

**UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Esther Pateise Yamashita Alves

**CARACTERIZAÇÃO DA ABORDAGEM AO HIPERTENSO
TABAGISTA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ZONA RURAL
DO MUNICÍPIO DE GÁLIA**

Botucatu

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ESTHER PATEISE YAMASHITA ALVES

**CARACTERIZAÇÃO DA ABORDAGEM AO HIPERTENSO
TABAGISTA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ZONA RURAL
DO MUNICÍPIO DE GÁLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”- UNESP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de concentração – Prática de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ilda de Godoy

**Botucatu
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Alves, Esther Pateise Yamashita

Caracterização da abordagem ao hipertenso tabagista por profissionais de saúde na Zona Rural do Município de Gália / Esther Pateise Yamashita Alves.
– Botucatu: [s.n.], 2009.

Dissertação (Mestrado - Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Ilda de Godoy

Assunto CAPES: 40602001

1. Tabagismo - Estudo de caso 2. Saúde pública 3. Hipertensão

CDD 613.85

Palavras-chave: Abordagem; Área rural; Hipertensão arterial; Tabagismo

Nome: Esther Pateise Yamashita Alves

Título: Caracterização da abordagem ao hipertenso tabagista por profissionais de saúde na zona rural do município de Gália

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”- UNESP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de concentração – Prática de Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____



Dedicatória



Ao meu Deus...

Dono das Estrelas e Senhor dos Mares

Toda criação te exalta

Grandes e pequenas, reis e poderosas

Não de confessar teu nome!

Querubins aos teus pés se prostram

Serafins declaram que és Santo

E a minh'alma adora a Ti

Por tuas obras e por quem Tu és

De tua glória shekiná

Toda terra se encherá

Para sempre és e sempre serás...



Agradecimentos Especiais




Ao meu amado esposa, Júnior, companheiro, amigo, por estar sempre presente ao meu lado. Obrigada pelo encorajamento, apoio, incentivo e orações. Eu te amo muito!


À minha querida mãe, Suze, mulher virtuosa, guerreira. Obrigada por ter me dado o alicerce e por sua dedicação, nunca medindo esforços em me dar sempre o melhor. Sei que este sonho que se realiza também é seu.

Às minhas irmãs amigas, Luciany e Sarah, que sempre estão ao meu lado e torcem pela meu sucesso. Vocês também fazem parte dessa conquista.

Ao meu pai, Mário, todo o meu carinho por me ensinar valores essenciais como respeito, integridade e fé.



Agradecimientos



À minha orientadora, Ilda, por toda a paciência e por despertar em mim esta temática tão relevante.

As Professoras Suzana e Dione pelas valiosas contribuições na Qualificação.

Aos meus colegas de viagem, Kelly, Luís, Luciana e Thaís. Obrigada pelos momentos divertidíssimos que passamos juntos tornando as idas à Botucatu tão mais leves.

Ao Sr. Israel Di Dório, Secretário de Saúde de Gália, pela compreensão e visão em me liberar para o Mestrado sem qualquer restrição.

Aos companheiros de equipe por dividir comigo as angústias e por terem compreendido minhas ausências. Trabalhar com vocês é um grande prazer!

As enfermeiras Débora e Josiane pela amizade e apoio em todos os momentos.

À equipe da Biblioteca do campus de Botucatu pelo suporte na correção das referências e ficha catalográfica.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem que muito contribuiu para a minha aprendizagem.

Resumo

Alves, EPY. Caracterização da abordagem ao hipertenso tabagista por profissionais de saúde na zona rural do município de Gália [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2009.

RESUMO

O tabagismo é uma pandemia que tem vitimado milhares de pessoas anualmente. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes por ano em consequência do tabagismo. Por essa razão, várias ações têm sido implementadas com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes, assim como a morbidade e a mortalidade por doenças tabaco-relacionadas e aumentar a taxa de cessação do tabaco. Para que isso ocorra é fundamental a abordagem dos usuários com relação ao tabagismo por todos os profissionais de saúde em todos os contatos. O objetivo deste estudo foi analisar se os tabagistas hipertensos em algum momento de seu tratamento foram orientados e ou abordados por profissionais de saúde sobre a cessação do tabagismo. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Foram avaliados 56 indivíduos atendidos em uma unidade de saúde da família do município de Gália por meio de questionário estruturado e análise de prontuário. Os resultados deste estudo mostraram que os indivíduos em sua maioria fumavam cigarro de fumo de corda, há mais de 20 anos e iniciaram na adolescência. Grande parte dos indivíduos considerou o tabagismo como doença e que tinha relação com a hipertensão arterial; reconheceram que causava dependência e que não poderiam cessar o uso do tabaco a qualquer instante. Em relação a abordagem pelos profissionais, a maioria relatou que foram abordados sobre a cessação do tabaco, porém somente 64,3% tinham alguma anotação no prontuário. O estudo também revelou que 44,6% dos entrevistados tinham grau de dependência muito baixo e baixo, mostrando desta forma que se a abordagem dos profissionais tivesse sido mais efetiva, com sessões estruturadas de aconselhamento, as taxas de cessação poderiam ser maiores. A abordagem para a cessação do tabagismo tem maior efetividade quando comparada com o tratamento das complicações que a doença pode acarretar. Dadas as características culturais e de acesso os hipertensos tabagistas moradores de área rural devem ser abordados em todas as oportunidades, a fim de aumentar as taxas de cessação e melhorar sua qualidade de vida. É necessário,

portanto que os profissionais de saúde sejam capacitados para atender adequadamente à população tabagista residente ou não na zona rural.

Palavras chave: tabagismo; hipertensão arterial; área rural; abordagem.

Abstract

Alves, EPY. Characterization of the approach to hypertensive smokers by health professionals in rural area Gália's city [thesis]. Botucatu (SP), Brasil: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2009.

ABSTRACT

Smoking is a pandemic that has victimized thousands of people annually. In Brazil, estimated about 200 thousand deaths per year as a result of smoking. For this reason, several measures have been implemented in order to reduce the prevalence of smokers, as morbidity and mortality for tobacco-related diseases and increase the rate of tobacco cessation. For this to occur is essential to approach the users in relation to smoking by all health professionals in all contacts. The aim of this study was to examine whether the hypertensive smokers at some point in their treatment and were asked or approach by health professionals on smoking cessation. This is a cross-sectional, descriptive, with quantitative approach. We evaluated 56 subjects treated at a health unit family Gália through structured questionnaire and analysis of medical records. The results of this study showed that individuals mostly smoked cigarette smoking rope, more than 20 years and started in adolescence. Many of the individuals considered smoking as a disease and that was related to hypertension, acknowledged that caused addiction and could not stop tobacco use at any time. For the professional approach, the majority reported they were approached about smoking cessation, but only 64.3% had some note in the medical records. The study also revealed that 44.6% of respondents were degree of dependence very low and low, thus demonstrating that the approach of the professionals have been more effective with structured sessions of counseling, the cessation rates could be improved. The approach to smoking cessation is more effective when compared with the treatment of complications that can cause disease. Given the cultural characteristics and access the hypertensive smokers living in rural areas should be approach t every opportunity in order to increase cessation rates and improve their

quality of life. It is therefore necessary that health professionals are trained to adequately serve the population resident or non-smoker in the rural area.

Keywords: smoking; hypertension; rural area; approach.



*Lista de Quadros,
Tabelas e Abreviaturas*



Lista de Quadros

Quadro 1 - Principais doenças associadas ao tabagismo.....	26
Quadro 2 - População residente por faixa etária e sexo. Gália, 2009.....	36
Quadro 3 - Percentual da população de Gália por sexo e faixa etária. Gália, 2009.....	36
Quadro 4 - Distribuição da População por zona rural e urbana. Gália, 2009.....	37
Quadro 5 - Proporção de população residente alfabetizada por faixa etária. Gália, 2009.....	37
Quadro 6 – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água. Gália, 2009.....	38
Quadro 7 – Proporção de moradores por tipo de destino de lixo. Gália, 2009.....	38
Quadro 8 – Indicadores da Atenção Básica. Gália, 2009.....	40
Quadro 9 – Mortalidade proporcional por faixa etária segundo grupo de causas. Gália, 2009.....	40



Lista de Tabelas

- Tabela 1** - Caracterização dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo segundo variáveis, Gália - 2009.....45
- Tabela 2** – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao grau de dependência, Gália - 2009.....46
- Tabela 3** – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao número de cigarro fumado por dia, Gália - 2009.....47
- Tabela 4** – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo segundo a idade do início do tabagismo em anos, Gália - 2009.....48
- Tabela 5** – Distribuição dos indivíduos incluídos no estudo de acordo com anos de tabagismo, Gália - 2009.....49
- Tabela 6**- Distribuição dos indivíduos incluídos no estudo que tiveram uma ou mais tentativas de cessar o uso do tabaco e os métodos utilizados para cessação, Gália – 2009.....50
- Tabela 7**– Distribuição dos indivíduos de acordo com os grupos de estudo segundo a existência de familiares que residem na mesma casa e que fumam, Gália – 2009.....51
- Tabela 8** – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento se há relação do tabagismo com a hipertensão, Gália - 2009.....52
- Tabela 9** – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento se o tabagismo é doença, Gália - 2009.....53
- Tabela 10** – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento da dependência do tabaco, Gália - 2009.....54
-

Tabela 11 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com a opinião se pode cessar o tabagismo a qualquer instante, Gália – 2009	55
Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento ou não de tratamento de cessação de tabagismo - Gália, 2009.....	56
Tabela 13 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao conhecimento ou não de serviço especializado para tratamento de cessação de tabagismo, Gália - 2009.....	57
Tabela 14 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao recebimento ou não de orientação sobre malefícios do cigarro frente ao seu diagnóstico por profissionais de saúde, Gália - 2009.....	58
Tabela 15 - Distribuição das respostas incluídas nos grupos de estudo segundo o profissional de saúde que orientou sobre malefícios do tabaco, Gália - 2009.....	59
Tabela 16 - Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto orientações recebidas ou não sobre a cessação do tabaco por profissionais de saúde, Gália - 2009.....	60
Tabela 17 - Distribuição das respostas incluídas nos grupos de estudo quanto orientação sobre cessação do tabaco por categorias profissionais, Gália – 2009.....	61
Tabela 18 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto anotações sobre o tabagismo em prontuário, Gália - 2009.....	62

LISTA DE SIGLAS



ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
EMEF	ESCOLA MUNICIPAL DE ENSINO FUNDAMENTAL
EMEI	ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EUA	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
HA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
HIPERDIA	SISTEMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSÃO E DIABETES
IAL	INSTITUTO ADOLF LUTZ
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INCA	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MAPA	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOAS	NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS
PNCT	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RN	RIO GRANDE DO NORTE
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNESP	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
VIGITEL	VIGILÂNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO



Sumário

Sumário

1. Introdução	22
1. Objetivo	32
1.1 Objetivos Específicos	33
2. Processo Metodológico	34
2.1 Fundamentos Metodológicos	35
2.2 Cenário da Investigação	35
2.2.1 Aspectos Geográficos	35
2.2.2 Aspectos Demográficos	36
2.2.3 Aspectos Sócio-Econômicos	37
2.2.4 Aspectos Ambientais	38
2.2.5 Aspectos da Saúde	38
2.2.6 Perfil da Unidade em Estudo	41
2.3 Sujeitos da Investigação	41
2.4 Coleta de Dados	42
2.5 Análise dos Dados	43
3. Resultados	44
4. Discussão	63
5. Considerações Finais	71
6. Referências	74
7. Apêndices	81
8. Anexos	87



Introdução

1. Introdução

O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1992, sendo considerada a principal causa de morte evitável em todo o mundo ⁽¹⁾. Ao classificar o tabagismo como transtorno mental e comportamental, a OMS revolucionou o entendimento e a abordagem do fumante, que deixou de ser considerado um “viciado”. Assim aspectos psíquicos e medicamentosos passaram a fazer parte do tratamento, objetivando a abstinência e sua manutenção ⁽¹⁾.

A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam ⁽¹⁾.

Nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da feminina, enquanto nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar ⁽¹⁾.

O tabagismo está ligado à alta morbimortalidade, sendo que o total de mortes devido ao seu uso atingiu a taxa de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia, ou seja, um em cada dez adultos. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, 70% nos países em desenvolvimento, um em cada seis adultos, sendo metade deles em indivíduos de idade produtiva ⁽²⁾.

O tabagismo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, e a metade dela ocorre nos países em desenvolvimento. Este valor é o resultado da soma de vários fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes das pessoas em idade produtiva, aposentadorias precoces, faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo ⁽³⁾.

O uso freqüente do cigarro está relacionado com a busca das ações da nicotina sobre o sistema nervoso central, com seus efeitos aditivos, com outros componentes psicossociais e com os interesses da agroindústria correspondente ⁽⁴⁾. O uso do fumo leva à dependência através da ação psicoativa da nicotina, da influência de fatores ambientais, de hábitos pessoais e de condicionamentos psicossociais ⁽⁵⁾.

A dependência ao tabaco é tão severa que nos Estados Unidos da América (EUA), 80% dos fumantes regulares manifestam o desejo de parar de fumar, desses 35% tentam de fato, e menos de 5% são bem sucedidos e abandonam o tabaco sem a ajuda especializada ^(6,7).

A qualidade de vida dos tabagistas é um ponto a ser destacado e tem sido muito utilizada nos últimos anos como medida para avaliar o impacto do tabagismo e outras doenças a este associadas na vida dos sujeitos ^(8, 9, 10). Segundo a OMS a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ⁽¹¹⁾. Estudo sobre a qualidade de vida e a gravidade da dependência de tabaco evidenciou que os tabagistas graves apresentaram maior prejuízo na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social, ambiental e global, se comparado com os leves e moderados ⁽⁸⁾. Outro estudo realizado em 2008 sobre o impacto da cessação tabágica na qualidade de vida avaliou indivíduos fumantes e ex-fumantes observou que os ex-fumantes apresentaram melhores escores para os domínios: estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. Revelou ainda que o programa de cessação do tabagismo melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes ⁽¹²⁾.

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo, o que significa 23 mortes a cada hora, representando uma proporção alarmante ^(13,14). Resultados de pesquisas nacionais apontam prevalências de tabagismo de 32% em 1984 e de 20% em 2002. A primeira dessas estudou pessoas da faixa etária acima de 15 anos e a segunda avaliou pessoas da faixa etária de 12 a 65 anos ⁽¹⁵⁾.

De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2%. Os homens apresentaram prevalências superiores a das mulheres em todas as capitais ^(16, 17).

Segundo estudo do Ministério da Saúde (MS) realizado em 2008 nos 26 estados brasileiros e no distrito federal do Brasil, a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), revelou que a prevalência de adultos fumantes variou entre 9,8% em Maceió e 21,0% em São Paulo. O tabagismo se mostrou mais disseminado entre homens do que entre mulheres em todas as cidades,

embora as diferenças segundo gênero tenham variado muito de cidade para cidade. No conjunto da população adulta estudada, a frequência de fumantes foi de 15,2%, sendo maior no sexo masculino do que no feminino. Entre homens, a frequência foi de aproximadamente 20% até os 54 anos de idade mostrando-se relativamente estável, na faixa etária de 55-64 anos declinou em 17% e na faixa de 65 ou mais anos de idade 13%. Entre as mulheres, a frequência de fumantes aumentou com a idade, de 10% para 17% nas faixas etárias entre 18 e 54 anos, declinando para 13,2% e 6,7% nas faixas etárias subseqüentes. A frequência do tabagismo entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade foi particularmente alta, excedendo em quase duas vezes a frequência observada entre indivíduos com maior escolaridade ⁽¹⁸⁾.

O reconhecimento da expansão do consumo do tabaco como um problema global de saúde pública fez com que, em 2003, durante a 56ª Assembléia Mundial da Saúde, os 192 estados membros da OMS adotassem o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o controle do tabaco. O tratado fixa padrões internacionais, com providências relacionadas à propaganda e patrocínio, à política de impostos e preços, à etiquetagem dos produtos, ao comércio ilícito, ao tabagismo passivo e à responsabilidade civil, dentre outras medidas. O governo brasileiro reconhecendo essa epidemia mundial vem trabalhando essa questão e em decorrência do processo de negociação da Convenção-Quadro, mantendo uma participação ativa desde o seu início ⁽¹⁹⁾.

Mesmo sendo o segundo maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações fortes e abrangentes para o controle do tabagismo, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área ⁽²⁰⁾.

A legislação brasileira para o controle do tabaco é alvo de constantes desafios e tem contribuído com significativa redução no consumo nacional ao longo dos últimos 15 anos, como exemplo: a proibição da propaganda que é uma medida amplamente reconhecida como eficaz para reduzir o consumo e está em vigor desde 2000 ⁽²¹⁾. O estado de São Paulo, pioneiro no Brasil, proibiu o uso do cigarro em ambientes coletivos fechados prevendo multas aos que descumprirem a lei ^(21 22).

Muitos malefícios e várias doenças em todas as faixas etárias têm sua origem no tabaco: 30% de todos os casos de câncer, 90% dos casos de câncer de pulmão, 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar, no mínimo 25% dos casos de cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, maior frequência de infecções

respiratórias, periodontites, comprometimento do paladar e da visão, osteoporose, problemas digestivos, impotência sexual, infertilidade, doença vascular periférica, abortos espontâneos, prematuridade, atraso no desenvolvimento fetal, baixo peso ao nascer, defeitos congênitos, agravamento de diversas doenças comuns, que adquirem maior significado com o avançar da idade entre outras ⁽⁴⁾. A fumaça do cigarro tem ação lesiva inflamatória e carcinogênica. Isso se deve a uma ação irritativa e tóxica sobre as células. O processo inflamatório vai levar à produção de radicais livres de oxigênio que vão agravar ainda mais a lesão tissular ⁽²⁴⁾.

No quadro 1 estão apresentadas as principais doenças associadas ao tabagismo.

Quadro 1- Principais doenças associadas ao tabagismo

Sistemas	Doenças associadas ao tabagismo
Respiratório	Doença pulmonar obstrutiva crônica Doenças intersticiais pulmonares Câncer de pulmão Câncer de cabeça e pescoço
Digestivo	Câncer de esôfago Doença ulcerosa péptica
Urinário	Câncer de bexiga
Cardiovascular	Aterosclerose Hipertensão arterial Cardiopatia isquêmica Morte súbita Doenças vasculares arteriais periféricas Tromboembolismo venoso
Sistema nervoso central	Acidente vascular encefálico Estados demenciais
Sistema reprodutor	Impotência sexual masculina Diminuição da fecundidade feminina Maior morbidade gestacional
Sistema osteomuscular	Osteoporose
Pele	Envelhecimento cutâneo

Fonte: Revista da SOCERJ

As pessoas que continuam a fumar quando comparadas com as pessoas que que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar; e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar⁽¹⁴⁾.

Reconhecidamente o tabagismo é um fator de dificuldade para o controle da hipertensão arterial mesmo na vigência de tratamentos em condições ideais. Por isso os hipertensos devem ser abordados constantemente pelos profissionais de saúde afim de que se evitem complicações⁽²⁵⁾.

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica, não-transmissível, de natureza multifatorial e assintomática na grande maioria dos casos, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados⁽²⁶⁾. É isoladamente um grave problema de saúde pública e uma das causas mais frequentes de morbidade. A hipertensão está associada à insuficiência cardíaca, doenças renais e diabetes, sendo também um componente da síndrome metabólica. Também está relacionada a outras doenças cardiovasculares, estando associada a 40,0% dos casos de acidentes cerebrovasculares e 25,0% das doenças cardíacas isquêmicas. De fato as doenças cardiovasculares constituem as principais causas de morte no mundo todo, sendo responsáveis por 30,0% do coeficiente de mortalidade específica^(27, 28, 29). Portanto, o binômio tabagismo-hipertensão é uma associação extremamente perigosa constituindo fator de risco para, ao menos, 35 enfermidades, entre elas as doenças cardiovasculares.

O fumo é considerado um elemento desencadeante da hipertensão arterial, pois independentemente do peso corporal o tabagismo produz aumento da pressão arterial. Portanto, considerando-se que se o hipertenso deixar de fumar a redução de complicações futuras será de 50%, os efeitos benéficos do abandono do tabagismo são indiscutíveis⁽³⁰⁾.

Há inúmeras alterações na regulação da pressão arterial induzidas pelo tabaco, como o aumento do trabalho cardíaco (devido à inalação da nicotina) ocasionado pelo aumento da frequência cardíaca, enrijecimento parietal das grandes artérias e aumento

da contratilidade miocárdica. Também causa disfunção endotelial, que se manifesta como alteração da vasodilatação, podendo causar desequilíbrio no sistema arterial, manifestos por dificuldade no controle da pressão arterial a despeito do uso adequado dos anti-hipertensivos ⁽²⁵⁾.

Estudo realizado em 2006 no município de São Paulo avaliou o efeito do tabagismo sobre o comportamento da pressão arterial durante 24 horas, mediante análise da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). A análise mostrou que os tabagistas apresentaram durante a vigília, médias pressóricas, sistólicas e diastólicas maiores que os não tabagistas, independentemente do uso da medicação anti-hipertensiva ^(27, 31). Em outra pesquisa realizada em um centro de tratamento do controle do tabagismo no Rio de Janeiro, 91 fumantes cardiopatas e diabéticos de alto risco se submeteram ao tratamento e os resultados mostraram que 43,0% pararam de fumar, e dos que pararam 46,0% dos hipertensos alcançaram melhores controles pressóricos e 63,0% não necessitaram de atendimento em serviço de emergência em seis meses de abstinência do cigarro ⁽⁵⁾.

Pesquisa sobre a associação de fatores de risco e hipertensão numa área rural de Minas Gerais revelou que a prevalência de hipertensão arterial na população adulta foi de 47,0%. Os homens tabagistas foram 33,1% e, destes, 50,0% eram hipertensos. Já as mulheres tabagistas eram 12,2%, sendo 61,1% hipertensas ⁽²⁸⁾. Em outra pesquisa que avaliou o perfil dos hipertensos mostrou que 12,0% dos hipertensos da área urbana são tabagistas e 9,0% da área rural ⁽³²⁾.

Esses dados reforçam os indícios de que a epidemiologia do uso do tabaco difere nas populações rurais e urbanas. Entretanto, ainda são escassos os dados epidemiológicos sobre tabagismo na população rural ⁽³³⁾.

Com relação à prevalência, um estudo realizado no distrito rural de Uganda, mostrou a prevalência de 21,2% entre estudantes de 13-15 anos; 5,3% maior do que em Kampala, capital do país ⁽³⁴⁾. Dados de uma pesquisa realizada entre idosos moradores da área rural da Carolina do Norte, Estados Unidos (EUA) revelaram que cerca de 70% deles já haviam usado algum dos tipos de tabaco e um terço atualmente usava ao menos um produto ⁽³⁵⁾. Um estudo de vigilância comportamental de fatores de risco realizado por telefone nos EUA mostrou que a prevalência do tabagismo foi de 22,0% na zona urbana, 24,9% na zona rural adjacente à cidade, 24,0% nas grandes propriedades e 24,9% nas pequenas, sendo que em alguns estados a prevalência na área rural chegou a

28,0%⁽³⁶⁾. No Brasil um estudo comparativo entre população rural e urbana mostrou que há maior prevalência de tabagismo na zona rural, sendo 10,0% na área urbana e 15,0% na área rural⁽³⁷⁾.

A abordagem dos usuários para a cessação do tabagismo, por todos os profissionais de saúde, é imprescindível para o êxito no processo de cessação. Tais pacientes devem ser sempre motivados à cessação do uso do tabaco, e, nunca discriminados. Além disso, é essencial estabelecer uma relação de empatia e sem juízo de valores para que o tabagista sintam-se confortável para falar de seu desejo de fumar, seus medos e até mesmo suas recaídas⁽³⁸⁾.

Um dos fatores que interfere no sucesso de um programa de cessação de tabagismo é a existência de profissionais capacitados.

Após um treinamento com 40 profissionais da rede pública de Campinas por quatro meses que incluíram grupo de motivação, triagem clínica, grupo de tratamento, manejo de uso das medicações e supervisão dos casos, os profissionais foram avaliados quanto às atividades desenvolvidas. Destes, 92% desenvolveram medidas de abordagem do tabagista em sua unidade; 54% treinaram membros de sua equipe; 19% treinaram outras equipes e 38% realizaram atividades para a comunidade, perfazendo um total de 3.419 atendimentos em abordagem mínima individual aos tabagistas e 982 pacientes em abordagem grupal. Dos tabagistas que participaram das atividades desenvolvidas, 9,2% conseguiram parar de fumar⁽³⁹⁾.

Em um estudo com otorrinolaringologistas revelou que a maioria deles avaliou de modo desfavorável o ensino do tratamento da dependência da nicotina durante a residência na especialidade. Para 74,2% desses médicos, o ensino do tema foi insatisfatório. Essa deficiência no ensino médico refletiu-se na auto-avaliação do conhecimento dos profissionais: 46,4% julgaram regular sua familiaridade com os meios de tratamento da dependência de nicotina e 28,7%, insatisfatória⁽⁴⁰⁾. Assim deve-se considerar que é preciso uma revisão do conteúdo das disciplinas dos cursos de graduação na área da saúde com a finalidade de que temas sobre a cessação do tabagismo sejam abordados durante a formação.

Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo^(41,42). Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% caso o fumante tente parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a aconselhamento mínimo (<

3 minutos), 16,0% a aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se for realizado aconselhamento intensivo (>10 minutos) ⁽⁴³⁾.

O consenso em abordagem e tratamento do fumante do MS estabelece a abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, como uma das formas de tratamento para o tabagismo. A abordagem básica consiste em perguntar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração no mínimo de 3 minutos e no máximo 5 minutos em cada contato. Deve-se **perguntar** a todos os pacientes se são fumantes; em caso positivo deve-se avaliar o grau de dependência da nicotina e o grau de motivação para parar de fumar. Uma vez identificado o estágio de motivação do fumante deve-se **aconselhar** o paciente de acordo com esse estágio. Para aqueles que estão prontos deve-se **prepará-los** para deixar de fumar com orientações, como: parada gradual, abstinência, recaídas, ganho de peso etc. Após essa fase é necessário **acompanhar** este indivíduo, analisar as dificuldades e reforçar os ganhos ⁽¹⁴⁾.

Um estudo de revisão sistemática que teve como objetivo determinar os efeitos do aconselhamento individual na cessação do tabagismo identificou 30 estudos randomizados com cerca de 7000 participantes em maio de 2008. Todos os estudos envolveram sessões de mais de 10 minutos e em alguns houve o contato telefônico como suporte. Em 22 desses estudos houve a comparação da intervenção mínima com o aconselhamento individual e o aconselhamento foi mais efetivo quando realizado de forma intensiva, ou seja, acima de 10 minutos ⁽⁴³⁾.

Todo esse cenário torna evidente que as ações para o controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não-governamentais. Portanto é sob a ótica da promoção da saúde que, desde 1989, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do MS responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde ⁽²¹⁾.

Há uma política nacional para se combater o tabagismo através do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo que sistematiza quatro grandes grupos de

estratégias. O primeiro voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; e um terceiro grupo onde se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização (21,44).

A responsabilidade do profissional de saúde vai além daquela estritamente associada à queixa principal que cada paciente lhe apresenta. Todos pacientes devem ser indagados sobre o tabagismo, e as respostas devem ser documentadas regularmente, e, uma vez que esse usuário seja identificado e alertado para deixar de fumar, é preciso avaliar a vontade do paciente de atingir esse objetivo no momento atual. Entretanto, no Brasil o número de serviços especializados no tratamento intensivo do fumante, com distribuição de medicação e dados sobre as barreiras que dificultam o tratamento da dependência são escassos.

Deixar de fumar é uma das medidas mais eficazes para reduzir o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e estes devem ser repetidamente estimulados a abandonar o tabagismo por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas, tais como aconselhamento sobre os prejuízos para a saúde, material educativo, grupo de apoio, terapia farmacológica, entre outras. Como consequência torna-se cada vez mais importante estudar as características dos tabagistas hipertensos e se os mesmo estão sendo orientados e abordados adequadamente, com relação à cessação do tabagismo, pelos profissionais de saúde.

Objetivo

2. Objetivo

Analisar se os tabagistas hipertensos em algum momento de seu tratamento foram orientados e ou abordados por profissionais de saúde sobre a cessação do tabagismo.

2.1 Objetivos específicos

- Avaliar o grau de dependência dos pacientes hipertensos tabagistas.
 - Identificar as orientações recebidas no serviço relatado pelos pacientes sobre a cessação do tabagismo;
 - Verificar as anotações nos prontuários dos pacientes hipertensos tabagistas com relação à cessação do tabagismo;
 - Identificar a prevalência dos hipertensos tabagistas na zona rural.
-



Processo Metodológico



3. Processo Metodológico

3.1. Fundamentos Metodológicos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

Os estudos descritivos informam sobre a frequência e a distribuição de um evento, em termos quantitativos. Têm o objetivo de descrever epidemiologicamente os dados colhidos na população. Estes, em geral, referem-se à mortalidade e à morbidade, e são organizados de maneira a mostrar as variações com que os óbitos e as doenças que se encontram no seio da própria população ou entre regiões e épocas distintas. Por vezes, a descrição tem por foco outros eventos, caso dos fatores de risco e das características da população. A população utilizada em estudos descritivos pode ser composta só de doentes, como em muitas investigações hospitalares; pode também ser constituído exclusivamente de pessoas sadias - caso de uma pesquisa sobre cobertura vacinal – ou, então, de uma mistura de sadios e doentes, como ocorre nas pesquisas de morbidade em nível de domicílio ^(45,46).

3.2. Cenário da Investigação

3.2.1 Aspectos Geográficos

Gália situa-se na região Centro Oeste do Estado de São Paulo, integra a região administrativa de Marília e sua emancipação política administrativa ocorreu em 20/09/1927, através da Lei Estadual nº 2229 ⁽⁴⁷⁾.

O município de Gália é uma cidade de pequeno porte com 6.638 habitantes, segundo o último censo (2000). A área territorial do município compreende 357 km² e os municípios limítrofes são Presidente Alves, Avaí, Garça, Ubirajara, Duartina, Fernão e Lucianópolis, distando 401 km da capital ⁽⁴⁷⁾.

Foi fundada em 1917 com o nome de São José das Antas, devido ao ribeirão do município que tinha este nome. Com a construção da ferrovia, Companhia Paulista de Estrada e Ferro, foi instalada uma estação de parada, com o nome de Gália, em homenagem à França (antiga denominação), topônimo que passou à localidade em setembro de 1927 ⁽⁴⁸⁾.

As principais atividades econômicas são as culturas do café, milho, sericicultura e citros, além da bovinocultura sendo este a principal atividade econômica da região, e a segunda principal atividade é a cultura do bicho da seda. A maior parte da área rural do município é composta por fazenda de criação de gado, que ocupa pouca mão de obra (47).

3.2.2 Aspectos Demográficos

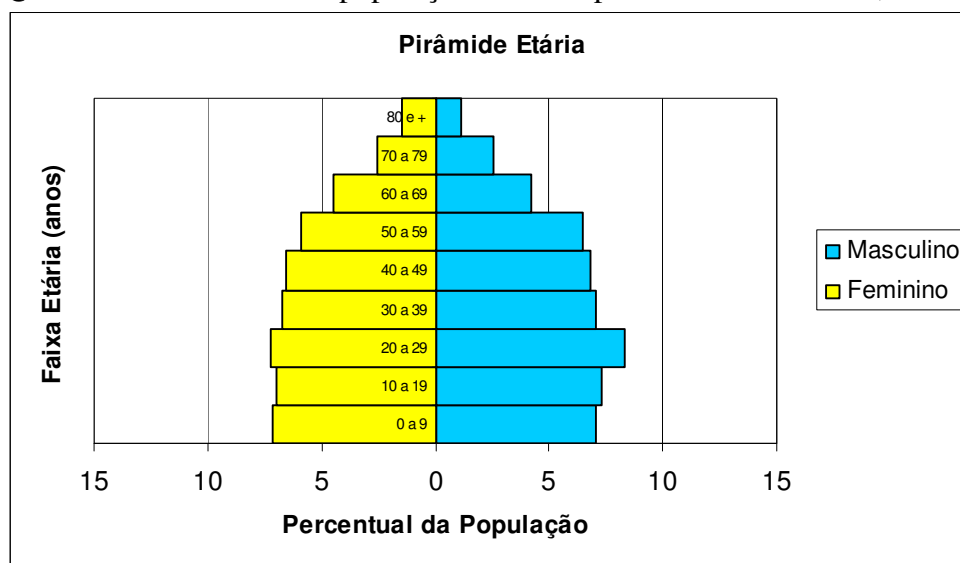
Atualmente, segundo dados do IBGE, o município tem uma população de 6.638 pessoas (49).

Quadro 2- População residente por faixa etária e sexo, Gália - 2009.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	42	40	82
1 a 4	182	180	362
5 a 9	244	254	498
10 a 14	234	237	471
15 a 19	253	228	481
20 a 29	551	481	1.032
30 a 39	470	447	917
40 a 49	452	436	888
50 a 59	430	391	821
60 a 69	282	296	578
70 a 79	170	169	339
80 e +	73	96	169
Ignorada	-	-	-
Total	3.383	3.255	6.638

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Quadro 3- Percentual da população de Gália por sexo e faixa etária, Gália - 2009



Nota-se uma discreta diferença na população de homens e mulheres, um predomínio da população economicamente ativa na faixa etária dos 20 a 39 anos e uma população jovem apta para trabalhar, porém o município oferece poucas oportunidades de trabalho.

Quadro 4 - Distribuição da População por zona rural e urbana, Gália - 2009.

ZONA DE RESIDÊNCIA	NÚMERO DE PESSOAS
Urbana	5017
Rural	1621
Total	6638

A maior concentração da população está na zona urbana, devido à evasão da área rural e à falta de oportunidades de trabalho, com exceção dos períodos de colheita do café e cana de açúcar. As grandes fazendas cafeeiras mudaram seu perfil devido à baixa no café, tendo como opção a pecuária, que não mais exige grande contingente de trabalhadores. Famílias inteiras tiveram que se mudar das grandes colônias rurais, para viverem na cidade. Acreditamos ainda que a população urbana tenha maior facilidade e acesso à educação, moradia, trabalho e lazer.

3.2.3 Aspecto Sócio Econômicos

A rede municipal de educação possui 01 escola municipal de educação infantil (EMEI), 01 escola de ensino fundamental (EMEF) e 01 creche. A rede estadual conta com 01 escola de ensino médio ⁽⁴⁷⁾. A seguir está apresentado o quadro de proporção da população residente alfabetizada por faixa etária.

Quadro 5 - Proporção de população residente alfabetizada por faixa etária, Gália-2009.

Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária		
Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	48,4	50,4
10 a 14	90,1	96,6
15 a 19	93,1	98,3
20 a 49	80,8	91,9
50 e +	51,7	66,8
Total	73,9	83,3

Fonte: IBGE/Censos

3.2.4 Aspectos Ambientais

A grande maioria (72,7%) das residências é abastecida pela rede de água. Na zona urbana há 100% do abastecimento pela SABESP. Na zona rural o predomínio é de outras vias de abastecimento tais como: poço ou nascentes. A maioria das pessoas da zona rural usa cloro na água, fornecido pelo Centro de Saúde e outros filtram a água para o consumo ⁽⁴⁷⁾.

Quadro 6 – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, Gália - 2009.

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	50,9	72,7
Poço ou nascente (na propriedade)	48,8	27,0
Outra forma	0,3	0,3

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

A coleta pública de lixo atende 100% da zona urbana e na rural o lixo produzido é queimado na maioria das propriedades.

Quadro 7 – Proporção de moradores por tipo de destino de lixo, Gália - 2009.

Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo		
Coleta de lixo	1991	2000
Coletado	42,8	71,0
Queimado (na propriedade)	21,5	18,4
Enterrado (na propriedade)	8,1	4,6
Jogado	27,6	5,0
Outro destino	-	0,9

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

3.2.5 Aspectos da Saúde

O município possui três Unidades de Saúde da Família (USF) e um hospital de médio porte. Pertence a Direção Regional de Saúde IX, com sede no município de Marília, distante 57 km do município. Encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, segundo a NOAS/SUS/2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde) sendo as USFs administradas pelo município. Já, o hospital é financiado pelo MS, gerido pelo Estado e administrado por uma entidade filantrópica com ajuda financeira do município ⁽⁴⁷⁾.

As Unidades de Saúde de atenção primária do município atendem sob a lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Estratégia Saúde da Família, compreendida assim como uma estratégia para a viabilização do Sistema Único de Saúde torna-se um projeto estruturante com potencial para promover transformação interna do sistema de saúde, uma vez que, objetiva a reorganização das ações e dos serviços de saúde, solicita a ruptura entre a dicotomia das ações de saúde coletiva e das ações da atenção clínica individual, bem como entre as educacionais e assistenciais ^(50,51).

Nessa perspectiva, deseja-se que a equipe da ESF dê respostas às necessidades de saúde por meio de ações como as indicadas e descritas a seguir:

- Planejamento de ações compreendidas como a capacidade para diagnóstico local, atentando-se para os aspectos positivos da comunidade e ao potencial das pessoas.
- Saúde, Promoção e Vigilância à saúde com enfoque na co-responsabilidade e na participação social. Cabe à equipe reconhecer os fatores que determinam a qualidade de vida das pessoas, promover a articulação intersetorial e a institucional local;
- Abordagem integral da família face ao reconhecimento dos indivíduos e de suas famílias, considerando o contexto sócio-econômico e cultural, com ética, compromisso e respeito.
- Trabalho interdisciplinar em equipe que favoreça a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, destacando os saberes e práticas que possibilitam cuidado mais integral e resolutivo. Assim, a equipe deve compreender este trabalho e reconhecer o limite específico das atribuições dos diferentes profissionais, socializar conhecimentos e informações, participar do processo de formação de profissionais com vistas a identificar os problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.

Dessa forma, o trabalho na Estratégia Saúde da Família em seu cotidiano é complexo e dinâmico, requerendo dos profissionais várias capacidades e várias práticas que promovam impacto na saúde da população.

Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) / Programa Saúde da Família (PSF) em 2002 observa-se um aumento considerável até em 2007 na porcentagem de crianças com esquema vacinal em dia e também a cobertura de consultas de pré natal.

3.2.6 Perfil da Unidade em Estudo

A Unidade de Saúde da Família III atende 100% dos usuários da zona rural do município e pequena parte da zona urbana, totalizando 645 famílias e 2045 pessoas. Entre as famílias atendidas estão os acampados e assentados do Movimento dos Sem Terra. Está em funcionamento há cinco anos, com um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório de dentista.

Segundo os dados do Programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), o município de Gália tem 1603 pessoas com diagnóstico de hipertensão, dos quais 357 fumam ⁽⁵²⁾ e há cadastrado na equipe em estudo 255 hipertensos, destes 56 são tabagistas.

A referência para atendimento em tabagismo situa-se no município de Marília, no Ambulatório de Especialidades Mário Covas, vinculado à Faculdade de Medicina de Marília. Atualmente em Gália há uma equipe capacitada composta por um médico, uma enfermeira (não a autora desta pesquisa) e uma odontóloga, que iniciou as atividades no segundo semestre de 2009.

3.3 Sujeitos da Investigação

A casuística foi constituída pela totalidade dos tabagistas residentes na zona rural em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família III do município de Gália com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, ou seja, 56 indivíduos.

Os hipertensos tabagistas foram constituídos em três (03) grupos de estudo de acordo com os tipos de cigarro usado:

- Grupo 1 = tabagistas de cigarro de papel;
 - Grupo 2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;
 - Grupo 3 = tabagistas de fumo de corda.
-

3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2008 a maio de 2009 e em duas etapas.

Na primeira etapa foi aplicado questionário padrão elaborado pela pesquisadora juntamente com o grupo de Controle de Tabagismo da UNESP – Botucatu e previamente testado (APÊNDICE 1) com perguntas fechadas para avaliar o grau de conhecimento do usuário em relação à sua patologia versus tabagismo, e, sobre as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre os malefícios do cigarro, além da aplicação do teste de Fagerström (ANEXO A) para verificar o grau de dependência ao tabaco ⁽⁵³⁾. Na avaliação do grau de dependência foi retirada a pergunta nº 4 “*Quantos cigarros você fuma por dia?*” do teste de Fagerström para proceder à análise dos resultados, em consequência dos participantes serem moradores de zona rural e possuírem como característica o uso de cigarro de fumo de corda enrolado em palha ou cigarro de fumo de corda acrescido de cigarro de papel. E ainda foi realizada a equivalência entre o número de cigarro de papel e de palha (um cigarro de palha correspondia a dois cigarros de papel) ⁽⁵⁴⁾.

Todos os indivíduos que participaram do estudo foram devidamente esclarecidos e somente após a assinatura do termo de esclarecimento livre e esclarecido foram incluídos no estudo (APÊNDICE 2).

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora em contato único por meio de visita domiciliar ou conforme esses usuários compareceram ao serviço de saúde para consulta de enfermagem ou consulta médica. Após aplicação dos instrumentos de coleta de dados a pesquisadora fez a intervenção de abordagem sobre os malefícios do tabaco e a importância da cessação e quando necessário os indivíduos foram encaminhados para o serviço de referência.

Na segunda etapa foi feita uma análise retrospectiva dos prontuários dos hipertensos tabagistas verificando a existência de anotações realizadas pelos profissionais de saúde com relação ao tabagismo.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, sob o nº 531/08, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n 196/96 (ANEXO B).

3.5. Análise dos dados

Os dados obtidos neste estudo serão apresentados em tabelas em números absolutos e relativos para análise descritiva dos resultados. Foi feita a comparação dos resultados obtidos nos diferentes grupos de estudos pelo teste de qui-quadrado considerando nível de significância de $p > 0.05$. O pacote estatístico SigmaStat 3.2 (Inc, Chicago, Il, USA) foi utilizado para análise dos dados.



Resultados



4. Resultados

Na tabela 1 está apresentada a distribuição dos indivíduos que participaram do estudo de acordo com as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, escolaridade e tempo de tratamento de hipertensão, segundo os grupos de estudo. Dos 56 indivíduos estudados 64,3% eram do sexo masculino; 75% tinham uma relação conjugal estável; em relação à faixa etária destaca-se que 44,6% tinham entre 51 a 60 anos. Observa-se que 34% dos indivíduos eram analfabetos e 46,4% tinham o primeiro grau incompleto e que 48,2% já faziam o tratamento de hipertensão pelo período de 5 a 10 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo segundo variáveis, Gália - 2009.

<i>Grupos</i> <i>Sexo</i>	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	08	40,0	11	39,3	01	12,5	20	35,7
Masculino	12	60,0	17	60,7	07	87,5	36	64,3
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0
<i>Estado Civil</i>								
Solteiro	01	5,0	04	14,3	01	12,5	06	10,7
Casado	13	65,0	16	57,1	06	75,0	35	62,5
Viúvo	01	5,0	04	14,3	01	12,5	06	10,6
Amasiado	03	15,0	04	14,3	--	--	07	12,5
Divorciado	02	10,0	--	--	--	--	02	3,6
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0
<i>Idade</i>								
30-40	--	--	03	10,7	01	12,5	04	7,1
41-50	05	25,0	03	10,7	02	25,0	10	17,9
51-60	10	50,0	14	50,0	01	12,5	25	44,6
61-70	03	15,0	05	17,9	03	37,5	11	19,7
71 e mais	02	10,0	03	10,7	01	12,5	06	10,7
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0
<i>Escolaridade</i>								
Analfabeto	04	20,0	12	42,8	03	37,5	19	34,0
1º grau incompleto	09	45,0	14	50,0	03	37,5	26	46,4
1º grau completo	07	35,0	02	7,2	01	12,5	10	17,8
Superior incompleto	--	--	--	--	01	12,5	01	1,8
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0
<i>Tempo de tratamento de Hipertensão Arterial</i>								
Até 4 a	11	55,0	08	28,6	03	37,5	22	39,3
5-10 a	06	30,0	17	60,7	04	50,0	27	48,2
Mais de 11 a	03	15,0	03	10,7	01	12,5	07	12,5
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo o grau de dependência. No grupo 1, 50,0% dos entrevistados tinham grau de dependência médio, no grupo 2, 39,3% baixo e 35,7% elevado e no grupo 3, 50,0% baixo. Ressalta-se que 35,7% dos indivíduos fumavam nos cinco primeiros minutos após acordar.

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao grau de dependência, Gália - 2009.

Dependência	Muito Baixo		Baixo		Médio		Elevado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos										
G1	01	5,0	07	35,0	10	50,0	02	10,0	20	100,0
G2	01	3,6	11	39,3	06	21,4	10	35,7	28	100,0
G3	01	12,5	04	50,0	02	25,0	01	12,5	08	100,0
Total	03	5,3	22	39,3	18	32,1	13	23,2	56	100,0

p= 0,227

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos no estudo segundo o número de cigarros fumados por dia. Destaca-se que 40,0% dos indivíduos fumavam menos que 5 cigarros por dia. Quando se realizou a equivalência do cigarro de fumo de corda com o cigarro de papel foi encontrado uma porcentagem menor: 17,8%.

Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao número de cigarro fumado por dia, Gália - 2009.

Grupo n cigarro	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<= 5	5	25,0	13	48,1	4	50,0	22	40,0
6-10	6	30,0	9	33,3	2	25,0	17	30,9
11-15	1	5,0	4	14,8	1	12,5	06	10,9
16-20	8	40,0	1	3,7	1	12,5	10	18,2
Total	20	100,0	27	100,0	08	100,0	55	100,0

p=0,019

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos indivíduos de acordo com grupos estudados e a idade de início do tabagismo em anos. Destaca-se que nos grupos 1 e 3 50% dos indivíduos estudados iniciaram o tabagismo até os 15 anos, enquanto que no grupo 2 foi de 46,4% na mesma faixa etária. Não ocorreu diferença estatística significativa entre os grupos estudados.

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo segundo a idade do início do tabagismo em anos, Gália - 2009.

Idade \ Grupos	G1		G2		G3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 15 a	10	50,0	13	46,4	04	50,0	27	48,2
16-25 a	07	35,0	13	46,4	03	37,5	23	41,1
26-40 a	03	15,0	02	7,2	01	12,5	06	10,7
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0

p= 0,778

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 5 mostra a distribuição dos entrevistados por grupo de estudo de acordo com os anos de tabagismo. Nos grupos 1 e 3 todos os indivíduos fumavam há mais de 21 anos. Somente três indivíduos do grupo 2 fumavam por um tempo inferior de 20 anos.

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos incluídos no estudo de acordo com anos de tabagismo, Gália - 2009.

Idade \ Grupos	G1		G2		G3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 a	00	00,0	03	10,7	00	00,0	03	5,3
21-35 a	07	35,0	06	21,4	04	50,0	17	30,3
36-50 a	12	60,0	14	50,0	01	12,5	27	48,3
51-71 a	01	5,0	05	7,8	03	37,5	09	16,1
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0

p= 0,583

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda

A tabela 6 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos no estudo que tiveram uma ou mais tentativas para cessar o uso do tabaco e os métodos utilizados por eles para cessação. Dos indivíduos estudados 49 tentaram alguma vez cessar o tabagismo. Salienta-se que dos que tentaram a grande maioria (85,7%) não utilizaram qualquer método.

Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos incluídos no estudo que tiveram uma ou mais tentativas de cessar o uso do tabaco e os métodos utilizados para cessação, Gália – 2009.

Tentativa \ Métodos	1 tentativa		+ 1 tentativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	20	47,6	22	53,4	42	85,7
Bala/ Cachimbo	00	00	03	100,0	03	6,1
Remédio	01	33,3	02	66,7	03	6,1
Adesivo	00	00	01	100,0	01	2,1
Total	21	42,8	28	57,2	49	100,0

Na tabela 7 está apresentada a distribuição dos indivíduos de acordo com os grupos de estudo segundo a existência de familiares que residiam na mesma casa e que fumavam. Ressalta-se que a maioria (73,2%) não convivia com fumantes em casa.

Tabela 7 – Distribuição dos indivíduos de acordo com os grupos de estudo segundo a existência de familiares que residem na mesma casa e que fumam, Gália – 2009.

Grupos Família fuma	G1		G2		G3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	09	45,0	04	14,3	02	25,0	15	26,8
Não	11	55,0	24	85,7	06	75,0	41	73,2
Total	20	100,0	28	100,0	08	100,0	56	100,0

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda

Na tabela 8 está apresentada a distribuição dos indivíduos que participaram do estudo segundo grupo e o conhecimento se há relação do tabagismo com a hipertensão. Dos 56 entrevistados, 42 (75%), referiram haver relação entre sua patologia e o tabaco, e deste total 21 (75%) indivíduos pertencem ao grupo 2. Não houve diferença estatística entre os grupos estudados.

Tabela 8 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento se há relação do tabagismo com a hipertensão, Gália - 2009.

Relação hipertensão e tabagismo	Sim		Não	
	n	%	n	%
Grupos				
G1	16	80,0	04	20,0
G2	21	75,0	07	25,0
G3	05	62,5	03	35,5
Total	42	75,0	14	25,0

p=0,627

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

Na tabela 9 está apresentada a distribuição dos indivíduos incluídos no estudo de acordo com o conhecimento se o tabagismo é doença. Nota-se que em todos os grupos a maioria dos entrevistados tem o tabagismo como doença, totalizando 73,2%. Destaca-se que somente 8,9% de todos os indivíduos estudados responderam que não sabiam se era ou não doença.

Tabela 9 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento se o tabagismo é doença, Gália - 2009.

Concepção Grupos	Sim		Não		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G1	14	70,0	05	25,0	01	5,0	20	100,0
G2	22	78,6	04	14,3	02	7,1	28	100,0
G3	05	62,5	01	12,5	02	25,0	08	100,0
Total	41	73,2	10	17,9	05	8,9	56	100,0

p= 0,416

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento da dependência do tabaco está apresentada na tabela 10. A maioria dos indivíduos dos grupos estudados tinha conhecimento da dependência do tabagismo.

Tabela 10 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento da dependência do tabaco, Gália - 2009.

Conhecimento Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
G1	18	90,0	02	10,0	20	100,0
G2	28	100,0	0	0,0	28	100,0
G3	07	87,2	01	12,5	08	100,0
Total	53	94,6	03	5,4	56	100,0

p= 0,198

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 11 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo segundo a opinião se pode cessar o tabagismo a qualquer instante. Nota-se que 71,4% dos entrevistados responderam que não conseguiriam abandonar o cigarro a qualquer instante.

Tabela 11 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com a opinião se pode cessar o tabagismo a qualquer instante, Gália - 2009.

Opinião Grupos	Sim		Não		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G1	04	20,0	14	70,0	02	10,0	20	100,0
G2	04	14,3	22	78,6	02	7,1	28	100,0
G3	02	25,0	04	50,0	02	25,0	08	100,0
Total	10	17,9	40	71,4	06	10,7	56	100,0

p= 0,547

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao conhecimento de tratamento de cessação de tabagismo está apresentada na tabela 12. Nos grupos 1 e 3, metade dos indivíduos desconhece tratamento para a cessação do tabagismo.

Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo de acordo com o conhecimento ou não de tratamento de cessação de tabagismo - Gália, 2009.

Existência de tratamento Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
G1	10	50,0	10	50,0	20	100,0
G2	16	57,1	12	42,9	28	100,0
G3	04	50,0	04	50,0	08	100,0
Total	30	53,6	26	46,4	56	100,0

p= 0,866

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 13 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao conhecimento ou não da existência de serviço especializado que oferece tratamento para cessação de tabagismo. No grupo 1, 85% dos indivíduos não conheciam serviço especializado, seguido por 89,3% do grupo 2 e 75,0% do 3. Do total de entrevistados, apenas 14,3% conheciam ambulatório especializado de tratamento do tabagismo.

Tabela 13 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao conhecimento ou não de serviço especializado para tratamento de cessação de tabagismo, Gália - 2009.

Conhecimento de serviço especializado	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupos						
G1	03	15,0	17	85,0	20	100,0
G2	03	10,7	25	89,3	28	100,0
G3	02	25,0	06	75,0	08	100,0
Total	08	14,3	48	85,7	56	100,0

p= 0,592

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

Na tabela 14 está apresentada a distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao recebimento ou não de orientações sobre malefícios do cigarro frente ao seu diagnóstico por profissionais de saúde. No grupo 1, 90% dos entrevistados receberam orientações; 92,8% no grupo 2 e 75,0% do grupo 3. Destaca-se, 10,7% dos indivíduos relataram que não foram informados sobre os malefícios do tabaco.

Tabela 14 – Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto ao recebimento ou não de orientação sobre malefícios do cigarro frente ao seu diagnóstico por profissionais de saúde, Gália - 2009.

Malefícios do cigarro	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupos						
G1	18	90,0	02	10,0	20	100,0
G2	26	92,8	02	7,3	28	100,0
G3	06	75,0	02	25,0	08	100,0
Total	50	89,3	06	10,7	56	100,0

p= 0,352

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 15 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo segundo o profissional de saúde que orientou sobre malefícios do tabaco. Em todos os grupos a maioria dos indivíduos foi orientada pelo médico e enfermeiro. Ressalta-se que houve profissionais que foram citados por várias vezes em uma única entrevista.

Tabela 15 - Distribuição das respostas incluídas nos grupos de estudo segundo o profissional de saúde que orientou sobre malefícios do tabaco, Gália - 2009.

Profissionais Grupos	Médico		Enfermeiro		Aux. Enf.		ACS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
G1	15	83,3	11	61,1	02	11,1	02	11,1	18	36,0
G2	20	76,9	15	57,7	07	26,9	04	15,4	26	52,0
G3	04	66,6	02	33,3	02	33,3	01	16,6	06	12,0
Total	39	70,0	28	56,0	11	22,0	07	14,0	50	100,0

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto orientações recebidas ou não sobre a cessação do tabagismo por profissionais de saúde está apresentada na tabela 16. No grupo 1, 90% dos entrevistados foram orientados sobre a cessação de tabaco por profissionais de saúde. Nos grupos 2 e 3 os hipertensos tabagistas orientados foram 96,4% e 75,0% respectivamente.

Tabela 16 - Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto orientações recebidas ou não sobre a cessação do tabaco por profissionais de saúde, Gália - 2009.

Orientações recebidas Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
G1	18	90,0	02	10,0	20	100,0
G2	27	96,4	01	3,6	28	100,0
G3	06	75,0	02	25,0	08	100,0
Total	51	90,1	05	8,9	56	100,0

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A tabela 17 apresenta a distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto à orientação sobre cessação do tabagismo por categorias profissionais. Cada profissional pode aparecer em mais de uma resposta. No grupo 1, 83,3% dos participantes foram abordados pelo médico, seguido de 50,0% do enfermeiro. No geral, o médico orientou 80,4% de todos os usuários, seguido por 47,0% do enfermeiro, 19,6% do auxiliar de enfermagem e 21,6% dos ACS.

Tabela 17 - Distribuição das respostas incluídas nos grupos de estudo quanto orientação sobre cessação do tabaco por categorias profissionais, Gália - 2009

Profissionais Grupos	Médico		Enfermeiro		Aux.enf.		ACS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
G1	15	83,3	09	50,0	03	16,7	04	22,2	18	35,3
G2	22	81,4	13	48,1	05	18,5	06	22,2	27	52,9
G3	04	66,7	02	33,3	02	33,3	01	16,7	06	11,7
Total	41	80,4	24	47,0	10	19,6	11	21,6	51	100,0

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

A distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto às anotações sobre o tabagismo em prontuário está apresentada na tabela 18. A maioria dos prontuários dos indivíduos possuía em algum momento de seu tratamento anotações sobre orientação de cessação.

Tabela 18– Distribuição dos indivíduos incluídos nos grupos de estudo quanto anotações sobre o tabagismo em prontuário, Gália - 2009.

Anotações em Prontuário	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupos						
G1	12	60,0	08	40,0	20	35,7
G2	20	71,4	08	28,6	28	50,0
G3	04	50,0	04	50,0	08	14,3
Total	36	64,3	20	35,7	56	100,0

p= 0,474

G1 = tabagistas de cigarro de papel;

G2 = tabagistas de cigarro de papel e fumo de corda;

G3 = tabagistas de fumo de corda.

Discussão

5. Discussão

O tabagismo é um tema complexo e que se os indivíduos não forem abordados de maneira efetiva e eficaz em todos os atendimentos pelos profissionais de saúde o processo de cessação pode ser difícil e não efetivo. Para se alcançar maior efetividade no processo de cessação do tabagismo os profissionais de saúde precisam incorporar a complexidade das situações culturais, socioeconômicas e de conhecimento prévio que fazem parte do contexto dos fumantes por meio de estratégias direcionadas de captação e intervenção para a cessação de fumar ⁽⁵⁵⁾.

Existem importantes diferenças no padrão e tendências do consumo de tabaco entre gêneros. Desde que o tabagismo foi introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens tem sido maior do que a de mulheres. Mais recentemente tem-se observado, no sexo masculino, um ligeiro declínio na prevalência, principalmente nos países desenvolvidos, mas também em alguns países em desenvolvimento ⁽¹⁷⁾.

As causas para a maior prevalência de tabagismo no sexo masculino são históricas e culturais. O tabagismo iniciou-se no mundo como um comportamento predominantemente do sexo masculino e durante e após a I Guerra Mundial observou-se um dramático crescimento do consumo de tabaco entre homens. Entre as mulheres o tabagismo era um comportamento pouco comum até década de 30. O início da expansão do tabagismo no sexo feminino coincide com o início de publicidade voltada especificamente para esse grupo populacional, em geral envolvendo o uso de modelos atléticos e que associavam beleza e liberdade de expressão ao cigarro ⁽¹⁷⁾.

Resultado de estudo realizado no município de São Paulo demonstrou que 53,5% dos homens eram hipertensos tabagistas versus 46,4% das mulheres ⁽³¹⁾. Em outra pesquisa realizada em Parazinho, Rio Grande do Norte (RN), 57,8% dos fumantes eram do sexo masculino e 42,2% do feminino ⁽⁵⁶⁾. Estes resultados, portanto são semelhantes aos resultados encontrados nesta pesquisa onde 64,3% dos hipertensos tabagistas eram do sexo masculino e 35,7% do feminino.

Estudos mostram a existência de uma maior porcentagem de tabagista entre os indivíduos que não possuem uma relação estável. Pesquisa realizada entre fumantes da população geral mostrou que, 55,2% eram solteiros; 36,4% casados; 6,2% divorciados e 2,4% viúvos ⁽⁵⁵⁾. Em outro estudo entre tabagistas que trabalhavam em um hospital revelou que 47,1% eram solteiros; 35,3% eram casados; 9,9% viúvos e 7,6% separados ⁽⁵⁷⁾. Neste estudo os resultados mostraram que 75,0% dos hipertensos tabagistas tinham

uma relação estável; 10,7% eram solteiros; 10,7% viúvos e 3,6% divorciados, diferente dos resultados encontrados nos estudos apresentados anteriormente, pois a maioria dos indivíduos tinha uma relação estável e talvez isto tenha ocorrido pelo fato da população estudada ter características sócio demográficas diferentes tais como serem moradores de zona rural da área de abrangência de uma cidade de pequeno porte.

Em relação à faixa etária encontramos neste estudo que 7,1% dos tabagistas hipertensos tinham entre 30-40; 17,9% entre 41-50; 44,6% entre 51-60; 19,7% entre 61-70 e, 10,7% acima de 71 anos. Esses dados são similares aos encontrados no estudo de Falcão e Costa onde 74,6% dos entrevistados tabagistas tinham idade entre 20-59 anos e 25,3% eram idosos com mais de 60 anos ⁽⁵⁶⁾ e do estudo de tabagistas realizado no Rio de Janeiro no qual 59,0% tinham idade igual ou superior a 40 anos ⁽⁵⁵⁾.

A escolaridade é uma das características sócio demográficas que deve ser avaliada quando se estuda perfil dos tabagistas. Dados da literatura nacional e internacional mostram uma associação entre piores condições educacionais e a prevalência do tabagismo. Na China, verificou-se que indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos com nível superior e, no Brasil, essa probabilidade é cinco vezes maior ⁽⁵⁸⁾.

Em pesquisa do MS, sobre o percentual de fumantes no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e distrito federal segundo escolaridade, demonstrou que 19,4% tinham de 0-8 anos de estudo ⁽¹⁸⁾. Estudo de inquérito domiciliar realizado no país em 2001-2003 também mostrou que as prevalências de tabagismo foram maiores nos grupos populacionais com menos escolaridade (ensino fundamental incompleto) ⁽¹⁷⁾. Em pesquisa realizada no interior do RN 39,3% dos tabagistas eram analfabetos e 51,0% tinham o ensino fundamental incompleto ⁽⁵⁶⁾. No município de São Paulo, estudo revelou uma prevalência de tabagismo de 29,3% para aqueles com tempo inferior a quatro anos de estudo, ou seja, 1º grau incompleto ⁽⁵⁹⁾. Em Araraquara (SP) verificou que a prevalência do tabagismo na população de 15-74 anos segundo escolaridade foi de 36,5% para 1º grau incompleto e de 29,8% para o 1º grau completo ⁽⁵⁴⁾. Este estudo revelou que 34,0% dos indivíduos eram analfabetos; 46,1% tinham o 1º grau incompleto; 17,8% o 1º grau completo; e, 1,8% tinham o curso superior incompleto, portanto estes achados estão compatíveis aos dos estudos citados anteriormente, confirmando a relação existente entre a prevalência do tabagismo e os anos de escolaridade.

Estudo sobre o perfil de hipertensos demonstrou que na zona urbana 84% deles tratavam a HA há mais de 5 anos, e na zona rural o tempo de tratamento até 5 anos foi de 21,0% e mais de 5 anos de 79,0% ⁽⁶⁰⁾. Nesta pesquisa encontramos que 39,3% tinham até 4 anos; 48,2% entre 5-10 anos e, 12,5% mais de 11 anos. Esses dados nos mostram que a grande maioria dos entrevistados estava em tratamento há vários anos, o que nos leva a refletir sobre a possibilidade destes tabagistas não terem sido abordados efetivamente e consistentemente sobre a cessação do uso do tabaco.

Uma das maneiras de se avaliar o grau de dependência dos tabagistas é por meio “*Teste de Dependência à Nicotina Fagerström*” e uma das variáveis considerada neste teste é o número de cigarros fumados por dia, entretanto, quando realizamos o teste neste estudo encontramos características próprias de moradores da área rural tais como: o uso de cigarro de fumo de corda enrolado em palha exclusivamente ou de cigarro de fumo de corda acrescido do cigarro de papel. O indivíduo que fuma cigarro de fumo de corda consome o mesmo cigarro várias vezes ao dia apresentando um número de cigarros fumados por dia menor quando comparados aos que fumam cigarro de papel. Portanto, tornou-se necessário para realizar avaliação do grau de dependência a retirada da pergunta referente ao número de cigarros fumados por dia.

Em pesquisa realizada no município de Fortaleza, 20,0% dos indivíduos tinham grau de dependência baixo e 80,0% moderado/alto. A comparação dos resultados dos testes entre ex-fumantes e fumantes ativos mostrou que os indivíduos que apresentavam escores mais baixos estavam mais propensos a abandonarem o tabagismo ⁽¹²⁾. Dados de outro estudo mostraram que entre homens 46,0% tinham dependência leve; 40,8% moderada e, 13,2% alta. Entre as mulheres 55,3% tinham dependência leve; 31,3% moderada; e, 13,3% alto ⁽⁵⁷⁾. Já no estudo sobre o perfil dos tabagistas do ambulatório do Hospital de Messejana nos revelou que 77,6% dos indivíduos tinham dependência moderada a grave ⁽⁶¹⁾. Em outro estudo foram classificados como pouco dependentes 57,1% dos fumantes, moderados 30,6%, e elevados 12,3% ⁽⁵⁹⁾. Em nosso estudo 5,3% dos indivíduos tinham o grau de dependência muito baixo; 39,3% baixo; 32,1% médio; e, 23,2% elevado. Estes resultados não podem ser comparados pelas adaptações realizadas no teste de Fagerström. Quanto ao horário do primeiro cigarro fumado após acordar encontramos neste estudo que 35,7% dos indivíduos fumavam cigarro nos primeiros cinco minutos.

Em estudo sobre qualidade de vida e dependência, os autores relacionaram a média de cigarro por dia com o grau de dependência, mostrando que tabagistas com grau de

dependência leve fumavam 12,0 cigarros por dia, enquanto os de moderada fumavam 19,5 e os de grave 33,4 cigarros por dia ⁽⁸⁾. Em outra pesquisa sobre o impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes foi descrito que a média de cigarros consumidos por dia foi de 39,2 ⁽¹²⁾. Estudo realizado entre os fumantes em 1987 mostrou que a média de consumo de cigarros por dia dos homens foi de 19,7% e das mulheres 13,4%. Entre os fumantes do estudo realizado em 2002, essas médias foram respectivamente 17,5 e 15,0 ⁽⁵⁹⁾. Já as médias encontradas no estudo de fumantes e sintomas depressivos foram de 18,4 para homens e 17,1 para as mulheres ⁽⁵⁷⁾. Os resultados de outra pesquisa demonstraram que 14,1% dos indivíduos fumavam 20 cigarros ou mais cigarros por dia ⁽⁵⁵⁾. Em estudo realizado no Ceará, 34,0% dos homens e 48,0% das mulheres fumavam menos de 20 cigarros por dia, e 54,4% de todos os indivíduos fumavam mais de 20 cigarros por dia ⁽⁶¹⁾. Em pesquisa realizada no município de Araraquara, onde foi realizada a equivalência entre o número de cigarro de papel e de palha (um cigarro de palha correspondia a dois cigarros de papel) os resultados mostraram que a prevalência de tabagismo no sexo masculino foi de 7,3% quando o uso foi de 1-9 cigarros/dia; 11,3% entre 10-19 cigarros; e 22,5% quando o consumo foi entre 20-39 cigarros. Já no sexo feminino a prevalência das que fumavam 1-9 cigarros/dia foi de 10,5%; 10-19 cigarros/dia foi de 6,6%; e, de 20-39 cigarros/dia de 5,0% ⁽⁵⁴⁾. No presente estudo encontramos que 40,0% fumavam 5 ou menos cigarros por dia; 30,9% fumavam 10 cigarros no dia; 10,9% fumavam 11-15; 18,2% fumavam de 16-20 cigarros num só dia. A média do número de cigarro/dia no grupo 1 foi de 12,8; no grupo 2 foi de 7,7 cigarros consumidos/dia; e, entre os fumantes de cigarro de palha foi de 8 cigarros/dia. Ressalta-se que ao se fazer a equivalência do cigarro de fumo de corda com o de papel, encontrou-se que 32,1% fumam entre 16-20 cigarros e 7,2% fumam entre 21-40 cigarros num só dia.

A literatura mostra que o período da adolescência é crucial para a primeira experimentação do tabaco e para o desenvolvimento do tabagismo. Entre os estudantes de ensino fundamental e médio das escolas públicas das capitais brasileiras, de diferentes faixas etárias, o uso do tabaco aproxima-se de 25,0%. Na faixa etária de 10-12 anos, cerca de 7,0% já experimentaram. Estima-se que cerca da metade da população já terá fumado cigarros de tabaco até o final da adolescência, a despeito das informações transmitidas nas atividades escolares ^(62, 63, 64). Em estudo que analisou o relato de adultos sobre o uso de tabaco iniciado na infância, a maioria dos participantes tinha suas

origens na zona rural, e, mencionaram que os fatores que os levaram a fumar tão precocemente foram os seguintes: normalidade sociocultural e familiar do ato de fumar tabaco; identificação e aprendizado com figuras parentais fumantes; condições adversas de vida, incluindo trabalho infantil e poucas atividades lúdicas; e escassez de informações, incluindo uso cultural de tabaco para finalidades diversas. Portanto tornaram-se tabagistas décadas atrás, aparentemente integrados aos padrões de comportamento e de sociabilidade, em geral, rural ⁽³³⁾. A iniciação precoce é importante fator prognóstico para o adoecimento e deve ser combatida. Quanto mais precocemente se estabelece o tabagismo, maior o risco de mortes prematuras na meia-idade ou na idade madura ⁽¹⁷⁾. Quanto à idade de início do tabagismo os resultados do trabalho realizado em Parazinho mostraram que 45,0% dos indivíduos começaram a fumar até os 12 anos; 33,0% dos 13-17 anos; 7,0% dos 18-19 anos; e, 13,0% iniciaram o tabaco com 20 anos e mais ⁽⁵⁶⁾. Esta pesquisa revelou que 48,2% dos indivíduos iniciaram o uso do tabaco com até 15 anos de idade; 41,1% entre 16-25 anos; e, 10,7% com mais de 26 anos. A idade média de início para os tabagistas de cigarro de papel foi de 17,2 anos; para os cigarros de papel e também de fumo foi de 16,2 anos; e, de cigarro de fumo de corda foi de 15,2 anos. Esses dados estão de acordo com resultados encontrados nos estudos de São Paulo, onde a idade média do início do tabaco foi de 16,3 anos ⁽⁵⁹⁾; do Ceará 15,4 anos ⁽⁶¹⁾; Rio de Janeiro, com 18,5 anos ⁽⁵⁵⁾; e também no estudo do Rio Grande do Sul, onde a média de idade de iniciação do cigarro foi de 16,5 anos para os homens e 16,8 anos para as mulheres ⁽⁵⁷⁾.

Com relação ao tempo que os tabagistas fumavam encontramos no estudo realizado no RN que 90,0% dos entrevistados já fumavam há pelo menos uma década ⁽⁵⁶⁾; no do Ceará um tempo médio de tabagismo de 32,9 anos ⁽⁶¹⁾ e, na região sul do Brasil 22,0 anos entre homens e 20,3 anos entre mulheres do estudo na região sul ⁽⁵⁷⁾.

Resultados desta pesquisa nos revelaram que 5,3% dos indivíduos fumavam até 20 anos; 30,3% entre 21-35 anos; 48,3% entre 36-50 anos; e, 16,1% entre 51-71 anos. A média de anos de tabagismo para o grupo de cigarro de papel foi de 38,4 anos; para o grupo de papel e de corda de 41,1 anos; e, para o grupo de fumo de corda de 43,1 anos. Esses dados reforçam a idéia de que os indivíduos iniciaram o uso de tabaco precocemente.

A cessação do tabagismo e sua manutenção são consideradas um processo difícil e por muitas vezes penoso para o tabagista. Em estudo realizado no Ceará mostrou que

50,3% dos tabagistas tiveram mais de uma tentativa frustrada previamente⁽⁶¹⁾; na pesquisa de São Paulo realizada em 1987 os resultados mostraram que 57,5% já haviam tentado parar de fumar, contra 61,7% em 2002⁽⁵⁹⁾; e, no estudo do RN 82,6% disseram querer parar de fumar e, destes, 72,6% haviam tentado parar alguma vez⁽⁵⁶⁾. Nesta pesquisa encontramos que 87,5% já haviam feito alguma tentativa para abandonar o tabaco. Dos que tentaram 42,8% já haviam tido pelo menos uma tentativa e 57,2% mais de uma vez. Estes resultados estão de acordo com os dados encontrados na literatura, comprovando a dificuldade existente no processo de cessação do tabagismo.

A existência de familiares que fumam é considerado um fator que dificulta o processo de cessação do tabagismo. Em estudo realizado por Falcão e Costa a porcentagem de familiares fumantes relatada pelos participantes do estudo foi de 44,6% e estes referiram que isto dificultava a cessação do tabagismo⁽⁵⁶⁾. Neste estudo encontramos uma porcentagem menor (26,8%) de familiares que fumavam quando comparado com o estudo anterior.

A percepção de que fumar faz mal à saúde foi encontrada entre os tabagistas nos inquéritos realizados na população de São Paulo em 78,7% em 1987 e de 95,0% em 2002⁽⁵⁹⁾. Nesta pesquisa 75,0% dos hipertensos tabagistas relataram que conheciam a relação entre tabagismo e hipertensão arterial e acreditavam que as duas patologias estavam relacionadas.

Com relação às comorbidades no estudo realizado no RN foi relatado que 31,3% possuíam algum tipo de doença crônica, sendo a mais citada (49,0%) a HA⁽⁵⁶⁾.


Apesar de o tabagismo ser classificado como doença somente a partir de 1992, este estudo demonstrou que 73,2% dos indivíduos acreditavam que o tabagismo é uma doença; 17,9% não o consideravam; e, 8,9% dos entrevistados não souberam responder. E ainda este estudo demonstrou que 94,6% dos indivíduos reconheciam que o tabagismo causa dependência e que 71,4% achavam que não podem cessar o tabagismo a qualquer instante.

A baixa porcentagem na cessação ao tabaco pode ser devido aos tabagistas desconhecerem as formas disponíveis para este processo. Uma pesquisa realizada entre tabagistas canadenses revelou que ao serem convidados para recordar alguma dica ou conselho que pudesse ajudar alguém a parar de fumar 16,0% não conheciam nenhuma forma de cessação⁽⁶⁵⁾. Ainda no Canadá resultados de outro estudo sugeriu que muitos fumantes não têm conhecimento da gama de alternativas disponíveis para cessação. Não


é surpreendente que os participantes do estudo estavam mais conscientes das ajudas farmacêuticas do que os tratamentos comportamentais, uma vez que produtos como o adesivo de nicotina e goma são promovidos através de meios de comunicação.⁽⁶⁶⁾ Já neste estudo 53,6% dos entrevistados responderam que conheciam o tratamento da cessação do tabagismo; porém 85,7% não conheciam serviço especializado para este tratamento. Este fato pode ser em decorrência da não existência de serviço especializado na área de abrangência do presente estudo até a data da coleta de dados.

A abordagem dos usuários dos serviços de saúde pelos profissionais é considerada eficaz e efetiva na cessação do tabagismo. Neste estudo 89,3% dos indivíduos relataram que foram orientados pelos profissionais de saúde sobre os malefícios do cigarro frente à hipertensão arterial e 10,7% que não tiveram nenhuma orientação neste sentido. Do total das respostas afirmativas, 70,0% das orientações foram realizadas pelo médico. Já em relação às orientações sobre a cessação do tabaco 90,1% dos indivíduos relataram que foram orientados por algum profissional e, desses, 80,1% foram orientados pelo médico, 47,0% foram orientados pelo enfermeiro. Este dado é bem superior ao encontrado no estudo dos EUA onde 46,5% dos fumantes relataram que o médico aconselhou-os a parar de fumar⁽⁶⁷⁾.

Todos os pacientes devem ser indagados sobre o tabagismo, e as respostas devem ser documentadas regularmente. Em relação às anotações de condutas e de orientações com relação ao tabagismo pelos profissionais de saúde nos prontuários, esta pesquisa revelou que somente 64,3% prontuários tinham alguma referência sobre ao tabagismo, e estas anotações foram feitas de maneira incipiente.



Considerações Finais



6. Considerações Finais

Os resultados deste estudo mostraram que: a maioria dos entrevistados fumava cigarro de fumo de corda, eram homens com relação conjugal estável, apresentavam baixa escolaridade e baixo grau de dependência à nicotina, iniciaram o uso do tabaco com menos de 15 anos, fumavam a mais de 36 anos e o primeiro cigarro do dia era fumado já nos primeiros cinco minutos após acordar, realizaram tentativas anteriores de cessação, mas não participaram de sessões estruturadas de aconselhamento e não utilizaram medicações para o tratamento da dependência. E ainda que, a maior parte deles considera o tabagismo como doença e que tem relação com a hipertensão arterial; reconhecendo que o tabaco causa dependência e que não podem cessar o tabagismo a qualquer instante.

Em relação abordagem dos profissionais a maioria relatou que foram abordados sobre a cessação do tabaco, porém somente 64,3% tinham algum tipo de anotação em prontuário.

O estudo também revelou que 44,6% dos entrevistados tinham grau de dependência muito baixo e baixo, mostrando desta forma que se a abordagem dos profissionais tivesse sido mais efetiva, com sessões estruturadas de aconselhamento, as taxas de cessação poderiam ser maiores. Fazer a abordagem para a cessação do tabagismo é muito mais barato do que tratar as complicações que a doença pode acarretar.



Este estudo também demonstrou que a avaliação do grau de dependência através do Teste de Fagerström é muito relevante, porém é limitado por não considerar tabagistas que fazem uso do cigarro de corda, como encontrado na maioria dos indivíduos desta pesquisa.

Todos os indivíduos devem ser insistentemente abordados quanto aos malefícios do tabaco e quanto aos benefícios da cessação. Os hipertensos tabagistas moradores em área rural, devido ao seu hábito cultural e por terem mais dificuldade de acesso, devem ser abordados em todas as oportunidades possíveis de maneira eficaz e efetiva e sempre que possível em sessões estruturadas de aconselhamento, a fim de aumentar as taxas de cessação e melhorar a qualidade de vida destes usuários.

Portanto, é imprescindível investimentos em capacitações dos profissionais da saúde que atuam em serviços de atenção básica e de referência do tabagismo e que

novos estudos sejam realizados em municípios de médio e pequeno porte e que incluam moradores de zona rural.

Finalmente, concluímos que o conteúdo desta pesquisa é de grande importância para a elaboração de um projeto que visa à implantação de um programa de cessação do tabagismo para moradores de zona rural atendidos por uma equipe de saúde da família, onde todos os membros da equipe são responsáveis e participantes do atendimento.



Referências

7. Referências

1. World Health Organization. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle. Geneve: World Health Organization; 2004.
 2. World Health Organization. National Cancer Control Programs. Policies and managerial guidelines. Geneve: World Health Organization; 1993.
 3. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004; 30 supl 2:S3-7.
 4. Achutti AC, Rosito MHE, Achutti VAR. Tabagismo. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Pereira AH, Machado ARL, Vaz AJV, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2006. p.533-8.
 5. Costa AA, Elabras Filho J, Araújo ML, Ferreira JES, Meirelles LR, Magalhães CK. Programa multiprofissional de controle de tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. *Rev SOCERJ*. 2006; 19(5):397-403.
 6. O'BRIEN CP. Drug addiction and abuse. In: Hardman JG, Limbird LE, editors. *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. 10th ed. New York: Pregamon, 2001. p.621-42.
 7. Associação Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado – DSM – IV – TR^{TR}*. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2002.
 8. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araujo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev Psiquiatr Clín*. [serial on the Internet]. 2007 [cited 2009 Mar 05] ; 34(2): 61-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000200001&lng=en. doi: 10.1590/S0101-60832007000200001.
 9. Breslau N, Hipiri E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:810-6.
 10. Grant B, Hasin D, Chou P, Stinson F, Dawson D. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(11):1107-15.
 11. The WHOQOL Group. The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer-Verlag; 1994. p.41-57.
 12. Sales MPU, Oliveira MI, Mattos IM, Viana CMS, Pereira EDB. Impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(5):436-41.
-

13. Pan American Health Organization. Profits over people: tobacco industry activities to market cigarettes and undermine public health in Latin American and Caribbean. Washington DC; 2002b.
14. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e vigilância. Abordagem e tratamento do fumante – Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
15. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo no Brasil. In: Viegas CAA. Tabagismo do diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2007. p.1-9.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre tabagismo. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2002-2003.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel, Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
20. American Cancer Society. Luther Terry awards leadership on tobacco control. Helsinki; 2003.
21. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clín. 2005; 32(5):283-300.
22. São Paulo (Estado). Lei n.13.541, de 7 de maio de 2009. Dispõe sobre a proibição no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco. Diário Oficial do Estado de São Paulo.
23. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bull World Health Organ. 2007; 85(7):527-34.
24. Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. J Bras Pneumol. 2004; 30 supl 2:S11-8.
25. Moreno HJ, Toledo JCY, Fonseca AH. Hipertensão refratária e tabagismo. Rev Bras Hipertens. 2004; 11(4):256-61.

26. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Corrêa-Oliveira R, Velásquez-Meléndez G. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90(6):419-25.
29. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
30. Sociedade Brasileira de Hipertensão [Internet]. São Paulo; 2008-2009 [acesso em: Jul. 2009]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/publico/noticias/>
31. Morillo MG, Amato MCM, Cendon Filha SP. Registro de 24 horas da pressão arterial em tabagistas e não-tabagistas. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87(4):504-11.
32. Monteiro CN, Farias RE, Alves MJM. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. *Rev APS.* 2009; 12(1):48-53.
33. Calsavara TVS, Fontanella BJB. Uso de tabaco iniciado na infância: relatos de adultos em tratamento. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(4):252-9.
34. Mpabulungi L, Muula AS. Tobacco use among high school students in a remote district of Aruá, Uganda [Internet]. *Rural Remote Health.* 2006; 6:609 [acesso em: 2009 Set 02]. Disponível em <http://WWW.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp? ArticleID=609>
35. Bell RA, Arcury TA, Chen H, Anderson AM, Savoca MR, Kohrman T, et al. Use of tobacco products among rural older adults: Prevalence of ever use and cumulative lifetime use. *Addict Behav.* 2009; 34:662-7.
36. Doescher MP, Jackson JE, Jerant A, Hart LG. Prevalence and trends in smoking: a national rural study. *J Rural Health.* 2006; 22:112-8.
37. Feio CMA, Fonseca FAH, Rego SS, Feio MNB, Elias MC, Costa EAS, et al. Perfil lipídico e risco cardiovascular em amazônidas. *Arq. Bras. Cardiol.* 2003; 81 (6), 592-5.
38. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2008; 34(10):845-80.
39. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISAM, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CRG, et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(2):353-5.

40. Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR. Tabagismo, abandono do fumo e os otorrinolaringologistas do Estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006; 72(1):96-103.
 41. Gorin SS, Heck JE. Meta-analysis of tobacco counseling by health care providers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004; 13(12):2012-22.
 42. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *US Public Health Service Report. Am J Prev Med.* 2008; 35(2):158-76.
 43. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (2): CD001292.pub2. DOI: 10.1002/14651858.
 44. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle ao tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003.
 45. Pereira MG. Conceitos básicos de epidemiologia. In: *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.1-16.
 46. Pereira MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.269-88.
 47. Gália. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Plano Municipal de Saúde de Gália. Gália; 2005-2008.
 48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Biblioteca [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 25 Fev 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/biblioteca>
 49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: contagem 2007 [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 25 Fev 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>.
 50. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 51. Rodrigues LCR. Programa Saúde da Família: analisando a prática do enfermeiro [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2008.
 52. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. Brasília; 2009 [acesso em: 26 Mar 2009]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>
-

53. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3(3-4):235-41.
 54. Lolio CA, Souza JMP, Santo AH, Buchalla CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1993; 27(4):262-5.
 55. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(1):139-42.
 56. Falcão TJO, Costa ICC. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para a geração de um programa de saúde pública. *J Bras Pneumol.* 2008; 34(2):91-7.
 57. Castro MGT, Oliveira MS, Araújo RB, Pedroso RS. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr RS.* 2008; 30(1):25-30.
 58. European Commission. World Health Organization. World Bank World Bank, organizers. *Tobacco & health in the developing world: a background paper for the high level round table on tobacco control and development policy.* Brussels: World Health Organization; 2003.
 59. Marcopito LF, Coutinho AP, Valencich DMO, Moraes MA, Brumini R, Ribeiro AS. Exposição ao tabagismo e atitudes: comparação entre inquéritos realizados na população adulta do município de São Paulo em 1987 e 2002. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89(5):333-40.
 60. Matos A, Ladeia A. Avaliação de fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da Bahia. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81(3):291-6.
 61. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol.* 2006; 32(5):410-7.
 62. Galduróz JCF, Fonseca AM, Carlini EA, Noto AR. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004. São Paulo: CEBRID/UNIFESP/SENAD; 2005.
 63. Machado-Neto AS, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador – Bahia. *Rev Saúde Pública.* 2003; 29(5):264-72.
 64. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(1):1-7.
-

65. Environics Research Group. Baseline Surveys: the health effects of tobacco and health warning messages on cigarette packages. Report to Health Canada. 2001 [cited 2009 Set 02]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/smoking-4774/index.html>.
66. Hammond D, McDonald PW, Fing GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*. 2004; 99:1042-8.
67. Lando HA, Johnson KM, Graham-Tomasi RP, McGovern PG, Solberg L. Urban indians' smoking patterns and interest in quitting. *Public Health Rep*. 1992; 107(3): 340-4.

Apêndices

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO HIPERTENSO TABAGISTA

Data: _____ Registro: _____

Iniciais do nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Profissão: _____

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo () outros

Escolaridade: () analfabeto () 1º grau incompl. () 1º grau compl.
 () 2º grau incompl.
 () 2º grau compl.
 () superior incompl.
 () superior completo

Renda per capita

parentesco	Renda
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Diagnóstico Principal: () HAS () DM () HAS/DM

Diagnóstico Secundário: _____

1. Com que idade começou a fumar?
2. Quantos cigarros fuma por dia?
3. Qual cigarro fuma?
 () papel () fumo () cachimbo
4. Convive com outras pessoas em casa que fumam? Quem? Quantos cigarro?

Parentesco	Quantos cigarros/dia

5. Há quanto tempo se trata da hipertensão arterial e/ou diabetes?
 () menos de 1 ano
 () entre 1 a 4 anos
 () entre 5 a 10 anos
 () há mais de 11 anos
6. Sabia que sua doença tem relação com o cigarro?
 () sim () não

7. Foi informado por algum profissional de saúde sobre os malefícios do tabagismo frente à hipertensão/diabetes?
 sim não
8. Em caso positivo, qual foi o profissional que o informou que sua doença tem relação com o tabagismo?
 enfermeira
 médico
 auxiliar de enfermagem
 Agente comunitário
 outro especificar_____
9. Se há pessoas nas quais convive que também fumam, elas foram abordadas por este serviço de saúde sobre o tabagismo?
 Sim Não
10. Quantas tentativas de parar de fumar fez?
 nenhuma uma duas
 três quatro
 cinco outras especificar_____
11. Qual método utilizou?
 nenhum
 remédios: adesivo de nicotina, chiclete de nicotina, bupropiona.
 grupo de orientação
 outros:_____
12. Você sabe se existe tratamento para parar de fumar?
 sim
 não
13. Em sua opinião, o tabagismo é uma doença?
 sim
 não
 não sei
14. Em sua opinião o tabagismo causa dependência?
 sim
 não
 não sei
15. Em sua opinião o fumante pode abandonar o cigarro quando quiser?
 sim
 não
 não sei
16. Foi orientado a parar de fumar por algum profissional de saúde?
 sim não
17. Em caso positivo, qual foi o profissional que o orientou?
 médico
 enfermeira
-

- auxiliar de enfermagem
- ACS

18. Em caso positivo, qual orientação recebeu?

- conselho
- conselho e orientação de como fazer
- conselho e encaminhamento a serviço especializado

19. Conhece algum serviço que oferece tratamento para parar de fumar?

- não
- sim Qual: _____

APÊNDICE 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: A abordagem ao hipertenso e ou diabético tabagista por profissionais de saúde no município de Gália.

Objetivo geral: Analisar se os tabagistas hipertensos e/ou diabéticos em algum momento de seu tratamento foram orientados e ou abordados por profissionais de saúde sobre a importância da cessação do tabagismo.

Resumo: será realizado um estudo descritivo sobre a abordagem ao tabagista hipertenso e ou diabético por profissionais de saúde. Será utilizado um questionário pré- testado com questões fechadas aos hipertensos e ou diabéticos tabagistas de uma Unidade de Saúde da Família do município de Gália.

Riscos e benefícios: A participação na pesquisa não implicará em riscos para a saúde, contribuirá para a análise da abordagem ao paciente hipertenso e ou diabético tabagista, sem prejuízo em seu atendimento.

Direito à desistência: O participante terá a liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

Garantia do sigilo: as informações obtidas serão confidenciais, utilizadas somente para fins de pesquisa e os sujeitos não serão identificados.

Eu, _____ declaro que participarei da pesquisa acima descrita. Declaro que fui informado (a) sobre os objetivos, o conteúdo, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei a garantia do sigilo, ou seja, minha identidade não será divulgada. Entendo também que terei direito de receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador. Fui informado (a) que a minha participação é voluntária e que tenho o direito de não participar ou deixar de participar em qualquer momento da pesquisa, ou deixar de responder qualquer questão, o que será compreendido sem qualquer penalização.

Declaro que compreendo tudo que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento.

Assinatura do participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

Gália, ___ de _____ de 2009

Pesquisadora: Esther Pateise Yamashita Alves

Rua Dom Pedro II, 355, Gália – SP

Fone: 0 (XX) 14 3274-1166

e-mail: estherpya@hotmail.com

Orientadora: Ilda de Godoy

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

Distrito de Rubião Júnior – Botucatu SP

Fone: 0(XX) 14 3811-6200

e-mail: degodoy@fmb.unesp.br

Anexos

ANEXO A - TESTE DE FAGERSTRÖM

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?
Dentro de 5 minutos (3)
Entre 6 e 30 minutos (2)
Entre 31 e 60 minutos (1)
Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc?
Sim (1)
Não (0)

3. Qual o cigarro do dia traz mais satisfação?
O primeiro da manhã (1)
Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
Menos de 10 (0)
De 11 a 20 (1)
De 21 a 30 (2)
Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
Sim (1)
Não (0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1)
Não (0)

Grau de Dependência:

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

ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 07 de Novembro de 2008

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Esther Pateise Yamashita Alves
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 531/08, intitulado: "A Abordagem ao Hipertenso e ou Diabético Tabagista por Profissionais de Saúde no Município de Gália/SP", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 03/11/2008, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pode ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Valdeir Fagundes de Queiroz".

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Vice - Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 30 de Outubro de 2009

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Esther Pateise Yamashita Alves
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 531/08, intitulado: "A Abordagem ao Hipertenso e ou Diabético Tabagista por Profissionais de Saúde no Município de Gália/SP", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 03/11/2008, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pode ser iniciado.

Recebemos a(s) seguinte(s) inclusão(ões), nesta data:

- **Alteração do Título para:** Caracterização da Abordagem ao Hipertenso Tabagista por Profissionais de Saúde na Zona Rural do Município de Gália.

Estado do(s) Documento(s) Recebido(s) – Ciente

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Vice - Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)