

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Fernanda Silva Linhares

**QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS TABAGISTAS, EX-TABAGISTAS E NÃO
TABAGISTAS DE UM MUNICÍPIO DO SUDESTE BRASILEIRO**

Juiz de Fora

2018

Fernanda Silva Linhares

**QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS TABAGISTAS, EX-TABAGISTAS E NÃO
TABAGISTAS DE UM MUNICÍPIO DO SUDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Silva de Aguiar
Co-orientador: Prof.Dr. Luiz Claudio Ribeiro

Juiz de Fora
2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de
geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Linhares, Fernanda Silva.

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS TABAGISTAS,
EX TABAGISTAS E NÃO TABAGISTAS DE UM MUNICÍPIO
DO

SUDESTE BRASILEIRO / Fernanda Silva Linhares. -- 2018.

105 p.

Orientadora: Aline Silva de Aguiar Coorientador:
Luiz Claudio Ribeiro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de
Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, 2018.

1. Tabagismo . 2. Qualidade de vida. 3. Atenção Primária à Saúde I.
Aguiar, Aline Silva de, orient. II. Ribeiro, Luiz Claudio, coorient. III.
Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

“Acaso não sabeis que eu sou da Imaculada?”

“Dedico este trabalho a minha Mãe do Céu,

“Minha vida é toda sua os meus planos, os meus sonhos”

Dedico também a minha mãe da terra, minha fonte de inspiração
para execução deste trabalho, ex-tabagista há 1 ano 9 meses, Parabéns Mãe!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os **professores, profissionais, amigos, familiares e usuários** que estiveram presentes e, de alguma forma, auxiliaram na construção deste trabalho e no meu aprendizado.

Agradeço à **Universidade Federal de Juiz de Fora, ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* seu corpo docente, direção e administração**, que oportunizaram a realização do trabalho.

Sou Grata o CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo financiamento e fomento de bolsa ao longo desses dois anos de curso.

As Unidades de Atenção Primária a Saúde por me acolher durante o processo de coleta de dados e por colaborar na realização desta pesquisa.

À minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Aline Silva de Aguiar** e co-orientador **Prof. Dr Luiz Claudio Ribeiro**, por todas as contribuições e aprendizado durante o processo.

Agradeço ainda as **Prof^a. Dr^a** da banca Arise Garcia de Siqueira Galil, **Prof^a. Dr^a** Fabíola Lisboa da Silveira Fortes, pela disponibilidade em participar e contribuir para o aprimoramento dessa investigação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Primeiramente a Deus porque Ele é o responsável por tudo que tenho e sou. Nele deposito toda minha confiança, encontro força e sabedoria, combustível da minha fé e amor!

Agradeço aos meus pais, Fernando e Glória, a presença, o carinho e o amor dedicados a mim, vocês são essenciais na minha vida.

Agradeço aos meus amigos, o companheirismo, a força e incentivo. Serei eternamente grata a Isabel, Claudinho, Carlinha, Aline, Edvania, Maura, Thayrine, Thays Monteiro e Leila vocês foram meu sustento e são muito importantes em todas as fases da minha vida, pessoal e acadêmica, e por isso que eu não poderia deixar de citar cada um de vocês.

Em especial, as minhas amigas Daiane e Gilmara. Gilmara que me ajudou na tarefa árdua de coletar os dados e Daiane pela colaboração nas análises estatísticas, vocês foram fundamentais em todo o processo, não conseguiria finalizar sem a ajuda de vocês, muito obrigada, serei eternamente grata! Acredito que Deus manda anjos para nos ajudar!

Aos colegas de mestrado agradeço pela convivência e aprendizado, em especial ao Claudinho, Thiago e Patrick.

Agradeço ao Ministério Universidades Renovadas de Juiz de Fora, em especial ao Ministério da Intercessão e ao GOU da Universo que me aproximam de Deus até sem perceber, vocês são sustento para minha vida espiritual por isso muito obrigada.

Agradeço a todos os usuários do SUS, profissionais e colaboradores que participaram desta pesquisa sem vocês, esta investigação não seria possível. Especialmente a Elisângela (secretária do mestrado) que sempre me ajudou prontamente com muito carinho, eficiência e atenção.

“Minha alma glorifica ao Senhor e o meu espírito exulta em Deus meu Salvador, porque olhou para sua pobre serva. Por isso desde agora, me proclamam bem-aventurada todas as gerações, porque realizou em mim maravilhas aquele que é poderoso e cujo nome é Santo. Sua misericórdia se estende de geração em geração, sobre os que o temem. Manifestou o poder do seu braço: desconcertou os corações dos soberbos. Derrubou do trono os poderosos e exaltou os humildes. Saciou de bens os indigentes e despediu de mãos vazias os ricos. Acolheu a Israel o seu servo, lembrado da sua misericórdia, conforme prometera a nossos pais, em favor de Abraão e sua posteridade, para sempre”

Lucas (1,46-55)
Maria, Mãe de Jesus

RESUMO

Introdução: O termo “qualidade de vida” (QV) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. No conceito do *status tabágico*: o “fumante regular” é, todo indivíduo que faz uso contínuo de cigarros (consumo total >100) ao longo da vida. Os ex-fumantes são aqueles que foram “fumantes regulares” mas que cessaram o uso. Os indivíduos “não fumantes” são aqueles que nunca fumaram ou fumaram (<100 cigarros). A legislação relacionada coloca que o atendimento ao tabagista deve acontecer prioritariamente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), apoiando os usuários a viver de forma mais saudável com QV. A Política Nacional desenvolvida para o controle do tabagismo coloca a importância da ajuda, apoio, suporte e colaboração dos profissionais de saúde para o sucesso na interrupção do uso de cigarros e alcance da QV. **Objetivo:** Avaliar a QV de usuários tabagistas, ex-tabagistas e não-tabagistas das (UAPS) do município de Juiz de Fora/MG. Descrever sobre a abordagem para o controle do tabagismo à partir da visão dos profissionais de saúde. **Método:** Os participantes foram recrutados nas salas de espera por demanda espontânea durante o atendimento nas UAPS do município, e foi entrevistado profissional de saúde por UAPS. Foram aplicados: questionário de QV WHOQOL-BREF em todos os usuários das UAPS (500) e o Teste de *Fagerstrom* (dependência nicotínica) apenas nos tabagistas. E um questionário sobre o trabalho desenvolvido para o controle do tabagismo realizado nas UAPS a 50 profissionais de saúde. **Análise dos dados:** Foi utilizado o programa SPSS 23.0. Realizou-se uma análise descritiva, utilizando média, desvio padrão, mediana, e valores máximos e mínimos. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta (n) e relativa (%). A análise das variáveis categóricas, bivariada foram comparadas pelo Teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, ANOVA além do teste de Tukey e de Welch. Os valores de (p<0,05) foram considerados estatisticamente significativo. **Resultados:** Os valores encontrados nos domínios: físico, psicológico, ambiental e social, as facetas (Q1) e (Q2) e a QV global apresentaram média regular entre os grupos estudados. A QV global dos participantes apresentara-se: foram tabagista 3,33+0,04, ex-tabagista 3,40+0,03, e não tabagistas 3,49+0,02. Destaca-se que os resultados dos profissionais de saúde do município foram diferentes dos resultados obtidos pelos usuários, quando questionados sobre o apoio dos serviços de saúde para cessação do tabagismo. Os profissionais de saúde declararam que os atendimentos oferecidos pelas UAPS colaboram na interrupção do uso de cigarros em 70% (35) das UAPS, mas 79,2% (180) dos usuários, ex-tabagistas e tabagistas, disseram não ter recebido esse apoio para interromper o uso de cigarros. **Conclusão:** A busca por saúde pode ser um objetivo importante para cessar o uso de cigarros e alcançar melhor QV. A avaliação da QV e a descrição do trabalho para controle do tabagismo pode ajudar a direcionar o diagnóstico assistencial e administrativo realizado pelos profissionais de saúde, gestores e pesquisadores.

Palavras chaves: Tabagismo, Qualidade de Vida, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

Introduction: The term "quality of life" (QoL) is defined by the World Health Organization (WHO) as: "the individual's perception of his / her position in life, in the context of the culture and value system in which he lives in relation their goals, expectations, standards and concerns. " NoThe concept of smoking status: the "regular smoker" is, every individual who makes continuous use of cigarettes (total consumption > 100) throughout life. Former smokers are those who have been "regular smokers" but have ceased their use. "Non-smokers" are those who never smoked or smoked (<100 cigarettes). The related legislation establishes that the care given to the smoker should happen primarily in the Units of Primary Health Care (UAPS), supporting the users to live in a healthier way with QoL. The National Policy developed for the control of smoking places the importance of the help, support, support and collaboration of the health professionals for the success in the interruption of the use of cigarettes and reach of the QV. Objective: To evaluate the QoL of smokers, former smokers and non-smokers (UAPS) in the city of Juiz de Fora / MG. Describe the approach to smoking control from the perspective of health professionals. **Method:** Participants were recruited in the waiting rooms by spontaneous demand during service at the UAPS of the municipality, and a health professional was interviewed by UAPS. The WHOQOL-BREF QOL questionnaire was used in all users of the UAPS (500) and the Fagerstrom Test (nicotinic dependence) only in smokers. And a questionnaire on the work developed to control smoking in the UAPS to 50 health professionals. **Data analysis:** The SPSS 23.0 program was used. A descriptive analysis was performed using mean, standard deviation, median, and maximum and minimum values. Categorical variables were expressed as absolute (n) and relative (%) frequencies. The analysis of categorical variables, bivariate, was compared by Pearson's Chi-square test and Fisher's exact test, ANOVA in addition to the Tukey and Welch test. Values of ($p < 0.05$) were considered statistically significant. **Results:** The values found in the physical, psychological, environmental and social domains, the facets (Q1) and (Q2) and the global QOL presented a regular mean between the groups studied. The overall QoL of the participants had been: smokers were $3.33 + 0.04$, ex-smoker $3.40 + 0.03$, and non-smokers $3.49 + 0.02$. It should be highlighted that the results of the health professionals of the municipality were different from the results obtained by the users, when asked about the support of the health services for cessation of smoking. Health professionals stated that the services provided by the UAPS collaborated in interrupting the use of cigarettes in 70% (35) of the UAPS, but 79.2% (180) of the users, former smokers and smokers, reported that they had not received this support to stop using cigarettes. **Conclusion:** The search for health can be an important goal to stop smoking and to achieve better QoL. The evaluation of QoL and the description of the work to control smoking can help to direct the care and management diagnosis performed by health professionals, managers and researchers.

Key words: Smoking, Quality of Life, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Quadro 1	Teste de Fagerstron: avaliação do grau de dependência a nicotina	32
Quadro 2	Consultas e Reuniões: Abordagem Intensiva.	36
Fluxograma 1	Atendimento de saúde para o tratamento dos tabagistas nas UAPS	34
Fluxograma 2	Fluxograma da coleta de dados dos usuários e profissionais de saúde	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Prevalência de fumantes atuais de tabaco (%) por região da OMS.	22
TABELA 2	Tabagismo na população adulta brasileira do ano 1989-2013	23
TABELA 3	Caracterização dos participantes segundo dados sociodemográficos e econômicos. Juiz de Fora. Mar/2018	53
TABELA 4	Doenças crônicas não transmissíveis e associação entre os grupos tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas	55
TABELA 5	Qualidade de vida dos usuários das UAPS: tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas. Juiz de Fora. FEV/2018	57
TABELA 6	Classificação dos tabagistas e ex-tabagistas e o tempo de uso de cigarros. Juiz de Fora. Mar/2018	58
TABELA 7	Tabagistas e ex-tabagistas e o apoio recebido pelos serviços de saúde (UAPS). Juiz de Fora. Fev/2018.	59
TABELA 8	Apoio recebido das UAPS de acordo com a presença ou ausência de grupos educativos para o controle do tabagismo.	59
TABELA 9	Caracterização do <i>status tabágico</i> dos Profissionais de Saúde. Juiz de Fora. Fev/2018	61
TABELA 10	Grupos educativos sobre tabagismo nas UAPS do município estudado. Juiz de Fora. Jan/2018	63
TABELA 11	Trabalho desenvolvido nas UAPS do município estudado sobre o tema: tabagismo. Juiz de Fora. Jan/2018.	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente vascular cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
ACT	Aliança de controle do tabagismo
CAPES	Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
CCMS	Comissão do conselho municipal de saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAP	Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PETab	Pesquisa Especial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica à Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QV	Qualidade de Vida
Q1	Como você avalia sua Qualidade de Vida?
Q2	Quão satisfeito você está com sua saúde?
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Rede Nacional de Medicamentos
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SECOPTT	Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHO	World Health Organization
WHOOCOL	World Health Organization Quality of life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 TABAGISMO	21
2.1.1 Definição	21
2.1.2 Epidemiologia	24
2.1.3 Malefícios relacionados ao uso de tabaco	25
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O TABAGISMO	25
2.2.1 1 Políticas públicas relacionadas ao tabagismo e o Sistema Único de Saúde	25
2.2.2 Programa Nacional de Controle ao Controle do Tabagismo (PNCT)	27
2.3 TRATAMENTO E APOIO AO FUMANTE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
2.3.1 Unidades de Atenção Primária à Saúde	29
2.3.2 Abordagem e tratamento para o controle do tabagismo nas UAPS e a Atuação dos Profissionais de Saúde	31
2.4 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS, REFLEXÕES E STATUS TABÁGICO	38
3 OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
4 MATERIAL E MÉTODOS	43
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	44
4.3 CENÁRIO	44
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	45
4.4.1 Critérios de inclusão	45
4.4.1.1 Critérios de inclusão do usuário	45
4.4.1.2 Critérios de inclusão dos profissionais	45
4.4.2 Critérios de não inclusão	46
4.4.2.1 Critérios de não inclusão dos usuários das UAPS	46
4.4.2.2 Critérios de não inclusão dos profissionais de saúde das UAPS	46
4.5 COLETA DE DADOS DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	46
4.5.1 Processo de coleta de dados	46
4.5.2 Avaliação da QV e Teste Fagerstrom dos usuários das UAPS e aplicação do questionário aos profissionais de saúde	47
4.5.2.1 Teste Fargerstrom	49
4.5.2.2 Cálculo da amostra	49
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	52
5 RESULTADOS	52
5.1 USUÁRIOS DAS UAPS SEGUNDO STATUS TABÁGICO	52
5.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O TRABALHO DESENVOLVIDO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO	60
6. DISCUSSÃO	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A	93
APÊNDICE B	95
APÊNDICE C	97

APÊNDICE D
ANEXO A
ANEXO B

98
100
103

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O tabagismo é um problema de saúde pública, caracterizando-se como um fator de risco evitável para o aparecimento de doenças crônicas e mortalidade. No mundo, existem 1,2 bilhão de tabagistas. No Brasil, 10,2% da população é tabagista. Em 2016, o percentual de brasileiros tabagistas, maiores de 18 anos tabagistas variou entre 8% a 12,7%. Em Minas Gerais, na capital mineira, Belo Horizonte, o percentual de tabagistas é 10,9% do total da população. Em Juiz de Fora os dados encontrados são referentes ao percentual de trabalhadores técnicos administrativos da Universidade Federal, destes 11,6% do total desta população era tabagista. Outra pesquisa neste município de pacientes com múltiplas condições crônicas, 12% dos participantes eram tabagistas, os dados apresentam que os percentuais encontrados no município são maiores que o percentual brasileiro (BRASIL, 2017; GALIL et al,2016; SALAZAR, 2014; VIGITEL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O tabagismo é responsável por 85% das doenças pulmonares crônicas (bronquite e enfisema), 30% dos diversos cânceres (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% das doenças coronarianas (angina e infarto) e 25% das doenças cerebrovasculares como o acidente vascular encefálico (AVE). Além de ser fator de risco para o aparecimento de diabetes tipo 2 (BRASIL, 2010b; 2012a; 2013b; 2015a, PINTO et al., 2015; THE TOBACCO ATLAS, 2017).

A definição de “fumante regular” é todo indivíduo que faz uso contínuo de cigarros sendo o consumo total maior que 100. Os ex-fumantes são aqueles que foram “fumantes regulares” ao longo da vida, mas cessaram o uso. Os indivíduos, não fumantes são aqueles que nunca fumaram, ou fumaram menos de 100 cigarros ao longo da vida, o que caracteriza apenas uma fase de curiosidade e experimentação. Não existe um conceito único definido na literatura, mas a utilização desta definição auxilia o trabalho com o tabagismo assistencial, educativo e/ou de pesquisa (BRASIL, 2015a; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009).

Os agravos à saúde relacionados ao uso do tabaco podem interferir na qualidade de vida (QV) dos indivíduos O cigarro pode causar dependência física,

comportamental, psicológica, podendo interferir na QV que pode ser explicada através do equilíbrio do *ser- humano* (FERNANDES, 2009).

Os indivíduos são formados por diversos aspectos e hábitos como os alimentares, as práticas de atividade física, o lazer, espiritualidade, condição financeira, trabalho, transporte, moradia, autoimagem, relações familiares e elos de amizade, e o ato de fumar, não fumar ou deixar de fumar interfere direta ou indiretamente nestes aspectos (ACT, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015a, FERNANDES, 2009; PEDROSO et al; 2010; WHO, 2008; 2009; 2011).

O termo “qualidade de vida” é definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, em inglês, *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL GROUP) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

O Brasil é referência mundial no tratamento e controle do tabagismo. As políticas e ações realizadas seguem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde brasileira. O SUS foi criado com o objetivo de atender as demandas de saúde da população, a partir da elaboração de políticas públicas de saúde para orientar e sustentar as práticas assistenciais, administrativas e de pesquisa. O SUS prevê a assistência ao tabagista, acompanhamento dos tabagistas até se tornarem ex-tabagistas e a promoção em saúde aos não tabagistas, além da capacitação dos profissionais de saúde para trabalhar com questões assistenciais, políticas, administrativas e educativas (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2015a).

O SUS é regido pelos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e pelos princípios organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização, participação e controle social). A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS. Suas demandas e responsabilidades são grandes, por isso, ela requer qualificação, para atender e resolver as demandas de saúde no nível de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos, incluindo os tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015a; DAMACENO et al, 2016; NORONHA et al., 2009).

Em 1989, o Ministério da Saúde assumiu a coordenação do controle do tabagismo no país por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que compõe o

Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Este programa tem por objetivo cumprir algumas metas educativas, de comunicação e publicidade, de atenção a saúde, economia e, propor ações legislativas a fim de alcançar o objetivo final que é o de prevenção de novos casos de tabagismo, proteção da população do fumo passivo, e tratamento de tabagistas para interrupção do uso de cigarros (BRASIL, 2015a).

A legislação brasileira, segundo a Portaria 571/2013, “atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e da outras providências”. O atendimento ao tabagista deve acontecer prioritariamente nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), e que os serviços de saúde devem apoiar as famílias, e toda sua comunidade, a adquirir uma conduta e formas de viver saudável, o que colaboraria para o alcance da QV. A avaliação da QV colaboraria no direcionamento e elaboração de políticas públicas e intervenções (BRASIL, 2010c; 2013a).

Os profissionais de saúde das (UAPS) são aqueles que estão mais próximos da população e por isso conseguem estabelecer um vínculo maior, um cuidado longitudinal e contínuo, o que pode ajudar na resolutividade do trabalho e controle do tabagismo. É necessário conhecer a população e identificar o grupo de tabagistas e não-tabagistas para trabalhar no âmbito assistencial e de educação em saúde a fim de resultar em melhorias da QV desta comunidade (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2015a).

As UAPS são premissas na prevenção primária, o tabagismo esta dentre os fatores de risco modificáveis, ele é o que mais impacta na morbidade consequentemente na morbi-mortalidade a longo prazo e dentre os fatores de risco o tabagismo é o mais custo efetivo (BRASIL, 2015a; PINTO et al.2015; ROSTRON et al, 2014)

As atribuições de cada uma das profissões da área da saúde devem ser consideradas para respaldar a atuação e colaborar na articulação das ações para alcançar a integralidade da assistência aos indivíduos independente do *status* quanto ao uso do tabaco. Os profissionais devem ter formação, capacitação e motivação para o desempenho das atividades. É necessário intervir nos desafios de saúde de forma humanizada e compromissada. O compartilhamento de experiências, conhecimentos e saberes entre os profissionais de saúde, é um fator

diferencial para o desenvolvimento das práticas educativas (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2003a; COLOMÉ, OLIVEIRA 2012; JESUS, 2015).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) implementado em 2005 é coordenado nacionalmente pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) que é referência para o controle do tabagismo no Brasil e orienta as esferas estaduais e municipais. O programa propõe metas e ações relacionadas ao controle do tabaco no qual objetiva a diminuição da prevalência dos tabagistas, redução do aparecimento de doenças crônicas e buscam o aumento da cessação de tabagistas dependentes. Além disso, priorizam a preservação da saúde dos indivíduos não-tabagistas, por meio de ações de fiscalização de ambientes livres de tabaco e capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003a).

O município de Juiz de Fora, onde a pesquisa foi realizada, fica localizado no sudeste brasileiro, no estado de Minas Gerais e possui uma população estimada de 563.769 habitantes. A cidade faz parte do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) que divide o estado de Minas gerais em 13 macrorregiões de saúde com 18 cidades-polo e 75 microrregiões sanitárias. Juiz de Fora é sede da macrorregião de Saúde do sudeste de Minas Gerais, composta por 94 municípios, sendo referência para as questões de saúde das cidades vizinhas (CCMS, 2017; IBGE, 2017).

Os profissionais de saúde são responsabilizados, desde a incorporação do PNCT no município de Juiz de Fora, em 2005, pela organização e realização de ações relacionadas ao cuidado do fumante, de forma coletiva e/ou individual, pelo controle da terapia medicamentosa, abordagens educativas e cognitivo-comportamentais (BRASIL, 2003a; COLOMÉ, OLIVEIRA, 2012; JESUS, 2015).

A avaliação da QV de indivíduos quanto ao *status* do uso de tabaco torna-se necessário porque as condições de saúde deste município, poderá ser base para diagnóstico situacional do local e referência para a região de saúde. Além disso, não existem estudos na literatura que avaliem a QV do grupo (tabagista, ex-tabagista, não-tabagista) dos usuários das UAPS de um município de médio porte, que avaliem a QV na Atenção Primária de Saúde (APS) (CCMS, 2017; PAIVA, 2017).

O conhecimento da QV dos indivíduos quanto ao *status* do uso de tabaco é importante no direcionamento de condutas assistenciais e políticas, visto que esta avaliação é multidimensional e visa a melhoria da atenção deste grupo. Os

profissionais de saúde ao conhecerem a QV podem promover ações que objetivam o bem-estar físico, mental e social (STIVAL, 2014).

Sendo assim, a proposta deste estudo é avaliar a QV do grupo de tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas, afim de fornecer elementos e informações para subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além de acrescentar conhecimentos relacionados aos benefícios adquiridos com a QV após a cessação do uso de cigarros.

Para a realização do trabalho com este grupo, os profissionais que atuam nas UAPS necessitam estar capacitados e motivados para buscar o conhecimento e a tecnologia necessária para trabalhar com este tema. Por isso é de grande relevância a descrição do trabalho que envolve os profissionais da APS acerca do tabagismo, para verificar os pontos positivos, lacunas e desafios encontrados. Essa descrição pode retratar como acontece o cuidado e a assistência relacionada a este grupo atendido pela rede pública de saúde.

Tudo isso justificou as seguintes indagações: Como está a qualidade de vida dos tabagistas, não-tabagista e ex-tabagistas que utilizam o serviço público de saúde num município de médio porte do sudeste brasileiro? Como tem acontecido o trabalho dos profissionais de saúde relacionados a promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento dos tabagistas ou não-tabagistas nas (UAPS) deste município que é referência de saúde e participante do PNCT?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TABAGISMO

2.1.1 Definição

O tabagismo é uma doença crônica caracterizada pela dependência a nicotina. Existem dois tipos de tabagistas, ativo e passivo. O tabagista ativo é aquele que traga o cigarro e possui algum (s) tipo (s) de dependência (s) relacionada ao uso de cigarros podendo ser física, psicológica e/ou comportamental (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b; SIMSEK et al., 2016).

A definição de “fumante regular” é todo indivíduo que faz uso contínuo de cigarros sendo o consumo total maior que 100 cigarros ao longo da vida. Os ex-fumantes são aqueles que foram “fumantes regulares” ao longo da vida, mas cessaram o uso. Os indivíduos, não fumantes são aqueles que nunca fumaram, ou fumaram menos de 100 cigarros ao longo da vida. Não existe um consenso definido na literatura em relação a este conceito de fumante, não fumante e ex-fumante (BRASIL, 2015a; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009).

Os fumantes passivos são aqueles indivíduos que não fumam, porém inalam a fumaça proveniente da queima de produtos do cigarro industrial, cigarro de palha, cigarro de cravo, cigarrilha, charuto, cachimbo e narguilé. O fumo passivo pode causar vários efeitos no organismo como irritação dos olhos e nariz, dor de garganta, alergias e tosse. Tanto a exposição ativa quanto a exposição passiva a fumaça do cigarro podem a fumaça do cigarro pode interferir no organismo do indivíduo (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b; SIMSEK et al., 2016).

2.1.2 Epidemiologia

O tabagismo é um problema de saúde pública, caracterizando-se como um fator de risco evitável para o aparecimento de doenças crônicas e mortalidade. No mundo, existem 1,2 bilhão de tabagistas. No Brasil, 10,2% da população é tabagista. Em 2016, o percentual de brasileiros maiores de 18 anos tabagistas variou entre 8% a 12,7%. Em Minas Gerais, na capital mineira, Belo Horizonte, o percentual de tabagistas é 10,9% do total da população. Em Juiz de Fora os dados encontrados

são referentes ao percentual de trabalhadores técnicos administrativos da Universidade Federal em que 11,6% do total desta população apresentou-se tabagista. Outra pesquisa neste município, foi com pacientes com múltiplas condições crônicas, 12% dos participantes eram tabagistas (BRASIL, 2017; GALIL et al, 2016; SALAZAR, 2014; THE TOBACCO ATLAS, 2017; VIGITEL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A tabela a seguir apresenta dados relativos à prevalência do tabaco fumado no mundo, por região, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tabela 1- Prevalência de fumantes atuais de tabaco fumado (%) por região da OMS, segundo o sexo.

Região da OMS (2010)	Total	Masculino	Feminino
África	12.4	22.2	2.7
Américas	18.7	23.6	14.1
Mediterrâneo Oriental	20.2	36.3	3.4
Europa	29	39.4	19.6
Sudeste da Ásia	18.1	32.8	2.9
Pacífico Oriental	26.6	49.1	3.5
Global	22.1	36.9	7.4

Fonte: (WHO, 2015).

As regiões mundiais localizadas no Mediterrâneo Oriental, Europa e Sudeste da Ásia possuem uma elevada prevalência percentual de tabagistas entre 32,8% a 39,4%. O Pacífico Oriental se destaca pelo maior número de tabagistas do sexo masculino apresentando um percentual de 49,1%. Na Europa, os indivíduos do sexo feminino apresentam um expressivo percentual de tabagistas 19,6%, seguida das americanas 14,1%. No mundo, cerca de 2/3 da população de fumantes, vivem em 10 países sendo eles a Alemanha, Bangladesh, Brasil, China, EUA, Índia, Indonésia, Japão, Rússia e Turquia (WHO, 2015; ACT, 2017c).

A mortalidade mundial vinculada ao tabagismo mostra que o número de óbitos é de 4,9 milhões de pessoas por ano. No século XX, foram 100 milhões de mortos e a estimativa é que um bilhão de pessoas podem morrer, caso o consumo de tabaco mantenha-se inalterado mundialmente. O Brasil é um exemplo no controle mundial do tabagismo, um estudo comparativo entre vários países, constatou que entre países como a China, Rússia, Egito, Bangladesh, México dentre outros, o

Brasil apresentou menor prevalência de tabagismo (GIOVINO et al, 2012; WHO, 2008; 2009).

O Brasil vem apresentando uma considerável queda no número de tabagistas adultos, comparando o período de 1989 até 2013, isto pode ser explicado pelo fato de haver investimentos em políticas públicas, relacionadas ao controle do tabaco como o PNCT. A pesquisa nacional sobre saúde e nutrição apresentava 34,8% de tabagistas adultos em 1989, e este número foi reduzido para 14,7% de tabagistas adultos em 2013 (INCA, 2017).

Tabela 2- Tabagismo na população adulta brasileira do ano de 1989 até 2013

Percentual de tabagismo na população acima de 18 anos no Brasil:				
Pesquisa	Ano	Total	Homens	Mulheres
Pesquisa Nacional sobre saúde e nutrição	1989	34,8	43,3	27,0
Pesquisa Mundial de saúde	2003	22,4	27,1	18,4
Pesquisa especial de tabagismo	2008	18,5	22,9	13,9
Pesquisa nacional de saúde	2013	14,7	18,9	11,0

(Fonte: INCA, 2017)

Apesar do Brasil ser referência quando comparamos o percentual de tabagistas do país com outros lugares no mundo, o tabagismo ainda é o responsável por cerca de 200 mil mortes por ano, o hábito de fumar é considerado uma doença epidêmica. A estimativa colocada pelo INCA é que 8 milhões de pessoas morram devido o tabaco no Brasil até o ano de 2030 (INCA, 2017).

A mortalidade devido ao uso do tabaco é elevada, anualmente mais de 134.800 pessoas são mortas por causa de doenças associadas ao uso do tabaco. O número de adultos que fumam diariamente no Brasil é equivalente a 20.894.000. Em 2016, ocorreram 7,1 milhões de mortes em todo o mundo por causas relacionadas ao tabaco (THE TOBACCO ATLAS, 2013; 2017).

No Brasil, os indivíduos do sexo masculino fumavam menos do que aqueles que vivem nos países de renda média, mas ainda assim 12.200.000 destes indivíduos adultos fumam cigarros diariamente no país. Sendo um alerta e ameaça para a saúde pública brasileira visto que 1.691 indivíduos do sexo masculino morrem semanalmente (THE TOBACCO ATLAS, 2013; 2017).

A maior prevalência de tabagismo se encontravam na faixa etária de 45 a 54 anos de idade. Além disso, o número de tabagista é inversamente proporcional ao número de anos estudado, ou seja, quanto maior a escolaridade menos as pessoas fumam. Destaca-se, ainda, que em relação ao percentual de ex-tabagistas, aqueles com mais de 12 anos de escolaridade apresentaram uma queda de 4,4% no número de ex-fumantes. Em 2006, 20,2% era o percentual de ex-fumantes, em 2015 o percentual foi para 15,8%. Em contrapartida espera-se um aumento no número de ex-fumantes ao longo dos anos (MALTA et al., 2015).

2.1.3 Malefícios relacionados ao uso de tabaco

O uso do cigarro é fator determinante para o aparecimento de complicações e doenças como o infarto, acidente vascular cerebral (AVC), problemas respiratórios e câncer. Pode causar dependência física, comportamental e psicológica. Em relação as condições ambientais, colabora no aumento de lixo e polui o ambiente através da fumaça e degradação dos seus componentes (ACT,2017a; BRASIL, 2015a; PINTO et al., 2015).

O tabagismo é responsável por 85% das doenças pulmonares crônicas (bronquite e enfisema), 30% dos diversos cânceres (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% das doenças coronarianas (angina e infarto) e 25% das doenças cerebrovasculares como o acidente vascular encefálico (AVE). Além de ser fator de risco para o aparecimento de diabetes tipo 2 (BRASIL, 2010b; 2012a; 2013b; 2015a, GALIL et al. 2016; PINTO et al. 2015; THE TOBACCO ATLAS, 2017).

O tabagismo provoca diversas alterações no organismo humano e prejuízos a saúde do tabagista, portanto, é fundamental conhecer o que induz a iniciação do uso do tabaco, e o que motiva a sua interrupção para assim realizar um diagnóstico de saúde e planejar ações com o objetivo de controlar o tabagismo. As diretrizes para cessação do tabagismo colocam que o objetivo final dos tabagistas é melhorar sua qualidade de vida quando cessam o uso de cigarros, sendo o tabagista saudável ou apresentando comorbidades comordidades (BRASIL, 2013a; CASTRO, 2010 et al.; INCA, 2017; SBPT, 2008, LEVENTHAL, 2009 et al.; MCCLAVE et al.; 2009; SARNA et al., 2008).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O TABAGISMO:

2.2.1 Políticas Públicas relacionadas ao tabagismo e o Sistema Único de Saúde (SUS).

O *The Tobacco Atlas* defende que o aumento de impostos sobre o produto do tabaco, em conjunto com as leis de proibição de propagandas e publicidade dos maços de cigarro, e a incorporação de imagens de advertências nos rótulos das embalagens do cigarro, contribuíram para a saúde do Brasil. Estas alterações foram possíveis devido a incorporação de leis para o controle do tabagismo no país (ACT, 2017b; THE TOBACCO ATLAS, 2017).

Quando comparamos o Brasil com todo o mundo, verificamos que ele é o líder na intervenção com advertências sanitárias através de imagens nas embalagens dos produtos e derivados do tabaco. Nas Américas, o Brasil é reconhecido como o primeiro no combate ao tabagismo. Além disso, desenvolve ações de promoção de ambientes livres da fumaça do tabaco em nível nacional, regional e local (ACT, 2017b; THE TOBACCO ATLAS, 2017)

O século XX foi marcado por um aumento expressivo no número de tabagistas no país, e por isso houve a união de interesses de várias entidades a partir de 1979: os profissionais de saúde, representantes das universidades, secretarias de saúde e a Sociedade Brasileira de Cancerologia, juntaram-se para alcançar o controle do uso do tabaco no Brasil. Mas somente em 1985 houve participação efetiva do governo federal, com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo e no ano posterior foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo do Ministério da Saúde (ROMERO; COSTA, 2011).

A Legislação Brasileira Antitabaco é diversa. A partir de uma ordem histórica e cronológica, tem-se a Lei 7488 de 1986, que foi criada com o objetivo de comemorar o Dia Nacional de combate ao fumo, dia 29 de agosto. No dia 31 de maio é comemorado o dia Internacional Antitabaco (BRASIL, 1986; BRASIL, 2017b).

A Lei 8.069 de julho de 1990, proíbe a entrega de produtos que causam a dependência química ou física a crianças ou adolescentes, a venda de cigarros foi proibida a menores de idade. As leis colaboram com o combate do uso de tabaco, proibindo, o uso de cigarros em lugares públicos. Acabaram com as propagandas positivas que traziam mensagem de prazer, beleza e independência relacionados ao

seu uso. Em contrapartida é explícito nos maços de cigarro, os males que causam o contato com o cigarro de forma ativa ou passiva, além do aumento dos impostos sobre os produtos do tabaco no país (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2017b; MALTA et al, 2015).

A Lei 9294 de 1996 regulamentava a utilização dos fumódromos, esta permitia a existência de lugares reservados aos fumantes, porém ela não protegia os fumantes passivos, que são aquelas pessoas que não fumam mais inalam a fumaça e os produtos derivados do tabaco prejudicando assim sua saúde (BRASIL, 1996b).

A Lei 9782 de janeiro de 1999 definiu a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) como órgão regulador de fiscalização, regulamentação e controle dos cigarros, cigarrilhos, charutos, ou qualquer outro produto derivado do tabaco. A Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) é responsável pela supervisão e fiscalização de todo o processo do cigarro desde a produção, o comércio e a publicidade. Além disso, da proibição de divulgação de cigarros em eventos esportivos (BRASIL, 1990b; 1999).

Os agentes do Ministério da Saúde (MS) podem fixar cartazes nos locais de evento esportivo, advertindo e expondo os malefícios do cigarro. Pode também proibir o comércio do produto em estabelecimentos de ensino como escolas, faculdades e estabelecimento de saúde: cantinas de hospitais e ambulatórios, e em órgãos de administração pública, estas regulamentações foram colocadas através da Lei 10702 de 2003 (BRASIL, 2003b).

No Brasil, o Decreto 6006 de 2006 estabeleceu o aumento do preço dos impostos que aumentou o preço do produto final, tornando o cigarro mais caro e menos acessível à população. O Decreto 5658 de 2006 publica a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, trata-se de um Tratado Internacional de Saúde Pública que discute o tabagismo e as mudanças sociais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A Lei 12546 de 2011, traz que a divulgação de propagandas dos produtos do tabaco, nos meios de comunicação de massa como os jornais, TV, rádio e internet são proibidas. Assim como a publicidade de imagens de crianças e/ou adolescentes associadas ao uso de cigarros. A Legislação Brasileira coloca na Portaria 571 de 2013 sobre o cuidado da pessoa com doença crônica e descreve no seu corpo sobre a importância da formação e capacitação do profissional de saúde, para trabalhar no

âmbito do tratamento e prevenção dos tabagistas e não-tabagistas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a).

O sistema público de saúde no Brasil trabalha as questões do uso do tabaco e pensa estratégias para que a sua população adquira formas de viver saudável, para isso o SUS é essencial na sustentação da ideologia, das expectativas, no planejamento, nas políticas de saúde e ações voltadas à saúde, bem-estar físico, mental e social dos cidadãos.

2.2.2 Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT)

O PNCT preconiza que o trabalho relacionado ao tabagismo sendo ele no âmbito do controle, prevenção, cessação, tratamento e acompanhamento, deva ser realizado por uma equipe multidisciplinar de saúde. Tanto os profissionais do ensino médio (agentes comunitários de saúde) quanto os profissionais do ensino superior (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) podem trabalhar com o tema, porém as ações serão organizadas de acordo com sua categoria profissional. Não existe um protocolo de normatização relacionado a atuação de cada profissional da saúde, embora o trabalho aconteça de forma interdisciplinar, ainda não existe um delineamento das atividades e responsabilidades de cada categoria profissional (CRUZ, GONÇALVEZ, 2010; BRASIL, 2003a)

A incorporação no PNCT responsabiliza os profissionais de saúde a organizar e realizar ações relacionados ao cuidado do fumante. Tantas ações coletivas como as ações individuais, além da terapia medicamentosa e abordagem educativa. É preconizado pelo PNCT uma abordagem multiprofissional de profissionais da saúde com nível superior para a condução do grupo, ou acompanhamento individual. O grupo aconteceria com a presença de dois profissionais de saúde com nível superior, mas isto pode variar de acordo com os recursos humanos disponíveis, na rede pública de saúde, podendo ser conduzido por uma equipe com mais de duas pessoas ou até mesmo por apenas um profissional de saúde, o tratamento medicamentoso acontece apenas com a prescrição médica (BRASIL, 2003a).

A abordagem sobre a necessidade e importância de trabalhar com o tabagismo em todos seus eixos e vertentes: publicidade, propaganda, comercialização e tratamento são colocados pelo PNCT. É necessário aumentar o

alcance para a cessação do tabagismo, isso requer motivação tanto de pacientes quanto de profissionais de saúde (BRASIL, 2003a).

No SUS, em 1999, milhares de profissionais receberam capacitação entre eles: enfermeiros, médicos, psicólogos, dentistas, assistentes sociais entre outros. O objetivo principal da implementação desta capacitação em massa foi promover o ambiente livre de tabaco e a realização da abordagem mínima por estes profissionais, além do apoio e acompanhamento dos tabagistas e ex-tabagistas (BRASIL, 2007).

As atribuições de cada uma das profissões da área da saúde devem ser consideradas para respaldar a atuação e colaborar na articulação das ações para alcançar a integralidade da assistência aos tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas. Os profissionais devem ter formação e capacitação para o desempenho das atividades, é necessário intervir nos problemas de saúde de forma humanizada e compromissada. O compartilhamento de experiências, conhecimentos e saberes entre os profissionais de saúde é um fator diferencial de desenvolvimento para as práticas educativas (AGUIAR, 2011; COLOMÉ, OLIVEIRA, 2012; JESUS, 2015).

A Educação em Saúde promove um espaço que gera reflexão, através da troca de conhecimentos e discussão em grupo. O processo educativo é responsável pela formação de cidadãos conscientes das decisões tomadas em relação a sua saúde. A construção do conhecimento acontece coletivamente, a educação em saúde é capaz de reorganizar os serviços de saúde e deve ser aplicada na assistência (AGUIAR, 2011; COLOMÉ, OLIVEIRA, 2012; JESUS, 2015).

O profissional de saúde para trabalhar com tabagismo precisa acreditar na mudança de hábitos, o trabalho é complexo, exige dedicação, persistência, vínculo e conhecimento do usuário. As UAPS devem se preparar para acolher aquele usuário que deseja parar de fumar e aquele que ainda não deseja. Os trabalhos de educação permanente em saúde precisam identificar os desafios e as potencialidades de cada loco-região para assim gerar mudanças no âmbito da saúde através da capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional, eles são multiplicadores do processo educativo, a educação é agente de transformação social e de saúde (MINAYO et al., 2007; BRASIL, 2008; REISDORFER et al., 2013).

O município é responsável pelas capacitações dos profissionais de saúde, no mínimo um profissional de saúde deve ser capacitado por UAPS. O profissional de saúde pode intervir através da abordagem mínima/breve, básica e intensiva, esta

diferença acontece de acordo com a quantidade de tempo que dura a intervenção, este tempo varia entre 3 a 10 minutos. Os agentes comunitários de saúde (profissionais com ensino fundamental ou médio de saúde) são capacitados para realizar apenas a abordagem breve (menos que 3 minutos) (BRASIL, 2015a; FIORE et al., 2009; INCA, 2001).

Os profissionais de saúde podem trabalhar no planejamento e execução de atividades passando pelos níveis de assistência da promoção, prevenção, proteção, cessação, regulação e acompanhamento dos tabagistas e ex-tabagistas. Podem atuar: na elaboração de material técnico e didático, na participação das capacitações e realização de ações educativas (CRUZ, GONÇALVES, 2010; REISDORFER et al., 2013).

2.3 TRATAMENTO E APOIO AO FUMANTE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE:

2.3.1 Unidades de Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde deve ser resolutiva em 80 % das suas demandas, os serviços ofertados nas UAPS podem ser disponibilizados utilizando-se ou não da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município apresenta 3 modelos de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS): o modelo tradicional, o modelo misto e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os três modelos existentes realizam o trabalho de tabagismo no município estudado (CCMS, 2017).

As UAPS são portas de entrada para o usuário do SUS, formada pelo trabalho e desempenho de uma equipe multidisciplinar. As UAPS coordenam o cuidado do indivíduo, das famílias e da comunidade, e atende as reais necessidades de saúde. Ela possibilita o vínculo e a continuidade do trabalho longitudinal. Desenvolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo suporte de todo o processo terapêutico. Colabora na manutenção da saúde e prevenção de doenças e agravos com o trabalho desenvolvido (AGUIAR, 2011)

As UAPS são constituídas por alguns princípios como: a longitudinalidade, integralidade. A Longitudinalidade que pode ser explicada pelo cuidado contínuo ao longo do tempo, pelo vínculo entre profissional de saúde e usuário; e a. A

Integralidade, que é a capacidade de resolver problemas e oferecer um atendimento completo (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2010b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Juiz de Fora, é composta por 63 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 48 unidades atendem em local urbano, destas UAPS urbanas 37 contemplam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), dez o modelo tradicional e uma o modelo misto. Das UAPS rurais, 11 atendem pelo modelo tradicional e quatro UAPS oferecem os serviços a partir da ESF (PAIVA et al, 2017).

A ESF começa em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde. Sua estrutura de equipes multiprofissionais, atenderá de 800 a 1000 famílias. A ESF é dividida pelas áreas adstritas numa área geográfica, composta por até 4000 pessoas, sendo 3000 a média, este número pode variar de acordo com as características de vulnerabilidade social da população coberta (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2006b; BONFIM et al.,2016; COSTA et al., 2010).

A equipe multiprofissional é formada por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, visando sempre o atendimento integral e a participação do usuário. A UAPS é porta de entrada para o cuidado das famílias e do indivíduo, e visa o trabalho de promoção, prevenção, recuperação e acompanhamento das famílias, sendo importante local de intervenção para as questões do tabagismo (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2006b; BONFIM et al., 2016; COSTA et al., 2010).

As UAPS do modelo tradicional são compostas pela equipe mínima de profissionais da saúde que é formada pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e pelos especialistas em ginecologia e pediatria. O modelo tradicional é focado na cura da doença, é estruturado pelo modelo biomédico, a resolução de problemas acontece a partir da demanda da população, não existe a elaboração e o planejamento em saúde, este modelo vem sendo substituído em todo o país pela ESF (FACCHINI et al., 2006; VASQUEZ et al., 2015).

O modelo misto possui a mesma estrutura da Unidade Tradicional com a incorporação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e algumas atribuições da ESF como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, através dos grupos educativos, salas de espera, entre outras atividades (FACCHINI et al., 2006; VASQUEZ et al., 2015).

A organização do trabalho desenvolvido pelas UAPS do município acontece da seguinte forma; iniciam seu funcionamento às 7 horas da manhã e finalizam o expediente às 17h e fecham no intervalo de 11 as 13 horas, para almoço. Pela manhã, as equipes atendem por demanda espontânea e, à tarde, atendem por agendamento e reservam este tempo para realizar ações programadas pela ESF. Dentro desta programação agendada estão inseridos os grupos educativos, incluindo o grupo para o controle e prevenção e cessação do tabagismo (CCMS, 2017).

2.3.2 Abordagem e tratamento para o controle do tabagismo nas UAPS e Atuação dos Profissionais de Saúde.

A atenção à saúde dos tabagistas é abrangente, pois articulam ações que atuam na dependência física, psicológica e comportamental. No organismo, o primeiro contato com o cigarro atua gerando desconforto como dor de cabeça, tontura, náusea, tosse, insônia, mas estes efeitos desaparecem rapidamente, e com um pouco de insistência o organismo acostuma com as substâncias existentes no cigarro, e o indivíduo torna-se tolerante a droga. Em pouco tempo, apenas meses são necessários para a falta do cigarro causar abstinência, caracterizando desta forma a sua dependência (BRASIL, 2015a, SPINK, 2010).

As dependências podem ser de três tipos: 1) física; 2) psicológica 3) comportamental: a dependência física é responsável pela síndrome de abstinência que acontece devido à falta de nicotina circulando no organismo. É caracterizada pelos seguintes sintomas: nervosismo, ansiedade, aperto no peito, falta de concentração, ansiedade, tremores, sudorese fria nas mãos, fome compulsiva, modificação do hábito intestinal, alterações do sono (insônia ou hipersônia). Todas estas alterações do estado físico do indivíduo podem alterar a percepção que ele tem em relação a sua QV (INCA, 2001; MARTINS et al, 2016).

O grau de dependência a nicotina pode ser avaliado através do *Teste de Fagerstrom*, utilizado em todo o mundo para avaliar o tipo de dependência, este teste possui 6 questões, que ao final do questionário gera uma pontuação que permite avaliar o grau de dependência: (0-2 pontos muito baixo), (3-4 pontos baixo), (5 pontos médio), (6-7 elevado), (8-10 muito elevado) (FAGERSTROM, 1978).

Quadro 1: Teste de Fagerstrom: avaliação do grau de dependência a nicotina

<p>1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</p> <p>Em até 5 minutos= 3 pontos Entre 6 a 10 minutos= 2 pontos Entre 31 e 60 minutos = 1 ponto Mais de 60 minutos= 0 pontos</p> <p>2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</p> <p>Sim = 1 ponto Não = 0 ponto</p> <p>3. Qual cigarro lhe traz mais satisfação?</p> <p>O primeiro cigarro do dia= 1 ponto Outros = 0 ponto</p>	<p>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>Mais de 30 = 3 pontos Entre 21 e 30 = 2 pontos Entre 11 e 20 = 1 ponto Até 10 cigarros = 0 ponto</p> <p>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</p> <p>Sim = 1 ponto Não = 0 ponto</p> <p>6. Você fuma mesmo quando esta doente?</p> <p>Sim = 1 ponto Não = 0 ponto</p>
--	---

(Fonte: Fagerstrom, K.O, 1978)

O cigarro também é capaz de gerar a dependência psicológica, visto que ele é o companheiro de todas as horas, ele ajuda as pessoas a lidarem com sentimento de solidão, frustração e com as pressões do dia-a-dia. A dependência comportamental está relacionada com os hábitos do cotidiano, o uso do cigarro está associado a atitudes como tomar café e fumar, acender o cigarro ao sair de casa, fumar quando está dirigindo ou após as refeições (INCA, 2001; JESUS, 2016; SILVA, 2016).

Os profissionais de saúde devem coletar o máximo de dados possíveis para reconhecer qual (s) o (s) tipo (s) de dependência do indivíduo, para ajudá-lo a conseguir enfrentar o processo de cessação. Deve haver atenção, percepção e cuidado com a singularidade e particularidade de cada indivíduo e para isso é necessário conhecimento teórico, técnico, empatia e a sensibilidade de conhecer o seu contexto e as dificuldades no tratamento do tabagismo (BRASIL, 2015a; MESQUITA, 2013).

O tabagista pode estar em 6 situações durante o tratamento: 1) pré-contemplação; 2) contemplação; 3) preparação; 4) pronto para ação; 5) manutenção; 6) recaída. Na primeira, nomeada de pré-contemplação, o indivíduo foi abordado, porém ainda não pensa em parar de fumar. Na fase de contemplação, ele pensa em

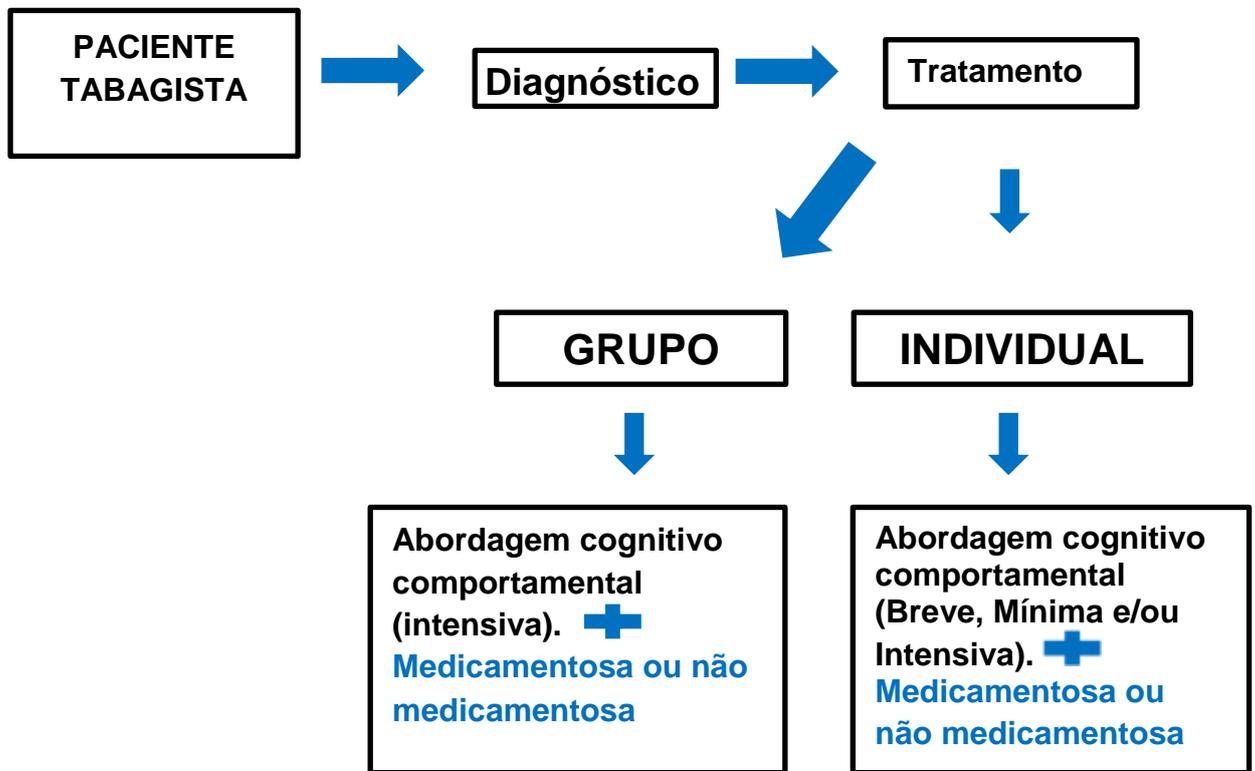
parar de fumar, porém, ainda não determinou uma data, em algum momento da vida ele pretende parar de fumar, sem planejamento prévio. Todo o fumante que está no estágio de contemplação, deve ter consciência que a maioria dos fumantes que desejam parar de fumar podem ter recaídas, e por isso não devem se culpar caso voltem a fazer uso de cigarros. A recaída é caracterizada pelo retorno ao fumo, o indivíduo parou de fumar e voltou. Esta fase é esperada e deve ser tratada sem julgamentos e com empatia (BRASIL, 2015a; INCA, 2001).

Na etapa de preparação, ele planeja marcar uma determinada data para cessar o uso de cigarros. Ele deve estar pronto para ação, o prazo é mais curto e ele planeja parar de fumar nas próximas 4 semanas. A fase de manutenção, marcada pela interrupção do uso de cigarros, é importante e requer acompanhamento dos profissionais de saúde, para auxiliar nas dificuldades que irão aparecer (INCA, 2001; BRASIL, 2015a).

Existem duas formas de interromper o uso de cigarros: a parada abrupta e a redução gradual. A parada abrupta acontece quando o indivíduo para de fumar repentinamente, de uma hora para outra, ele decide interromper o uso de cigarros. A maioria das pessoas que decidiram tornar-se ex-fumantes conseguiram parar de fumar utilizando este método. A redução gradual acontece de forma lenta, o processo acontece de uma forma mais devagar, o fumante conta quantos cigarros costuma fumar por dia e pré-determina uma redução diária no número de cigarros, ou faz a técnica do adiamento, nesta técnica o tabagista adia o horário de fumar o primeiro cigarro do dia até parar de fumar. A redução gradual e redução por adiamento duram no máximo sete dias (INCA, 2001; BRASIL, 2015a).

O tratamento do tabagismo pode ser feito de três formas: 1) abordagem cognitivo-comportamental 2) farmacoterapia 3) outras abordagens/ abordagens alternativas. Na abordagem cognitivoNa abordagem cognitiva comportamental, o profissional deve observar e compreender os conceitos e valores de cada pessoa relacionado ao consumo do cigarro e fatores que levam ao uso. O profissional de saúde da equipe multiprofissional deve auxiliar o indivíduo nas mudanças de crenças e pensamentos a respeito daquele hábito para ajudá-lo, devem focar nos benefícios e no pensamento positivo que fortalecem os indivíduos (BECK, 2013, JESUS et al., 2016).

Fluxograma 1- Atendimento de saúde para o tratamento dos tabagistas nas UAPS.



(Fonte: Os autores da pesquisa, 2018).

Os usuários passam a ter uma visão realista sobre o vício e a sua realidade, os profissionais de saúde os ajudam a reconhecer as ferramentas necessárias para cessar o uso e permanecer sem o cigarro. É importante haver o estabelecimento de uma aliança e cumplicidade entre os profissionais de saúde e o usuário, para assim alcançar o sucesso no tratamento e gerar bons resultados, colaborando na sua continuidade e evitando o abandono do acompanhamento (BECK, 2013, JESUS et al., 2016).

A abordagem cognitiva comportamental pode ser classificada em três tipos: 1) abordagem breve; 2) abordagem mínima; 3) abordagem intensiva. A abordagem breve é realizada por um curto período de tempo (3 minutos). É assertiva, objetiva pode ser realizada por profissionais da saúde de todas as categorias durante consultas pontuais, consultas de rotina, visitas domiciliares. Ela é composta por 4 passos perguntar, avaliar, aconselhar, preparar (PAAP). Esta abordagem não

requer obrigatoriamente um acompanhamento do indivíduo (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2015a).

A abordagem mínima dura em média de 3 a 5 minutos, também é caracterizada pela assertividade e pode ser realizada por todos os profissionais da área da saúde, ela é constituída pelos passos do (PAAP). A diferença entre a abordagem breve e a abordagem mínima está basicamente na quantidade de tempo que vai ser realizada a intervenção, estas intervenções podem ser feitas nas UAPS. A abordagem intensiva pode ser realizada individualmente ou em grupo, as reuniões duram em média 90 minutos. O profissional de saúde deve avaliar e ponderar de acordo com os objetivos e expectativas dos seus usuários, qual o melhor método a ser utilizado, porque existem prós e contras relacionados ao tratamento em grupo e/ou individual. As vantagens do trabalho em grupo para os profissionais de saúde estão relacionadas à otimização do tempo que é restrito nas UAPS devido à falta de recursos humanos (BRASIL, 2014; 2015a; VON RANDOW et al., 2016).

Para o participante, o grupo oferece apoio social, oportuniza a participação nas discussões sobre as mais diversas situações relacionadas ao uso de cigarros e apresentam formas e possibilidades de lidar com essas circunstâncias. O grupo deve ter a característica de ajuda e colaboração, o profissional deve estar atento e preparado para agir com os participantes “sabotadores” que desmotivam os outros usuários através das suas falas e do seu comportamento (BAIOTTO et al., 2016).

Nos grupos educativos os sujeitos devem reconhecer a sua autonomia, e a importância da sua participação nas atividades, que é ponto de partida para a discussão coletiva sobre desafios existentes no cotidiano para adquirir formas de viver saudável, livres do tabaco, e buscando por melhor QV. Nos encontros, os participantes levantam pontos positivos e negativos vivenciados por eles. A dificuldade de um participante pode ser superada por uma solução colocada pelo grupo (CARNEIRO et al., 2012).

Os grupos educativos a fim de proporcionar a cessação do tabagismo são planejados para acontecer em um ano, os encontros são divididos da seguinte forma: acontecem 16 encontros no total, as quatro primeiras sessões acontecem semanalmente, no segundo mês os encontros acontecem quinzenalmente e durante os dez meses seguinte é recomendado realizar uma abordagem mensal. Esta abordagem longa e contínua é classificada como intensiva e pode ser feita de forma individual ou em grupo (BRASIL, 2013a).

Quadro 2- Consultas e Reuniões: Abordagem Intensiva.**Consultas ou Reuniões: Abordagem Intensiva**

4 sessões semanais (1º mês)

2 sessões quinzenais (2º mês)

10 sessões mensais (3º ao 12º mês)

(INCA, 2001).

Nas quatro primeiras semanas, o profissional pode utilizar das cartilhas elaboradas pelo INCA que tem o objetivo de auxiliar na condução do atendimento, é utilizada como guia para o profissional de saúde e para o usuário tabagista em processo de interrupção, é constituída por informações e testes de autoconhecimento. Este instrumento é utilizado para estimular a reflexão sobre o processo de cessação do tabagismo. As cartilhas são divididas em quatro sessões e possuem os seguintes títulos: “Entender porque se fuma e como isso afeta a sua saúde”; “Os primeiros dias sem fumar”; “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar” e os “Benefícios obtidos após parar de fumar” (INCA, 2001; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d; BRASIL, 2013e; BRASIL, 2013f).

O tratamento individual oferece a possibilidade de foco no indivíduo, o que possibilita o conhecimento das características e problemas enfrentados por aquele tabagista, colaborando na preparação e aconselhamento individual. A escolha do tratamento depende do perfil do usuário, da disponibilidade de tratamento da instituição de saúde e do tempo disponível do profissional de saúde. As UAPS podem atuar realizando grupos educativos para cessação do tabagismo, acompanhamento individual e abordagem do tema nas salas de espera, visitas domiciliares e nos processos de educação em saúde nas igrejas e escolas (BAIOTTO et al., 2016; INCA, 2001).

Os tratamentos aos tabagistas também envolvem o uso de fármacos, a maioria destas drogas são disponibilizadas pelo SUS e estão disponíveis para os usuários que desejam parar de fumar. Estes medicamentos são disponibilizados em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária. O SUS oferece o tratamento medicamentoso, sendo este de responsabilidade do governo federal, que distribui para os estados e municípios que possuem mais de 500.000 habitantes,

como o município de Juiz de Fora. O tratamento farmacológico no SUS é realizado com as seguintes medicações: bupropiona (150mg, 300mg), adesivos transdérmicos de nicotina (21mg, 14mg, 7mg) e gomas de nicotina para mascar (2mg) (BRASIL, 2013a; INCA, 2001).

O cloridrato de bupropiona tem a função de controlar a fissura de pacientes em abstinência pelo cigarro, sendo, portanto, um fármaco antidepressivo. A fissura e o desejo intenso de fumar duram aproximadamente 5 minutos. O tabagista tem que manter o autocontrole nesta fase para não ter recaídas, porque a sensação é forte e parece incontrolável. Porém, o profissional de saúde deve sempre focar, nas suas intervenções, que esta sensação permanece apenas por 5 minutos (EUROFARMA, 2016).

O tartarato de vareniclina (Champix) é indicado no tratamento do tabagismo, porém não é disponibilizado pelo SUS, tem a ação de se ligar aos receptores de nicotina presentes nos neurônios cerebrais, auxiliacerebrais, auxilia na redução do desejo de fumar e nos sintomas da abstinência, caso a pessoa continue fumando durante o tratamento o tartarato de vareniclina também pode diminuir a sensação de prazer liberada na tragada (HORSTMANN et al, 2014).

O Ministério da Saúde coloca que a bupropiona é um medicamento de primeira linha incorporado pela Portaria n.422 de 13 agosto de 2004. É utilizado pela rede pública, inclusive nas UAPS, devido seu custo/benefício. Reichert (2007) avaliou o custo médio do tratamento da vareniclina e da bupropiona em 12 semanas de tratamento e verificou que a bupropiona tem custo reduzido e boa resposta ao tratamento (BRASIL, 2004; DANTAS et al., 2016; MENDES, 2013).

Os adesivos agem diretamente na dependência física porque diminuem a fissura e o desejo intenso de fumar, visto que o organismo do tabagista é dependente da nicotina. Os adesivos mantêm a nicotina na corrente sanguínea por um período de 16 a 24 horas, e eles devem ser trocados diariamente. Eles são comercializados no mercado farmacêutico e disponibilizados pelo SUS, e o tratamento é realizado no máximo em 12 semanas. A indicação de qual adesivo deve ser utilizado dependerá do grau de dependência do tabagista, que pode ser avaliada a partir do número de cigarros fumados diariamente e o grau de dependência pelo *Teste de Fagerstrom* (BRASIL, 2015a; HORSTMANN et al., 2014).

A síndrome da abstinência são alterações que acometem um organismo devido à falta de uma substância. No caso dos tabagistas, a falta da nicotina gera ansiedade, taquicardia, insônia e a abstinência que desaparece em aproximadamente duas semanas (BRASIL, 2013d).

A equipe multiprofissional de saúde colabora na mudança de hábitos não saudáveis para hábitos saudáveis, ao informar e colaborar na sensibilização dos ex-tabagistas a respeito da busca por QV, após a interrupção do uso do tabaco. Por isso recomenda-se associar a interrupção do tabagismo com a prática de atividades físicas, alimentação saudável e a manutenção de um bom padrão de sono. O ato de fumar é multifatorial e influência direta ou indiretamente em vários setores da vida. Os profissionais de saúde devem focar nos benefícios de não fumar para manter a saúde, melhorar a qualidade de vida e diminuir as morbidades e incapacidades decorrentes do consumo do tabaco (BRASIL, 2015a; HORSTMANN, 2014 et al.; 2015c).

2.4. QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO, REFLEXÕES E O *STATUS* TABÁGICO

A QV na saúde pode ser considerada como sinônimo de bem-estar, saúde e estilo de vida. O termo qualidade foi originado no latim “qualis” que significa o modo de ser de cada um, relacionado a si mesmo e o modo de ser da pessoa com o grupo. Trata-se de um conceito amplo, diverso, mutável e subjetivo. Muitos são os conceitos e os olhares quando pretende-se definir QV, isso exige conhecimento de diferentes critérios determinantes como os biológicos, psicológicos e sociais (ARBEX, ALMEIDA, 2009; CAMELIER, 2004; FLECK et al., 1999; PEREIRA, TEIXEIRA, 2012; RENWICK; BROWN, 1996).

O conceito da QV colabora na avaliação da percepção do bem-estar, equilíbrio e saúde. É uma ferramenta multidimensional que avalia diferentes domínios de forma individual e subjetiva sobre a saúde, física, mental, social e as influências ambientais sofridas pelo indivíduo. A QV em saúde resulta do bem-estar dos indivíduos que buscam formas de viver saudável nos mais variados setores da vida, pois os indivíduos são multidimensionais e para encontrar o equilíbrio é preciso manter um equilíbrio dos domínios (BRASIL, 2015a; CAMPOS; RODRIGUES, 2011; CASTRO et al., 2010).

Existem inúmeros fatores que interferem a QV, como o tabagismo, pois o cigarro pode modificar o paladar do indivíduo, alterando o gosto dos alimentos e por isso o indivíduo sente menos prazer e vontade de alimentar-se. O ato de fumar pode influenciar de forma positiva ou negativa na questão da qualidade de vida, visto que essa avaliação acontece a partir da percepção e sensibilidade que o indivíduo tem das suas limitações: físicas, emocionais/ psicológicas, sociais, estado de doença, tratamento, acompanhamento. Além disso, o fato do indivíduo fumar, não fumar ou ter deixado de fumar pode interferir em todos estes aspectos. A QV dos fumantes passivos também vãoA QV dos fumantes passivos também vai sofrer interferências positivas ou negativas, visto que o uso do cigarro influencia todo o ambiente onde ele é utilizado podendo modificar a percepção da qualidade de vida dos indivíduos (ARBEX, ALMEIDA 2009; BRASIL, 2013d; FLECK et al., 1999; PEREIRA et al., 2012).

O cigarro interfere nas questões econômicas. O ato de fumar traz prejuízos econômicos, e como trata-se de um vício, o tabagista prioriza a compra de maços de cigarros, deixando de lado o investimento em outros itens, o que pode gerar críticas e julgamentos de pessoas externas e sentimento de culpa. Todos estes fatores podem causar prejuízos na forma de viver dos tabagistas e podem interferir na percepção dos domínios que são avaliados na QV (BRASIL, 2013d; FLECK et al., 1999).

As pessoas que convivem com tabagistas também sofrem as consequências relacionadas ao contato com a fumaça do cigarro, que gera mau cheiro, alergias e insatisfação daqueles que convivem no mesmo ambiente, essa situação pode causar desconforto e prejuízos no relacionamento entre os familiares (BRASIL, 2013d; FLECK et al., 1999).

No aspecto físico, o tabagista apresenta dependência à nicotina, ela é responsável pela síndrome de abstinência, que acontece devido à falta de nicotina circulando no organismo. Essa síndrome é caracterizada por apresentar nervosismo, ansiedade, aperto no peito, falta de concentração, tremores, sudorese, mãos frias, fome compulsiva, modificação do hábito intestinal, insônia. Todos estes sintomas podem interferir nos domínios físicos e psicológicos. O cigarro é capaz de gerar dependência psicológica, principalmente nos momentos de solidão, frustração, tristeza, perda e as pressões do dia-a-dia. O cigarro pode ajudar no alívio do sofrimento, ele é capaz de liberar hormônios que geram sensação de bem-estar e

prazer o que aumenta a dependência (BRASIL, 2015a; INCA, 2001; JESUS, 2016; MARTINS et al., 2016; PEDROSO et al, 2010; STIVAL, 2014).

O período de interrupção do uso da nicotina é uma fase de transição que requer acompanhamento e apoio dos profissionais de saúde, familiares e amigos. Almejar por QV pode auxiliar no desejo e busca em parar de fumar, porque quando as comorbidades aparecem, o indivíduo deseja a mudança de hábito. A busca por melhores hábitos de vida está relacionada com o desejo de manter-se saudável (BRASIL, 2010c; BRITO et al, 2008; FARINATTI, FERREIRA, 2008; GOMES, 2011; INCA,2001; MARTINEZ et al, 2004; MARTINS et al., 2016; PEDROSO et al, 2010; PEREIRA et al., 2012; WHOQOL, 1994).

Os estudos apontam que há um aumento no número de casos de depressão entre os tabagistas, maior número de internações, e que doenças foram agravadas pelo seu uso. O número de cigarros fumados está associado com a piora do estado físico, o que resulta numa redução da QV e quanto maior é a dependência da nicotina, mais os indivíduos consomem cigarros (CASTRO et al., 2010; SBPT, 2008; LEVENTHAL et al, 2009; MCCLAVE et al. ;2009; SARNA et al, 2008).

As características comportamentais estão relacionadas com os hábitos do cotidiano, associado ao uso do cigarro como: fumar e tomar café, ao sair de casa, quando está dirigindo ou tragar o cigarro após as refeições (CRISCI et al., 2015; PINTO et al. 2015; PEDROSO et al, 2010; SILVA et al., 2016).

O hábito de fumar afeta à saúde física do tabagista. Os autores abordam a existência de uma diferença significativa entre ex-fumantes e fumantes quanto a saúde mental que é relativa ao domínio psicológico. O grupo dos não tabagistas e ex-tabagistas apresentam melhor padrão de QV que os tabagistas, esses possuem valores menores em todos os domínios: físico, psicológico, social e ambiental, ajudando a concluir que possuem pior percepção da QV (AFONSO, 2013; MARTINEZ, 2004; CASTRO, 2007; 2010; COUTO, 2010; FERREIRA, 2013; GARCES et al 2004; MITRA, 2004; SALES et al., 2009).

A faceta Q1 avalia a percepção que o indivíduo faz da sua saúde, SARNA, (2008) demonstra que quanto menos cigarros fumados por dia, melhor é a percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde. A faceta Q2 avalia a QV dos indivíduos. O estudo realizado por Couto et al. (2010) apresentou associação entre o grupo de não tabagistas e tabagistas, sendo que a média de QV dos não tabagistas é maior que a média dos tabagistas.

A melhora da qualidade de vida de uma comunidade depende da participação de todos os sujeitos envolvidos: usuários, os profissionais de saúde, gestores, e da participação de outros setores. A produção de conhecimento e as práticas relacionadas à assistência à saúde é consequência das políticas públicas que são construídas a partir da gestão compartilhada (BRASIL, 2010c; STIVAL, 2014).

O trabalho intersetorial é fundamental para proporcionar condições para viver com QV, e para isso é necessário acontecer a troca de conhecimento entre os setores envolvidos. A assistência deve ser direcionada as reais necessidades dos usuários, permitindo a construção do vínculo e confiança entre o profissional de saúde e os usuários, para assim conseguir solucionar os desafios que prejudicam o alcance da QV (BRASIL, 2010c; STIVAL, 2014).

A reorientação dos serviços de saúde, caracterizado por um atendimento integral, humanizado e comprometido, depende da ação dos profissionais de saúde, além do planejamento para reabilitação, acompanhamento e assistência voltada para as necessidades dos pacientes. Busca-se, assim, formas de realizar a promoção em saúde, prevenção de agravos através dos trabalhos educativos e manutenção da abstinência, melhorando a QV dos beneficiários (ARAÚJO et al, 2017).

Foram hipóteses com suas respectivas correspondentes de nulidade: H1: não tabagistas apresentam melhores escore de qualidade de vida quando comparados com ex-tabagistas e tabagistas; H2: quanto maior a dependência a nicotina menor são escores de qualidade de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

- ✓ Avaliar a qualidade vida de usuários tabagistas, ex-tabagistas e não-tabagistas das UAPS no município de Juiz de Fora/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Avaliar a associação do perfil sociodemográfico e o grau de dependência à nicotina dos participantes tabagistas.
- ✓ Verificar a associação da qualidade de vida e o grau de dependência à nicotina dos participantes tabagistas.
- ✓ Identificar a presença de doenças tabaco-relacionadas de acordo com o *status tabágico* dos usuários das UAPS.
- ✓ Analisar o apoio dos serviços oferecidos pelas UAPS à cessação do tabagismo.
- ✓ Descrever, segundo o relato dos profissionais de saúde, os trabalhos desenvolvidos para o controle do tabagismo nas UAPS.
- ✓ Caracterizar o *status tabágico* dos profissionais de saúde que atuam no controle do tabagismo.

4. MATERIAL E MÉTODOS:

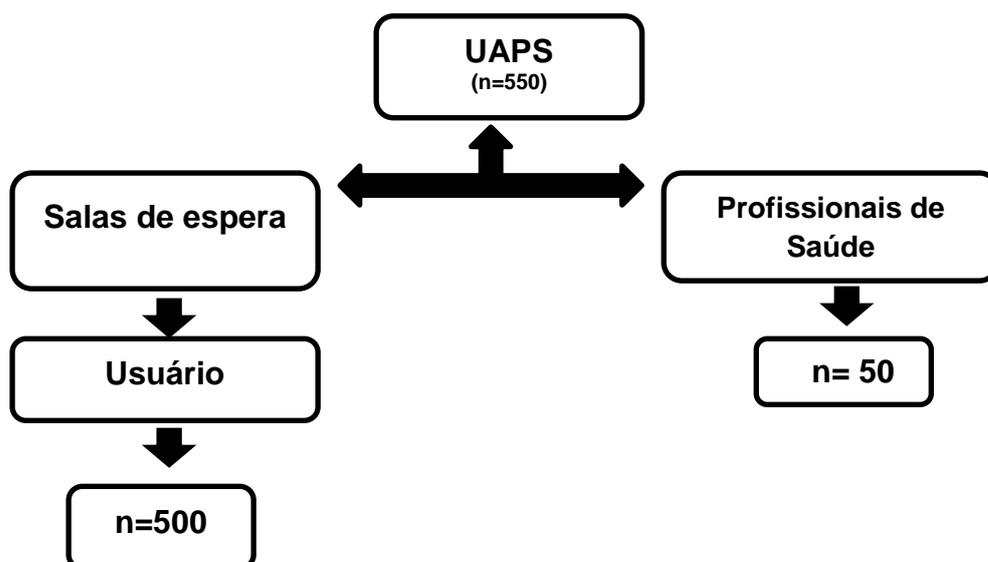
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal, descritivo e analítico.

4.2 POPULAÇÃO:

Participaram da pesquisa 500 usuários das UAPS que estavam na sala de espera aguardando atendimento e 50 profissionais das UAPS que trabalhavam com o tema tabagismo e/ou responsável pelo gerenciamento das atividades oferecidas pelas UAPS. Os dados apresentados pelo SECOPTT mostravam que das 63 UAPS, existentes no município de Juiz de Fora, 25 trabalhavam com o tabagismo com a abordagem intensiva (realizavam grupos educativos, abordagem cognitivo comportamental e tratamento medicamentoso), objetivou-se a possibilidade de comparar a diferença entre os dados: dos lugares que ofereciam a abordagem intensiva e dos lugares que não ofereciam abordagem intensiva, as 50 UAPS foram escolhidas por conveniência (SECOPTT, 2015).

Fluxograma 2- Fluxograma da coleta de dados dos usuários e profissionais de saúde



(fonte: os autores da pesquisa, 2018)

Como dinâmica de coleta de dados, foram realizados contatos telefônicos com os profissionais de saúde das unidades, agendando melhor dia e horário para que estes pudessem receber a pesquisadora nas UAPS. Nestes dias agendados com os trabalhadores, foi também realizada a coleta com os usuários da unidade, por meio de abordagem direta e demanda espontânea nas salas de espera das UAPS. Os participantes e profissionais de saúde após terem aceitado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido TCLE (APÊNDICE A e B respectivamente) tiveram os dados coletados com assessoria das entrevistadoras.

4.3 CENÁRIO

O campo de execução do estudo foram as UAPS de Juiz de Fora, o município é constituído por um total de 63 UAPS, destas 24 desenvolviam trabalho com o tabagismo a partir da abordagem intensiva (abordagem individual e em grupo) com a possibilidade do oferecimento do medicamento para cessação do tabagismo. No início da pesquisa por conveniência foram escolhidas, 25 UAPS que desenvolviam o trabalho com o tema e 25 UAPS que não desenvolviam este trabalho, no total 50 UAPS participaram da pesquisa, porém durante o processo de coleta de dados foi verificado que apenas 24 das UAPS do município desenvolviam o trabalho intensivo com o tabagismo (PAIVA, 2017; SECOPTT, 2015).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS:

Foram atendidos todos os requisitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com o previsto na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O processo de coleta de dados foi antecedido pelo cadastro do Projeto na Plataforma Brasil e por sua aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovado sob o Parecer n. 1.945.227 (ANEXO A).

A investigação envolveu riscos mínimos, semelhantes àqueles presentes nas atividades cotidianas, como numa conversa. Houve a preocupação das pesquisadoras em minimizar tais desconfortos, na medida em que propuseram uma abordagem individualizada e respeitosa quanto ao nível de escolaridade,

propiciando aos participantes condições para que sua participação ocorresse sem constrangimento e houvesse liberdade para não participar.

Cabe acrescentar que os usuários que se dispuseram participar desta investigação de forma voluntária, não remunerada expressaram sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletadas as impressões digitais dos analfabetos com acréscimo da assinatura do acompanhante, nos casos em que este estiveram presente na ocasião da abordagem. Foram garantidos o anonimato e a elucidação quanto aos riscos de sua participação e previsto o ressarcimento de danos caso os mesmos fossem comprovadamente provenientes desta investigação.

Após a utilização dos critérios de inclusão e não inclusão, bem como da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes que cumpriram os critérios de elegibilidade foram convidados a participar da pesquisa e devidamente informados sobre todo o processo, as entrevistadoras sanaram todas as dúvidas verbalizadas pelos participantes no momento da coleta dos dados.

4.4.1 Critérios de inclusão

4.4.1.1 Critérios de inclusão dos usuários:

Os usuários da UAPS tiveram que apresentar os seguintes critérios: 1) pessoas de ambos os sexos; 2) maiores de 18 anos de idade; 3) que concordaram em participar como voluntárias; 4) que externaram sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós informados (TCLE) (APÊNDICE A).

4.4.1.2 Critérios de inclusão dos profissionais:

Os profissionais de saúde das UAPS tiveram que apresentar os seguintes critérios: 1) pessoas de ambos os sexos 2) maiores de 18 anos; 3) que concordaram em participar como voluntárias, 4) nível superior relacionado com a função que desempenhavam na UAPS; 5) profissionais de nível técnico que exerciam função de gerência na UAPS 6) participação direta com as atividades relacionadas ao

tabagismo; 7) que externaram sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós informado (TCLE) (APÊNDICE B)

4.4.2 Critérios de não inclusão

4.4.2.1 Critérios não inclusão dos usuários das UAPS.

1) Aqueles indivíduos que apresentaram doença limitante, que alterasse os domínios físicos e psicológicos do questionário de qualidade de vida como doenças neurológicas e transtornos psíquicos.

4.4.2.2 Critérios de exclusão dos profissionais de saúde da UAPS.

1) profissionais que se encontravam de licença, férias, ou outra situação que não permitiu a presença nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) durante o período de trabalho de campo.

4.5 COLETA DE DADOS COM OS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

4.5.1 Processo de coleta de dados

A coleta de dados do estudo aconteceu de março a junho de 2017. Os materiais utilizados pela entrevistadora foram uma prancheta para superfície de apoio, o impresso da pesquisa e caneta. Para esta etapa foi realizado um treinamento prévio com a equipe, sendo esclarecidas as dúvidas e efetivado o método de pesquisa, sendo este uniforme a todos os membros.

A pesquisa aconteceu em duas etapas, na primeira etapa da coleta de dados os participantes (usuários das UAPS) foram recrutados aleatoriamente nas salas de espera por meio de demanda espontânea no horário de atendimento das UAPS do município, aqueles que apresentaram os critérios de inclusão da pesquisa foram convidados a participar, sendo tabagistas, ex-tabagistas ou não tabagistas.

Na segunda etapa da pesquisa, a pesquisadora convidou o profissional de saúde, responsável por coordenar as ações relacionadas ao tabagismo nas UAPS

ou o responsável pelo gerenciamento da unidade, para responder as questões sobre a realização ou não/realização do trabalho relacionado ao tabagismo nas UAPS.

O estudo com os usuários foi dividido em duas partes, a primeira delas pretendia avaliar a QV dos usuários do SUS, por isso foi aplicado o questionário *WHOQOL-BREF* a todos os participantes, e o grau de dependência de *Fagerstrom* foi aplicado apenas aos tabagistas. O questionário *WHOQOL- Bref* validado no Brasil e o *Teste de Fagerstrom* usado mundialmente para avaliar o grau de dependência à nicotina. O questionário aplicado aos usuários das UAPS continham Os questionários aplicados aos usuários das UAPS continham os dados sociodemográficos construído pelas pesquisadoras da pesquisa (FAGERSTROM,1978; FLECK et al.1999; 2003).

Na outra etapa, foi aplicado um questionário, a pelo menos um profissional de saúde de cada UAPS, sendo ele o responsável pelas atividades relacionados ao tabagismo, ou o gerente da UAPS (nos lugares onde não era oferecido o trabalho sobre o tabagismo), foi necessário que o profissional tivesse conhecimento para fornecer as informações relacionadas ao tema. A coleta de dados desta etapa totalizou 50 participantes.

4.5.2 Avaliação da qualidade de vida e Teste de Fagerstrom dos usuários das UAPS e aplicação do questionário aos profissionais de saúde.

O *WHOQOL- Bref* é constituído por 26 itens, distribuídos em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente). As respostas foram registradas com escalas individualizadas que variam de um a cinco pontos cada. Esse questionário é a versão abreviada do instrumento de QV da OMS, *World Health Organization Quality of Life – 100* (WHOQOL- 100), traduzido para a língua portuguesa, no Brasil, e para outros de 20 idiomas. O *WHOQOL- Bref* é um questionário simples, focado, de fácil aplicabilidade e entendimento e foi aceito pelo grupo de estudos multicêntricos da OMS no Brasil (FAGERSTROM, 1978; FLECK et al.,1999; 2003).

A QV é importante como estratégia diagnóstica de avaliação e direcionamento terapêutico, além disso tem sido utilizada em pesquisas da área da saúde, abordando inclusive sobre o tema tabagismo. Os instrumentos utilizados para avaliar a QV a partir de determinados aspectos da vida são capazes de apontar uma

melhora ou piora, de acordo com a mudança que sofreram com o uso ou não dos cigarros. Existe uma pesquisa de validação de questionário de QV que aponta o WHOQOL-BREF como instrumento adequado para verificação da QV em tabagistas, o que reitera a importância de utilizar este instrumento afim de favorecer dados fidedignos (CAMPOS, NETO, 2008; 2011; FERREIRA et al., 2008; 2011; 2013; FLECK et al., 2000; OLIVEIRA, 2015b et al.; McClave et al, 2009; PINTO et al, 2010a).

As 26 perguntas do questionário sobre QV seguem a escala de *Likert* de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação melhor será a avaliação sobre a QV, nas questões serão incluídos *intensidade* (nada e extremamente), *capacidade* (nada e completamente), *frequência* (nunca e sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito, muito satisfeito, muito ruim e muito bom) (ARAÚJO et al., 2017; STIVAL, 2014; WHOQOL-GROUP, 1994).

As perguntas um e dois não entram em nenhum domínio e são analisadas isoladamente. Para analisar cada faceta (pergunta) é só somar os valores da entrevista de 1 a 5, e dividir pelo número de participantes, fazer a média, o resultado vai ser de 1 até 5, quanto mais próximo de 5, melhor será a percepção do grupo quanto a QV. Sendo indispensável a realização da recodificação das questões (3,4 e vinte e seis) que ficará da seguinte forma (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1) (FLECK et al., 1999).

O Domínio Físico 1 foi composto pelas questões (facetas): Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18, para calcular o domínio físico foi necessário somar o valor referentes de cada questão e dividir por 7. A Q3 é referente a dor e desconforto, Q4 a energia e fadiga, Q10 sono e repouso, Q15 mobilidade, Q16 atividades da vida cotidiana, Q17 dependência de medicação ou de tratamentos, Q18 capacidade de trabalho (WHOQOL-GROUP,1995; FLECK et al., 2000).

O Domínio 2 foi o Psicológico que foi formado pelas questões: Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26, a questão 5 foi referente aos sentimentos positivos, Q6 foi sobre o pensamento, aprendizado, memória e concentração, Q7 autoestima, Q11 imagem corporal e aparência, Q19 sentimentos negativos, Q26 espiritualidade/religião/crenças pessoais, para calcular o domínio psicológico basta somar todos os valores e dividir por 6 (WHOQOL-GROUP,1995; FLECK et al., 2000).

O Domínio das relações sociais foi o domínio 3, composto pelas questões: Q20, Q21, Q22. A Q20 é referente às relações pessoais, Q21 aborda o suporte

(apoio) social, Q22: atividade sexual, para calcular o valor do domínio social basta somar os valores referentes de cada faceta e dividir por 3 (WHOQOL-GROUP,1995; FLECK et al., 2000).

O domínio 4, foi referente ao meio ambiente é composto pelas questões: Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25. A questão 8 é referente a segurança física e proteção, Q9 ambiente no lar, Q12 recursos financeiros, Q13 cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, Q14 oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, Q23 participação em atividades de recreação e lazer, Q24 ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), Q25 transporte. Para calcular o domínio meio ambiente é só somar os valores das facetas (questões) e dividir por 8 (WHOQOL-GROUP,1995; FLECK et al, 2000).

Todos os resultados foram em média, tanto no domínio: físico, psicológico, social e ambiental quanto nas facetas. As perguntas apresentarão os seguintes resultados com a seguinte classificação necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (WHOQOL-GROUP,1995; FLECK et al., 2000).

4.5.2.1 *Teste de Fagerstrom*

O *Teste de Fagerstrom* avaliou o grau de dependência a nicotina. Este instrumento possibilitou a classificação da dependência desde muito leve a muito elevada. O escore total é calculado pela soma obtida em cada questão, oscilando entre 0 e 10 pontos. Quanto maior a pontuação, maior e a intensidade da dependência, este teste possui 6 questões, que ao final do questionário gera uma pontuação que permite avaliar o grau de dependência: (0-2 pontos muito baixo), (3-4 pontos baixo), (5 pontos médio), (6-7 elevado), (8-10 muito elevado) (FAGERSTROM, 1978).

4.5.2.2 Cálculo da amostra

Na pesquisa foram entrevistados 500 usuários, utilizando de um número aproximado de 10 usuários por cada unidade de saúde, a escolha deste número absoluto, considerou o erro amostral de 0,35, a prevalência de tabagistas no município compreendeu o intervalo (16,7% - 23,7%) da população do município com

aproximadamente 600.000 habitantes. A fórmula utilizada para este cálculo foi: $n = Z^2 \cdot p(1-p)/e^2$, sendo n o tamanho da amostra, (z) representa a curva normal e o intervalo de confiança (nível de confiança de 95%), (p) prevalência de tabagistas, (e) considerou-se 0,035 (WEYNE, 2004).

Para relacionar o perfil sociodemográfico e o grau de dependência tabágica, a análise estatística exigiu um agrupamento das categorias para melhor distribuir os tabagistas, a divisão ficou assim: grau de dependência baixo (grupo com pontuação muito baixa, baixa e médio) e grau de dependência alto (elevado e muito elevado), de acordo com o foi encontrado na literatura (FUJITA et al., 2015).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas foram efetuadas por meio do software SPSS® (versão 23.0. *SPSS Inc.*, Estados Unidos da América). Realizou-se uma análise descritiva das condições avaliadas, utilizando média, desvio padrão, mediana, e valores máximos e mínimos, após testes de normalidade de Kolmogorov–Smirnov e inspeções visuais dos histogramas de frequência. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta (n) e relativa (%). Depois da análise da normalidade citado acima, as comparações de variáveis contínuas foram conduzidas por teste paramétrico Teste T independente e não paramétrico U de Mann-Whitney.

Para as variáveis categóricas foi utilizada a análise bivariada que foram comparadas pelo Teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Em casos de três grupos ou mais, foi aplicada a análise de variância (ANOVA), quando esta identificou diferença estatisticamente significativa, os grupos eram comparados entre si pelo Post hoc de Tukey ou Welch. Os valores de ($p < 0,05$) foram considerados estatisticamente significativo.

5. RESULTADOS:

5.1 USUÁRIOS DAS UAPS SEGUNDO O *STATUS* TABÁGICO

O grupo estudado foi composto por 500 participantes usuários das UAPS de Juiz de Fora, sendo eles: 20,4% (102) tabagistas, 54,6% (273), não-tabagistas e 25% (125) ex-tabagistas.

Os dados sociodemográficos e econômicos (Tabela 3) mostram que o valor percentual relacionado ao sexo feminino é maior em todos os *status tabágicos*. Em relação a idade, 46,1% (47) dos tabagistas possuem idade entre 36 anos a 60 anos, 43,2% (54) dos ex-tabagistas são idosos (> 60 anos) e 37% (101) dos não tabagistas com idade entre 18 anos a 35 anos.

Em relação a cor, 49% (50) dos tabagistas, 48,7% (133) não tabagista e 44,8% (56) ex-tabagistas se autodeclararam não brancos, foi considerado não brancos aqueles indivíduos que se autodeclararam como: negros, pardos e indígenas. E 53,9% (55) de tabagistas, 56,4% (154) não tabagistas e 60,8% (76) ex-tabagistas possuem o estado civil casados/união estável. Em todos os grupos tabágicos houve maior percentual de escolaridade no nível analfabeto a ensino fundamental, renda entre R\$ 938 a R\$ 2.811,00 e foram incluídos na categoria sem ocupação profissional.

Tabela 3- Caracterização dos participantes segundo dados sociodemográficos e econômicos. Juiz de Fora. Mar/2018

	Tabagista (n = 102)	Não tabagista (n = 273)	Ex-tabagista (n=125)
Sexo			
Masculino	35,3% (36)	27,8% (76)	42,4% (53)
Feminino	64,7% (66)	72,2% (197)	57,6% (72)
Idade			
18-35 anos	29,4% (30)	37,0% (101)	16,0% (20)
36-60 anos	46,1% (47)	35,9% (98)	40,8% (51)
> 60 anos	24,5% (25)	27,1% (74)	43,2% (54)
Cor			
Branco	49,0% (50)	48,7% (133)	44,8% (56)
Não branco	51,0% (52)	51,3% (140)	55,2% (69)
Estado civil			
Casado/ união estável	53,9% (55)	56,4% (154)	60,8% (76)
Solteiro/viúvo/separado	46,1% (47)	43,6% (119)	39,2% (49)
Escolaridade			
Analfabeto/Ens. Fundamental	69,6% (71)	60,8% (166)	72,0% (90)
Ens. Médio/Técnico	29,4% (30)	31,9% (87)	24,0% (30)
Ens. Superior	1,0% (1)	7,3% (20)	4,0% (5)
Renda Familiar			
R\$ 0 – 937,00	36,3% (37)	27,5% (75)	39,2% (49)
R\$ 938,00 – 2.811,00	52,9% (54)	53,5% (146)	39,2% (49)
> R\$ 2.812,00	10,8% (11)	19,0% (52)	21,6% (27)
Nível de ocupação profissional¹			
Sem ocupação profissional	51,0% (52)	55,3% (151)	66,4% (83)

¹ A pesquisa considerou profissões de **nível fundamental e médio**: agentes de saúde, açougueiro, atendente, babá, balconista, camareira, caixa, caseiro, carpinteiro, comerciantes, copeira, costureira, cozinheira, cuidador de idosos, despachante, doméstica, empacotadeira, encarregado de manutenção, encarregado de produção, estoquista, fotógrafo, frentista, gesseiro, garçom, lavrador, logística, manicure, motorista, operador de máquinas, passadeira, pedreiro, pintor, podóloga, porteiro, promotor de vendas, sapateiro, servente de obras, serviços gerais, telefonista, vigilante, zelador. Foram consideradas como **profissões de nível técnico**: auxiliar administrativo, encarregado de construção civil, auxiliar de laticínio, auxiliar de odontologia, lanterneiro, mecânico, segurança, técnica de enfermagem, técnico em eletrônica, técnico de farmácia, técnico de fibra óptica. Foram consideradas profissões de **ensino superior**: designer gráfico e professores. **Sem ocupação**: do lar, desempregado, aposentado e pensionista, estudante e a categoria dos **autônomos**.

(continuação da tabela)

Nível de ocupação	Tabagista	Não tabagista	Ex-tabagista
profissional	(n=102)	(n= 273)	(n=125)
Autônomo	2,0% (2)	1,5% (4)	0
Nível fundamental/médio	43,1% (44)	37,4% (102)	28,8% (36)
Nível técnico	3,9% (4)	2,9% (8)	3,2% (4)
Nível superior	0	2,9% (8)	1,6% (2)

(Fonte: Os autores, 2018).

No entanto, ao avaliar as características sociodemográficas e econômicas dos participantes tabagistas com o grau de dependência à nicotina de acordo com Teste de Fagerstrom, não foram observadas associações significativas de sexo ($p= 0,774$), idade ($p= 0,573$), cor ($p= 0,440$), estado conjugal ($p= 0,930$), escolaridade ($p= 0,766$) e renda ($p=0,116$) com o grau de dependência nicotínica.

Na avaliação do estado de saúde de acordo com a presença de doenças crônicas não transmissíveis e *status tabágico*, foram observadas associação significativa dos indivíduos ex-tabagistas em relação as doenças cardiovasculares ($p=0,004$), hipertensão ($p=0,001$) e doenças respiratórias ($p=0,01$) (Tabela 4).

Tabela 4- Doenças crônicas não transmissíveis e a associação entre os grupos: tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas.

Classificação das doenças	Tabagista (n=102)	Não-tabagista (n=273)	Ex-tabagista (n=125)	p valor
Doenças cardiovasculares²				
Sim	2,9% (3)	2,6% (7)	10,4% (13)	0,004*
Não	97,1% (99)	97,4% (266)	89,6% (112)	
Hipertensão				
Sim	39,2% (40)	35,9% (98)	56% (70)	0,001
Não	60,8% (62)	64,1% (175)	44% (55)	
Disfunção da tireoide				
Sim	2,9% (3)	3,3% (9)	8,8% (11)	0,054*
Não	102% (99)	96,7% (264)	91,2% (114)	
Diabetes				
Sim	10,8% (11)	16,8% (46)	19,2% (24)	0,210
Não	89,2% (91)	83,2% (227)	80,8% (101)	
Obesidade				
Sim	4,9% (5)	7,3% (20)	5,6% (7)	0,636
Não	95,1% (97)	92,7% (253)	94,4% (118)	
Doença Renal Crônica				
Sim	2% (2)	1,5% (4)	1,6% (2)	0,895*
Não	98% (100)	98,5% (269)	98,4% (123)	
Doenças Respiratórias				
Sim	10,8% (11)	3,7% (10)	9,6% (12)	0,011
Não	89,2% (91)	96,3% (263)	90,4% (113)	
Câncer				
Sim	0	1,5% (4)	4% (5)	0,089*
Não	100% (102)	98,5% (269)	96% (120)	
Doença osteoarticular				
Sim	14,7% (15)	13,9% (38)	17,6% (22)	0,631
Não	85,3% (87)	86,1% (235)	82,4% (103)	

² Foram consideradas como doenças cardiovasculares: cardiopatias, angiopatias (vasopatias); exemplos: trombose, hipotensão e varizes.

(continuação da tabela)

Classificação das doenças	Tabagista (n=102)	Não-tabagista (n=273)	Ex-tabagista (n=125)	<i>p valor</i>
Doença gastrointestinal				
Sim	2,9% (3)	0,7% (2)	0,8% (1)	0,180*
Não	97,1% (99)	99,3% (271)	98,8% (124)	
Transtornos mentais				
Sim	12,7% (13)	7,7% (21)	9,6% (12)	0,310
Não	87,3% (89)	92,3% (252)	90,4% (113)	

(Fonte: Os autores,2018); Teste Qui-quadrado; *Teste Exato de Fisher.

No que diz respeito a QV, os escores das facetas (Q1) e (Q2), domínios físico, psicológico, social e ambiental e QV global do WHOQOL-Bref, observou-se que tabagistas apresentavam escores inferiores a não tabagistas e ex-tabagistas, embora todos os grupos tabágicos se encontrassem com a qualidade de vida regular em todos os níveis. Sendo que qualidade de vida global apresentou uma associação significativa entre os tabagistas e não-tabagistas ($p=0,001$), não ocorrendo diferença significativa entre ex-tabagistas e tabagistas (Tabela 5).

Entre os domínios, foram observados uma associação significativa entre as médias dos escores dos indivíduos tabagistas e não tabagistas nos domínios físico ($p=0,001$), social (0,008) e ambiental (0,045); e entre as médias dos escores entre não tabagistas e ex-tabagistas somente no domínio social (0,008). O domínio psicológico não apresentou associação significativa entre os três grupos tabágicos (Tabela 5).

Em relação as facetas, a Q1 (*Como você avalia sua Qualidade de Vida?*), que verifica a percepção que o indivíduo tem da sua qualidade de vida, os resultados evidenciam que ocorre uma associação significativa entre o grupo dos tabagistas e ex- tabagistas e o grupo dos tabagistas e não tabagistas ($p=0,025$). Já a Q2 (*Quão satisfeito você está com sua saúde?*), mostra a percepção que o indivíduo tem da sua saúde, e os resultados observados demonstram uma associação significativa entre o grupo dos tabagistas e não-tabagistas ($p=0,021$) (Tabela 5).

Tabela 5- Qualidade de Vida dos usuários das UAPS: tabagistas, ex- tabagistas e não-tabagistas. Juiz de Fora. Fev/2018.

	Tabagistas	Ex-tabagista	Não tabagista	F	<i>p valor</i>
Físico	3,25 ± 0,04 ^a	3,37 ± 0,04	3,44 ± 0,02 ^a	7,24	0,001
Psicológico	3,36 ± 0,06	3,36 ± 0,04	3,46 ± 0,02	2,57	0,076
Social	3,60 ± 0,06 ^a	3,60 ± 0,05 ^b	3,78 ± 0,03 ^{a,b}	5,23	0,008
Meio ambiental	3,13 ± 0,05 ^a	3,25 ± 0,04	3,28 ± 0,02 ^a	-	0,045*
Q1**	3,25 ± 0,09 ^{a,b}	3,58 ± 0,07 ^b	3,79 ± 0,04 ^a	16,20	0,025
Q2***	3,16 ± 0,10 ^a	3,34 ± 0,08	3,48 ± 0,05 ^a	4,11	0,021
Qualidade de Vida	3,33 ± 0,04 ^a	3,40 ± 0,03	3,49 ± 0,02 ^a	-	0,001*

Teste ANOVA considerando p significativo $p < 0,05$. De acordo com o teste de Tukey, verificou-se a diferença entre os domínios físicos, psicológicos, ambientais, sociais e QV. Considerando "a" para diferença estatística entre tabagistas e não-tabagistas e "b" entre não-tabagistas e ex-tabagistas. *Teste de Welch. Q1**: Como você avalia sua qualidade de vida? Q2***: Quão satisfeito você está com sua saúde?

Entretanto no grupo dos tabagistas, não foi observado diferença significativa entre a QV global ($p=0,603$); domínios físico ($p= 0,692$), psicológico ($p= 0,719$), social ($p= 0,818$) e ambiental ($p= 0,924$); e as facetas Q1 ($p=0,655$) e Q2 ($p=0,584$) com o grau de dependência à nicotina de acordo com Teste de Fagerstrom.

Entre os participantes, usuários das UAPS 81.4% (83) tabagistas fumam há mais de 10 anos. A maioria dos ex-tabagistas, 23.2% (29), fumaram entre 10 a 20 anos e destes, 25.6% (32) interromperam o uso de cigarros entre 10 a 20 anos (Tabela 6).

Tabela 6- Classificação dos tabagistas e ex-tabagistas e o tempo de uso de cigarros. Juiz de Fora. Mar/2018

	Tabagista (n=102)	Ex-tabagista (n=125)
Quanto tempo você fuma?		
Até 1 ano	0,9% (1)	-
1- 5 anos	5,9% (6)	-
5-10anos	11,8% (12)	-
>10 anos	81,4% (83)	-
Quanto tempo você fumou?		
Até 1 ano	-	9.6% (12)
1 - 5 anos	-	14.4% (18)
5 – 10 anos	-	18.4% (23)
10 – 20 anos	-	23.2% (29)
20 – 30 anos	-	19.2% (24)
> 30 anos	-	15.2% (19)
Quanto tempo você parou de fumar?		
Até 1 ano	-	9.6% (12)
1 - 5 anos	-	17.6% (22)
5 – 10 anos	-	12% (15)
10 – 20 anos	-	25.6% (32)
20 – 30 anos	-	24.8% (31)
> 30 anos	-	10.4% (13)

(Fonte: Os autores,2018)

Em relação ao apoio recebido pelos serviços de saúde das UAPS, 91,2% (207) dos tabagistas e ex-tabagistas do grupo estudado já tentaram parar de fumar, porém 71,6% (73) dos tabagistas e 85,6% (107) ex-tabagistas não reconhecem o apoio das UAPS na mudança de hábito relacionado ao uso de cigarros ($p=0,008$). (Tabela 7).

Tabela 7- Tabagistas e ex-tabagistas e o apoio recebido dos serviços de saúde (UAPS). Juiz de Fora. Fev/2018.

	Tabagista (n=102)	Ex-tabagista (n=125)	<i>p valor</i>
Recebeu apoio dos serviços de Saúde			
Sim	28,4% (29)	14,4% (18)	0,008
Não	71,6% (73)	85,6% (107)	

(Fonte: os autores, 2018).

Das 50 UAPS entrevistadas, 26 não possuíam o tratamento intensivo que é composto pela abordagem cognitivo-comportamental e tratamento medicamentoso através de grupos educativos, e 24 possuíam este tipo de abordagem. A Tabela 8, mostra que dos usuários (tabagistas e ex-tabagistas n= 273) das UAPS com grupo de tabagismo 33,9 % (77) afirmaram não ter recebido apoio dos serviços de saúde. Dos usuários (tabagistas e ex-tabagistas n= 273) das UAPS que não possuíam grupos de tabagismo 45,4% (103) também afirmaram não ter recebido apoio dos serviços de saúde.

Tabela 8- Apoio recebido das UAPS de acordo com a presença ou ausência de grupos educativos para o controle do tabagismo. Juiz de Fora. Abr/2018.

Status tabágico		Apoio dos serviços de saúde (UAPS com grupo de tabagismo)	Apoio dos serviços de saúde (UAPS sem grupo de tabagismo)	p valor
Tabagista (102)	Sim	13,7% (14)	14,7% (15)	0,031
Tabagista (102)	Não	30,4% (31)	41,2% (42)	
Ex-tabagista(125)	Sim	5,6 % (7)	8,8% (11)	
Ex-tabagista(125)	Não	36,8% (46)	48,8% (61)	

(Fonte: os autores da pesquisa, 2018).

5.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O TRABALHO DESENVOLVIDO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO:

Um total de 50 profissionais das UAPS que participaram do estudo, 92% (46) eram do sexo feminino. A idade média desses profissionais foi de $44,5 \pm 9,12$ anos, com faixa etária de 24 a 64 anos. Quanto a situação conjugal 86% (43) eram casados/união estável, 88% (44) possuíam curso de pós-graduação e 4% (2) curso técnico. A renda dos profissionais foi de (R\$ 9.118,00 reais \pm 4.921,00), com faixa de R\$3.000,00 a R\$ 28.000,00. A equipe de profissionais que participaram eram composta por enfermeiros 74% (37), técnicos de enfermagem 12% (6), assistente social 8% (4), médicos 4% (2) e nutricionistas 2% (1)*.

Em relação ao seu *status tabágico* dos profissionais, 96% (48) afirmaram não ser tabagista, apenas 4% (2) disseram ser tabagistas na qual fumavam a mais de 30 anos, 18% (9) afirmaram ser ex-tabagista, destes 8% (4) fumaram por um período maior que 10 anos e já pararam de fumar a mais de 10 anos (Tabela 9).

* O profissional nutricionista não tem vínculo empregatício formal com UAPS do município estudado. A nutricionista entrevistada, fazia parte da equipe da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto, esta equipe é responsável pelo desenvolvimento do trabalho com o tabagismo numa unidade de saúde do município.

Tabela 9 - Caracterização do *status* tabágico dos Profissionais de Saúde. Juiz de Fora. Fev/2018.

	% (n)
Você fuma?	
Sim	4% (2)
Não	96% (48)
Quanto tempo você fuma?	
Nunca fumou	96% (48)
> 30 anos	4% (2)
Você já fumou?	
Sim	18% (9)
Não	78% (39)
Ainda fuma	4% (2)
Quanto tempo você fumou?	
Nunca fumou	78% (39)
Até 5 anos	6% (3)
5 anos até 10 anos	4% (2)
> 10 anos	8% (4)
Ainda fuma	4% (2)
Quanto tempo você parou de fumar?	
Nunca fumou	78% (39)
Até 5 anos	2% (1)
5 anos até 10 anos	4% (2)
> 10 anos	12% (6)
Ainda fuma	4% (2)

(Fonte: Os autores, 2018).

Devido a importância do processo de educação permanente e capacitação para trabalhar com o tema tabagismo, 86% (43) dos profissionais de saúde disseram ter realizado a capacitação presencial e 6% (3) realizaram a capacitação a distância. Entretanto, 52% (26) afirmaram não acharem necessária a realização de mais capacitações.

Do total de 50 UAPS em que a pesquisa foi aplicada, somente 48% (24) das UAPS desenvolvem o trabalho com o grupo de tabagismo; relacionado a prevenção, tratamento, cessação e acompanhamento do tabagismo, no município de Juiz de

Fora/MG. No entanto, 86% (43) dos profissionais de saúde dessas unidades disseram que consideram que os trabalhos desenvolvidos pelas UAPS colaboram para a prevenção do tabagismo e 70% (35) responderam que consideram que o trabalho colabora na cessação do hábito. De acordo com os trabalhos realizados com os grupos de controle ao tabagismo nas UAPS, (10,2 ± 22,79) de usuários pararam de fumar por unidade com a ajuda do grupo de controle, a fila de espera tem em média (11,12 ± 14,92) usuários, possui (3,60 ± 4,55) sessões e atendem em média (15,44 ± 21,31) de tabagistas por ano, segundo os profissionais da saúde

Estes valores apresentaram um desvio-padrão maior que a média, devido à presença de valores discrepantes, os *outliers*, que se diferenciaram em relação ao grupo, por exemplo, na pergunta: Quantas pessoas cessaram o uso de cigarros com a ajuda do grupo? Os dados apresentaram os valores; 122, 80, 60, 45, 40 pessoas referentes a cinco UAPS, como outliers. Na pergunta: Quantas pessoas estão na fila de espera os valores 45, 48, 50 pessoas referentes a três UAPS apareceram como valores discrepantes (*outliers*). Na pergunta: Quantos fumantes vocês atendem por ano?, Duas UAPS apareceram com valor diferenciado do grupo o número com o número de 60 e 90 pessoas que são atendidas por ano). No questionamento: O acompanhamento é realizado por quanto tempo? Os valores que apresentaram *outliers* foram (9 e 12 meses de acompanhamento de duas UAPS) (Tabela 10).

Tabela 10 - Grupos educativos sobre tabagismo nas UAPS. Juiz de Fora. Jan/2018.

	Média ± DP
Quantas pessoas já cessaram o uso do tabaco com a ajuda do grupo de tabagismo?	10,20 ± 22,79
Quantas pessoas estão na fila de espera para o grupo de tabagistas?	11,12 ± 14,92
Quantos tabagistas a UAPS atende por ano?	15,44 ± 21,31
O grupo de tabagismo possui quantas sessões?	3,60 ± 4,55
O acompanhamento dos participantes do grupo de tabagismo é realizado por quanto tempo?	1,68 ± 2,68

(Fonte: Os autores da pesquisa, 2018) Legenda: (DP= Desvio-padrão)

Das 24 unidades que afirmaram realizar os grupos de tabagismos, 100% (24) afirmaram receber os adesivos de nicotina, 83,3% (20) recebem bupropiona e 66,6% (16) recebem a goma de mascar de nicotina. Os 70,0% (35) profissionais de saúde acreditam das UAPS que recebem a quantidade suficiente das medicações necessárias para a realização dos grupos educativos e o tratamento dos tabagistas. O trabalho desenvolvido pelas UAPS do município de Juiz de Fora/MG possui as seguintes características de acordo com a afirmação dos profissionais de saúde responsáveis pelo trabalho de tabagismo nas unidades de saúde (UAPS) do município: 70% (35) das UAPS não oferecem o serviço com grupos terapêuticos.

As salas de espera sobre tabagismo são oferecidas por 70% (35), sendo que 32% (16) acontecem trimestralmente e 72% (36) realizam orientações sobre o tabagismo durante as visitas domiciliares. Em relação a orientação alimentar, 56% (28) oferecem este serviço e 52% (26) oferecem orientações de práticas de atividades física (Tabela 11).

Tabela 11- Trabalho desenvolvido nas UAPS do município estudado sobre o tema tabagismo. Juiz Fora. Jan/2018.

	Frequência % (n)
Os profissionais /estudantes/estagiários/ agentes comunitários de saúde realizam salas de espera sobre tabagismo?	
Sim	70% (35)
Não	30% (30)
Qual a frequência da realização das salas de espera?	
Semanal	4% (2)
Mensal	8% (4)
Trimestral	32% (16)
Semestral	18% (9)
Anual	8% (4)
Nunca	30% (15)
A UAPS realizam campanhas pontuais sobre o tema?	
Sim	64% (32)
Não	36% (18)
É realizada abordagem de caráter preventivo/tratamento/acompanhamento dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas nas visitas domiciliares?	
Sim	72% (36)
Não	28% (14)
Tratamentos complementares:	
Grupos terapêuticos:	
Sim	30% (15)
Não	70% (35)
Orientação alimentar:	
Sim	56% (28)
Não	44% (22)
Orientação e desenvolvimento de atividades para a prática de atividade física:	
Sim	52% (26)
Não	48% (24)

(Fonte: Os autores, 2018).

6- DISCUSSÃO:

No presente estudo os usuários das UAPS foram separados em grupos de tabagistas, não tabagistas e ex tabagistas. Em relação a idade, 46,1% (47) dos tabagistas possuíam idade entre 36 anos a 60 anos, 43,2% (54) dos ex-tabagistas, são idosos (> 60 anos) e 37% (101) dos não tabagistas com idade entre 18 anos a 35 anos, reforçando os dados que a literatura traz em que os jovens tem iniciado menos o fumo, entre os idosos o avanço da idade é um fator que contribui na cessação do uso cigarros. Quanto ao sexo, houve maior prevalência de indivíduos do sexo feminino, mesmo em tabagistas. Fato que contradiz as pesquisas mundiais, pois mostram que o número de indivíduos tabagistas é maior no sexo masculino, apesar de haver um número crescente de indivíduos do sexo feminino tabagista (ACT, 2017c; INCA, 2017; WHO, 2015).

Um estudo de revisão bibliográfica entre o ano de 2006 e 2013 nas capitais brasileiras observou uma maior prevalência de tabagistas entre os indivíduos do sexo masculino, com idade entre 45 a 54 anos. O predomínio de participantes do sexo feminino neste estudo pode ser justificado porque essas procuram mais frequentemente os serviços de saúde, pois se preocupam mais com o seu bem-estar e cuidado quando comparadas aos indivíduos do sexo masculino (BARBOSA et al., 2013; MALTA et al ,2015; PNS, 2013).

Foram observados também uma maior prevalência de participantes casados ou em união estável, com escolaridade no nível analfabeto a ensino fundamental e renda de R\$ 938,00 a 2.811,00 em todos os grupos. Os indivíduos com estado conjugal casado ou união estável tendiam a cuidar mais da saúde do que os solteiros, devido ao apoio e incentivo do (a) companheiro (a). E os indivíduos de baixa renda tendiam a procurar mais os serviços conveniados ao SUS, no caso a UAPS de referência, do que aquelas com rendas maiores por disporem de planos particulares para assistência à saúde. Os dados da VIGITEL corroboram com os achados nesta investigação ao observar que a prevalência de tabagistas é maior entre o grupo com baixa escolaridade (COSTA, 2009; LINS, 2013; OLIVEIRA, SILVA, TAVARES, 2015; VIGITEL, 2013; 2016).

A baixa instrução e a renda menor poderiam justificar as ocupações em atividades técnicas, manuais e do lar. Pesquisas realizadas pela prefeitura de Juiz de Fora demonstraram que a prestação de serviços é a forma de trabalho de

53,73% dos residentes da cidade, reafirmando que a maioria dos trabalhadores possui esse tipo de atividade laboral (CCMS, 2017; LINS, 2013; OLIVEIRA, COSTA, 2009; SILVA, TAVARES, 2015).

De acordo com a autodeclaração da cor, os participantes se autodeclararam na maioria dos casos como não brancos em todos os grupos. A Pesquisa Nacional de Saúde também apresentou uma maior prevalência de indivíduos tabagistas não brancos, assim como os dados encontrados neste estudo (IBGE, 2016; PNS, 2013).

A QV global, todos os domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e facetas (Q1) e (Q2) foram avaliados como regular. A QV é uma ferramenta eficaz que pode ajudar na mudança de hábitos, é um caminho que colabora na motivação dos tabagistas para interromper o uso de cigarros. Os estudos apresentam dados relacionados a cessação do fumo associada a uma melhora da qualidade de vida (CASTRO et al. 2007; FERREIRA et al. 2013; MITRA et al, 2004).

Em relação ao escores no domínio físico foi observado uma associação significativa entre os indivíduos tabagistas e não tabagistas ($p=0,001$). Os indivíduos não tabagistas apresentaram escores maior do que os tabagistas, dado contrário do estudo de Afonso (2013) em que os indivíduos tabagistas apresentaram melhor qualidade de vida em relação ao domínio físico quando comparados aos não tabagistas. Porém a literatura em geral coloca sobre os prejuízos e riscos à saúde física relacionados ao uso de cigarros (FERREIRA et al. 2013; MENDES, 2016; NUNES et al., 2010; WHO, 2015).

O principal fator motivador no processo de interrupção do uso de cigarros é o adoecimento, as pessoas interrompem o uso de cigarros não para prevenir o aparecimento de doenças, mas sim após o adoecimento. Apresentando como objetivo a prevenção do agravamento da patologia e o aumento da sobrevida, por isso não existem diferenças significativas quanto ao domínio físico entre tabagistas e ex-tabagistas (AFONSO, PEREIRA, 2013; CASTRO et al., 2007; FERREIRA et al., 2008; JESUS, 2015; MARTINEZ et al., 2004; MITRA et al., 2004).

O domínio psicológico não apresentou associação significativa entre os grupos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas ($p=0,076$), no entanto existem estudos que observam que há relação crescente do domínio psicológico entre os tabagistas, ex-tabagista e não tabagista, respectivamente. A dependência da nicotina causa síndrome de abstinência que ocasiona variação de humor, dificuldade de concentração, alteração do sono, irritabilidade, frustração, ansiedade e

depressão. O que pode gerar modificações da percepção do domínio psicológico, porém neste estudo não foi avaliado indivíduos que estavam no processo de interrupção do uso de cigarros, já que se tratou de um estudo transversal (FERREIRA et al, 2013).

Ao avaliar o domínio social verifica-se que houve diferença entre os grupos tabagistas com não tabagistas e ex-tabagistas com não tabagistas. De acordo com Couto et al (2010), os não tabagistas apresentam escores maiores no domínio social que os tabagistas, concordando com os dados encontrados no presente estudo. O ato de fumar é algo que pode ser incômodo para as pessoas que estão a volta, os fumantes passivos, porque a fumaça do cigarro pode causar alergias, mau-cheiro e problemas respiratórios (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b; SIMSEK et al.,2016).

Os resultados obtidos em relação ao domínio ambiental apresentaram uma associação entre tabagistas e não tabagistas ($p=0,045$) sendo que os não-tabagistas possui um escore maior. Castro et al (2010) também apresentou essa associação no domínio ambiental entre os tabagistas e não tabagistas. Esses achados colaboram nas questões de promoção de saúde e prevenção do início de uso de cigarros (CAMPOS, 2008).

Segundo os autores, Couto et al (2010) e Mitra et al (2004) há associação entre ex-tabagistas e tabagistas, sendo que ex- tabagistas apresentam escores maior, motivando a mudança de hábito. Salienta-se que quanto maior o escore dos domínios, melhor é a percepção da sua QV. A literatura coloca a partir de alguns estudos uma melhora na QV em todos os domínios, inclusive o psicológico quando associa ex-tabagistas e tabagistas (AFONSO, PEREIRA, 2013; SALES et al., 2009).

A faceta (Q1) avaliou a percepção que o indivíduo faz da sua saúde, e resultou em associação entre o grupo dos não-tabagistas ($3,79 \pm 0,04$), dos ex-tabagistas ($3,58 \pm 0,07$), e dos tabagistas ($3,25 \pm 0,09$). Estes resultados vão ao encontro do que é mencionado pela literatura, que aborda que quanto menos cigarros fumados por dia, melhor é a percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde (SARNA et al., 2008).

A faceta (Q2) avalia a qualidade de vida dos indivíduos, o resultado desta pesquisa mostrou que existe uma associação entre os não-tabagistas ($3,48 \pm 0,05$) e tabagistas ($3,16 \pm 0,10$) ($p= 0,021$). No estudo realizado por Couto (2010) apresentou um resultado semelhante, visto que existiu uma associação entre o grupo de não

tabagistas e tabagistas, sendo que a média de (QV) dos não tabagistas é maior que a média dos tabagistas.

Alguns estudos corroboram com os dados encontrados nesta investigação, em que os tabagistas possuem valores menores em todos os domínios: físico, psicológico, social e ambiental, ajudando a concluir que tabagistas possui qualidade de vida inferior aos demais grupos: ex-tabagistas e não tabagistas (MARTINEZ et al., 2004; CASTRO et al., 2010; FERREIRA et al., 2013).

Entre o grupo dos tabagistas 81,4% (83) fumam por mais de 10 anos, o que reforça a dificuldade dos tabaco-dependentes em cessar o uso. Os ex-tabagistas 57,6% (72) fumaram por longos anos (>10 anos), concluindo que parar de fumar é um processo que pode ser demorado, então são esperadas inúmeras tentativas para cessar seu o uso (BRASIL, 2015a; PEIXOTO et al., 2007).

Dos 273 tabagistas e ex-tabagistas, 45,4% (103) dos usuários das UAPS que não ofereciam grupo de tabagismo afirmaram não ter recebido apoio dos serviços de saúde, enquanto que 33,9% (77) dos usuários das UAPS com grupo de tabagismo também afirmaram não ter recebido apoio dos serviços de saúde no tratamento para o tabagismo. Destaca-se que o percentual de usuários que não receberam apoio é alto tanto nas UAPS com grupo de tabagismo quanto nas UAPS sem grupo de tabagismo. Sendo o percentual maior naquelas que não realizam a abordagem intensiva, grupos educativos, abordagem cognitivo comportamental e tratamento medicamentoso. Estes dados são muito importantes, visto que a UAPS é premissa para a prevenção, tratamento e controle do tabagismo deve acontecer principalmente nas UAPS e essa lacuna pode causar impacto nos resultados esperados pela saúde pública (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2003a, 2015a; RONZANI, 2009).

Do grupo dos ex-tabagistas e não-tabagistas 79.4% (227) declararam não ter recebido apoio das UAPS para interromper o uso de cigarros, e 60,8% (76) dos ex-tabagistas pararam de fumar há mais de 10 anos. O PNCT iniciou suas ações há 13 anos em 2005, e objetivava o controle do tabagismo no município. O que poderia justificar a falta de apoio das UAPS a maioria dos ex-tabagistas que pararam de fumar antes da incorporação do serviço de controle do tabagismo no município (BRASIL, 2003a).

Em relação aos serviços recebidos das UAPS, 85,6% (107) dos tabagistas e 71,6% (73) dos ex-tabagistas afirmaram, não ter recebido apoio dos serviços de

saúde (UAPS) para cessar o uso de cigarros. O Brasil teve sua adesão na Convenção do Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT) em 27 de outubro de 2005, e a OMS preconiza algumas ações para o controle do tabaco e uma delas seria: “oferecer ajuda a quem deseja parar de fumar”. Os resultados obtidos apresentam uma lacuna dos serviços de saúde em relação a este objetivo, lembrando que o Brasil é considerado o líder internacional no controle do tabagismo. O PNCT ainda declara que o tratamento dos tabagistas deve ser descentralizado com ênfase na Atenção Primária à Saúde (THE TOBACCO ATLAS, 2013; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2014b, c; WHO, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Saúde desenvolvida para o controle do tabagismo, a disponibilidade de serviços para o tratamento e prevenção do tabagismo devem ser prioritários, devido à importância que o tratamento do tabagismo tem para a saúde pública, sendo a maior causa de morte evitável (BRASIL, 2015a; PETab, 2008; PNS, 2013).

A Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) de 2008, traz que 45,6% dos fumantes brasileiros tentaram parar de fumar. A atual pesquisa mostra um valor percentual maior, 91,2% de tabagistas e ex-tabagistas afirmaram ter tentado parar de fumar. Isso pode ser explicado pelo local em que as pesquisas foram realizadas, na Pesquisa Especial de Tabagismo, as entrevistas eram feitas nos domicílios das pessoas, os entrevistados não estavam buscando os serviços de saúde, o percentual de tabagistas que tentaram parar de fumar apareceu mais baixo. Este estudo aconteceu nas UAPS, nesta oportunidade os usuários estavam buscando os serviços de saúde, conheciam o trabalho para controle do tabagismo que é oferecido no serviço público de saúde. Além disso, na Pesquisa especial de saúde eles perguntaram apenas para os tabagistas enquanto que neste estudo o percentual é relativo aos tabagistas e ex-tabagistas isso tudo pode justificar a diferença percentual entre as pesquisas (BRASIL, 2015a; PETab, 2008).

Destaca-se que os resultados dos profissionais de saúde do município foram diferentes dos resultados obtidos pelos usuários, quando questionados sobre o apoio dos serviços de saúde para cessação do tabagismo. Os profissionais de saúde declararam que os atendimentos oferecidos pelas UAPS colaboraram na interrupção do uso de cigarros em 70% (35) das UAPS, mas 79,2% (180) dos usuários, ex-tabagistas e tabagistas, disseram não ter recebido esse apoio (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2015a; PAIVA et al., 2017; PORTES et al., 2014).

Os estudos enfatizam sobre a importância da ajuda do profissional de saúde, sendo fundamental para o sucesso na interrupção do uso cigarros. Demonstrando que 70% dos tabagistas desejam parar de fumar, e que apenas 5% conseguem parar sozinho, sem ajuda de um profissional da saúde (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2015a; PAIVA et al., 2017; PORTES et al., 2014).

Na avaliação do estado de saúde de acordo com a presença de doenças crônicas não transmissíveis e *status tabágico*, foram observadas associação significativa dos indivíduos ex-tabagistas em relação as doenças cardiovasculares ($p=0,004$), hipertensão ($p=0,001$) e doenças respiratórias ($p=0,01$) (Tabela 6). O uso de cigarros está diretamente relacionado com o aparecimento de doenças crônicas como as doenças arteriais coronárias, a angina de peito, o infarto agudo do miocárdio (IAM), (AVC), arritmias cardíacas, trombose, a DPOC e os cânceres, que são responsáveis pelas principais causas de morte no mundo. Existem estudos que demonstram que o tabagismo é fator de risco para estas doenças e que a mortalidade dos tabagistas é duas vezes maior quando comparadas aos não tabagistas (FERREIRA, 2013 et al; MENDES, MIRANDA, 2016; NUNES et al, 2010).

O uso de cigarro é o principal fator de prevenção para o aparecimento de doenças cardiovasculares, destacando-se o (IAM), o uso de cigarros está diretamente associado ao aparecimento de doenças respiratórias como o (DPOC). Vários estudos comprovam que os fumantes apresentam mais doenças quando comparadas aos não fumantes, por isso cabem os investimentos em medidas que visem o tratamento dos fumantes, prevenção do aparecimento de novos fumantes e acompanhamento dos ex-fumantes. A literatura defende ainda a ideia que a partir de 6 meses sem o uso contínuo de cigarros já é possível perceber uma melhora relacionada as comorbidades como o DPOC e diminuição do risco de aparecimento de aparecimento de doença arterial coronariana (GENERAL REPORT, 2014, GUIDELINES, 2012; TOBACCO ATLAS, 2017; REICHERT, 2008; RODRIGUEZ, 2014).

Estudos que estabelecem uma relação do tabagismo com doenças cerebrovasculares e que está proporcionalmente associado ao número de cigarros fumados. E após dois anos sem fumar, o risco de aparecimento de disfunções coronarianas reduz significativamente, e o risco de apresentar um quadro de AVC diminui entre 5 a 15 anos e se iguala ao risco semelhante ao de pessoas que nunca fumaram. Em relação as doenças respiratórias, as complicações como infecções

ocorrem mais em indivíduos que fumam, que apresentam um declínio mais intenso anual da função pulmonar quando comparados aos não fumantes. Portanto, parar de fumar é uma atitude importante que contribui na redução do avanço da disfunção pulmonar, independente do estágio da doença de base. Não existem mudanças no tratamento de tabagismo de pessoas com doenças respiratórias e pessoas “saudáveis”, as diretrizes e recomendações são iguais às realizadas a população geral. Sempre é tempo apropriado para parar de fumar, o incentivo pode vir pelo descobrimento de doenças relacionadas ao tabaco ou ainda a ausência dela pode indicar que é tempo ideal para reduzir os riscos do seu aparecimento (BRASIL, 2014a; CASTRO et al, 2010; FERREIRA et al, 2009; FIORE et al; 2009, LION, 2009; PINTO, UGÁ, 2010; POSADA et al, 2014; SBPT, 2008; SOUZA, 2016).

Em relação aos profissionais de saúde, 48 (96%) não fumam, fato que pode ser considerado positivo, porém a existência de profissionais de saúde que fumam é preocupante 2(4%). Este fato pode dificultar a operacionalização dos grupos educativos, porque é recomendado que os profissionais de saúde, coordenadores dos grupos educativos, seja formado por profissionais de saúde não- tabagistas. Os estudos encontrados na literatura corroboram com os dados encontrados na pesquisa em que o percentual de profissionais da área da saúde se apresentam da seguinte forma: em sua maioria os profissionais de saúde não fumam, seguidos dos ex- tabagistas e a menor parcela é representada pelos profissionais de saúde tabagistas (BIANCHINI et al., 2016; BOTELHO et al., 2011; BRASIL, 2003a; ECHER et al., 2011; PIPE et al., 2009).

Os profissionais de saúde são vistos como exemplo em relação aos seus hábitos de vida, e podem influenciar os usuários dos serviços de saúde. Os pesquisadores discutem que para alcançar a redução do tabagismo é necessário que os profissionais de saúde que fumam deixem de fumar, para assim adequar seu discurso com suas atitudes, e validar afirmação relativa aos prejuízos do tabagismo. Neste estudo, 9 (18%) dos profissionais que fumavam deixaram de fumar (BOTELHO et al., 2011; BRASIL, 2003a; PIPE, et al. 2009; REICHERT et al., 2008).

A capacitação e o investimento dos profissionais de saúde são essenciais para a execução do trabalho desde a promoção de hábitos saudáveis, prevenção do uso de cigarros até o tratamento e acompanhamento dos ex-tabagistas. Sendo, portanto, fundamental a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para trabalharem com o controle do tabaco. Existem evidências que colocam

que os profissionais de saúde treinados tendem a intervir mais do que aqueles os profissionais que não passaram por nenhum processo educativo de capacitação (BOTELHO et al., 2011; BRASIL, 2003a; WARREN et al., 2009).

Apenas 6% (3) dos profissionais de saúde fizeram capacitação a distância. Esta capacitação atua como um estudo complementar a capacitação presencial. Os profissionais de saúde têm função terapêutica, de apoio e ajuda. Devem estar aptos para trabalhar em campanhas antitabagistas, e ter iniciativa para sensibilizar e convencer a comunidade tabagista a parar de fumar e não-tabagista a não iniciar o hábito, isso exige preparo e treinamento (BIANCHINI et al., 2016; INCA, 2017; RENNÓ, LEITE, 2012).

Os profissionais de saúde da pesquisa afirmaram que o trabalho de prevenção relacionada ao uso de tabaco no município pesquisado acontece em 86% (43) das UAPS estudadas, fato que corrobora com os regulamentos da Portaria 571/2013, ao discorrer sobre a importância da prevenção do tabagismo, através da busca ativa dos nicotínicos dependentes, diálogo entre os setores e valorização da participação popular. O funcionamento dos grupos educativos ainda acontece de forma tímida visto que 52% (26) das UAPS estudadas não oferecem o serviço à população (BRASIL, 2013a; ECKERDT, CORRADI-WEBSTER, 2010; PORTES et al, 2014; UPPAL et al., 2013; PAIVA et al., 2017).

Os profissionais de saúde podem considerar o trabalho com grupos educativos um desafio, devido oao grande rodízio dos profissionais, o que dificulta o desenvolvimento do trabalho para o controle do tabagismo que exige longo acompanhamento, capacitação e motivação para dar início e continuidade neste trabalho (BRASIL, 2015a; PAIVA et al ,2017; RONZANI et al, 2009;)

Os grupos educativos são estruturados da seguinte maneira: totalizando 1 ano de funcionamento, no primeiro mês acontecem os primeiros 4 encontros semanais, no segundo mês acontecem 2 encontros quinzenais, e durante 10 meses acontecem os encontros mensais para realização do acompanhamento dos ex-tabagistas, totalizando assim 16 sessões. Os dados resultantes da pesquisa são aquém destes colocados pelo INCA, visto que nas UAPS do município estudado acontecem 3,60 sessões em média ao invés das 16 sessões e o acompanhamento acontece em média por 1,68 meses sendo que são preconizados 12 meses no total considerando desde o início do tratamento, inclusive cabe destacar que a única UAPS que faz o acompanhamento por 12 meses dos ex-tabagistas apareceu como

outliers, ou seja, dado diferenciado/discrepante em relação aos demais nos resultados (BRASIL, 2013a; INCA, 2001).

As UAPS e a Rede Pública de atendimento em saúde têm a possibilidade de oferecer a bupropiona, o adesivo nicotínico e a goma de mascar como alternativa de tratamento medicamentoso desde 2006, visto que, eles foram incluídos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). O trabalho com tabagismo envolve a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015b; DANTAS et al, 2016; PORTES et al, 2014; SATTTLER, CADE, 2013).

Os fornecimentos destes produtos são controlados pela esfera municipal e federal, e parece não haver grandes problemas quanto ao fornecimento destas drogas para as UAPS, 70,0% dos profissionais de saúde afirmaram receber medicamentos suficiente para o tratamento dos tabagistas participantes dos grupos educativos (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2015b; DANTAS et al, 2016; PORTES et al, 2014; SATTTLER, CADE, 2013).

As atividades educativas são a base para o trabalho com o tabagismo e as salas de espera é uma ferramenta útil para promoção de hábitos saudáveis, prevenção do uso do tabaco. Os dados apresentados pela pesquisa demonstram que 70% (35) das UAPS estudadas realizam salas de espera sobre o tema tabagismo, a maioria delas com frequência trimestral. Portes et al (2014) observou as salas de espera acontecem apenas em datas comemorativas dos dias antitabagismo.

Os trabalhos educativos fora do ambiente físico das UAPS, através das visitas domiciliares, por exemplo, são de difícil execução devido a um conjunto de fatores: falta de recurso humano disponível para atender as demandas diárias, dificuldade de acesso a determinados domicílios e escassez de tempo. Apesar disso, os profissionais de saúde afirmaram abordar sobre o controle do tabaco nas visitas domiciliares em 72% (36) das UAPS pesquisadas (FARIA, 2011; PORTES et al., 2014).

O tabagismo é multifatorial e por isso a existência do trabalho relacionado à orientação alimentar/nutricional, atividade física e grupos terapêuticos podem complementar o trabalho com o tabagismo. As pessoas quando param de fumar ganham peso e por isso é importante uma equipe multidisciplinar, composta por nutricionistas e educadores físicos, para orientar quanto ao consumo alimentar e

atividade física durante e após o processo de interrupção do uso de cigarros (INCA, 2001).

Apesar da presença de nutricionistas e educadores físicos no atendimento das UAPS ser fator de contribuição para alcance do sucesso no tratamento dos tabagistas, para promoção em saúde e prevenção de doenças, 86% (43) dos profissionais que trabalham com o tabagismo nas UAPS do estudo são da enfermagem. Sendo eles técnico de enfermagem (gerentes das UAPS), enfermeiros que atuavam nas consultas individuais, e nos grupos educativos, a ausência do profissional médico envolvido nesta atividade dificulta o acesso ao tratamento medicamentoso, visto que a prescrição medicamentosa no tratamento do tabagismo é atividade exclusiva da categoria Tudo isso reforça a importância de cada profissional, e o valor de cada atividade que poderia acontecer com maestria caso todos pudessem estar envolvidos, juntos trabalhando por um mesmo objetivo, o controle do tabagismo na atenção primária de saúde (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2015a).

O estudo apresenta dados em que os profissionais de saúde afirmam que o trabalho relacionado à orientação alimentar acontece em mais da metade das UAPS entrevistadas, este trabalho é muito defendido e apreciado pela literatura, porque inúmeros são os benefícios alcançados ao adotar hábitos alimentares saudáveis. Durante os grupos educativos para tratamento e prevenção do tabaco não é recomendado restrições alimentares rigorosas, visto que o foco principal é parar de fumar, e manter-se abstinente com QV (INCA, 2001; BRASIL, 2015a; HORSTMANN et al., 2014).

A rotina de atividade física em grupo oferecida pela (UAPS), colabora também para o compartilhamento de experiências, de cuidado e promove uma interação social dos usuários. Além do controle da ansiedade, perda de peso, e redução dos sintomas de abstinência. Para os ex- tabagistas a prática de atividade física, pode ser uma medida alternativa para manutenção da abstinência ao cigarro. Eles devem ser acompanhados e a participação no grupo de atividade física, é uma forma eficaz para acompanhar este usuário, e dar o apoio e suporte necessário a continuidade do tratamento (INCA, 2001; GOLD, 2011; HORSTMANN et al., 2014, OLIVEIRA et al., 2015 a,b).

As filas de espera costumam ser um problema para ter acesso aos serviços oferecidos pela saúde pública, mas os dados resultantes das afirmações dos

profissionais de saúde das (UAPS) não apresentam esta dificuldade relativa aos grupos educativos sobre tabagismo. Visto que o grupo é formado de 12 a 15 pessoas, e a quantidade média de pessoas na fila de espera é de 10,22 (FARIA, 2011).

Um elemento desencadeador de limitação na pesquisa aparece atrelado à postura de alguns profissionais de saúde, por não entenderem o papel do pesquisador como investigador e sim como fiscalizador dos serviços, alguns profissionais, não entenderam o objetivo e a importância da pesquisa e dificultaram a entrevista, lembrando que todas as dúvidas eram sanadas antes do início da coleta de dados. Outro desafio referente a essa pesquisa foi a coleta de um número relevante de usuários e profissionais (n=550) com uma equipe pequena composta por duas entrevistadoras.

O número expressivo de tabagistas 20,4% (102) pode ser explicado pelo local escolhido para realização da pesquisa serem as UAPS, visto que nas UAPS busca-se cuidados de saúde e prevenção/tratamento de doenças como o tabagismo, mas a escolha deste local foi justificada pelo fato que a pesquisa objetivou descrever o trabalho para o controle do tabagismo oferecido pelas UAPS do município.

O trabalho com o tabagismo é um desafio para os usuários, família e profissionais de saúde, o trabalho desenvolvido deve ser oferecido com qualidade, por isso é relevante escutar os responsáveis pela realização deste trabalho e perceber qual é a percepção que eles fazem do trabalho oferecido à comunidade. Essa descrição pode contribuir na avaliação dos serviços de saúde, reavaliando o planejamento e intervenção e direcionando outros estudos e pesquisas.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que a QV foi considerada como regular em todos os aspectos físico, psicológico, ambiental e social. Sendo que os escores apresentaram-se maior nos não tabagistas e menor nos tabagistas. Contudo, não houve diferença significativa entre a QV global ($p=0,603$); domínio físico ($p= 0,692$), psicológico ($p= 0,719$), social ($p= 0,818$) e ambiental ($p= 0,924$); e as facetas Q1 ($p=0,655$) e Q2 ($p=0,584$) com o grau de dependência à nicotina de acordo com Teste de Fagerstron entre os tabagistas. Este estudo não mostrou associação significativa entre as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, renda, estado conjugal e cor e o grau de dependência nicotínica no grupo dos tabagistas.

Os tabagistas apresentaram mais frequentemente hipertensão, doenças cardíacas, respiratórias do que pessoas que nunca fumaram. Do grupo de tabagistas e ex-tabagistas 227(100%), 207 (91.2%) afirmaram ter tentado parar de fumar, destes (79.2%) não receberam apoio dos serviços de saúde (UAPS) para interromper o uso de cigarros, fato que cabe atenção de todos envolvidos e responsáveis pelo desenvolvimento deste trabalho.

Os profissionais de saúde, também participaram da pesquisa, afim de descrever o trabalho relacionado ao tabagismo desenvolvido nas UAPS. Em relação ao seu *status tabágico* dos profissionais, 96% (48) afirmaram não ser tabagista, apenas 4% (2) disseram ser tabagistas, e fumavam há mais de 30 anos, 18% (9) afirmaram ser ex-tabagista, destes 8% (4) fumaram por período maior que 10 anos e já pararam de fumar a mais de 10 anos.

Eles apresentaram através dos resultados uma avaliação positiva quanto ao serviço desenvolvido nas (UAPS) no município, relacionado à prevenção e cessação do tabagismo. Colocaram sobre o bom desenvolvimento das atividades de promoção em saúde, prevenção, tratamento e acompanhamento. Afirmaram realizar atividades relacionadas as salas de espera, visitas domiciliares, consultas individuais. Um fato importante que cabe destacar da fala dos profissionais de saúde é que eles não consideravam necessário o desenvolvimento de mais capacitações sobre o tema.

Verifica-se que a resposta dos profissionais se contrapõe aos dados resultantes da entrevista com os usuários que colocaram não ter recebido apoio dos serviços de saúde (UAPS) para interromper o uso de cigarros, este resultado

poderia ser repensado pelos profissionais de saúde, gestores de saúde e pesquisadores que trabalham com o tabagismo e saúde pública.

O município é referência da macrorregião para os serviços de Controle do Tabagismo, mas os dados apresentam lacunas nos serviços voltados para seu controle, conclui-se portanto a importância de repensar o trabalho desenvolvido nas UAPS do município, sugere-se o reforço do trabalho educativo e motivação para trabalhar com o tema e uma avaliação e/ou pesquisas em UAPS de outros municípios para verificar como tem acontecido este trabalho relacionando tabagismo, QV e avaliação do serviço em outras localidades.

A busca por saúde pode ser um objetivo importante para cessar o uso de cigarros e alcançar melhor QV. A avaliação da QV e a descrição do trabalho para controle do tabagismo pode ajudar a direcionar o diagnóstico assistencial e administrativo realizado pelos profissionais de saúde, gestores e pesquisadores.

O trabalho intersetorial é fundamental para proporcionar condições para viver com QV, e para isso é necessário acontecer a troca de conhecimento entre os setores envolvidos. A reorientação dos serviços de saúde, caracterizado por um atendimento integral, humanizado e comprometido, depende da ação dos profissionais de saúde. Busca-se, assim, formas de realizar a promoção em saúde, prevenção de agravos através dos trabalhos educativos e manutenção da abstinência, resultando em melhor padrão de QV.

A capacitação e o investimento dos profissionais de saúde é essencial para a execução do trabalho desde a promoção de hábitos saudáveis, prevenção do uso de cigarros até o tratamento e acompanhamento dos ex-tabagistas, por isso é fundamental a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para trabalharem com este tema, além de repensar formas administrativas e estruturais para evitar o rodízio dos profissionais de saúde, que dificulta o acompanhamento e o cuidado longitudinal prestado a sociedade. A atenção primária a saúde tem dificuldades relacionadas a grande carga de atribuições da equipe de enfermagem e a falta de recurso de profissionais de saúde suficiente para suprir todas as demandas originadas do serviço.

A avaliação da QV entre o grupo dos tabagistas, não tabagistas e ex-tabagistas e a descrição do trabalho desenvolvido para o seu controle, pode ajudar na formulação e implementação do planejamento assistencial e administrativo sobre o controle do tabagismo. Colaborando na continuidade e melhoria trabalho oferecido

pela rede de pública de saúde, além de contribuir e direcionar novos estudos e pesquisas sobre esse importante tema para a saúde, o que reafirma a relevância deste estudo para área acadêmica, assistencial, política e administrativa.

REFERÊNCIAS

AFONSO, F; PEREIRA, M.G. Comportamento tabágico: Um estudo de fumantes, ex-fumantes e não fumantes. **Temas em Psicologia**- 2013. vol 21, n.2, 379-389, DOI: 10.9788/ TP 2013 2-06, ISSN: 1413-389.

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde: Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 1ª ed, p.41-121, 2011.

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO (ACT). **Custo do tabagismo para o Brasil**. Acesso em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/741_custos_final.pdf. Disponível em 02 de abril de 2017a.

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO (ACT). **Estratégias da indústria**. Acesso em: <http://www.actbr.org.br/tabagismo/estrategias-industria.asp>. Disponível em 08 de abril de 2017b.

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO (ACT). **Tabagismo, Histórico. A História do Tabaco**. 2017c Disponível em:<http://www.actbr.org.br/tabagismo/historico>, acesso em: 06 de fevereiro de 2017.

ARAÚJO H.V.S; FIGUEIREDO T.R; COSTA C.R.B; SILVEIRA M.M.B.M; BELO R.M.O, BEZERRA S.M.M.S. Quality of life of patients who undergone myocardial revascularization surgery. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2017; v.70(2), p.257-64. 2017.

ARBEX F.S; ALMEIDA E.A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev Bras Clin Med**, 2009.

BAIOTTO, C. S et al. Avaliação da permanência dos usuários no programa nacional de controle do tabagismo no centro municipal de saúde de pejuçara (RS). **BIOMOTRIZ**, v. 10, n. 2, 2016.

BARBOSA, M. A. M et al. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado Mujeres ancianas: revelando sus experiencias y necesidades de cuidado Elderly women: revealing their experiences and care needs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n. 2, p. 408-414, 2013.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BIANCHINI, D. C.S; JACOB, I; SILVA, T.A; SILVEIRA, C.A. Tabagismo entre os profissionais de enfermagem de um hospital do interior de Minas Gerais. **Arq. Ciênc. Saúde**. 23(4) 37-42. out-dez/2016.

BONFIM, D et al. Time standards of nursing in Primary Health Care: an observational study. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 118-126, Fev/ 2016.

BOTELHO C et al. **Tabagismo em universitários de ciências da saúde: prevalência e conhecimento.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 37(3): 360-366, 2011.

BRASIL. Decreto 6006 de 28 de dezembro de 2006. **Dispõe sobre a aprovação da tabela de Incidência do imposto sobre produtos industrializados.** Brasília (DF). Jul,2006a.

BRASIL. Decreto 5658 de 2 de janeiro de 2006. **Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm. Acesso em 26 de setembro de 2017. 2006b.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069 de Julho de 1990. **Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.** Brasília (DF), 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm, acesso em 09 de março de 2017.

BRASIL. IBGE. **Agência IBGE notícias. População chega a 205.5 milhões com menos brancos e mais pardos e pretos.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-pnad-c-moradores.html>. Acesso em: 06 de janeiro de 2018.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva; Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Brasília: INCA, p.124, 2014a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco:** modelo lógico e avaliação. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **3º Curso EAD. Atualização e prevenção do tabagismo.** Disponível em:http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/pograma-nacional-controle-tabagismo/eventos/3-curso-ead-atualizacao-e-prevencao-do-tabagismo. Acesso em: 06 de março de 2018.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petb.pdf> Acesso em: 07 de janeiro de 2018.

BRASIL. Lei nº 7488 de 11 de junho de 1986. Dispõe sobre o Dia Nacional de Combate ao Fumo será comemorado, em todo o território nacional, a 29 de agosto de cada ano. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 1986 Jun.

BRASIL. Lei 9782 de 26 de janeiro de 1999: define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e das outras providências. Brasília (DF) : 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Acesso em 09 de março de 2017.

BRASIL. Lei nº 10702 de 14 de julho de 2003. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília(DF) 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências**. Portaria 571, de 5 abril de 2013. Diário Oficial da União ISSN 1677-7042. Brasília (DF), Abr. 2013a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. 2011a. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/arquivos/situacao_tabagismo.pdf. Acesso em 15 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Abordagem e Tratamento do Fumante** - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Agência de Notícias. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo, acesso em 24 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Benefícios obtidos após parar de fumar-Deixando de fumar sem mistérios**. 2ª edição, 3ª reimpressão. Manual do participante. Rio de Janeiro, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar-** Deixando de fumar sem mistérios. 2ª edição, 3ª reimpressão. Manual do participante. Rio de Janeiro, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **“31 de maio- dia mundial sem tabaco 2017.** Acesso em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/dia-31-de-maio-dia-mundial-sem-tabaco-2017>. Disponível em 26 de setembro de 2017. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Entender porque se fuma e como isso afeta a saúde-** Deixando de fumar sem mistérios. 2ª edição, 3ª reimpressão. Manual do participante. Rio de Janeiro, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. **Observatório da política nacional do controle do tabaco- Prevalência do tabagismo.** 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo. Acesso em 01 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O Cigarro Brasileiro: Análises e Propostas para a Redução do Consumo.** Rio de Janeiro; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Os primeiros dias sem fumar-** Deixando de fumar sem mistérios. 2ª edição, 3ª reimpressão. Manual do participante. Rio de Janeiro, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9294, de 15 de julho 1996: dispõe sobre a proibição do uso de derivados do tabaco, em recinto coletivo privado ou público. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 1996 Jul 15. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm, acesso em 08 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 442, de 13 de agosto de 2004.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 1035. *Diário Oficial da União* 2007; 31 maio de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 25. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel, Brasil 2011c: **doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde.** Vigitel – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico,** 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília. 2013. Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).** Brasília, 2015b.

BRASIL. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, M. S.; ARAÚJO, T. L.; GALVÃO, M. T. G.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr. 2008.

CAMELIER, A.A. *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP* 2004. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;

CAMPOS, M.O; NETO, J.F.R. Qualidade de vida: Um instrumento para a promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v,32,n.2, p.232-240, mai/ago, 2008.

CAMPOS, M.O; RODRIGUES J.F Neto. Qualidade de vida e fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis em Montes Claros, Minas Gerais. **RBSP [Internet]**. 2011

CARNEIRO, A.C.L.L.; SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLI, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 02, p. 115-120, 2012.

CASTRO, M. G et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CASTRO, M. R. P; MATSUO, Tiemi; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 36, n. 1, p. 67-74, Feb. 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. **MMWR**, Atlanta, v. 57, n.45, p. 1226-1228, 2008.

COMISSÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: Elaboração do plano 2014-2017. Prefeitura de Juiz de Fora, 2014-2017.

CLORIDRATO DE BUPROPIONA. Maria Benedita Pereira CRF: 30378. Laboratório Eurofarma. Bula de remédio. 2016

COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Educação em Saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de Graduação em Enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 177-184, jan.-mar. 2012.

COSTA, F.B.; TRINDADE, M.A.N.; PEREIRA, M.L.T. A inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010.

COUTO VF, RUAS G, JAMAMI M, JAMAMI LK. Avaliação da qualidade de vida e dependência nicotínica em indivíduos fumantes, ex-fumantes e não fumantes. **Rev Digital**.15(151):15-21. 2010.

CRISCI, A .R, et al. "Poluição tabagística ambiental (pta) e suas consequências no aparelho respiratório e ganho de peso em ratos wistar ". **Biológicas & Saúde** 5.16 2015.

CRUZ, M.S; GONÇALVES, M.J.F. O Papel do Enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Revista brasileira de cancerologia**, 56(1), p.35-42, 2010.

DAMACENO, A.N, et al. "Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa" **Revista de APS** 19.1 2016.

DANTAS, DRG *et al.* Tratamento do Tabagismo no Brasil. **REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA online** ; 5(1): p.61 – 75. 2016

ECHER, I.C; CORRÊA A.P. A, FERREIRA S.A.L, LUCENA A.F. **Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil.** Texto & Contexto Enferm. v. 20(1); p. 152-9. 2011.

ECKERDT N.S; CORRADI-WEBSTER C.M; Meanings about smoking for women participant in a group for smokers. **Rev Latino Am Enferm.** 2010; 18(n.spe): p. 641-7.

ERIKSEN M; JUDITH M; HANA R. **The tobacco atlas.** No. Ed. 4. American Cancer Society, 2013.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.669-681, jul./set. 2006.

FAGERSTRÖM K.O. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment, **Addictive behaviors**, 235-241,1978.

FARIA, R.C. Práticas profissionais em saúde da família: uma análise do atendimento à demanda espontânea. 2011. Dissertação de mestrado da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2011.

FARINATTI, P.T.V. FERREIRA, M.S. **Saúde, Promoção da saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicações.** Rio de Janeiro (RJ): Ed UERJ, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). 2008.

FERNANDES, W.C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia.** São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.p.118, 2009.

FERREIRA, J., SILVEIRA, P., & MARQUES, A. Estudo nacional de qualidade de vida na asma – Aplicação do Asthma Quality of Life Questionnaire de Marks (AQLQ-M) na população portuguesa. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, 14(4), 459-486, 2008.

FERREIRA, L. L *et al.* **Análise da Dependência do Tabaco e da Qualidade de Vida de Indivíduos Fumantes.** movimento, v. 5, n. 1, 2013.

FERREIRA, S.R. S; BIANCHINI, I. B; FLORES, R (Orgs.). **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde.** Porto Alegre: Gerência de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição, 2009.

FIORE, M. C. et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. **Public Health Service**. abril, 2009. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/tobaqrg.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2018

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P.A; Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, 2000, v. 34(2), p.178-183, 2000.

FLECK, MPA, Chachamovich E, Trentini C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.37 (6); p. 793-9. 2003.

FUJITA, A.T.L; NAKANO, T. C; RONDINA, R.C. Características de personalidade e dependência nicotínica em universitários. **Aval. psicol.** Itatiba, v. 14, n.1, p.73-81, abr. 2015.

GALIL A.G et al. **Factors associated with tobacco use among patients with multiple chronic conditions.** *Internacional jornal of cardiology*.p.1004-1006, 2016.

GARCES, Y., YANG, P., PARKINSON, J., ZHAO, X., WAMPFLER, J., EBBERT, J., & SLOAN, J. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. **American College of Chest Physicians**, 126(6), 1733-1741; 2004.

GIOVINO G.A, MIRZA S.A , SAMET J.M , GUPTA P.C , JARVIS M.J, BHALA N, PETO R, ZATONSKI W. The GATS Collaborative Group*. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. **Lancet**; p.668-679, 2012.

GLOBAL. Initiative for Chronic obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of *Copd* – Revised 2011. **Medical Communications Resources**, 2011. p.1-78.

GOMES, D. F. Qualidade de Vida, psicopatologia e programas terapêuticos na toxicod dependência: um estudo realizado no CRI de Braga. 2011. 128 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde) – Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2011.

HEALTH UDo, H. Services. **The Health Consequences of Smoking—50 years of Progress: A Report of the Surgeon General**, 17US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic

Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2014.

HORSTMANN, A.P et al. Guia de orientações para os profissionais de saúde na abordagem ao paciente tabagista. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, p.1-48. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência de 1º de julho de 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313670>, acesso em: 31 de agosto de 2017.

JESUS, M.C.P et al. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v.50, n.1, p.71-78, 2016.

JESUS, S.J.A. O Papel da Educação em Saúde Frente às Implicações da Atenção Básica: Do Profissional à Comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, 2015.

LEVENTHAL, A.M; Kahler C.W; Ray L.A; Zimmerman M. Refining the depression-nicotine dependence link: patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. **Addict Behav**;34(3):297-303; 2009.

LINS, A. P. M. et al. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357, ISSN 1413-8123.2013

LION, E. A. V. **Tabagismo e saúde feminina: aliança de controle do tabagismo – ACTbr**. 2009. Disponível em <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_ESAUDE_FEMININA_FINAL.pdf>. Acesso em: 12 agosto de 2017.

MALTA, D. C et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, jun. 2015.

MARTINEZ, J.A.B.; Motas, G.A.; Vianna, E.S.; Oliveira, J.T. **Impaired quality of life of healthy young smokers. Chest**, Chicago, v.125, n. 2 p. 425-428, 2004.

MARTINS, G.A; SANTOS, A.L.V; MOURA, D,S. Tabagismo entre acadêmicos do curso de farmácia noturno das Faculdades Unidas do Vale do Araguaia. **Revista eletrônica Interdisciplinar**, v.1, n.15, 2016.

McClave, A. K., Dube, S. R., Strine, T. W., Kroenke, K., Caraballo, R. S., & Mokdad, A. H. Association between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. **Addicted Behaviors**, 34, 491-497, 2009.

MENDES, A.C.R. **Análise de custos do Programa de Cessação do Tabagismo no Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, 2013, p. 20. Disponível em: <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/AndreaMendes2013_atualizada.pdf>. Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

MENDES, M. M; MIRANDA, I. P.C . "Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento st e a assistência de enfermagem no intra-hospitalar." **Fasem Ciências**, p.81-112, 2016.

MESQUITA A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental & Cognitiva**, vol. XV, nº 2, 35-44, 2013.

MINAYO, M.C.S, et al. "Saúde é desenvolvimento: esse é o desafio da 13ª Conferência Nacional de Saúde" **Ciênc. saúde coletiva 12.supl**, p. 1762-1762, 2007.

MITRA, M.; CHUNG, M.; WILBER, N.; WALKER, D. Smoking status and quality of life. A longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med* 27(3):258-260, 2004.

NORONHA, J. C. D.; LIMA, L. D. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde: SUS. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 2009. 435-472.

NUNES, S.O.V et al. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: Eduel, 2010.

OLIVEIRA, L.C; MASCARENHAS, C, H, M ; MELO, N. S. A. Qualidade de vida e independência funcional de usuários de drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 6, n. 4, 2015a.

OLIVEIRA, J. D.F et al. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas no processo de cessação do tabaco: a questão da atividade física. **SALUSVITA**, Bauru, v. 34, n. 3, p. 389-400, 2015b.

OLIVEIRA, P. F.; COSTA, V. M. H. D. M. Perfil alimentar e nutricional de idosos autônomos hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por Convenio no município de Araraquara--SP.(Report). **Alimentos e Nutricao (Brazilian Journal of Food and Nutrition)**, v. 20, n. 2, p. 189, 2009. ISSN 0103-4235.

PAIVA, M.R.A.B; SOUZA, W.A; GOYATÁ S.L.T; JÚNIOR, L.M.S; PODESTÁ, M.H.M.C; FERREIRA, E.B. Grupo de apoio ao tabagista na Estratégia de Saúde da Família: Fatores de sucesso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.15, n.2, p.436-448, ago/dez. 2017.

PEDROSO, B; PILATTI, L.A; GUTIERREZ, G.L; PICINNI, C.T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOCOL-BREF através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, PR. v. 02, n. 01, jan./jun. p.31-36. 2010.

PEIXOTO S.V; FIRMO J.O; LIMA-COSTA M.F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas populações adultas (Projeto Bambuí e Belo Horizonte). **Cad Saúde Pública**. v.23(6): p.1319-28. 2007.

PEREIRA, E.F; TEIXEIRA, C. S; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PERK. J; Backer. G; GOHLKE, H et al., **European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)**, Eur. Heart J. 33 (13) (2012) 1635–1701.

PINTO, M.T.; ANDRES, P.R; ARIEL, B. "Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos." **Cad Saude Publica**, v.31.6 p.1283-1297, 2015.

PINTO, J; GONZÁLEZ, J., ARENILLAS, J., NOGUERAS, A., & GÓMEZ, F. A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica e asma avaliada pelo SGRQ. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 16(4), p.543-558, 2010a.

PINTO. M; UGÁ M.A.D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v.(26) 6. p. 1234-1245. Rio de Janeiro Jun/2010b.

PIPE, A, SORENSEN, M, REIDE, R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. Patient education and Counseling, **Philadelphia**, 74(1):118-123, 2009.

PONCIANO-RODRIGUEZ, G; PAEZ-MARTINEZ, N; VILLA-ROMERO, A; GUTIERREZ-GROBE, Y. Mendez-Sanchez, N. **Early changes in the components of the metabolic syndrome in a group of smokers after tobacco cessation**, Metab. Syndr. Relat. Disord. 12 (4) (2014) 242–250.

PORTES, L. H et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 439-448, Feb. 2014.

POSADA, W.A; MONKS, J.F; CASTRO, M.S. Doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão sobre o efeito da educação de pacientes. **Revista Cien. Farm Básica. Apl.** v 35(4), p. 533-588, 2014.

REISDORFER, E; GHERARDI-DONATO, E.C.S; MORETTI. P, R. O. "**Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco por profissionais de saúde.**" **Revista Gaúcha de Enfermagem** 34.4, p. 153-160", 2013

REICHERT J; ARAÚJO AJ; GONÇALVES CM; GODOY I; CHATKIN JM; SALES MP et al. **Smoking cessation guidelines--2008**. J Bras Pneumol. v. 34(10): p.845-80, 2008.

REICHERT J. Tratamento farmacológico do tabagismo. In: Viegas CAA. Tabagismo do diagnóstico à saúde pública, São Paulo: **Atheneu**, 2007. p.230-240.

RENWICK, R.; BROWN, I. The center for health promotion's conceptual approach to quality . **Quality of life in health promotion and rehabilitation**: conceptual approaches, issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.

RENNÓ C.S.N; LEITE T.M.C. **Representação social das advertências sanitárias entre alunos universitários fumantes e não fumantes**. Rev Rene [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2016 Jun 2];13(4):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/50/pdf>.

ROMERO, L. C.; COSTA E SILVA, V. L. 23 Anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Rev. Bras. Cancerol.** Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 305-314, 2011. RONZANI, T. M. R.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n.1, p. 51-61, 2009.

ROSTRON, B.L.; CHANG C.M; PECHACEK, T.F. **Estimation of cigarette smoking—attributable morbidity in the United States**, JAMA Intern. Med. 174 (12) (2014) 1922–1928.[15] F. Cappuccio, Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality.

SALAZAR, P.R; SILVA, G.A. **O uso do tabaco entre trabalhadores técnicos administrativos em Educação de uma Universidade Pública do Estado de Minas Gerais**. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva, 2014.

SALES, M.P.U, OLIVEIRA, M.I; MATTOS, I.M; VIANA, C.M.S; PEREIRA, E.D.B. Impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes. **J. Bras Pneumol**; v.35(5); p.436-41. 2009.

SARNA, L., BIALOUS, S., COOLEY, M., Jun, H., & FESKANICH, D. Impact of smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses'Health Study. **Quality of Life Research**, v.17, p.1217-1227, 2008.

SATTLER, A. C; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 253-264, Jan. 2013.

SECOPTT. Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo. Secretaria de Saúde. **Unidades que realizaram o Tratamento do Tabagismo em 2014**, Juiz de Fora (MG), 2015.

SILVA, L. M. S.; TAVARES, J. S. C. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme/A família como rede de apoio as pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1109, 2015.

SILVA, T.A et al. Prevalência do tabagismo e terapêutica de nicotina: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental ONLINE**, v.8, n.4, p.4942-4948, 2016.

SIMSEK, E, et al. The effect of passive exposure to tobacco smoke on perioperative respiratory complications and the duration of recovery. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 66, n. 5, p. 492-498, Oct. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da SBPT: diretrizes para cessação do tabagismo – 2008**. J Bras Pneumol. v.34(10), p. 845-80. 2008

SOUZA, M. A. H, et al. Perfil do estilo de vida de idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, p. 819-826, Oct. 2016. Acesso em 20 de fevereiro de 2018.

SPINK, M.J. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 481-496, 2010.

STIVAL, M.M. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revis. Bras. Geriatr.Gerontol**, Rio de Janeiro, 2014; 17(2): 395-405.

THE WHOQOL GROUP: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. **Soc. Sci. Med**, 1995, v. 41(10), p. 1403-1409.

UPPAL N, Shahab L; BRITTON J, RATSCHEN E. **The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting, and tobacco control policies among continuing smokers**. BMC Public Health. 2013.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. New DASH- the guide. **N. Eng. J. Med.**, [S.l.], v. 344, n. 1, p. 3-10, 2001. Disponível em: <[https:// content.nejm.org/cgi/content/abstract/344/1/3](https://content.nejm.org/cgi/content/abstract/344/1/3)>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2018.

VASQUEZ, Jamila; DUMITH, Samuel C.; SUSIN, Lulie Rosane Odeh. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 2, p. 181-192, Jun.2015 .

VON RANDOW, R. M et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2016.

WARREN, C.W et al. The GTSS Atlas. Brighton: CDC Foundation, 2009.

WEYNE, G.R.S. Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área da saúde. **Arq. Med. ABC**. v. 29.n.2. Jul/ Dez, 2004.

WHOQOL GROUP. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The Who-Qol In: Orley; Keyken,W (Eds). **Quality of life assessment internacional perspectives. Heidelberg**: Springer,1994. p: 41-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the global tobacco epidemic 2008. The Mpower Package**. Geneve: WHO; 2008.

WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, 2009.

WHO **report on the global tobacco epidemic; warning about the dangers of tobacco**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report the global tobacco epidemic. **Mpower**, 2017.

APENDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde



O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Avaliação da qualidade de vida: estudo com tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas em um município do sudeste brasileiro.** Nesta pesquisa pretendemos: Avaliar a qualidade de vida de tabagistas, ex-tabagistas e não-tabagistas de usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora. O motivo que nos leva a estudar este tema é devido a sua relevância pois realizará a análise da qualidade de vida deste grupo no município. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr.(a) esta sendo convidado(a) a responder perguntas de um questionário, enquanto aguarda seu atendimento na sala de espera da UAPS. Os riscos envolvidos na pesquisa são **mínimos**, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc, não serão realizados procedimentos no seu corpo. Os benefícios da pesquisa estão relacionados com o maior conhecimento sobre o tema e possíveis propostas de melhoria no processo de Educação em Saúde. Para participar deste estudo o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr(a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Além disso, o(a) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Rua José Lourenço Kelmer s/n Martelos, na Pós-Graduação de

Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados no endereço acima, por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa: **Avaliação da qualidade de vida: estudo com tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas em um município do sudeste brasileiro**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Fernanda Silva Linhares e Aline Silva Aguiar

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer s/n Martelos, Pós-Graduação de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina

CEP: : 36036-330 / **Juiz de Fora – MG**

E-mail: nanda.enf.fortuna@gmail.com ou aline.aguiar@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



O Sr.(a) Profissional de Saúde da Atenção Primária está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Avaliação da qualidade de vida: estudo com tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas em um município do sudeste brasileiro.** Nesta pesquisa pretendemos, avaliar a qualidade de vida de tabagistas, ex-tabagistas e não-tabagistas de usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora e descrever como acontece o trabalho relacionado com o tabagismo, segundo o relato dos profissionais. O motivo que nos leva a estudar este tema é devido a sua relevância, pois realizará a análise da qualidade de vida deste grupo no município, o estudo pode colaborar com a proposta de melhorias do serviço relacionado ao tabagismo e propostas de educação em saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr.(a) esta sendo convidado(a) a responder perguntas em um questionário, no horário que não atrapalhe sua rotina de trabalho. Os riscos envolvidos na pesquisa são **mínimos**, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc, não serão realizados procedimentos no seu corpo. Os benefícios da pesquisa estão relacionados com o maior conhecimento sobre o tema para assim verificar como acontece o serviço relacionado ao tabagismo nas UAPS. Para participar deste estudo o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O(a) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr(a) é abordado. O pesquisador tratará a sua identidade e a da UAPS em que trabalha, com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu

nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Rua José Lourenço Kelmer s/n Martelos, na Pós-Graduação de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados no endereço acima por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa: **Avaliação da qualidade de vida: estudo com tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas em um município do sudeste brasileiro**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome do Pesquisador Responsável: Fernanda Silva Linhares e Aline Silva Aguiar

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer s/n Martelos, Pós-Graduação de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina

CEP: : 36036-330 / **Juiz de Fora – MG**

E-mail: nanda.enf.fortuna@gmail.com ou aline.aguiar@ufjf.edu.br

APÊNDICE C:

Questionário aplicado aos usuários das UAPS: tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas, dados de caracterização sociodemográfica.

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA			
Sexo: <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fem	Idade:	UAPS:	Doença Crônica:
Escolaridade:	Raça: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> I	Profissão:	
Estado Conjugal: : <input type="checkbox"/> com companheiro (casado ou união estável) <input type="checkbox"/> sozinho (viúvo/solteiro)		Renda familiar:	
Você fuma: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo: _____ anos/meses		Já fumou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo: _____ anos/meses Quanto tempo parou: _____ meses	
Você já tentou parar de fumar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Recebeu apoio do serviço de saúde (UAPS) para interromper o uso de cigarros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APÊNDICE D : INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UAPS

Questionário aplicado aos responsáveis pelo realização/não realização do trabalho para a cessação
do tabagismo nas UAPS do município de Juiz de Fora.

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
Sexo: <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fem	Idade:	UAPS:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Graduada <input type="checkbox"/> Pós-graduada		Profissão:
Estado Conjugal: : <input type="checkbox"/> com companheiro (casado ou união estável) <input type="checkbox"/> sozinho (viúvo/solteiro)		Renda familiar:
Você fuma: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo: _____ meses	Já fumou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo: _____ meses.	
Avaliação do trabalho desenvolvido pela UAPS para cessação do tabagismo:		
1) Você considera que o trabalho desenvolvido pela UAPS colabora na prevenção do tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
2) Você considera que o trabalho desenvolvido pela UAPS colabora na cessação do tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Grupos Educativos:		
Vocês realizam grupos educativos para cessar o tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Quantas pessoas já cessaram o uso do tabaco com a ajuda do grupo de tabagismo?		
Quantas pessoas estão na fila de espera para o grupo de tabagistas?		
Quantos tabagistas a UAPS atende por ano?	O grupo de tabagismo possui quantas sessões?	
O acompanhamento dos participantes do grupo de tabagismo é realizado por quanto tempo?	Vocês tem o registro das atividades em grupo para cessação do tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Medicações:		
A UAPS recebe adesivos nicotínicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	A UAPS recebe bupropiona? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	A UAPS recebe goma de mascar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Recebem medicação suficiente para atender todos os participantes dos grupos educativos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Salas de Espera:		

Os profissionais/estudantes/estagiários realizam salas de espera sobre tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Com que frequência? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> nunca		
Abordagem Individual:		
Vocês realizam abordagem para o tabagismo nas consultas individuais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Campanhas:		
São realizadas campanhas pontuais sobre o tema tabagismo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Visitas Domiciliares:		
É realizada abordagem de caráter preventivo/tratamento/acompanhamento dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas nas visitas domiciliares? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tratamentos complementares:		
Grupos terapêuticos: (artesanato, roda de conversa, dança, yoga, etc) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Orientação alimentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Orientação e desenvolvimento de atividades para a prática de atividade física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Capacitação		
A distância: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Presencial: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você considera que seria necessário ter mais capacitações para realizar o trabalho com este tema: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
OBS:		

ANEXO A - Parecer de aprovação do projeto no Comitê de Ética.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida estudo com tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas em um município do sudeste brasileiro.

Pesquisador: Fernanda Silva Linhares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61805616.8.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.945.227

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e analítica com os potenciais participantes que serão recrutados aleatoriamente nas salas de espera, por meio de demanda espontânea no horário de atendimento das UAPS de Juiz de Fora. As UAPS serão escolhidas aleatoriamente, dentre as 64 existentes no município, 25 desenvolvem trabalho para cessação do tabagismo. Serão escolhidas, por conveniência 25 UAPS que desenvolvem o trabalho para o tabagismo e 25 UAPS que não desenvolvem, totalizando 50

UAPS participantes da pesquisa. Será avaliado a qualidade de vida do grupo de tabagistas, não-tabagistas e ex-tabagistas. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade vida de tabagistas, ex-tabagistas e não-tabagistas de usuários da Atenção Primária de Saúde no município de Juiz de Fora. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.945.227

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa.

O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N		
Bairro:	SAO PEDRO	CEP:	36.036-900
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102-3788
		E-mail:	cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.945.227

001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_806963.pdf	24/02/2017 17:34:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	24/02/2017 17:34:06	Fernanda Silva Linhares	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	15/12/2016 12:26:06	Fernanda Silva Linhares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_dezembro_Profissionais_de_saude.pdf	15/12/2016 12:21:59	Fernanda Silva Linhares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.pdf	15/12/2016 12:21:03	Fernanda Silva Linhares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_autorizacao.pdf	12/10/2016 16:56:07	Fernanda Silva Linhares	Aceito



Continuação do Parecer: 1.945.227

Orçamento	Orcamento.pdf	07/10/2016 20:49:58	Fernanda Silva Linhares	Aceito
-----------	---------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Março de 2017

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM OS USUÁRIOS DAS UAPS



Somente os tabagistas deverão responder o questionário de Fagerstrom				
Avaliação do grau de dependência segundo Fagerstrom:				
Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?				
<input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos (3)	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 minutos(2)	<input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 minutos(1)	<input type="checkbox"/> Após 60 minutos (0)	
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas?		Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?		
<input type="checkbox"/> SIM(1) <input type="checkbox"/> NÃO (0)		<input type="checkbox"/> Sim(1) <input type="checkbox"/> Não (0)		
Qual o cigarro do dia traz mais satisfação?		Você fuma mais frequentemente pela manhã?		
<input type="checkbox"/> O primeiro do dia (1) <input type="checkbox"/> Outros (0)		<input type="checkbox"/> Sim(1) <input type="checkbox"/> Não (0)		
Quantos cigarros você fuma por dia?				
<input type="checkbox"/> Menos de 10 cigarros (0) <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarros(1) <input type="checkbox"/> De 21 a 30 cigarros(2) <input type="checkbox"/> Mais de 31 cigarros (3)				
Grau de dependência: _____ (0-2) muito baixo (3-4)baixo (5) médio (6-7) elevado (8-10) muito elevado				
Questionário de Qualidade de vida WHOQOL-Bref: (Todos os participantes devem responder)				
Q1- Como você avalia sua qualidade de vida?				
<input type="checkbox"/> Muito ruim (1)	<input type="checkbox"/> Ruim(2)	<input type="checkbox"/> Nem ruim nem boa (3)	<input type="checkbox"/> Boa (4)	<input type="checkbox"/> Muito boa (5)
Q-2 Quão satisfeito você esta com sua saúde?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
As questões abaixo são referentes, ao quanto tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas:				
Q-3 Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que você precisa?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)
Q-4 Quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)

Q-5 O quanto você aproveita sua vida?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)
Q-6 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)
Q-7 O quanto você consegue se concentrar?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)
Q-8 Quão seguro você sente em sua vida diária?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)
Q-9 Quão saudável é seu ambiente físico?(Clima, barulho, poluição e atrativos)?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Mais ou menos(3)	<input type="checkbox"/> Bastante(4)	<input type="checkbox"/> Extremamente(5)
Quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas:				
Q-10 Você tem energia o suficiente para seu dia a dia?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Médio(3)	<input type="checkbox"/> Muito(4)	<input type="checkbox"/> Completamente(5)
Q-11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Médio(3)	<input type="checkbox"/> Muito(4)	<input type="checkbox"/> Completamente(5)
Q-12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Médio(3)	<input type="checkbox"/> Muito(4)	<input type="checkbox"/> Completamente(5)
Q-13 Quão disponíveis estão para você as informações de que você precisa?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Médio(3)	<input type="checkbox"/> Muito(4)	<input type="checkbox"/> Completamente(5)
Q-14 Em que medidas você tem oportunidades de atividades de lazer?				
<input type="checkbox"/> Nada(1)	<input type="checkbox"/> Muito pouco(2)	<input type="checkbox"/> Médio(3)	<input type="checkbox"/> Muito(4)	<input type="checkbox"/> Completamente(5)
As perguntas seguintes são referentes o quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas				
Q-15 Quão bem você é capaz de se locomover?				
<input type="checkbox"/> Muito ruim (1)	<input type="checkbox"/> Ruim(2)	<input type="checkbox"/> Nem ruim, nem boa (3)	<input type="checkbox"/> Boa (4)	<input type="checkbox"/> Muito Boa (5)
Q-16 Quão satisfeito você está com seu sono?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)

Q-17 Quão satisfeito você esta com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-18 Quão satisfeito você com sua capacidade para o trabalho?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-19 Quão satisfeito(a) você esta consigo mesmo(a)?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-20 Quão satisfeito(a) você esta com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?)				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-21 Quão satisfeito(a) você esta com sua vida sexual?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-22 Quão satisfeito(a) você esta com o apoio que recebe de seus amigos?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-23 Quão satisfeito(a) você esta com as condições do local onde você mora?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-24 Quão satisfeito(a) você esta com seu acesso aos serviços de saúde?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-25 Quão satisfeito(a) você esta com seu meio de transporte?				
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(1)	<input type="checkbox"/> Insatisfeito(2)	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito(3)	<input type="checkbox"/> Satisfeito(4)	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito(5)
Q-26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau- humor, desespero, ansiedade, depressão?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Muito frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre
OBS				

