada a vontade intensa de fumar.	93 (68,4)	43 (31,6)	<0,0001
29) Algumas orientações realizadas ao fumante para combater a fissura: beber líquidos, mascar algo (como balas e chicles dietéticos, cristais de gengibre, canela, etc.).	109 (80,1)	27 (19,9)	<0,0001
30) As intervenções motivacionais são fundamentais na abordagem do fumante.	103 (75,7)	33 (24,3)	<0,0001
31) Definir uma data de parada do cigarro (o chamado dia “D”) é considerada uma estratégia para deixar de fumar.	79 (58,1)	57 (41,9)	0,0108
32) Quando a abordagem comportamental não é suficiente no tratamento do tabagismo, o uso de medicamentos é considerado um recurso adicional.	113 (83,1)	23 (16,9)	<0,0001
33) A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), a Bupropiona e a Vareniclina são considerados como medicamentos de 1ª linha no tratamento do tabagismo.	55 (40,4)	81 (59,6)	0,0024
34) A TRN tem como objetivo a substituição da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras.	58 (42,7)	78 (57,3)	0,0212
35) O uso da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) é indicado para amenizar os efeitos da fissura e da abstinência no fumante.	84 (61,8)	52 (38,2)	0,0001

As questões 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 32 e 35 não apresentaram diferenças estatísticas na comparação das respostas por grupos de categorias profissionais. As que apresentaram diferenças estatísticas foram as seguintes: 24, 28, 30, 31, 33 e 34 (tabelas 10 a 15).

Tabela 10 – Teste de Monóxido de Carbono no ar expirado (COex). Dois Córregos, 2014.

Questão 24: Você conhece o Teste que avalia o Monóxido de Carbono no ar expirado (COex)?				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Nível Superior*	39 a	10 a	49	p=0,0012
Nível Médio**	84 b	03 b	87	
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Médicos	06 a	03 a	09	p= 0,0121
Outros profissionais de saúde***	117 b	10 b	127	
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Nível Médio, Enfermeiros e Médicos****	104 a	08 a	112	p= 0,0384
Outros profissionais de nível superior*****	19 b	05 a	24	
Total	123	13	136	

* Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

**** Agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem.

**** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

***** Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Tabela 11 – Definição de fissura. Dois Córregos, 2014.

Questão 28: No tabagismo, fissura é considerada a vontade intensa de fumar.				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Nível Médio, Enfermeiros e Médicos*	30 a	82 a	112	p= 0,0088
Outros profissionais de nível superior**	13 b	11 b	24	
Total	43	93	136	

* Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

** Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Tabela 12 – Intervenções motivacionais. Dois Córregos, 2014.

Questão 30: As intervenções motivacionais são fundamentais na abordagem do fumante.				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Outros profissionais de saúde*	04 a	45 a	49	p= 0,0010
Nível Médio**	29 b	58 a	87	
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Nível Médio, Enfermeiros e Médicos***	32 a	80 a	112	p= 0,0114
Outros profissionais de nível superior****	01 b	23 b	24	
Total	33	103	136	

* Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

*** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

****Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Tabela 13 – Data de parada do cigarro – Dia “D”. Dois Córregos, 2014.

Questão 31: Definir uma data de parada do cigarro (o chamado dia “D”) é considerada uma estratégia para deixar de fumar.				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Outros profissionais de saúde*	13 a	36 a	49	p= 0,0064
Nível Médio**	44 b	43 a	87	
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Enfermeiros	02 a	14 a	16	p= 0,0111
Outros profissionais de saúde***	55 b	65 b	120	
Total	57	79	136	

*Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

*** Agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem.

Tabela 14 – Medicamentos de 1ª linha no tratamento do tabagismo. Dois Córregos, 2014.

Questão 33: A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), a Bupropiona e a Vareniclina são considerados como medicamentos de 1ª linha no tratamento do tabagismo.				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Outros profissionais de saúde*	22 a	27 a	49	p= 0,0089
Nível Médio**	59 b	28 a	87	
Total	81	55	136	

*Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

Tabela 15 – Terapia de Reposição de Nicotina (TRN). Dois Córregos, 2014.

Questão 34: A TRN tem como objetivo a substituição da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras.				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Outros profissionais de saúde*	21 a	28 a	49	p= 0,0103
Nível Médio**	57 b	30 a	87	
Total	78	58	136	

*Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

A questão “Após ter respondido as perguntas deste questionário, você teria respondido de forma diferente a questão número ____?”, 20,6% dos participantes do estudo responderam que sim. Destes profissionais, 35,7% (n=10) citaram as questões 26 e 33, as quais abordavam a técnica de entrevista motivacional e a Terapia de Reposição de Nicotina.

5.5 Relevância do tema e disposição em aprender

O tabagismo foi considerado tema relevante por 73,5% dos participantes. Dentre os que consideraram o tema não relevante (26,5%), observa-se que 50% destes eram técnicos de enfermagem e que 55,5% atuavam na área hospitalar.

Na comparação da relevância do tema com a categoria profissional ($p=0,0066$) houve diferença estatística entre as respostas dos profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde (tabela 16).

Tabela 16 – Comparação da relevância do tema com a categoria profissional dos participantes. Dois Córregos, 2014.

Tema relevante	Categoria Profissional		Total n	Valor p
	Enfermagem* n	Outros profissionais de saúde** n		
Sim	65 a	35 b	100	p=0,0066
Não	32 a	04 b	36	
Total	97	39	136	

*Agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**Assistentes sociais, auxiliares de dentista, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

As respostas com relação ao tema relevante foram associadas com as relacionadas às do conhecimento suficiente (tabela 17). A associação mostrou que houve diferença estatística ($p= 0,0167$).

Tabela 17 – Associação das respostas do tema relevante com conhecimento suficiente. Dois Córregos, 2014.

Conhecimento suficiente	Tema relevante		Total n	Valor p
	Sim n	Não n		
Sim	28 a	18 a	46	p= 0,0167
Não	72 a	18 b	90	
Total	100	36	136	

Quando o tema relevante foi comparado às categorias profissionais, houve associação entre os profissionais de nível médio e os outros profissionais de saúde ($p=<0,0001$), assim como entre os profissionais de nível médio, enfermeiros e médicos dos demais profissionais de nível superior ($p=0,0012$) (tabela 18).

Tabela 18 – Relevância do tema segundo categoria profissional dos participantes. Dois Córregos, 2014.

Tema relevante				
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Outros profissionais de saúde*	03 a	46 a	49	p=<0,0001
Nível Médio**	33 b	54 a	87	
Categorias Profissionais	Não n	Sim n	Total n	Valor p
Nível Médio, Enfermeiros e Médicos***	36 a	76 a	112	p=0,0012
Outros profissionais de nível superior****	0 b	24 b	24	
Total	36	100	136	

*Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

*** Agentes comunitários de saúde, auxiliares de dentista, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

****Assistentes sociais, biomédicos, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Com relação à pergunta que abordava a disposição de aprender mais sobre o tema, 86% responderam que queriam aprender mais. Destes, 76,1% consideravam o tema relevante. A associação das respostas referentes ao conhecimento suficiente e desejo de aprender mais sobre o tabagismo mostrou diferença entre as respostas ($p=0,0006$). Os indivíduos que relataram não ter conhecimento suficiente desejavam aprender mais sobre o tema (Tabela 19).

Tabela 19 – Associação das respostas referentes ao conhecimento suficiente com as respostas de aprender mais. Dois Córregos, 2014.

Conhecimento suficiente	Aprender mais			Valor p
	Sim n	Não n	Total n	
Sim	33 a	13 b	46	p= 0,0006
Não	84 a	06 b	90	
Total	117	19	136	

O resultado do coeficiente de alfa de Cronbach ($\alpha=0,7144$) demonstrou a consistência do instrumento de coleta de dados.

Discussão

6 DISCUSSÃO

O tabagismo é considerado um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. Está relacionado a 50 distintas doenças, limitantes e fatais, ocasionando em média 200 mil mortes ao ano no Brasil. ^(7; 38) Ele é responsável por cerca de R\$ 340 milhões dos custos do total de internações e procedimentos quimioterápicos no SUS, devido a enfermidades relacionadas às neoplasias e aos aparelhos respiratório e circulatório, em indivíduos acima de 35 anos de idade. ⁽³⁸⁾ Estes gastos públicos aumentam, ao incluir custos do tratamento do tabagismo na rede pública e despesas com aposentadorias precoces. ⁽³⁹⁾

Em relação à prevalência nacional de fumantes, esta tem reduzido ao longo dos anos, sendo que desde 1989 ocorreu um declínio de 17,6% da prevalência no país. ^(38; 40) Pesquisa realizada no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde, a qual apresentou estimativas de vários indicadores do uso de tabaco entre adultos de 27 capitais brasileiras, apontou que a prevalência de adultos fumantes foi de 11,3% e particularmente a capital do Estado de São Paulo apresentou 14,9% de fumantes. A variação da frequência de adultos fumantes ocorreu entre as cidades de Salvador – Bahia (5,2%) e Porto Alegre – Rio Grande do Sul (16,5%). ⁽⁴¹⁾ Estes resultados são semelhantes ao de estudo baseado nos dados da PNAD 2008, o qual apresenta a prevalência geral de fumo diário no Brasil de 15,1%, com variações de 17,4% para a região Sul a 12,8% na região Norte. ⁽³⁸⁾ Dessa maneira, o número de profissionais de saúde fumantes deste estudo (12,5%), aproxima-se dos dados das pesquisas mais recentes desenvolvidas no país.

Estima-se que o uso do tabaco seja responsável por 85% dos óbitos provocados por enfisema, 45% por infarto do miocárdio, 30% das mortes por câncer e 25% por doenças cerebrovasculares. ^(38; 42) A expectativa de vida de um fumante é aproximadamente 25% menor se comparada a um indivíduo que não fuma e que em média os fumantes morrem 15 anos antes dos não fumantes. ^(39; 43) Os participantes do nosso estudo possuíam conhecimento sobre as doenças relacionadas com o tabagismo, uma vez que 98,5% responderam corretamente a questão que abordava este assunto, assim como 97,8% deles conheciam os sintomas das doenças relacionadas ao tabaco.

Quando se investiga uma possível associação entre o uso de tabaco e a ocupação, a literatura aponta que a prevalência do tabagismo vem apresentando

declínio em todas as categorias ocupacionais. ⁽⁴⁴⁾ O mesmo estudo aponta que no país, foi maior a prevalência de tabagismo entre trabalhadores que ocupavam cargos que exigiam maior esforço braçal e menor nível de escolaridade; a frequência de consumo de tabaco é de 21,9% entre trabalhadores agrícolas e 21,1% para aqueles dos setores de produção de bens e serviços, reparação e manutenção, quando comparados aos 9,4% dos profissionais qualificados nas áreas de ciências e artes. ⁽³⁸⁾ Os dados apresentados para os trabalhadores da área de ciências reforçam os resultados do nosso estudo, que apresentou 12,5% de tabagistas entre os profissionais da área de saúde.

Assim como verificado neste estudo, que apresentou predomínio da iniciação ao uso do tabaco na faixa etária entre 15 a 25 anos (70,6%), a exposição precoce ao fumo tem sido sistematicamente relatada na literatura, ocorrendo no período da adolescência, mais precisamente por volta dos 15 anos. ^(24; 42; 45 – 46) Dos indivíduos que continuam a fumar após os 20 anos, 95% se tornam fumantes regulares. ⁽³⁹⁾

Adequada avaliação clínica do tabagista é fundamental no planejamento de condutas no tratamento para a cessação do uso do tabaco. A boa relação entre profissional de saúde e paciente, a sensibilidade e a capacidade observacional do profissional apontarão o momento adequado da abordagem do fumante. ⁽¹³⁾

A literatura recomenda que durante a avaliação clínica do fumante seja indispensável abordar minimamente aspectos como história tabágica (idade de início, número de cigarros fumados/dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo e fatores associados ao tabaco); avaliar os graus de dependência e de motivação; sintomas associados ao fumo (tosse, dispneia, expectoração, dor torácica, dentre outros); investigação de comorbidades associadas ao tabaco; medicamentos em uso; presença de alergias; antecedentes familiares; realização de exames físico e complementares ou quando não for possível a realização destes, o tabagista deverá ser encaminhado à equipe multidisciplinar. ⁽¹³⁾ Esta avaliação poderá fornecer informações que permitem a seleção do melhor tratamento para cada tabagista. ⁽³⁵⁾

O Teste de Fagerström para a dependência à nicotina é um dos instrumentos amplamente utilizados para a avaliação da dependência dos tabagistas. ⁽¹³⁾ Entretanto, apesar da sua importância para o planejamento das

condutas no tratamento do fumante, 94,1% dos profissionais do nosso estudo desconheciam este teste.

O teste de monóxido de carbono no ar expirado (COex) é um método não invasivo, de baixo custo e de resultado imediato, que consiste na determinação da concentração desse gás no ar exalado por indivíduos expostos à fumaça de cigarro, sendo atualmente utilizado na prática clínica e de pesquisas no país.⁽⁴⁷⁾ Apesar da sua ampla utilização em diferentes serviços de saúde, 90,4% dos participantes do nosso estudo não o conheciam.

As ações voltadas à cessação do tabagismo, muitas vezes, pontuais e individualizadas, deverão compor propostas integrais e voltadas à comunidade. A literatura destaca ainda que o aconselhamento realizado sistematicamente por diferentes categorias profissionais apresentam maiores chances de sucesso, levando a abstinência do tabagista, quando comparados a indivíduos atendidos por apenas um profissional de saúde.^(3; 39)

No Brasil, o atual tratamento da cessação do consumo do tabaco é norteado através da abordagem cognitiva comportamental, associada à farmacoterapia.⁽³⁹⁾

Distintas técnicas compõem a abordagem comportamental dos tabagistas, entre elas a entrevista motivacional (EM), a qual apresenta quatro princípios básicos: expressar empatia, lidar com as resistências, emergir as desigualdades e reforçar a autoeficácia.^(13; 48) Entretanto, apesar desta técnica ser fundamental na abordagem do fumante, 62,5% dos participantes do nosso estudo responderam incorretamente a questão que abordava o tema, ressaltando que dentre os grupos profissionais que não considerou fundamental a EM, encontravam-se em sua maioria os profissionais de nível médio e de nível superior, excluindo deste último grupo os enfermeiros e médicos.

A farmacoterapia antitabágica é considerada um recurso adicional quando a intervenção comportamental não é suficiente no tratamento do tabagismo.⁽¹³⁾ Esta conduta recomendada pela literatura é conhecida pelos profissionais do nosso estudo (83,1%). Porém, quando questionados sobre os tipos de medicamentos, 59,6% não consideravam a TRN, a Bupropiona e a Vareniclina como medicamentos de 1ª linha do tratamento.

Neste estudo, 57,3% dos participantes não responderam corretamente a questão que tratava do objetivo da TRN. Entretanto, 61,8% afirmaram que esta

terapia é indicada para amenizar os efeitos da fissura e da abstinência do fumante.

Em relação às práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde para a cessação do uso do tabaco, este estudo evidenciou que 92,7% dos profissionais não exerciam atividades rotineiras para a cessação do tabagismo, dados que se assemelham a pesquisa realizada com pneumologistas brasileiros no ano de 2008, na qual se constatou que 85,3% destes profissionais não tratavam o tabagismo.⁽⁴⁹⁾ Diferentemente das práticas de médicos poloneses, chineses e nigerianos, os quais aconselhavam a abstinência do fumo em 87,4%, 64,0% e 61,5% dos casos, respectivamente.^(22; 50 - 51)

Quanto à forma e o local de abordagem predominantes para a interrupção do uso do tabaco, o estudo demonstrou ocorrer em sua maioria através de consultas individualizadas, no domicílio do paciente e/ou UBS, achados semelhantes aos do estudo com médicos otorrinolaringologistas no Estado de São Paulo, os quais, em sua maioria (22%), aconselhavam os tabagistas individualmente e os encaminhavam para tratamento com outro profissional médico, mais comumente pneumologistas.⁽⁵²⁾ No entanto, estudo desenvolvido com os próprios pneumologistas brasileiros demonstrou que 32,4% destes profissionais possuíam como conduta encaminhá-los para outro médico realizar o tratamento.⁽⁴⁹⁾ Entretanto, em pesquisa desenvolvida com profissionais de saúde em município de Minas Gerais, as ações específicas voltadas para o tratamento do fumante se concentravam em salas de espera (66,7 %) e em grupos (56,4 %) dos serviços de saúde daquele local, apontando que somente a minoria destas ações eram desenvolvidas durante visitas domiciliares (15,4%).⁽⁵³⁾

Em referência ao ensino sobre o tratamento do tabagismo, este estudo evidenciou que 47,1% dos profissionais tiveram aula durante o curso de formação profissional, mostrando que o tema foi pouco abordado. Estudos com otorrinolaringologistas (74,2%) e médicos nigerianos (70,6%), consideraram o ensino sobre tabagismo nos cursos de graduação e pós-graduação como insatisfatório e inadequado.^(22; 52)

Quanto à necessidade de maior qualificação profissional sobre o tema, os dados do nosso estudo mostraram que 86% dos profissionais desejavam aprender mais sobre o tabagismo, resultado diferente de estudos realizados com médicos chineses e pneumologistas brasileiros, mostrando que 48% precisavam de mais treinamento sobre o tabagismo.^(49 - 50)

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos profissionais de saúde da rede SUS do município de Dois Córregos era do sexo feminino, trabalhavam na Atenção Básica, com média de idade 40,3 ($\pm$ 11,3) anos e experiência profissional de até dez anos de trabalho. A categoria profissional que mais predominou foi o técnico de enfermagem e a escolaridade foi o ensino médio.

Em relação às características tabágicas dos participantes, 67% eram não fumantes, 20,5% ex-fumantes e 12,5% fumantes. A maioria dos profissionais tabagistas do estudo apresentou muita baixa (35,3%) e baixa (35,3%) dependência à nicotina.

Quanto aos ex-fumantes, 64,3% pararam de fumar por iniciativa própria. Este dado sinaliza a falta de abordagem dos tabagistas pelos profissionais de saúde, mostrando a importância do aconselhamento da cessação do tabagismo em todas as oportunidades de acesso do indivíduo aos serviços de saúde, e não somente em consultas planejadas para tal finalidade.

Houve predomínio de profissionais que nunca trabalharam na cessação do tabagismo (92,7%). Dos profissionais de saúde que trabalharam, a forma de abordagem dos pacientes, relatada em sua maioria, ocorreu através de consultas individualizadas.

O conhecimento dos participantes sobre o tratamento do tabagismo foi considerado insuficiente por 66,2% dos profissionais. 62,5% responderam incorretamente o conceito de tabagismo, sendo que 93,6% dos agentes comunitários de saúde deram respostas errôneas.

Em relação às questões específicas, predominaram respostas incorretas para as questões referentes aos testes de Fagerström e COex.

Apresentou elevado número de profissionais de saúde que nunca exerceram atividades para a cessação do uso do tabaco, além de expressivo contingente de profissionais com falhas no conhecimento sobre a temática abordada no estudo, evidenciando, dessa maneira, a ausência de ações estruturadas que abordem os tabagistas quanto aos malefícios do tabaco e os benefícios da cessação.

O tabagismo foi considerado tema relevante por 73,5% dos participantes e 86% dos profissionais de saúde desejavam aprender mais.

As ações atualmente realizadas são insuficientes, uma vez que predominam as atividades de caráter curativo e abordagem individual.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de criação de protocolo de atendimento aos tabagistas e treinamento dos profissionais para a execução deste.

Produto

PRODUTO

O estudo mostrou deficiências no conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao programa de cessação do tabagismo, tanto na Atenção Básica, quanto na área hospitalar do município de Dois Córregos.

Atualmente, o Departamento Municipal de Saúde possui duas profissionais qualificadas através do Cratod – Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, para o tratamento do tabagismo no SUS, especificamente uma enfermeira e uma psicóloga.

Portanto, como produto desta pesquisa propõe-se iniciar a qualificação dos profissionais de saúde em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, a fim de implantar o protocolo de atendimento aos tabagistas.

A proposta de priorizar inicialmente uma equipe da ESF ocorre pelo fato do Departamento de Saúde ter aderido ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde, apresentando, dessa forma, capacidade estrutural e de provimento de recursos humanos, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população atendida.

A qualificação dos profissionais de saúde será desenvolvida a partir dos preceitos do Cratod. As atividades serão divididas em módulos, com carga horária total prevista de 20 horas, período em que serão abordados os seguintes temas: história do tabaco, tabagismo e suas dependências, formas de consumo, crenças relacionadas ao tabagismo, doenças tabaco-relacionadas, tabagismo e saúde bucal, tabagismo e nutrição, tabagismo ambiental, Política Nacional de Controle do Tabaco e suas respectivas ações para cessação do tabagismo, além de abordagem ao fumante, apoio medicamentoso e o papel dos profissionais de saúde na cessação do uso do tabaco. Para a construção significativa do conhecimento, os profissionais de saúde serão estimulados a participar ativamente do curso, através de atividades em grupo e extraclasse.

O protocolo para atendimento aos tabagistas a ser implantado no município será desenvolvido segundo o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina* do Ministério da Saúde.⁽³²⁾ Após o diagnóstico de tabagismo pelos profissionais de saúde, estes, em conjunto do fumante, definirão o plano de

tratamento mais adequado, seja através da abordagem cognitiva comportamental isoladamente, ou associada à farmacoterapia. O plano de tratamento consiste em abordagens individuais ou em grupo de 10 a 15 pessoas, com sessões semanais de uma hora e meia, no 1º mês. O 2º mês constituir-se-á de sessões quinzenais de manutenção, individuais ou em grupo, com uma hora de duração. Do 3º ao 12º mês serão sessões mensais de manutenção, individuais ou em grupo, com uma hora de duração. Após o período de um ano de tratamento, a equipe da unidade de saúde elaborará proposta de acompanhamento deste indivíduo, através de consultas individuais, contato telefônico e/ou visitas domiciliares, visando à prevenção de recaídas.

Referências

REFERÊNCIAS

1. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Nicotina: Droga Universal [Internet]. São Paulo: SES/CVE; 2003. [citado 11 Set 2013]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [citado 13 Set 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf
3. Silva CMM, Dibai MBS, Cade NV. Conhecimento sobre tabagismo entre os acadêmicos da área biomédica da Universidade Federal do Espírito Santo. Cogitare Enferm [Internet]. 2008 [citado 27 Jul 2013]; 13(4):542-7. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13114/8872>
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
5. Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 Jan 1999.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011. [citado 27 Out 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/convencao_quadro.pdf
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Tabagismo no mundo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013. [citado 30 Jul 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>
8. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PAB, Sampaio MGE, Godoy I, et al. Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. J Bras Pneumol. 2010;36(2):218-23.

9. World Health Organization. Tobacco Initiative Free (TFI) [Internet]. Genova: WHO; 2013.[citado 15 Out 2013]. Disponível em :<http://www.who.int/tobacco/wntd/2012/en/>
10. Organização Mundial da Saúde. CID - 10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 66-74.
12. Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes FLA. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. J Bras Pneumol. 2011;37(1):118-28.
13. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-80.
14. Passos VMA, Giatti L, Barreto SM. Tabagismo passivo no Brasil: Resultados da Pesquisa Especial Do Tabagismo, 2008. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(9):3671-78.
15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Estratégia global para o diagnóstico, condução e prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Los Angeles: HCR Vision, INC; 2006.
16. São Paulo. Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 08 Mai 2009. Seção 1.
17. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Diário Oficial da União. 02 Jun 2014.
18. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Diário Oficial da União. 16 Jul 1996.Seção 1.

19. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.
20. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009. [citado 28 Out 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>
21. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):812-22.
22. Desalu OO, Adekoya AO, Elegbede AO, Dosunmu A, Kolawole TF, Nwogu KC. Conhecimento e práticas para a cessação do tabagismo entre médicos nigerianos. *J Bras Pneumol*. 2009;35(12):1198-203.
23. Fontanella BJB, Secco KND. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(3):168-75.
24. Cordeiro EAK, Kupek E, Martini JG. Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil e as contribuições da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(S):706-11.
25. 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 crosssectional survey [Internet]. *BMC Public Health*. 2010 [citado 07 Ago 2014];10(74). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/74>
26. Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003. Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*. 15 Jul 2003. Seção 1.

27. Decreto nº 2.637, de 25 de junho de 1998. Regulamenta a cobrança do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI. Diário Oficial União. 26 Jun 1998. Seção 1.
28. Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2010;26(6):1234-45.
29. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Relatório Final: Carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2011. [citado 29 Set 2013]. Disponível em:http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf
30. Santos JDP, Duncan BB, Sirena SA, Vigo A, Abreu MNS. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. Epidemiol. Serv Saúde. 2012;21(4):579-88.
31. Portaria nº 1.035/GM, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diário Oficial da União. 01 Jun 2004. Seção 1.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diário Oficial da União. 29 Out 2012. Sec 1,p. 42.
33. Mirra AP, Meirelles RHS, Godoy I, Issa J, Reichert J, Carvalho NB et al.Diretrizes em foco .Tabagismo – Parte 1. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(2):127-43.
34. Mirra AP, Meirelles RHS, Godoy I, Issa J, Reichert J, Carvalho NB et al.Diretrizes em foco .Tabagismo – Parte. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(3):257-77.
35. Tanni SE, Godoy I, Godoy I.Tabagismo – intervenções motivacionais e farmacológicas. In: Cukier A, Godoy I, Pereira MC, Fernandes PMP.

- Pneumologia: atualização e reciclagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 107-14.
36. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial União. 13 Jun 2013. Seção 1.
37. Prefeitura Municipal de Dois Córregos. Departamento de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014/ 2017. Dois Córregos; 2013.
38. Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Mesa JM, Menezes AMB. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(9):3707-16.
39. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. Rev Bras Ter Comp Cogn [Internet]. 2013 [citado 29 Out 2014];15(2):35-44. [Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/601/385>
40. Schmidt MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet [Internet]. 2011[citado 29 Out 2014];11:61-74. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>
41. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado 12 Dez 2014]. Disponível em: <http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>
42. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). Cad Saúde Pública. 2012;28(3): 583-95.
43. Giron MPN, Souza DP, Fulco APL. Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. REME – Rev Min Enferm [Internet]. 2010 [citado 18 Dez 2014];14(4): 587-94. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/154#>

44. Smith DR .Tobacco smoking by occupation in Australia and the United States: a review of national surveys conducted between 1970 and 2005. *Ind Health* [Internet]. 2008 [citado 18 Dez 2014];46(1):77-89. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18270453>
45. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, Vieira F, Martinez JAB. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2012 [citado 22 Dez 2014];45(3):337-42. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n3/AO_Caracter%EDsticas%20cl%EDnicas%20de%20fumantes%20atendidos%20em%20um%20centro%20de%20refer%EAncia%20na%20cessa%E7%E3o%20do%20tabagismo.pdf
46. Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1129-39.
47. Chatkin G, Chatkin JM, Aued G, Petersen GO, Jeremias ET, Thiesen FV. Avaliação da concentração de monóxido de carbono no ar exalado em tabagistas com DPOC. *J Bras Pneumol*. 2010;36(3):332-8.
48. Pamplona P, Mendes B. Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. *Rev Port Pneumol*. 2009;15(6):1121-56.
49. Viegas CAA, Valentim AGT, Amoras JAP, Nascimento EJM. Atitudes dos pneumologistas brasileiros em face da dependência de nicotina: inquérito nacional. *J Bras Pneumol*. 2010;36(2):239-42.
50. Jiang Y, Ong MK, Tong EK, Yang Y, Nan Y, Gan Q, et al. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes and practices. *Am J Prev Med* [Internet]. 2007 [citado 12 Dez 2014]; 33(1):15-22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800817/>
51. Malinowska MC, Ciesielska A, Kruza K, Jesionka P. The prevalence of tobacco smoking and attitudes of Polish pulmonologists towards smoking. *Pneumonol Alergol Pol* [Internet]. 2008 [citado 12 Dez 2014];76(3):148-54. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MMSEn3p57xMJ:czasopisma.viamedica.pl/pap/article/download/27903/22717+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

52. Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR. Tabagismo, abandono do fumo e otorrinolaringologistas do Estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(1):96-103.
53. Portes LH, Campos EMS, Teixeira MTB, Caetano R, Ribeiro LC. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):439-48.

Apêndices

APENDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa chamada **“Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo”**, que pretende estudar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo.

O (a) Senhor (a) foi selecionado (a) a participar dessa pesquisa por compor a população de profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária ou em nível hospitalar no município de Dois Córregos.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre dados sociodemográficos, história tabágica e questões sobre o tratamento do tabagismo. Trata-se de um questionário autoadministrado, o qual será entregue em seu local de trabalho e posteriormente coletado, a fim de permitir tempo satisfatório para o preenchimento das questões.

O conhecimento dessas características permite identificar as possíveis dificuldades do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo, para assim propor capacitações envolvendo a temática do tabagismo e por fim, auxiliar a proposta de implantação do Programa de Cessação do Tabagismo no município de Dois Córregos.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir ocasionar interferências trabalhistas. 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.

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, através do fone: (14) 3880-1608 / 3880 -1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Nadja Fernanda Trefiglio Nais Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Orientadora: Ilda de Godoy, Av. Prof. Montenegro, s/n – Depto de Enfermagem - Unesp, Distrito de Rubião Jr, CEP: 18618-970, Botucatu - São Paulo; Fone: (14) 3880-1298; E-mail: degodoy@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Nadja Fernanda Trefiglio Nais, Avenida Quatro de Fevereiro, n. 71 – centro- CEP: 17300-000, Dois Córregos – São Paulo; Fone: (14) 9.8138-7068; E-mail: nadja-enf@hotmail.com

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

- **Projeto de pesquisa:** “Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo”.
- **Pesquisadora:** Nadja Fernanda Trefiglio Nais
- **Data do preenchimento do questionário:** ____/____/____

Variáveis sociodemográficas

1) Sexo: () Feminino () Masculino

2) Data de nascimento: ____/____/____

3) Escolaridade:

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Pós-graduação incompleta

() Pós-graduação completa

4) Profissão:

() Assistente Social

() Auxiliar de enfermagem

() Dentista

() Enfermeiro

() Farmacêutico

() Médico

() Nutricionista

() Técnico de Enfermagem

() Outra. Cite: _____

5) Local de atuação profissional:

() Unidade Básica de Saúde (UBS)

() Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF)

() Área Hospitalar

() Outro. Cite: _____

6) Tempo de experiência profissional (aproximado):

() menos de 1 ano

() entre 1 e 5 anos

() entre 5 e 10 anos

() entre 10 e 15 anos

() entre 15 e 20 anos

() mais de 20 anos

7) História de tabagismo:

() não fumante (pessoa que nunca fumou ou fumou menos que 100 cigarros na vida e não fuma atualmente);

() ex-fumante (pessoa que fumou no mínimo 100 cigarros na vida e atualmente não fuma);

() fumante ativo (pessoa que fumou no mínimo 100 cigarros na vida e atualmente fuma diariamente ou em alguns dias).

SE VOCÊ É NÃO FUMANTE, RESPONDA A PARTIR DA QUESTÃO N. 13.

SE VOCÊ É EX-FUMANTE, RESPONDA A QUESTÃO N. 8 E DA QUESTÃO N. 13 EM DIANTE.

SE VOCÊ É FUMANTE, RESPONDA A PARTIR DA QUESTÃO N. 9.

8) Como parou de fumar? (mais de uma resposta possível)

() Por iniciativa própria;

() Seguiu o conselho de um profissional de saúde;

() Por motivo de doença;

() Usou medicamentos, como: Terapia de Reposição de Nicotina (exemplos: adesivos e/ou gomas de nicotina), Bupropiona.

() Usou tratamentos alternativos: materiais de auto ajuda, tratamento via internet, realização de exercício físico, acupuntura e/ou terapia a laser.

() Outro. Cite: _____

SE VOCÊ É FUMANTE, RESPONDA A PARTIR DA QUESTÃO N. 9.

9) Qual a idade que começou a fumar (aproximadamente):

- ☐ Com menos de 10 anos de idade;
- ☐ De 10 a 15 anos;
- ☐ De 15 a 20 anos;
- ☐ De 20 a 25 anos;
- ☐ Acima de 25 anos.

10) Já tentou parar de fumar?

- ☐ SIM ☐ NÃO

11) Se você respondeu SIM na questão n. 10, assinale como tentou parar de fumar (mais de uma resposta possível):

- ☐ Por iniciativa própria;
- ☐ Seguiu o conselho de um profissional de saúde;
- ☐ Usou medicamentos, como: Terapia de Reposição de Nicotina (exemplos: adesivos e/ou gomas de nicotina), Bupropiona.
- ☐ Usou tratamentos alternativos: materiais de auto ajuda, tratamento via internet, realização de exercício físico, acupuntura e/ou terapia a laser.
- ☐ Outro. Cite: _____

12) SOMENTE PARA FUMANTES: Teste de Fagerström para a dependência à nicotina (assinale apenas uma resposta a cada pergunta):

I) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- (3) Nos primeiros 5 minutos
- (2) De 6 a 30 minutos
- (1) De 31 a 60 minutos
- (0) Mais de 60 minutos

II) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?

- (1) Sim
- (0) Não

III) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- (1) O 1 da manhã

(0) Os outros

IV) Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) Menos de 10

(1) 11- 20

(2) 21 – 30

(3) Mais de 31

V) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) Sim

(0) Não

VI) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

(1) Sim

(0) Não

13) Em sua vida profissional, já havia trabalhado no controle do tabagismo?

() Sim () Não

14) Se você respondeu SIM na questão n. 13, responda qual o tempo de atuação profissional (aproximado) em programas de cessação do tabagismo:

() menos de 1 ano

() entre 1 e 5 anos

() entre 5 e 10 anos

() entre 10 e 15 anos

() entre 15 e 20 anos

() mais de 20 anos

15) Qual o tipo de serviço de saúde que você trabalha/trabalhou no cuidado ao tabagista? (mais de uma resposta possível):

() Atendimento domiciliar

() Unidade Básica de Saúde

() Unidade da Estratégia Saúde da Família

() Área hospitalar: unidade de internação, serviço de urgência e emergência, outros.

() Consultório/clínica particular

() Outros.Cite: _____

16) Como abordava esse assunto com os pacientes?

() Consulta individual () Atividade em grupo

17) Durante o seu curso de formação profissional, você teve aula sobre o tabagismo?

() Sim () Não () Não lembro

18) Você considera suficiente os seus conhecimentos sobre o tabagismo?

() Sim () Não

19) Para você, o que é tabagismo?

Agora, assinale a imagem que mais corresponde com sua resposta, para isso utilize:



sim / concordo;



não / discordo;



não sei responder.

20) O uso de qualquer forma de tabaco é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer.



21) O café após as refeições, telefonar, o consumo de bebida alcoólica e a ansiedade são alguns dos fatores associados ao tabagismo.



22) Podem ser considerados sintomas de doenças relacionados ao tabaco: tosse, expectoração, chiado no peito, falta de ar, dor no tórax, palpitações, claudicação intermitente (dificuldades ao caminhar), tonturas e desmaios.



23) Você conhece o Teste de Fagerstrom para a dependência à nicotina?



24) Você conhece o Teste que avalia o Monóxido de Carbono no ar expirado (Coex)?



25) Quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar, eles passam por estágios de mudança comportamental.



26) A Entrevista Motivacional (EM) é uma técnica de abordagem focada no fumante.



27) A hereditariedade não é um fator a ser considerado no cuidado ao tabagista.



28) No tabagismo, fissura é considerada a vontade intensa de fumar.



29) Algumas orientações realizadas ao fumante para combater a fissura: beber líquidos, mascar algo (como balas e chicletes dietéticos, cristais de gengibre, canela, etc.).



30) As intervenções motivacionais são fundamentais na abordagem do fumante.



31) Definir uma data de parada do cigarro (o chamado dia “D”) é considerada uma estratégia para deixar de fumar.



32) Quando a abordagem comportamental não é suficiente no tratamento do tabagismo, o uso de medicamentos é considerado um recurso adicional.



33) A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), a Bupropiona e a Vareniclina são considerados como medicamentos de 1ª linha no tratamento do tabagismo.



34) A TRN tem como objetivo a substituição da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras.



35) O uso da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) é indicado para amenizar os efeitos da fissura e da abstinência no fumante.



36) Após ter respondido as perguntas deste questionário, você teria respondido de forma diferente a questão número ____?

37) Você considera o tabagismo um tema relevante?

(☐)Sim (☐)Não

38) Você gostaria de aprender mais sobre o tabagismo?

(☐)Sim (☐)Não

Anexo

ANEXO**ANEXO 1 – Parecer do CEP**

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO.

Pesquisador: NADJA FERNANDA TREFIGLIO NAIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23285013.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 476.986

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

Historicamente, os primeiros relatos sobre o tabagismo data do uso em terras americanas, passando a uma forte disseminação na Europa, havendo uma expansão na produção e a passando a um comportamento social positivo, geralmente relacionado à liberdade, sucesso e beleza. Com passar dos anos, mais especificamente, no início dos anos 70, iniciaram manifestações para o controle do tabagismo. Além disso, doenças crônicas como DPOC, enfisema pulmonar, dentre outras tem como fatores de risco o tabagismo. As ações utilizadas para a cessação do tabagismo são comprovadamente eficazes em ambos os sexos, todas as raças e grupos étnicos, com destaque entre as mulheres grávidas. Para o sucesso da cessação do uso do tabaco, o fumante pode necessitar de repetidas intervenções motivacionais e farmacológicas, devendo ser abordado em todos os momentos que procura atendimento nos serviços de saúde. As intervenções denominadas motivacionais ou comportamentais são aquelas pautadas nas orientações verbais, visando modificar os comportamentos relacionados à saúde do tabagista, sendo que as técnicas mais utilizadas neste tipo de intervenção são: a intervenção clínica mínima, o aconselhamento individual, o aconselhamento em grupo e o aconselhamento por telefone. As intervenções farmacológicas devem ser consideradas para indivíduos que desejam parar de fumar, com exceção de fumantes

Endereço: Chácara Butignoll, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 476.986

que possuam contraindicações ou de população com insuficiência de evidências clínicas, como tabagistas leves, adolescentes e gestantes. Os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, dentre outros, devem ter conhecimento para o desenvolvimento de intervenções eficazes na prevenção do uso do tabaco e na cessação do tabagismo, com ações plenamente integradas no cuidado primário ao indivíduo e comunidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os profissionais de saúde, segundo dados sociodemográficos e história de tabagismo; Identificar as práticas adotadas por estes profissionais na cessação do tabagismo; Propor ações educativas em saúde junto aos profissionais, frente às lacunas de conhecimento encontradas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não trará nenhum risco aos participantes.

Benefícios:

Treinamento dos profissionais de saúde no Programa de Cessação do Tabagismo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo e de corte transversal a ser desenvolvido no município de Dois Córregos, SP. Serão convidados 170 profissionais de saúde será utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, o qual abordará variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade, ocupação, local e tempo de experiência profissional, tempo e local de atuação profissional na área de cessação do tabagismo e conhecimentos sobre o programa de cessação do tabagismo. A fim de estimar o grau de dependência à nicotina, foi incluído ao instrumento de coleta de dados, o Teste de Fagerstrom para dependência à nicotina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos exigidos por este CEP. O TCLE está bem elaborado e esclarece os objetivos da pesquisa

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pode ser aprovado sem necessidade de encaminhar à CONEP

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 476.986

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 02 de Dezembro de 2.013, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao Final deste projeto os pesquisadores devem encaminhar ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 03 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br