

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA**

SANDRA DOMINGUINI DAROLT

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

CRICIÚMA

2012

SANDRA DOMINGUINI DAROLT

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.

Orientadora (Tutora): Prof^a. Msc. Ioná Vieira Bez Birolo.

CRICIÚMA

2012

SANDRA DOMINGUINI DAROLT

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Criciúma, 28 de agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MSc: Ioná Vieira Bez Birolo -Tutora do PRMSF (UNESC) Orientador

Francielle Lazzarin de F Gava - Secretária de Saúde (Prefeitura Municipal de Criciúma)

Andréia Sharon Salomão Netto - Coordenadora do PMCT (Prefeitura Municipal de Criciúma)

Prof^a. Dr^a Luciane Bisognin Ceretta - Coordenadora do PRMSF (UNESC)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	18
3.3 TABAGISMO NO BRASIL	19
3.3.1 Doença Crônica não Transmissível	21
3.3.2 Programa Nacional de Controle do Tabagismo	22
4 METODOLOGIA	28
4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA	28
4.2 TIPO DE PESQUISA	29
4.3 LOCAIS DO ESTUDO	29
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO	30
4.5 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS	31
4.6 ANÁLISE DE DADOS	33
4.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS	34
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
5.1 Coordenação Municipal do Programa de Controle do Tabagismo	34
5.2 Condutores dos Grupos de Controle de Tabagismos	38

5.3 Participantes dos Grupos de Controle de Tabagismo	62
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNCICE(S).....	83
ANEXO(S).....	89

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS AD – Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

GCT – Grupo de Controle de Tabagismo

IEP/HCOR – Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital do Coração

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

PRMSF – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

PMCT – Programa municipal de Controle de Tabagismo

PNCT – Programa Nacional de Controle de Tabagismo

SC – Santa Catarina

SCTIE/DAF – Secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos/
Departamento de Assistência Farmacêutica.

S/D – Sem data

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Motivação para a mudança.....	27
Quadro 02: Nº de participantes de 2007 ao 1º semestre de 2011.....	37
Quadro 03: GCTs realizados pelos profissionais entrevistados.....	39
Quadro 04: Categorias e Subcategorias que emergiram das entrevistadas.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Perfil sócio-demográfico por grupo de participantes dos GCT do período de 2007-2011 de um município do Sul de Santa Catarina.....	62
Tabela 02: Tempo de uso do tabaco.....	66
Tabela 03: Satisfação com relação a participação nos GCT nos três grupos.....	69
Tabela 04: Pontos negativos do GCT encontrados pelo G2.....	70
Tabela 05: Tempo livre do tabaco do G3 separados por gênero.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Motivo da procura pelo GCT.....	67
Figura 02: Tentativa anteriores de descontinuar o uso do cigarro.....	67
Figura 03: Motivo da evasão dos participantes do G1.....	68
Figura 04: Motivos que influenciaram os participantes do G3 a conseguir o objetivo de abandonar o uso do tabaco.....	71
Figura 05: Motivação para o sucesso do tratamento - G3.....	72
Figura 06: Influência do GCT para o sucesso do tratamento nos participantes do G3.	73
Figura 7: Acompanhamento de saúde pelos profissionais da unidade após término do GCT.....	75

Dedico este trabalho a todos àqueles que acreditam que a ousadia e a persistência são caminhos para grandes realizações. Aos r amados pais, irmãos, sobrinhos, espos filhos, pela dedicação, paciência e por me apoiarem em todas as circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por dar-me a oportunidade da vida, da conquista e do conhecimento.

Aos meus pais Nicolau Mafioletti Dominguini e Roza Dal Molin Dominguini e meus onze irmãos, cunhados e sobrinhos que me apoiaram e incentivaram para o fortalecimento e conquista dos objetivos.

Ao meu esposo Célio Darolt e os filhos, Henrique Dominguini Darolt e Felipe Dominguini Darolt que souberam entender pacientemente a minha ausência no decorrer dos trabalhos e estudos.

A professora Mestre e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família - PRMSF, Ioná Vieira Bez Birolo que, com paciência, tolerância, persistência e sabedoria, soube me conduzir no decorrer do estudo. Admiro, e sou grata pelos ensinamentos recebidos, o companheirismo e atenção que dispensou em prol de meu crescimento pessoal e profissional. Muito obrigada.

A colega acadêmica de enfermagem Mônica Dal Pont Bonfante que muito solidariamente me auxiliou no desenvolvimento e finalização de minha pesquisa.

A Professora doutoranda Cristiane Damiani Tomasi por todas as contribuições prestadas ao trabalho.

A professora Dr^a Jozete Mazon pelo profissionalismo, compreensão e dedicação na coordenação dos trabalhos do PRMSF.

A coordenadora do PRMSF e coordenadora da Unasau – Unesc Dr^a Luciane Bisognin Ceretta pelo empenho e dedicação dispensadas ao Programa e residentes.

A Prefeitura Municipal de Criciúma em toda sua equipe, por acreditar na importância do aprimoramento profissional e por ceder o espaço e campo de trabalho necessário ao desenvolvimento do PRMSF.

Aos meus amigos e colegas do PRMSF que fizeram e fazem parte da minha vida e dividiram histórias que vão ficar para sempre marcadas.

Muito obrigada a todos.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

(Chico Xavier)

RESUMO

O tabagismo é considerado doença crônica devido à consequência da dependência da nicotina. Ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo são necessárias para a prevenção de complicações. Existem atividades de educação em saúde, voltadas para a redução do uso do tabaco, entre elas, o Grupo de Controle do Tabagismo (GCT) desenvolvido na rede de atenção à saúde. Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar a efetividade dos grupos de educação em saúde do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em um município do Sul de SC, com abordagem quali-quantitativa do tipo descritiva, transversal, retrospectiva e de campo. Para coletar os dados utilizou-se a entrevista semiestruturada e questionário. Participaram da pesquisa os responsáveis pelo programa e os participantes dos GCT dos anos de 2007 a 2011. A análise dos dados qualitativos foi realizada com a técnica de análise de conteúdo e a análise dos dados quantitativos com o SPSS. Respeitaram-se os aspectos éticos segundo a resolução 196/1996. Participaram desta pesquisa 16 profissionais de saúde que atuaram diretamente na condução dos GCT, estes afirmaram que as motivações para realizar a capacitação e conduzir os GCT são provenientes de: convites da secretaria de saúde; demanda reprimida e, crença na necessidade de erradicação do tabaco, enquanto as facilidades são: Apoio multidisciplinar, Formatação do GCT; Características do condutor e dos participantes, já as dificuldades são principalmente de acesso. Realizou-se contato telefônico com 167 participantes, dos quais, 52 cessaram com o tabagismo por mais de 06 meses; 72 concluíram o GCT e não cessaram com o tabagismo por pelo menos 6 meses e; 43 evadiram do GCT. Os motivos de não conseguir cessar o uso do tabaco está diretamente ligado a problemas familiares, transtornos de ansiedade e alimentares. Salienta-se a importância da educação em saúde como estratégia contínua, pois se trata de uma condição crônica e como tal deve ser enfrentada. Com isso, propõe-se a continuidade das ações em grupo como apoio e direcionamento para vencer as dificuldades que individualmente são mais difíceis.

Palavras Chaves: Tabagismo, Doença Crônica, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Smoking is considered a chronic disease due to the result of nicotine addiction. Actions of the National Tobacco Control are necessary to prevent complications. There are health education activities, aimed at reducing tobacco use, including the Tobacco Control Group (TAG) developed the network of health care. This research aims to evaluate the effectiveness of health education groups of the National Tobacco Control in a county in southern SC, with qualitative and quantitative approach descriptive, transversal, retrospective and field. To collect data we used a semistructured interview and questionnaire. The participants were those responsible for program and participants of the GCT the years 2007 to 2011. The qualitative data analysis was performed using the technique of content analysis and quantitative data analysis with SPSS. Complied with the ethical aspects are under resolution 196/1996. Participated in this study 16 health professionals who worked directly in the conduct of GCT, these stated that the motivations for doing the training and conduct the GCT are from: invitations secretary of health, unmet demand, and belief in the need to eradicate tobacco while the facilities are: Support multidisciplinary Formatting GCT; Characteristics of the driver and participants, since the difficulties are mainly access. Telephone contact was made with 167 participants, of which 52 have ceased to smoking for over 6 months, 72 completed the GCT and not stopped with smoking for at least 6 months, 43 dropped out of the GCT. The reasons for failing to stop tobacco use is directly linked to family problems, anxiety disorders and eating .. Stresses the importance of health education as a continuous strategy, because it is a chronic condition and as such should be addressed. Thus, we propose the continuation of group actions as support and guidance to overcome the difficulties that are individually more difficult.

Keywords: Smoking, Chronic Disease, Health Education

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo, doença crônica devido a dependência da nicotina, se encontra na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com fator de risco isolado de doenças graves e fatais. É classificada como um transtorno mental, comportamental. Classifica-se como uma doença pediátrica, uma vez que, a iniciação na droga está cada dia mais cedo.

Entre os jovens a situação é alarmante, pois 90% iniciam antes dos 19 anos, 100.000/dia jovens começam a fumar, sendo que, 80% dos casos se encontram em países desenvolvidos. (BRASIL, 2011; MENDES, 2012)

O tratamento ao tabagista deve ser avaliado fazendo parte das rotinas de atendimento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) da mesma maneira como é realizado para hipertensão e diabetes. (BRASIL, 2011)

Os dados de Mendes (2012) mostram números importantes da atuação do tabagismo como agravante de doenças por potencializar fatores de risco para doenças cardiovasculares e respiratórias. O número de óbitos em decorrência do tabagismo chega a 45% por doenças coronarianas, 85% por doenças pulmonar obstrutiva crônica, 25% por doenças cerebrovasculares, 30% são por câncer, e 90% por câncer de pulmão.

No nosso país, houve um crescimento acelerado do consumo de cigarro a partir da década de setenta encontrando seu auge em meados dos anos 80. Com isso, o Ministério da Saúde – MS produziu no final do ano de 1970 estudos que demonstravam o aumento das doenças relacionadas com o tabagismo, estimando a ocorrência de oitenta mil a cem mil óbitos precoces por ano devido ao uso do tabaco. Estas pesquisas tiveram um forte papel, contribuindo na mudança de visão relacionada ao ato de fumar. (ROMERO, COSTA & SILVA, 2011; TEIXEIRA & JAQUES, 2011)

Considerando-se que as indústrias de cigarros são predominantes na maioria dos países em desenvolvimento, preocupados com a evolução das doenças decorrentes e o grande número prevalente de fumantes, os órgãos de saúde determinaram advertir por meio de anúncios nos pacotes de cigarros, sobre os riscos a saúde do fumante e do não fumante, proibições de propagandas e restrições ao uso do cigarro em locais públicos. Estas medidas apresentaram

impacto significativo na redução dos números de prevalência do uso do cigarro, entre 1989 e 2006. (MOURA et. al, 2011)

Dentro deste contexto, no Brasil, as políticas públicas para o controle do tabaco são bastante avançadas quando comparadas aos outros países em desenvolvimento, porém ainda há muito que trabalhar em prol da erradicação do fumo, tendo em vista o número de fumantes em torno de 24 milhões em dependência da nicotina. Com intuito de diminuir estes números, o Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS desenvolve, há mais de 20 anos, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT, visando prevenção de maiores agravos de maneira ampla e o controle do câncer relacionado ao uso do tabaco, com ações de cuidados com a alimentação, pele e estímulos à prática de atividades físicas. (PEREZ Et. al, 2011)

O PNCT como sendo uma proposta da qual se concretiza o SUS, é realizado conforme a análise das necessidades de saúde de cada população de acordo com seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Esta realidade não pode ser comparada com os países mais desenvolvidos, sendo ela definida, como tripla carga de doenças por envolver várias patologias que decorre o ato de fumar, bem como, o desafio das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de riscos. (MENDES, 2010)

As DCNT são consideradas preocupantes por ser responsáveis por 72% das causas de morte e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. A taxa de mortalidade no Brasil, em 2007, chegaram a 540 por 100 mil habitantes. Porém na última década, observou-se redução de 20% principalmente nas doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. Este comportamento pode ser atribuído ao desenvolvimento pelo qual estão passando a atenção primária, com melhoria da assistência à população, ações de educação em saúde que subsidia na redução do tabagismo que de 1989 para 2010 teve uma queda de 34,8% para 15,1%. (BRASIL 2011)

O INCA/MS divulgou que cerca de 80% dos tabagistas desejam parar de fumar, no entanto destes, somente 3% obtém sucesso. (MOURA Et. al, 2011) Em 2011 os dados mostram que uma parcela expressiva (45,6%) da população já tentou

parar de fumar nos últimos 12 meses, correspondendo a 12 milhões de fumantes, sendo que entre os jovens a taxa é de 48%. (BRASIL, 2011)

Para que seja modificada a realidade de uma população, faz-se uso da estratégia de educação em saúde, onde se estabelece relação profissional/usuário transpondo a ideia de passar informação, e sim, desenvolver de maneira dialogada para que o usuário reflita sobre comportamentos a serem adotados, suas condições de saúde e pondere os melhores e mais adequados caminhos para modificar e/ou adequar seus padrões de saúde-doença, com base na reflexão, consciência e autonomia. (CORIOLANO, 2012)

Com isso, estratégias como o PNCT vêm para contribuir na motivação dos fumantes em abandonar o uso do cigarro por meio de ações de educação em saúde, atrelada a subsídios medicamentosos e profissionais devidamente capacitados para tais ações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade do Programa Municipal de Controle do Tabagismo em um município do sul de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender o contexto histórico e a dinâmica da coordenação Municipal de um PMCT;
- b) Caracterizar os ministrantes dos Grupos de Controle do Tabagismo (GCT) do PMCT;
- c) Averiguar o funcionamento dos GCT segundo o olhar dos condutores dos mesmos;
- d) Caracterizar os participantes dos GCT quanto ao perfil sócio demográfico;
- e) Analisar o funcionamento dos GCT segundo o olhar dos participantes.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir da declaração da Alma Ata, estabelecida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, aconteceu o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) que passou a ser a principal estratégia para organização dos serviços públicos de saúde. (LEÃO, CALDEIRA & OLIVEIRA, 2011)

A APS oferece a entrada no sistema de saúde com foco na prevenção de agravos, promoção e reabilitação da saúde com abordagem integrada aos outros níveis de atenção e atendimento multiprofissional à saúde da população de maneira sistematizada em processo contínuo organizado em conjunto com a comunidade, em um processo de produção social de saúde. Ela organiza o processo de trabalho, racionaliza os recursos utilizados e os atendimentos especializados são direcionados aos níveis de atendimento adequados. (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2008)

No Brasil, várias propostas importantes de padrões da APS foram formuladas como alternativas, no entanto, não modificou o modelo de saúde vigente. Assim, incidiram sucessivas reformulações do modelo assistencial, até a instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito nacional em 1994. Com isso, o Ministério da Saúde editou a Política da Atenção Básica, visando reorganizar as diretrizes e normas, ampliando a finalidade das ações da APS. Propondo, assim, padronizar o processo de trabalho das equipes da ESF e reconhecê-las como o modelo substitutivo em relação a atenção básica tradicional. (LEÃO, CALDEIRA & OLIVEIRA, 2011)

3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde faz parte dos cuidados primários à saúde, sendo ele o elemento fundamental na promoção da saúde e prevenção e controle das doenças. Foi declarada em Alma-Ata como fator de melhoria da condição de saúde da população. (SIQUEIRA et al. 2009)

As mudanças no sistema de saúde brasileiro baseadas em princípios de integralidade, equidade, participação popular, priorização da promoção à saúde, em prejuízo das ações assistenciais, tem como política a priorização da atenção primária à saúde, organizada com base em equipes multiprofissionais, que deem conta das necessidades da clientela. (COROLIANO et. al, 2012 p. 41)

Os processos de educação em saúde dependem consideravelmente dos conhecimentos, da cultura e do interesse dos usuários sobre o tema oferecido e a aceitação da abordagem empregada. Conforme a metodologia utilizada e a abertura do público para possível transformação, interferem no resultado. Com isso, é fundamental o conhecimento do profissional de saúde, comunicação clara e direta com os gestores dos sistemas locais de saúde, para obtenção de locais apropriados, e demais fatores envolvidos para a continuidade da atenção a saúde e obtenção de resultados a curto, médio e longo prazo. (COROLIANO et. al, 2012)

A educação em saúde tem como proposta a análise dos processos, sejam eles de trabalho, quando direcionados aos profissionais, ou de saúde quando os atores são os usuários. Busca-se neste processo a responsabilidade mútua pela produção de autonomia e de cuidados na perspectiva da integralidade da assistência. (FORTUNA et.al, 2011)

Neste processo se fortalece o vínculo profissional/usuário, transferindo parte da responsabilidade pelo processo e empenho no cuidado à saúde, subsidiando a população no reconhecimento dos fatores que desfavorecem sua qualidade de vida e prejudicam sua saúde, bem como mostrando opções para mudar sua realidade.

Com o passar dos tempos foram criadas e ampliadas atividades com informação, educação e comunicação do serviço à saúde, visando potencializar a interação da equipe e o alcance do trabalho junto a projetos e ações de educação e promoção da saúde dos tabagistas. Colaborando na independência do cigarro, no aumento da qualidade de vida da população e contribuindo para a conquista do modelo de atenção proposta pelo SUS, pautado no cuidado integral e na promoção da saúde da população assistida. (COROLIANO et. al, 2012)

3.3 TABAGISMO NO BRASIL

O tabagismo ainda é considerado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o maior agente isolado, evitável de morte prematura, sendo que 80% delas ocorrerão em países em desenvolvimento. O cigarro mata um em cada dez adultos, podendo essa proporção chegar a um em cada seis no ano de 2030. A Organização Pan-americana de Saúde assegura que atualmente, a mortalidade atribuída ao

tabagismo no Brasil é de 200.000/ano, o que significa 23 mortes/hora, representando uma proporção alarmante para a saúde pública. (FALCÃO & COSTA, 2008)

O hábito de fumar é responsável por mais de 80% dos casos de câncer de pulmão, entre homens e por mais de 45% entre as mulheres. Dados do MS, nos últimos dez anos, indicam o aumento da doença de 57% em homens e 112% entre as mulheres brasileiras. São Paulo, Brasília e Porto Alegre são as cidades que possuem as maiores médias anuais de incidência de neoplasias pulmonares no Brasil. (RAMOS, SOARES & VIEGAS, 2009)

Nosso País é o segundo maior produtor e exportador mundial de folhas de fumo. Mais de 90% da produção encontra-se no sul do país, sendo 50% no Rio Grande do Sul. A região Sul é responsável por 97% da produção de fumo, estando Santa Catarina em segundo lugar, seguido pelo Paraná. Dentro deste contexto, o governo brasileiro se comprometeu a auxiliar técnica e financeiramente os produtores e trabalhadores da indústria fumageira nacional, para a redução da prevalência do consumo e a exposição aos malefícios do cigarro. (RAMOS, SOARES & VIEGAS, 2009)

Conforme estudo realizado em 2002 e 2003 no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades analisadas. Porto Alegre apresentou as maiores proporções de tabagistas, referente ao sexo masculino e feminino. No entanto, Aracaju apresentou os menores números. Nesta pesquisa os homens apresentaram as maiores prevalências em todas as capitais. Outro dado interessante foi quanto ao grau de instrução, onde a maior concentração de fumantes apareceu naqueles com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo. (BRASIL, 2011)

Em relação à prevalência de experimentação e uso de cigarro entre jovens o INCA apresenta de acordo com estudo realizado entre escolares de 12 capitais brasileiras, nos anos de 2002-2003 a prevalência da experimentação nessas cidades variou de 36 a 58% no sexo masculino e de 31 a 55% no sexo feminino, enquanto a prevalência de escolares fumantes atuais variou de 11 a 27% no sexo masculino e 9 a 24% no feminino. (MS/INCA)

Nosso País vem apresentando maior declínio de prevalência em homens do que em mulheres, padrão este, observado nos países em desenvolvimento. E o

aumento da prevalência entre mulheres jovens, maior do que homens da mesma idade, esta é uma característica de países desenvolvidos. (BARROS Et. al, 2011)

O Brasil se encontra entre os poucos países que dispõem de agência reguladora, a qual cabe regulamentar os produtos provenientes do tabaco, bem como, a comercialização, os teores das substâncias e a distribuição dos produtos. Os preços dos cigarros são ainda considerados baixos no país, tendo em vista os altos impostos chegando a 74% dos preços. (IGLESIAS Et. al, 2007)

3.3.1 Doença Crônica não Transmissível

Medidas preventivas são de extrema importância para sensibilizar a população e causar o desaceleramento sobre o interesse e consumo do tabaco, visto que, o tabagismo é um dos quatro fatores de risco comuns para as quatro DCNT de maior impacto mundial, estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), as quais são: doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. No entanto, em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada, atribuindo 13% das mortes no mundo, tabagismo 9%, altos níveis de glicose sanguínea 6%, inatividade física 6% e sobrepeso e obesidade 5%. (BRASIL, 2011)

O cuidado integral aos portadores de DCNT é um tema importante que deve ser planejado e praticado por meio de ações no cotidiano da atenção primária, uma vez que, o acesso aos cuidados de saúde traz benefícios, contribuiu para a queda na mortalidade por DCNT. Com a Atenção Primária à Saúde reorganizada e com funcionalidade no acesso, na integralidade do cuidado, na coordenação participativa e eficiente e na capacidade de lidar com o desenvolvimento e alterações dos indivíduos ou grupos no decorrer do período trabalhado, é parte essencial no enfrentamento das DCNT. (SCHIMTHI & DUNCAN 2011)

As DCNT tem acometido elevado número pessoas, ocasionando perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza, além de mortes prematuras. Seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e

custo efetivo de promoção de saúde para reduzir os fatores de risco, e melhorar a atenção à saúde com a detecção precoce e tratamento oportuno. (BRASIL, 2011)

Sabe-se da importância do cuidado integral e do tratamento preventivo para o sucesso do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, pois, mesmo com a existência do SUS, o gasto individual para o doente crônico é alto, devido aos custos gerados pelo contexto da situação, onde contribui para o empobrecimento das famílias, governo, setor produtivo e o sistema de saúde, somados causam enormes impactos econômicos, uma vez que, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares no Brasil. (SCHIMTHI & DUNCAN 2011)

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de monitorar sua prevalência. A presença de morbidade referida é, entretanto, fortemente dependente do padrão de acesso aos serviços de saúde e aos procedimentos diagnósticos (Barros et al, 2011 p. 3756)

No entanto, percebeu-se, nos últimos anos, uma diminuição expressiva no número de fumantes. Esta queda é atribuída às campanhas educativas, publicitárias, algumas proibições e as ações de controle do cigarro em certos ambientes públicos. (RAMOS, SOARES & VIEGAS, 2009)

Contudo, esta diminuição do consumo do cigarro no Brasil deve-se em parte, ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, considerado como um dos mais abrangentes entre os países em desenvolvimento. Com ele, tem-se conseguido desenvolver ações que ganharam abrangência considerável no controle do tabagismo, o que tem atribuído ao Brasil reconhecimento de liderança internacional nessa área. (BARROS Et. al, 2011)

3.3.2 Programa Nacional de Controle do Tabagismo

O XVII Congresso Internacional de Câncer, realizado em Buenos Aires na Argentina, em outubro de 1978, por sugestão do professor de Medicina e Epidemiologia Richard Doll, configurou-se a ideia da luta contra o cigarro no Brasil, ganhando extensão nacional. (MIRRA Et. al, 2009)

Em meados do ano de 1979 foi elaborado o primeiro "Programa Nacional Contra o Fumo", inicialmente coordenado pela Comissão Especial de Combate ao

Tabagismo da Associação Médica Brasileira, transformada em Comissão Permanente, em 1986. Sendo lançado oficialmente em 12/08/79, em seu IX Congresso e XVII Congresso da Associação Médica Fluminense, realizados em Niterói, RJ. Outros Estados promoveram eventos semelhantes. (MIRRA & ROSEMBERG/ AMB)

Sob a ótica da Promoção da Saúde e prevenção de agravos, desde 1989, o Ministério da Saúde por meio do INCA, coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada. O programa visa a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao consumo do cigarro no Brasil. Com ações direcionadas à estimular: adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; na redução do início do tabagismo entre jovens; na cessação de fumar e na redução da exposição à fumaça de cigarro no ambiente. (BRASIL, 2011)

Preocupados com o aceleração vertiginoso da epidemia de tabagismo, em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os Estados Membros das Nações Unidas propuseram a adoção do primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública da história da humanidade. Tratando-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que determina um conjunto de medidas cujo objetivo precípua é deter a expansão do consumo de cigarro e seus danos à saúde. Foi adotado por unanimidade na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, no mês de maio de 2003. (BRASIL, 2004)

Ramos, Soares & Viegas (2009, p. 1500) afirmam que o Brasil,

exerceu importante papel ao presidir todas as negociações referentes ao tratado, que envolveram 192 países. Sua eleição, por consenso, para presidir as discussões, deu-se pelo avanço no controle do tabagismo; porém, a resistência interna enfrentada foi muito grande, para que pudesse obter o aval do congresso nacional, devido à grande pressão da indústria do fumo no país.

No período de 1988 a 2000, foi elaborado o Plano de Trabalho que visava a ordenação das ações governamentais e articulação não governamental de controle do cigarro no Brasil. Com isso, procurava conseguir um maior planejamento e o aumento da abrangência das ações realizadas. (ROMERO, COSTA & SILVA, 2011)

A primeira Lei Federal de controle do tabagismo do país, nº 7.488/86 determinou que o Poder Executivo, por intermédio do MS, realizasse uma campanha anual, de âmbito nacional, visando a alertar a população para os malefícios advindos do uso do fumo. Usaria o dia 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo, como referência, e com isso trabalharia as ações educativas na semana antecessora, chamando a atenção do público alvo. (ROMERO & SILVA, 2011)

Corroborando sobre o assunto, Iglesias (2007) afirmou que o alicerce do PNCT é a legislação que entrou em vigor em 1996 iniciando as ações de luta contra os prejuízos do fumo, restringindo o uso do cigarro em alguns ambientes como: teatros, escolas, escritórios de governo e no sistema de transporte público. Também foram incluídas advertências em maços de cigarros e campanhas nos meios de comunicação. Cabe salientar que Brasília é hoje, a primeira cidade brasileira livre de tabaco.

Por meio do Decreto n.º 3136/99, foi criada a Comissão de Controle do uso do cigarro, para auxiliar o governo brasileiro. Sendo substituída em agosto de 2003 pela atual comissão nacional, para programar a Convenção-Quadro no controle do cigarro, o que tem fortalecido o caráter intersectorial das ações e com estratégias de controle do tabagismo. (BRASIL, 2004)

As principais atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo na condução do PNCT são:

Instituto Nacional de Câncer esfera Federal: Subsidiar o Ministro da Saúde na formulação e planejamento do Programa; Coordenar a formulação, aplicação e monitoramento de programas nacionais multissetoriais integrais; Divulgar a Política no SUS, nos demais Ministérios e outros órgãos do Poder Legislativo, Judiciário e Executivo; Prevenção da iniciação no tabagismo, promoção e apoio a cessação, para alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas; À implementação de medidas da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, voltadas para a regulação dos produtos do tabaco; A restrição da propaganda, o patrocínio e a promoção destes produtos; o combate do mercado ilegal; as medidas de preços e impostos sobre o setor de fumo que sejam eficazes para redução do consumo; a proteção do controle do tabaco da interferência indevida da indústria do tabaco e/ou de organizações associadas à mesma; Implementação do PNCT e Programação do processo de avaliação para o controle do tabaco, garantindo tecnologias adequadas; Promover a articulação com os

Estados e os Municípios para apoio à implantação do PNCT; Definir e apoiar as diretrizes de capacitação e educação contínua; Elaborar materiais educativos; Elaborar e desenvolver sistema de informação para monitoramento das ações para o controle do tabaco; Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo do controle do tabaco; Federal/Secretaria de Vigilância à Saúde: Elaborar, coordenar e executar, em parceria com o INCA, pesquisas, estudos que componham sistemas de vigilância sobre o controle do tabagismo. (CARVALHO, 2011apud. INCA/MS)

Secretaria de Ciência/Tecnologia e Insumos Estratégicos esfera Federal: adquirir e distribuir os medicamentos para cessação de fumar entre os municípios; Secretaria Executiva/Federal: Coordenar e monitorar o indicador de redução de prevalência do tabagismo; (CARVALHO, 2011apud. INCA/MS)

Agência Nacional de Vigilância/Sanitária (ANVISA): Regular os produtos fumígenos derivados do tabaco; Fiscalizar o cumprimento da lei nº 9.294/94. (CARVALHO, 2011apud. INCA/MS)

Coordenações do Programa na esfera Estadual: Coordenar a aplicação do programa estadual em conformidade com as disposições do PNCT; Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite as ações e a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação do programa estadual; Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas para o controle do tabagismo; Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto do Programa no estado Alimentar o sistema de informação para monitoramento das ações de controle do tabagismo no âmbito do estado; Promover a articulação com as regionais e seus municípios para apoio à implantação do Programa. (CARVALHO, 2011apud. INCA/MS)

Coordenações do Programa na esfera Municipal: Coordenar a aplicação do programa municipal em conformidade com as disposições do PNCT; Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite as ações e a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação do programa municipal; Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas para o controle do tabagismo; Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto do Programa no Município; Alimentar o sistema de informação para monitoramento das ações de controle do tabagismo no âmbito municipal; Promover a articulação com unidades de saúde, escolas e

ambientes de trabalho para implantação do Programa; Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo do controle do tabaco. (CARVALHO, 2011apud. INCA/MS)

Quanto à divisão de funções entre as esferas de governo e os órgãos públicos para a estratégia do tratamento do tabagismo no SUS, cabe ao órgão federal/INCA auxiliar o MS no planejamento de políticas públicas, na elaboração de instrumentos de regulação, a elaborar materiais educativos e planejar os programas de insumos. O financiamento, obtenção e distribuição dos medicamentos ficam sob a responsabilidade do SCTIE-DAF. Fica a cargo da esfera estadual a coordenação das estratégias referentes ao estado, capacitação dos profissionais de saúde e consolidação das informações sobre distribuição de insumos e do atendimento. A esfera municipal é responsável por garantir a acessibilidade do tratamento aos tabagistas com implementações de estratégias para o tratamento do tabagista. (CARVALHO, 2011)

No SUS, o desenvolvimento de ações no tratamento do fumante requer uma coordenação aberta e atuante, uma vez que a articulação entre as esferas federal, estadual e municipal sofre entraves organizacionais que dificulta a prática das ações planejadas. (CARVALHO, 2011)

O GCT no município estudado realiza a abordagem ao tabagista com campanhas educativas e com o Grupo de Controle do Tabagismo que realiza avaliação, acompanhamento com fundamentação cognitiva comportamental e apoio medicamentoso. O tabagista pode estar se inscrevendo nas Unidades Básicas de saúde de seu bairro.

O Grupo Terapêutico da Abordagem ao Fumante é um tratamento que acontece sob a coordenação e acompanhamento de profissionais capacitados e com duração de um ano, sendo requisito essencial à presença do fumante nos encontros. O foco principal do tratamento não é o apoio medicamentoso, mas a mudança de hábitos, de estilo de vida e a mudança de comportamento.

Carvalho (2011 p. 80) descreve a configuração do Programa de Controle de tabagismo conforme Protocolo Clínico.

O Protocolo Clínico adotado para o tratamento do tabagismo define que o paciente deverá passar por uma consulta de avaliação clínica, antes de participar das sessões de abordagem cognitivo-comportamental. Essas sessões podem ser individuais ou em grupos de apoio, sendo a preferência

pelo tratamento em grupo, com 10 a 15 participantes. São realizadas 4 sessões semanais estruturadas no 1º mês, seguidas de 2 sessões quinzenais no 2º mês e 1 sessão mensal até completar 12 meses, como prevenção da recaída. Durante o período de tratamento, os pacientes que tiverem indicação poderão utilizar um apoio medicamentoso, por meio do adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina ou cloridrato de bupropiona.

O MS/INCA disponibiliza ainda manuais aos participantes para auxiliar o profissional que conduz o GCT, bem como, para orientar e motivar os tabagistas no decorrer do tratamento.

O tratamento em grupo pode depender de estágios motivacionais que vão além da consciência e percepção do problema a capacidade de decisão e término do tratamento. Os estágios motivacionais segundo Pochaska são apresentados a seguir para melhor entendimento do processo de mudança de comportamento para acontecer a cessação do uso do tabaco.

Quadro 01: Estágios de preparação para a mudança.

Estágio de mudança	Incentivo à mudança
Pré-contemplação: negação, sem reconhecimento do problema; sem interesse na mudança nos próximos seis meses. "Eu não vou".	Aumento da consciência da necessidade da mudança por meio de informação. Aumentar a percepção, promovendo ambivalência .
Contemplação: reconhece o problema, É ambivalente; riscos e benefícios da mudança "Eu penso em".	Relação dos prós e contras da mudança e busca de apoio à mudança. Aumento da motivação e confiança e criação de expectativas positivas
Preparação: planejamento para a mudança, início de algumas mudanças e intenção em tomar ações de mudança no prazo de um mês. "Eu vou".	Solução da ambivalência e acordo sobre a mudança. Elaboração de um plano de ação com definição dos passos, tempos e incentivos.
Ação: as mudanças ocorrem e os novos comportamentos aparecem; mudando numa ação específica. "Eu estou"	Aumento da autoeficácia para efetivar a mudança. Capacidade de solução dos problemas que surgirem no curso da ação.
Manutenção: confiança crescente e a superação das barreiras ocorre; mudanças persistentes de seis meses a cinco anos. "Eu tenho estado".	Motivação e aumento da autoeficácia. Paciência, persistência e conscientização da necessidade de mudança. Apoio à pessoa para identificar e aplicar estratégias de prevenção de recaída.
Relapso: falha na manutenção, recaída, retorno ao comportamento antigo, volta	Entendimento das causas da recaída e aprendizagem sobre a sua superação. Apoiar a pessoa a renovar os processos

a um estágio anterior	de contemplação, preparação e ação, incentivando a afastar-se da imobilidade e da desmoralização da recaída.
-----------------------	--

Fonte: Mendes (2012) apud Prochaska e DiClemente (1986).

O estudo destes estágios faz entender o ciclo do processo de tratamento do tabagismo nos GCT. Entende-se a importância de respeitar cada etapa de mudança e os prováveis motivos do insucesso e recaída. A partir destes estágios é possível estabelecer estratégias para a abordagem, tratamento e manutenção do tratamento.

4 METODOLOGIA

A metodologia proporciona ao pesquisador a direção e o método para que a pesquisa encontre resultados fidedignos a realidade, chegando aos objetivos propostos.

Martins (2008) define a metodologia como sendo a fase concreta do planejamento das atividades necessárias para a aquisição dos dados, os quais se desenvolverão os raciocínios que resultarão no trabalho final, de acordo com os objetivos propostos.

4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, neste método, a interligação de diversas informações pode ser comparada, permitindo uma maior abertura da perspectiva da investigação e o aprofundamento da análise dos dados.

A abordagem qualitativa utiliza diversas estratégias de investigação, alternando em pensamentos modernos, perspectivas ideológicas, pontos de vistas filosóficas e diretrizes de procedimentos sistemáticos que acontecem no cenário natural, característica da pesquisa de campo, onde, o pesquisador participa e conduz a pesquisa, já a quantitativa desenvolve estudo com descrição numérica de tendências, atitudes ou opiniões da população ou de uma amostra dela. (CRESWELL, 2007)

Na pesquisa qualiquantitativa criam-se condições mais favoráveis à superação de eventuais distorções e erros durante todo o processo da pesquisa. (SANTOS, 2009)

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, transversal, retrospectiva e de campo.

Quanto aos objetivos se caracterizou como exploratória descritiva, pois, visou explorar uma realidade já ocorrida e avaliar seu efeito nas pessoas envolvidas, neste caso, os tabagistas.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar a visibilidade dos temas propostos, trazer a tona os problemas e gerar possibilidades de discussão para fim de compreensão. É descritiva por elencar informações sobre o tema proposto, descrever acontecimentos abordando os aspectos desta realidade em conformidade com os métodos utilizados. (GIL, 2007)

Caracteriza-se pesquisa de campo por realizar a coleta de dados junto aos objetos da pesquisa. (GERHADT & SILVEIRA org., 2009).

Diferencia-se como estudo transversal porque os dados são obtidos em um recorte momentâneo do fenômeno investigado, fornecendo uma indicação e não a dinâmica completa do processo estudado. É caracterizada-se por retrospectiva por tratar-se de fatos já ocorridos. (JUNG, 2011)

Com relação à coleta de dados se caracterizou como pesquisa de campo em conformidade com Minayo (2007) onde o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com o ambiente natural, estabelecendo uma interação com as pessoas que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz a pesquisa. MINAYO (2007)

4.3 LOCAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um município localizado no Extremo Sul de Santa Catarina, a 200 km de Florianópolis (capital do estado) Possui clima temperado numa altitude de 46m acima do nível do mar. (SC, S/ANO)

O município teve sua fundação em 06 de janeiro de 1880. Foi colonizado por imigrantes de diversas etnias: Italiana, alemã, polonesa, portuguesa e africana. É hoje, o maior município do Sul Catarinense e um dos cinco maiores de Santa Catarina, seja no âmbito populacional ou na esfera econômica. Classificada como a 42ª melhor cidade do Brasil para fazer negócios, pela Revista Exame. Suas principais atividades econômicas se encontram no setor cerâmico e na indústria da moda e vestuário, de plásticos descartáveis, de tintas e de vernizes. (SC, S/D)

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram da pesquisa: o coordenador do PMCT, 16 profissionais condutores/responsáveis pelos GCT e, 558 participantes dos GCT no período de 2007 a 2011, dos 558 participantes dos GCT, 167 corresponderam aos critérios de inclusão e fizeram parte da amostra enquanto que 391 corresponderam aos critérios de exclusão.

A seguir apresentam-se os critérios de inclusão e exclusão dos profissionais e dos participantes dos grupos:

- Critérios de inclusão dos profissionais de saúde:

Aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Res. 196/96.

Maior de dezoito anos com condições de responder as perguntas.

Profissionais que mantêm vínculo empregatício com o Município pesquisado.

- Critérios de exclusão dos profissionais de saúde:

Não aceitação de participar da pesquisa de acordo com a Res. 196/96.

Menor de dezoito anos sem condições de responder as perguntas.

Profissionais que não mantêm vínculo empregatício com o Município pesquisado.

- Critérios de inclusão dos participantes dos GCTs:

Aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Res. 196/96.

Ter participado do PMCT no município de Criciúma – SC.

Maior de dezoito anos com condições de responder as perguntas.

Com dados disponíveis para devida localização.

Disponibilidade em comparecer na unidade básica de saúde do seu bairro conforme agendamento por telefone com a pesquisadora.

Que esteja de acordo com os critérios descritos no item 4.6 momento da pesquisa/coletas de dados.

- Critérios de Exclusão dos participantes dos GCTs

Não aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Res. 196/96.

Não ter participado do PMCT no município de Criciúma – SC.

Ser menor de dezoito anos e não ter condições de responder as perguntas.

Não ter dados disponíveis para devida localização.

Não ter disponibilidade em comparecer na unidade básica de saúde do seu bairro conforme agendamento por telefone com a pesquisadora.

Que não esteja de acordo com os critérios descritos no item 4.6 momento da pesquisa/coletas de dados.

A exclusão de 391 participantes dos GCTs deu-se pelos seguintes motivos: 58 não atenderam ao telefone, mesmo após três tentativas em dias diferentes; 26 por número inexistente; 02 falecidos, 01 por não ter condições cognitivas para responder as perguntas; e, 304 por falta de informação nos cadastros; A responsável por uma Unidade de Saúde não forneceu a quantidade, nomes e números de telefone para a pesquisa, totalizando 391 exclusões.

4.5 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados com os profissionais de saúde foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, individual, conforme os momentos da pesquisa.

A coleta de dados realizada por meio do instrumento da entrevista torna o trabalho interativo e proporciona informações reveladoras. Tem a finalidade de obter subsídios pertinentes para um objeto de pesquisa, com abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes direcionados a este objetivo. (MINAYO, 2007)

Em se falando da entrevista semi-estruturada, Minayo (2007), diz que se tem opção de combinar perguntas abertas e fechadas, possibilitando o entrevistado de opinar sobre o assunto abordado sem se prender a indagação formulada.

O Contato e realização da entrevista com coordenadora do PMCT (Apêndice A) para conhecer o funcionamento dos grupos de tabagismo, aconteceu na sala da coordenação do PMCT na Secretaria Municipal de Saúde com

agendamento prévio via telefone. A entrevista se deu após assinatura do TCLE, sem permissão para gravação de voz e teve duração em torno de uma hora. Com esta entrevista foi possível entender melhor a estruturação, funcionamento do programa nas diferentes esferas, as particularidades dos grupos, e obter informações para prosseguir na realização das entrevistas com os profissionais condutores e os participantes dos GCT do município.

Posteriormente realizou-se entrevista com os 16 responsáveis pela condução dos GCTs (Apêndice B) do período de 2007 a 2011 no município em questão. As entrevistas aconteceram nos respectivos locais de trabalho e em momentos oportunos como, por exemplo, no intervalo de reunião. Teve duração variável, entre vinte a cinquenta minutos.

A partir de informações da UBS e condutores/facilitadores do GCT, construiu-se uma lista de participantes dos GCTs de 2007 a 2011, em seguida, contatou os sujeitos via telefone, onde foram bem receptivos, mostraram comunicativos e disponíveis em colaborar com a pesquisa.

A coleta de dados com os participantes GCT se efetivou via telefone. A pesquisadora usou o telefone fixo da sala da Coordenação da Residência Multiprofissional da Unesc, no período das quatorze às vinte horas, de segunda a sexta e nos sábados das nove e trinta às quinze horas, e utilizou ainda, telefone fixo e celular próprios em horários diferenciados, a fim de efetivar maior número entrevistados e corresponder aos horários de disponibilidade dos mesmos. O uso da sala se deu após autorização dos Coordenadores da Residência multiprofissional.

A coleta de dados do grupo 3 que tinha a proposta de agendar a entrevista para um segundo momento não aconteceu, pois, a boa aceitação e disponibilidade dos entrevistados em relatar suas experiências nos GCT no momento do primeiro contato telefônico, fez a entrevista transcorrer naturalmente e assim, obteve-se resultados positivos, facilitando o alcance do objetivo proposto.

A pesquisadora percebeu a alegria apresentada pelos participantes em receberem a ligação e o prazer em relatar a conquista de cessar o uso do tabaco, justificar o porquê parou de frequentar o GCT e/ou não conseguiu cessar o uso.

Os participantes que não concluíram o grupo ou não conseguiram o objetivos de abandonar o uso do cigarro, em sua maioria pediram orientações sobre novos GCT, locais e horários para recomeçarem o tratamento. Sendo também a

maioria, dos que não abandonaram, conseguiram diminuir consideravelmente o uso do tabaco.

Para coletar os dados de forma organizada criaram-se três planilhas correspondentes as características dos grupos:

Grupo 1 (G1) – Participantes que evadiram do GCT; (APÊNDICE C)

Grupo 2 (G2) - Participantes que concluíram o GCT , e não abandonaram o uso do cigarro por pelo menos seis meses; (APÊNDICE D)

Grupo 3 (G3) - Participantes que concluíram o GCT e abandonaram o uso do cigarro por mais de seis meses. (APÊNDICE E)

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados qualitativos foi realizada com a técnica de Análise de Conteúdo com critérios de categorias e subcategorias, sendo que, foi seguido o caminho conforme os propósitos da pesquisa, do objeto de estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica por ele adotada. (MINAYO, 2007).

A análise de dados foi fundamentada nas inquirições colocadas por Minayo (2007), que apresenta a categorização como uma tentativa de se conseguir os objetivos dos dados analisados de forma homogênea. Ou seja, as categorias devem ser obtidas a partir dos mesmos princípios utilizados para toda categorização. Seguindo os seguintes passos: **Ordenar os dados** com incansáveis releituras do material, dos relatos e da observação; **Classificar os dados** a partir do questionamento que fazemos, com fundamentação teórica, com leitura exaustiva, levantamento dos fatos importantes para a pesquisa com elaboração das categorias específicas; **Análise final:** neste momento se articula entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Promovendo relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e prática.

Para a análise quantitativa, os dados foram tabulados em planilhas do Excel após analisados utilizando-se o *software* estatístico SPSS® 20. As variáveis categóricas foram analisadas utilizando teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher ou Mann-Whitney conforme indicado. Sendo considerada a diferença estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

4.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A pesquisa que envolve seres humanos está prevista na resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, esta, requer procedimentos que assegurem o sigilo, a confiabilidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou da comunidade. (BRASIL, 1996)

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. (BRASIL, 1996)

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento que prevê a anuência do sujeito após explicação completa sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos com os potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, sendo que, dá-lhe o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996)

Para os profissionais de saúde que participaram da pesquisa a assinatura do TCLE antecedeu a entrevista.

Para os participantes dos GCTs a assinatura do TCLE, foi combinada via telefone, necessitando da colaboração dos entrevistados em se deslocarem até a UBS de seu bairro e efetivar a assinatura para então considerar os dados coletados para a pesquisa. Nos casos em que os participantes dispunham de algum impedimento para deslocarem até a UBS, a pesquisadora foi até o ambiente domiciliar e/ou trabalho do participante após autorização do mesmo.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Coordenação Municipal do Programa de Controle do Tabagismo

Os dados apresentados a seguir são provenientes da entrevista com a coordenação do programa municipal de controle do tabagismo, o que possibilita a compreensão do mesmo.

O programa de tabagismo existe no município há cerca de 10 anos com grupos realizados desde 2006. Neste período passaram pelo programa cinco coordenadores, sendo que, a entrevistada está nesta função a partir do ano de 2010.

Em 2011 foram realizados grupos em cerca de sete unidades de saúde, incluindo Estratégias Saúde da Família (ESF), CAPS, Unidades Básicas, Policlínicas e 24 Horas.

No início as campanhas eram realizadas em lugares de maneira discreta para não gerar demanda, devido a falta de mão de obra para trabalhar no programa, pois as capacitações dependiam da liberação do estado, demorando até dois anos entre uma e outra. A rotatividade de funcionários e a falta de capacitação dificultava o desenvolvimento dos grupos e gerando demanda reprimida para os grupos.

O PMCT vinculou-se á vigilância em saúde, até então, era vinculada a saúde mental. Esta vinculação com a vigilância contribuiu para o aumento da oferta e qualidade do serviço. Os medicamentos saíram da unidade CAPS II ad e, passaram a ser armazenados no almoxarifado central com supervisão do profissional farmacêutico.

Com a mudança na coordenação estadual, foi deliberado aos já capacitados, capacitar outros profissionais para o GCT em seu respectivo município a partir de 2011, quando ocorreu, a primeira capacitação na referida modalidade, facilitando o atendimento a demanda.

Para facilitar o acesso dos interessados em conhecer o PMCT, participar e se cadastrar em um grupo, a coordenadora criou um *layout* no site da prefeitura. As inscrições são retiradas do site e distribuídas conforme a regional e UBS que pertence o participante. A coordenação do PMCT monitora as inscrições e realiza os GCT quando necessário, conforme ilustra a fala a seguir.

Quando a demanda em certa unidade tinha muitos inscritos e não tinham capacitação ou pessoa próxima para realizar o grupo, “eu” (coordenadora) me desloco até esta unidade e realizo o grupo juntamente com a enfermeira.

Quanto ao funcionamento, os grupos são compostos geralmente de 15 a 20 pessoas, uma vez por semana, por quatro semanas, com duração em torno de

uma hora e meia cada sessão. No início dos grupos realiza-se avaliação médica dos participantes para avaliar principalmente a necessidade de fármacos como coadjuvante no tratamento.

O PNCT teve início com a criação de centros de referência nas unidades onde concentravam maior apoio tecnológico. Nestes centros eram realizadas a abordagem e tratamento para a cessação do fumo, porém não atingiu a demanda esperada. Com este impasse e a demanda que aumentava consideravelmente, os organizadores do programa determinaram a ampliação da abordagem e tratamento do tabagismo para a APS e para a média complexidade por meio da publicação da Portaria GM/MS 1.035/04 regulamentada pela Portaria SAS/MS 442/04 garante o envio de materiais de apoio e medicamentos para o tratamento. (MENDES, 2012)

Segundo a coordenadora, o município pesquisado tem atuação diferenciada, pois, realiza um encontro extra do preconizado pelo Ministério com objetivo de compartilhar a história de vida de cada um, sua identificação, bem como, sua motivação em parar de fumar, utilizando a abordagem cognitiva comportamental. Neste dia são explanados o funcionamento e cronograma dos grupos, a coordenação explicita tal fato a seguir:

Faz-se com eles um tipo de contrato verbal de compromisso com o grupo.

Na segunda sessão é o período que mais acontece desistência. Nesta sessão começa-se a trabalhar os manuais de apoio recebidos pelo INCA/MS. São quatro manuais, para quatro sessões preconizadas. Os demais encontros são realizados quinzenalmente com temas escolhidos pelo próprio grupo. Após alguns encontros quinzenais, acontecem encontros mensais até completar um ano. Os responsáveis pelos grupos devem preencher uma planilha solicitada pelo Estado, serve para garantir o recebimento dos insumos e manuais; realiza-se mensalmente uma reunião com os condutores dos GCT e, a coordenação se reúne com os coordenadores dos municípios vizinhos a cada 03 meses na Regional de Saúde.

A coordenação estima que mais de 1000 pessoas já passaram pela avaliação clínica, e destes, cerca de 800 participaram dos grupos. Porém, não existem dados com precisão porque as planilhas, recebidas das unidades, não são bem preenchidas. E ainda hoje, muitos condutores dos GCT têm dificuldades de preenchê-las e quantificar os dados.

Os dados disponibilizados no momento da entrevista foram:

Quadro 02: N^o de participantes de 2007 ao 1^o semestre de 2011.

Evento	Participantes
Exame médico	922
Usaram medicação	591
Compareceram na 1 ^a sessão	794
Compareceram na 4 ^a sessão	627
4 ^a sessão sem fumar	420

Fonte: Sistema de informação municipal.

Segundo quadro acima 922 pessoas passaram pelo exame médico. Na primeira e quarta sessões os números caem para 794 e 627 respectivamente, destes, 420 estavam sem fumar na 4^a sessão. Ao todo 591 pessoas fizeram uso de apoio farmacológico. Porém como mencionado pela coordenadora, estes dados não são fidedignos, devida a falha na alimentação do sistema.

Segundo o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS, os dados enviados pelas Unidades de Saúde à coordenação Municipal, passa pelas diversas esferas de secretarias: Municipal, Estadual, Federal e após chega à coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo no INCA. Estas informações servem como base de análises e posteriores avaliações do programa. (INCA, 2009)

Quando questionada sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer do período na coordenação do PMCT, foram relatadas como facilidades:

O apoio da Secretaria de Saúde como fundamental;

Eu levava as ideias para o gerente da Vigilância em saúde [...] para ele ver e depois Para a SMSS [...], onde ele me incentivava.

O Trabalho em equipe: Os condutores, juntamente com a coordenação, formam uma equipe que planeja e desenvolve ações e eventos antitabagismo. Este trabalho no início do programa era desenvolvido por uma equipe reduzida e passava por dificuldades, porém, vista como positiva na avaliação da entrevistada, quando relata que:

A equipe que trabalha junto, mesmo reduzida e com as dificuldades.

A satisfação dos usuários: Mesmo os usuários que não conseguem parar totalmente o uso do cigarro, diminuem o consumo consideravelmente. Esta conquista deixa-os satisfeitos e com visão positiva do grupo. Para a coordenação é gratificante ver o interesse satisfação do usuário com o trabalho realizado. Confirma-se com a fala:

O próprio usuário, sua satisfação é gratificante.

Interlocução com ABS: O grupo torna-se uma fonte de educação em saúde, transpondo a ideia de grupo de apoio. São abordados temas distintos, relacionados à atenção básica a saúde.

A possibilidade de abordar ações, assuntos diversos nos grupos, como ABS, gestantes.

Central de abastecimento: Com a mudança do local de dispensação dos fármacos, facilitou os trabalhos, pois no almoxarifado conta-se com o apoio e supervisão do profissional farmacêutico.

O PNCT “considera essencial o trabalho conjunto entre as Coordenações de Controle do Tabagismo e a Assistência Farmacêutica em todos os níveis”. (INCA, 2009, p. 07)

A dificuldade salientada pela coordenação se relaciona a demora na realização da capacitação nos anos anteriores, pois, dependia da oferta do Estado até o ano de 2011 conforme comentado anteriormente e a dificuldade de obter os dados das unidades de saúde, devido a falta de informações e lacunas nos preenchimentos das planilhas.

Ao finalizar esta entrevista solicitou-se o campo para pesquisa, bem como, nomes e telefones dos participantes dos grupos realizados no ano de 2007 a 2011 para viabilizar as entrevistas telefônicas.

5.2 Condutores dos Grupos de Controle de Tabagismos

Neste momento apresenta-se o resultado da pesquisa relacionada às entrevistas realizadas com os condutores dos GCTs. Participaram desta pesquisa

16 profissionais da saúde que atuaram diretamente na condução dos Grupos de Tabagismo (GCT). Quanto a caracterização destes profissionais, Afirma-se que:

Quinze são do sexo feminino e 01 masculino, com idades entre 23 a 50 anos. Quanto ao estado civil 10 são casados, 03 solteiros, 02 em união estável e 01 divorciado, sendo, 12 profissionais enfermeiros, 03 profissionais psicólogos e 01 profissional médico. Com tempo de atuação no GCT de 04 meses a 10 anos.

Os GCT foram realizados em 10 unidades de saúde, uma unidade 24 horas, Caps II e Caps II ad.

Quadro 03: GCTs realizados pelos profissionais entrevistados:

Nº Profissionais	Nº GCT realizados
04	01
03	02
02	03
02	04
01	05
01	12
03	20

Fonte: Dados da Pesquisa.

Dos profissionais entrevistados, 02 deram continuidade em um GCT já iniciado, devido a mudança de local de trabalho dos profissionais responsáveis, sendo que 01 não possuía a capacitação no momento da entrevista.

Ao analisar as entrevistas surgiram 06 categorias das quais, emergiram as subcategorias, ilustradas no quadro a seguir:

Quadro 04: Categorias e Subcategorias que emergiram das entrevistas

Categorias	Subcategorias
1 Funcionamentos do grupo GCT.	Preconizado pelo MS.
2 Motivação para realizar a capacitação e condução do GCT.	2a - Acabar com o cigarro 2b – Oportunidade 2c - Demanda reprimida

3 Facilidades encontradas para a condução dos GCTs.	3a - Boa comunicação e respeito mútuo. 3b - Participantes motivados 3c - Parcerias disponíveis 3d - Grupos pré determinados pelo MS e com Manuais
4 Dificuldades encontradas para a condução do GCT	4a - As pessoas não estão preparadas 4b - Querem, mas, não conseguem participar 4c - Grupos grandes são difíceis 4d - Nem sempre temos os insumos necessários
5 Evasão do GCT	Não gerou categorias
6 Cessaram o uso do cigarro	Não gerou categorias
7 Motivos da não cessação do cigarro	7a - Estresse e aumento de peso 7b: Sentimento de perda
8 Recidiva ao cigarro	Não gerou categorias

Fonte: Dados da Pesquisa.

Categoria 1: Funcionamento do grupo

Na primeira categoria os profissionais relataram a maneira como são conduzidos os grupos. Desta categoria não surgiu subcategoria, visto que, os resultados se complementam, pois, a formatação sugerida pelo MS é seguida uniformemente por todos, além do acréscimo de um encontro inicial conforme combinado no município do estudo.

Para contemplar as particularidades apresentadas nas falas abordaremos o funcionamento do grupo em diferentes tópicos, são eles: entrevista, apresentação, sessões programadas nos manuais, sessões de manutenção, medicação, depoimentos e a participação dos demais profissionais.

No primeiro contato com o interessado é realizada a entrevista. Após, são chamados, via telefone, para a data de início do GCT, onde é realizada a primeira sessão.

O MS preconiza os quatro encontros dos quais vem estabelecido nos manuais, porém mencionou fazer um encontro extra no início para apresentação dos

participantes, traçar os objetivos do grupo e ver o estímulo para a cessação do uso do cigarro. Conforme ilustram as falas a seguir:

[...] uma dinâmica de apresentação e uma entrevista. Cada um fala um pouco de si, da história tabagista e da história de vida de cada um assim, os valores, a profissão, a idade onde mora. Então a princípio a primeira sessão é esta. Conhecimento do grupo. (P1)

[...] o primeiro encontro é onde tu colocas todas as orientações do grupo, combina com eles como que vai acontecer, principalmente com relação as faltas que não podem faltar no grupo, é algo muito sério. Se alguém falta tem que ter uma justificativa muito importante, né. [...] não toleramos atraso, as questões mesmo de deixar bem claro pra eles que o grupo é algo sério e não uma coisa assim solta. Que tem início meio e fim, têm regras pra ser cumpridas tanto nós profissionais, como por eles paciente. Porque se eles querem largar de um vício tem que ter disciplina né. E a disciplina já tem que começa em cumprir horário, pontualidade. (P2)

Depois do encontro de apresentação, são realizadas as quatro sessões semanais seguindo os manuais disponibilizados pelo MS. P7 menciona os quatro manuais e também o encontro extra. Entre estes encontros, são realizadas as consultas médicas e disponibilizados os fármacos e o apoio nicotínico. Ocorrendo conforme disponibilidade do profissional médico e fornecimento de insumos pela secretaria municipal. Veja a fala seguinte:

Ele é assim ó, a gente trabalha com um manual que tem um conteúdo de quatro encontros, que é o manual 1, 2, 3 e 4. Mas além desse manual a gente faz um encontro a mais no início, antes desses quatro, para dar mais tempo. Porque a sessão número um ela ficaria muito longa, a número um é pra ti explicar quais os efeitos do cigarro na saúde da pessoa, e é um baque, é um susto bem grande, assim. (P7)

O Manual do Participante, “Deixando de Fumar sem Mistérios”, é o material de apoio utilizado durante as sessões de abordagem cognitiva comportamental, enviado pelo MS aos municípios. Esse manual fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar, assim como na prevenção da recaída. Os medicamentos que são adquiridos

pelo MS são: Adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7 mg; Goma de mascar de nicotina 2mg; Pastilha de nicotina 4mg; e Cloridrato de bupropiona 150 mg. (INCA/MS, 2009)

As sessões de manutenção variam conforme o profissional mediador e a vontade ou assiduidade dos participantes. Após as primeiras cinco são realizadas as sessões de manutenção, em torno de três sessões de 15 em 15 dias e as demais mensalmente enquanto os participantes estiverem interessados, não ultrapassando um ano.

Aí depois destes 04 encontros, o primeiro de apresentação e os 04 dos manuais, lá. Aí passa a ser quinzenal, né. Depois mensal, pra depois, só que dificilmente depois do mensal eles voltam. A gente não consegue fazer acompanhamento durante um ano com eles. Mesmo os que pararam eles não voltam, acham que já está bom. Os que não pararam acham que não precisam mais e os que pararam também acham que não precisam mais. (P10)

Temos 04 encontros semanais, 04 quinzenais e 01 ano de encontros mensais para manutenção. (P15)

Algo relatado e pontuado como interessante pelos profissionais foi a presença de ex-fumantes que cessaram o uso do cigarro por meio de participação do GCT, para darem seus depoimentos nos grupos em andamento. Serve de apoio e encorajamento aos demais. Os GCTs contam também, como já mencionados, com profissionais de outras áreas que trabalham os prejuízos do uso do cigarro e os benefícios da cessação, destacando cada área profissional abordada, bem como, estratégias de enfrentamento as reações ao tratamento. Confira nas falas seguintes:

Aí eu sigo o que tá ali no manual e quando dá trago alguém de fora. Teve um dia que foi a dentista que trabalha comigo e falou com eles, foi bem proveitoso. Eles mesmos gostaram e disseram que tem que ter o tratamento de choque. (P9)

As pessoas do grupo eram motivadas a falarem sobre seu contato com o tabaco. Procurava também trazer um ex- usuário para dar seu depoimento. Ao final do tratamento era realizada uma confraternização. (P14)

Segundo INCA/MS (2009) o PNCT objetiva diminuir o número de usuários de tabaco e conseqüentemente a diminuição das morbimortalidades decorrentes do tabagismo, por meio de ações que viabilizem o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Categoria 2: Motivação para realizar a capacitação e condução do GCT

Na categoria da motivação surgiram três subcategorias relatadas e discutidas abaixo:

Subcategoria 2a - Acabar com o cigarro

Alguns dos entrevistados mencionaram preocupação com o uso indiscriminado do cigarro e a necessidade de interferir neste processo, viabilizando aos participantes participar do GCT onde possibilitaria a eles o apoio para cessar ou diminuir o consumo, uma vez que estes, não conseguem fazê-lo sozinhos.

Esta motivação deve-se ao fato de acreditarem que o cigarro é uma questão de saúde pública, por ser ele fator determinante e agravante de doenças. Como confirmam as falas a seguir:

Sempre achei que tinha que acabar com o cigarro. Ele é, o cigarro é um importante causador e agravante das doenças. É uma chance de ajudar estas pessoas a se livrar deste vício. (P1)

Porque eu acho que é um problema de saúde pública muito relevante o tabagismo, né. Acho que tentar interferir neste processo é importante. (P11)

Na avaliação da OMS o tabagismo é o maior agente isolado, evitável, de morbidade e mortalidade no mundo, pela exposição à cerca de 4.720 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. Estima-se que pela dependência de

nicotina, será a maior causa de morte, vitimando mais que a tuberculose, AIDS, acidente de trânsito, homicídios, suicídios, drogas ilegais e alcoolismo somados. Estes dados são alarmantes para a saúde pública, uma vez que, ocorrem mortes prematuras e evitáveis. Caso o padrão de consumo não seja revertido, está previsto com relação aos números de 2002, um aumento de 100% nas mortes para o ano de 2020 nos países em desenvolvimento. (OMS, 2002; FALCÃO & COSTA, 2008; INCA, 2009).

Subcategoria 2b – Oportunidade

A segunda subcategoria de motivação dos profissionais surgiu mediante a oferta do curso preparatório pela Secretaria Municipal do Sistema de Saúde do município e o convite para participarem, conforme ilustram as falas a seguir:

Eu foi a oportunidade mesmo. Saiu a oferta pra eu ter essa capacitação, aí me interessei e resolvi fazer. (P4)

Na verdade eu fui convidada pela psicóloga, que hoje é a coordenadora, pra fazer, aí eu achei bastante interessante [...]. (P60)

A oferta de capacitação incentiva os profissionais, por isso, é tão importante que as instituições utilizem este artifício na contribuição para o fortalecimento e implementação do SUS e das políticas de formação no campo da saúde. Para isso, as organizações e instituições precisam cada vez mais do envolvimento dos profissionais, oferecendo maiores oportunidades de educação permanente em troca de comprometimento com os objetivos estabelecidos. (RUTHES & CUNHA, 2009; FORTUNA Et al, 2011)

Subcategoria 2c: Demanda reprimida

Os profissionais relataram que foram motivados para realizar a capacitação e condução dos GCTs, durante a atuação nas Unidades de Saúde, devido a solicitação da comunidade.

Percebe-se nas falas a seguir, a necessidade percebida:

[...] atuava na unidade de saúde que tinha uma demanda bem grande de pessoas que precisavam participar [...]. (P10)

A demanda que chegava à unidade de saúde. (P14)

Atualmente a disseminação dos grupos do programa levam as pessoas às unidades de saúde para conhecerem melhor a proposta e o fato de o cigarro estar envolvido diretamente a algumas doenças aumenta a procura da assistência à saúde, necessitando de profissionais capacitados e motivados para suprir esta demanda.

No início dos trabalhos de implantação do PNCT encontrou-se um obstáculo na realização, pois, o credenciamento de centros de referência em abordagem e tratamento do fumante ficou limitado às unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados, deixando o serviço limitado, diante disso, provocou pressão intensa de fumantes que almejavam parar o uso do cigarro e precisavam de tratamento. (INCA/MS, 2009)

Após estudos e discussão do Grupo de Trabalho sobre tabagismo do INCA foi publicada a Portaria GM/MS 1.035/04, em vigor até 2009, onde foi revogada pela Portaria GM/MS 2.048/09 que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para Atenção Básica e Média Complexidade. A partir desta portaria, ficou definido que os materiais de apoio e medicamentos seriam adquiridos pelo MS e encaminhados aos Municípios com Unidades de Saúde capacitadas e credenciadas para a abordagem e tratamento do tabagismo. (INCA/MS, 2009)

Categoria 3: Facilidades encontradas para a condução dos GCTs

Nesta categoria abordam-se as facilidades encontradas pelos profissionais de saúde na condução do GCT. As características do condutor, as características dos participantes, o apoio da equipe multiprofissional e a formatação que o grupo possui, foram evidenciadas como subcategorias discutidas a seguir:

Subcategoria 3a: Boa comunicação e respeito mútuo.

Nesta subcategoria as características dos entrevistados foram vistas como facilitadoras na condução do GCT. A comunicação e transparência devem ser inerentes ao profissional para transmitir confiabilidade aos participantes; Conhecer a comunidade em que está inserido facilita a interação com o grupo; O respeito entre os participantes e o profissional no momento de decidir o caminho a ser seguido também foi mencionado como facilidade na condução do grupo. As falas que seguem demonstram as ideias dos profissionais:

Tem que ser comunicativa e transparente. Tem que ser, pra ti passar confiabilidade pra eles, confiança. (P1)

[...] eles falam mais do que a gente, tem sessões que eles falam mais, então eles gostam, porque aí a gente decide em conjunto como vai ser o grupo. Então tem um respeito assim bem grande de mim com eles e eles comigo também, né. (P6)

É essencial iniciar um trabalho com grupos de forma receptiva e aberta para criar o vínculo necessário e conseguir o objetivo a que se propõe em prol da coletividade. O principal dilema na condução do grupo é encontrar o equilíbrio nas intervenções dos conteúdos que emergem na dinâmica grupal, que engloba o contexto científico, mas também no emocional que surgem a partir do contato com o grupo e com as expectativas que ele levanta. (MOTA & MUNARI, 2006)

Conhecer melhor o grupo, conversar, ser espontâneo e a maneira de olhar para as pessoas são atitudes que causam efeitos positivos na abordagem e no trabalho do profissional da saúde. Pois no coletivo e na possibilidade da mudança este processo de discussão necessita de escuta atenta e olhares de compreensão nas situações expostas e, entendimento do não exposto. Desta maneira os participantes se sentem cuidados e o condutor do grupo alcança o objetivo. (FORTUNA et. al., 2011)

Subcategoria 3b: Participantes motivados

A segunda subcategoria trás as características dos participantes, como facilitadoras. Os entrevistados afirmam que os participantes facilitam a condução, participação e adesão nos GCTs, quando: são assíduos; desejam cessar o uso do

cigarro; interagem e, se motivam a partir do respeito mútuo principalmente com relação a postura ética nos depoimentos.

Percebe-se esta discussão nas falas a seguir:

[...] porque os próprios pacientes interagem, um vai interagindo com a história do outro, um vai motivando o outro, e isso o grupo consegue né, passando essa motivação um pro outro que consegue. (P5)

Os pacientes procuram porque querem parar. É diferente de um grupo de hipertenso e diabético. (P8)

Nesse processo de produção de subjetividades, o grupo e seus integrantes produzem narrativas e acontecimentos, aonde vão se estabelecendo e delineando estratégias comportamentais e de aprendizagem. Articulam-se na perspectiva de perceber a realidade numa relação mutuamente modificadora. (FORTUNA et. al., 2011)

No âmbito do GCT esta interação se faz necessária para a troca de experiência e aprendizado individual a partir da coletividade. Onde cada participante absorve para si aquilo que lhe será útil em seu tratamento e se fortalece para o enfrentamento das reações e mudanças advindas.

Subcategoria 3c: Parcerias disponíveis

Os profissionais mencionaram o apoio e parceria de outros profissionais responsáveis por GCT, do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e da coordenação do PMCT, como facilitadores neste processo, com trabalhos, orientações e contribuição na condução do grupo. Como mostram as falas abaixo:

O que facilita é a parceria [...] elas (profissionais colegas) virem aqui ajudar, orientar: “não meninas vamos fazer assim, assim que faz, que assim fica melhor”, porque elas já tinham uma certa experiência, né? Outro facilitador foi a participação do pessoal do NASF que a gente convidou eles e eles vieram prontamente. Vieram, ajudaram, deram a contribuição deles. (P2)

O apoio da coordenação, tudo que precisava de dúvidas e de esclarecimentos, de ajuda a coordenação estava sempre pronta pra que precisasse. (P9)

É importante no trabalho em grupo o apoio de profissionais com habilidades e conhecimentos particulares usados para a coletividade. O momento delicado requer abordagem multidisciplinar para auxiliar nos desafios das mudanças e na assimilação da realidade a partir desta transformação. Além de prepará-los para esta transformação o coordenador e equipe tem a tarefa de prepará-lo para o enfrentamento e automanutenção desta mudança, uma vez que o grupo é pontual.

O trabalho em equipe na saúde vai além de cumprir tarefas em conjunto. Cada integrante desta equipe é conhecedor de um saber, de uma história de vida, e com uma formação específica que pode articular estas características individuais para desenvolver um trabalho coletivo, um trabalho em equipe. (FORTUNA, 2005)

Subcategoria 3d: Grupos pré determinados pelo MS e com manuais

A quarta subcategoria surgiu dos muitos relatos pelos profissionais, por entenderem a proposta de trabalho em grupo importante para a aquisição de resultados positivos e por conhecerem a formatação do GCT que possui subsídios próprios disponibilizados pelo MS, onde torna o grupo pontual e com uma didática própria, facilitando sua condução. Dentro deste contexto, o GCT possui credibilidade de eficácia, a qual é disseminada pelo resultado percebido nos primeiros encontros tornando estimulante e atrativo ao condutor.

Os manuais recebidos pelo MS direcionam o grupo por trazerem os encontros pré-estabelecidos e serem disponibilizados para os participantes. Com esta projeção pré-estabelecida com número de participantes definido se consegue dar seguimento nos trabalhos de forma mais compreensiva, abordando um assunto cada dia. Esta formatação deixa o grupo com a particularidade de ter o começo, meio e fim, o que não acontece em outros grupos e programas.

Percebe-se nas falas a satisfação dos profissionais quanto às facilidades encontradas nesta subcategoria.

O que motivou é que é um grupo que a gente vê o resultado de imediato, diferente do hipertenso e diabéticos que leva um certo tempo pra você perceber as mudanças. E o tabagismo não. O tabagismo parece que eles estão mais interessados, eles estão preocupados realmente com a saúde apesar das dificuldades que eles apresentam pra estar largando o cigarro. [...] Foi a participação em outro grupo que me motivou. Que acendeu esta vontade de estar trabalhando aqui nesta unidade com estas pessoas. (P2)

As facilidades é o melhor grupo pra se fazer realmente. Que a gente tem da saúde, realmente é o melhor grupo, porque eles querem realmente. [...] cada vez é abordado um assunto diferente, é sobre o mesmo tema, mas o assunto diferente. Daí fica bem legal [...] (P4)

Ai, eu gosto. Porque assim, é um grupo fechado, então assim, tu te baseias nos manuais e nas experiências. (P6)

Facilidade pelo tipo do grupo, por ter as sessões já pré-estabelecidas nos manuais. Facilita o trabalho com eles. Entrega o manual pra eles também facilita. (P9)

A formatação com conteúdo, abordagem do tabagista, estratégias de tratamento e periodicidade dos encontros do GCT são determinadas pelo MS, assim como, a capacitação que possibilita o início do GCT. A proposta pronta disponibilizada pelo MS é vista pelos participantes da pesquisa como benéfica, pois, facilita a condução do grupo.

No entanto, a situação descrita anteriormente merece uma reflexão, pois, pode acomodar o profissional, além de, não incentivar a inovação e reforçar a cultura de lidar com uma condição crônica como se ela fosse aguda. A descontinuidade da proposta devido ao fato de não existir acompanhamento após término do grupo pode deixar o ex-fumante ou fumante desassistido neste período. Salienta-se a importância da educação em saúde como estratégia contínua, pois se trata de uma condição crônica e como tal deve ser enfrentada.

Na assistência ao tabagista à atuação está na adesão a mudança de hábito com reestruturação de vida e de padrões comportamentais que envolvem a família o trabalho e todo ciclo social. Portanto, esta atitude é difícil e após ser desempenhada requer muita dedicação e apoio para mantê-la. Com isso, pensa-se

no conceito do grupo como apoio e direcionamento para vencer as dificuldades que individualmente não se consegue, uma das formas para este enfrentamento pode ser o grupo operativo.

O grupo operativo (GO) é um conjunto de pessoas ligadas entre si com interesses em comum e com direcionamento prévio por um representante a que se propõem a realizar, explícita ou implicitamente, uma tarefa que constitui sua finalidade, usando como estratégias artifícios estimulantes e significantes que provoquem a interação e o alcance dos objetivos da coletividade. Com isso diz-se que os GO acontecem de maneira singular, nos quais se expressam contraposições, dilemas, conflitos. Para alguns críticos institucionais, significa campo de análise e intervenção de ações, criações de projetos e aprendizagem com perspectiva de entender a realidade com visão modificadora. (FORTUNA, 2011)

Categoria 4: Dificuldades encontradas para a condução do GCT.

Percebe-se que mesmo com as facilidades que o grupo apresenta por ter características próprias, e ser diferente em sua formatação em relação aos demais programas do MS, encontram-se algumas dificuldades que devem ser consideradas na análise e avaliação do trabalho.

Desta categoria surgiram 04 subcategorias relacionadas com: a falta de preparo dos participantes em enfrentarem as mudanças incididas da cessação do uso do cigarro; a dificuldade de acesso relacionada a distância e aos horários causando a diminuição na frequência da participação; o grande número de participantes que dificulta a integração e o resultado final; A falta de apoio a partir do não recebimento dos materiais e insumos do MS;

Seguem as subcategorias com exposição das dificuldades e suas considerações:

Subcategoria 4a: As pessoas não estão preparadas

A primeira subcategoria apresentada aborda a dificuldade dos participantes em estarem abertos às mudanças e as dificuldades que advém da cessação do cigarro em seu cotidiano. Para muitos é difícil aceitar esta mudança de hábito, pois envolve a cultura, valores e uma série de fatores subjetivos. Com isso

requer mais empenho próprio e ajuda dos demais participantes e pessoas que os rodeiam.

[...] tá voltado pra cultura, valores, enfim uma serie de outros fatores, né. Dificuldades é que geralmente as pessoas não estão preparadas. Eles acham que é fácil e na verdade não é fácil. É uma mudança de paradigma uma mudança de hábito, né. (P1)

Quando há oferta de mudança, a situação anteriormente estruturada e segura fica ameaçada. Neste caso, o sujeito entra em conflito e vive momentos de tensão, com manifestações de ansiedade. Quando esta atitude ocorre dentro de padrões normais, a reação é sadia. A perda de costumes e hábitos já conquistados desencadeia reações imediatas de desconforto, angústia, medo, conscientes ou não, que estão interligados aos paradigmas, aos modelos, já incorporados. A primeira reação é retomar sua atitude anterior a qual lhe era aparentemente confortável, pois toda mudança emana uma reação. (MOTA & MUNARI, 2006)

Subcategoria 4b: Querem, mas, não conseguem participar

A subcategoria assiduidade apareceu nas falas pelo fato de ser difícil a participação dos encontros propostos. Devido ao horário do grupo que coincide com o trabalho e não conseguem liberação; para o profissional realizar o grupo a noite se torna complicado; a distância também foi um fator mencionado, uma vez que, alguns grupos aconteciam em bairros vizinhos dificultando a locomoção.

A questão assim, do horário, muitos trabalham. Pra mim fica difícil tá vindo à noite aqui, porque daí eu tenho que vim sozinha né, abrir a unidade, ficar. Então daí fica difícil. (P6)

[...] ali no meu bairro o centro comunitário não estava disponível e algumas pessoas queriam, mas não podiam participar porque era longe, não tinha como ir. Algumas pessoas que cuidam de pessoas idosas acamadas, se fosse no bairro, ia ali rapidinho e voltava, mas até que fosse lá (outro bairro) e voltasse levava mais tempo. Então a principal reclamação era o deslocamento deles. (P9)

Os serviços de saúde devem ser voltados para as necessidades dos usuários, com propostas que atendam a demanda e possibilitem o acesso de qualidade do usuário, ainda mais quando tratamos da Atenção Primária em Saúde que tem como um dos princípios o acesso e se caracteriza por estar próxima da comunidade.

Ao adotar os princípios do SUS, toda instituição de saúde tem o compromisso de atender com qualidade técnica e de forma resolutiva às necessidades de saúde do usuário, reconhecendo o acesso e o acolhimento como fundamentais em qualquer instituição de saúde e, principalmente, nas unidades Estratégia Saúde da Família. Esta organização do serviço dispõe que o acesso não se configure somente pelo número de portas de entrada existentes na rede ou pelo volume de demanda, mas também pela qualidade do cuidado prestado. Portanto, o acesso aos serviços de saúde deve-se assumir como necessidade e direito de cidadania incontestável. (CORRÊA et. al. 2011)

Subcategoria 4c: Grupos grandes são difíceis

Nesta subcategoria os entrevistados relataram que o grupo quando numeroso dificulta o andamento. Os interessados deixam seus telefones e na hora de chamá-los o trabalho se torna difícil; a passagem pela consulta médica também foi vista como desgastante, pois, nem todos tem a disponibilidade de estar colaborando com o grupo e a parte medicamentosa depende do profissional médico. Quando o grupo é numeroso este trabalho fica mais demorado e difícil para os participantes e para o condutor; a interação no grupo fica prejudicada; o tempo se torna pouco para conseguir desenvolver o tema proposto e dar a atenção singular para cada participante.

Dificuldades foi o grupo muito grande né. Como eles são pessoas poliqueixosas exigia muito tempo e o grupo dispersava, criava aquela conversa paralela enquanto um falava. Então ficou difícil de chamar a atenção de todos ao mesmo tempo. De conseguir a atenção deles. (P2)

A gente parte pra chamar as pessoas que estão com a entrevista feita previamente. Então, faz este contato com elas, manda avaliação devolve as avaliações. Aí encaminha para o médico receitar a Bupropiona, se precisa

ou não [...] Isso leva 2, 3 meses pra gente fazer este processo. Aí é muito desgastante. (P10)

Grupos muito grandes também são mais difíceis de trabalhar. Eu procuro trabalhar com 15 no máximo 20. (P11)

Mendes (2012) diz que para o sucesso do GO, os integrantes devem estar em sintonia com os objetivos e dentro de uma temática estabelecida conforme a necessidade deste grupo. O autor ressalta fator primordial para que esta construção da identidade grupal seja possível, o número de integrantes devem ser, no máximo, 15 pessoas. Estes quesitos se fazem precisos para haver a interação e estímulo aos participantes em atuar manifestando opiniões e emoções, para assim fazer parte da história inovadora e o sucesso da coletividade.

Nas falas dos entrevistados a quantidade não deve ultrapassar 20 participantes, considerando que geralmente acontecem algumas desistências nas primeiras sessões, uma vez que, a quantidade de participantes influencia no resultado final. Demonstrando com isso, a necessidade de mais profissionais no trabalho devido a grande demanda de procura.

Torres et al. (2003) corrobora quando afirma em seu estudo sobre aplicação de dinâmicas de grupo, que a estruturação do grupo operativo com dinâmicas é uma ferramenta facilitadora no processo da educação em saúde, bem como, detectou-se durante a realização do processo educativo que mais do que 12 participantes em um grupo limita o aprendizado e a interação entre profissionais e indivíduos, onde cada um busca desenvolver a consciência acerca de fatores sociais externos, o respeito, a exposição de suas ideias, além de criar um clima que promova as discussões dos problemas e estimule a participação.

Subcategoria 4d: Nem sempre temos os insumos necessários

A maior dificuldade observada nos relatos foi a falta de medicamento e dos materiais que deveriam ser recebidos, isso, prejudica o andamento do grupo influenciando nos resultados, uma vez que, os participantes ingressam no grupo com a expectativa do apoio farmacológico e a falta pode acarretar na negativa do resultado com recidiva ao cigarro e/ou na desistência do participante.

Seguem as falas que ilustram as dificuldades mencionadas:

Todo material vem atrelado a uma medicação que toda pessoa provavelmente vai usar. Se não for o antidepressivo, mas pelo menos os adesivos. E nem sempre a gente tem os adesivos. Então a gente faz todo o processo com a pessoa, ela tá ali motivada com a quantidade de nicotina diminuindo e quando chega numa determinada quantidade não tem! O adesivo. Entende? É isso. Daí quebra tudo. Não dá certo mais, entendeu? (P10)

Dificuldade é que às vezes são insumos que faltam. Materiais. Eu tive o desprazer de fazer um grupo sem nenhum tipo de apoio farmacológico e aí às vezes isso prejudica o grupo até por causa das expectativas e também pelos resultados. O resultado combinado do grupo, a terapia cognitivo comportamental, mais o apoio farmacológico e a equipe que dão o sucesso do grupo (P11).

Conforme relato de experiência, auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar realizado por Ramos et. al. (2009) a perspectiva da utilização do medicamento de apoio foi importante elemento motivador para a participação e permanência nos grupos. A força de vontade dos participantes é vista como artifício essencial na cessação do tabagismo. Na comparação feita, o grupo que não utilizou medicação apresentou maior percentual de abstinência em relação ao grupo que usou a medicação de apoio.

Categoria 5: Evasão do GCT

A quinta categoria refere-se ao número de evasão nos GCTs. Os participantes em sua totalidade não souberam quantificar o número exato de evasão. A maioria dos entrevistados opinou com estimativas fundamentadas em suas experiências. Com base nas avaliações não se elencou subcategorias, devido a dificuldade de análise, pois, segundo os entrevistados, os grupos são bastante característicos. Um apresenta baixa evasão e o seguinte já pode apresentar números totalmente inversos. Para melhor exposição dos resultados foi realizada uma narrativa dos dados. Como segue:

Dos 16 entrevistados: 12 mencionaram entre suas falas o baixo índice de evasão; 02 estimaram que as desistências aconteceram em maior parte dos grupos mediados, ultrapassando os 50%. Um motivo apontado foi questão das exigências estipuladas para a participação no GCT (horário, assiduidade, comprometimento); 02 não estimou em números ou porcentagem a evasão dos GCTs.

Nas falas a seguir percebe-se a variação de um grupo para outro. Segundo os profissionais as desistências acontecem logo no início do grupo, quando são impostas as regras do grupo. Os que permanecem são os que realmente estão decididos e comprometidos com o tratamento.

Olha, no primeiro grupo eu me surpreendi porque não desisti quase ninguém, mas no terceiro desisti bastante, quase metade. Mas às vezes é bom, porque daí já ficam só os que estão compromissados mesmo. (P3)

Eu diria que é em torno de 30%, mas também depende muito, teve um grupo que ninguém desistiu, enquanto que em outros, todos desistiram. Mas eu diria que é em torno de 30% essa evasão. (P12)

Pode-se observar na menção dos números nas falas, mas, há falta de registros nas unidades que realizaram os GCTs, o que não permite a comprovação.

Ai, assim, agora eu não tenho a planilha, mas pela planilha a gente, quando eu monto no final pra entrega, eu vejo. Mas assim, a gente começa às vezes com quinze e termina com dez, oito, bastante. A gente dá a oportunidade né, oferece os meios, mas assim, a gente exige deles também, aí quando é exigido, eles fogem. (P6)

È um número bem alto, de 15 que se inseriram no grupo apenas 05 participaram até o final. (P15)

A planilha mencionada na fala de P6 é preenchida e encaminhada à coordenação, contém dados referentes aos participantes, quanto ao uso de insumos, assiduidade, desistências e cessação do uso do cigarro durante as sessões. Serve para avaliar o Programa em todas as esferas, Municipal, Estadual e para o MS.

Essas planilhas contêm informações consolidadas da Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo das Unidades de Saúde, são enviadas em planilhas do Excel à Secretaria Municipal de Saúde, onde, o Coordenador Municipal irá consolidá-la na coluna referente ao seu Município e as enviará a Secretaria Estadual. São planilhas que requerem cuidados em seu preenchimento, do contrário pode perder as informações ou encaminhá-las de forma inadequada e não fidedigna. (INCA/MS, 2009)

Quando estas planilhas são preenchidas corretamente e registradas devidamente na unidade de saúde servem para avaliação local do trabalho do grupo e na autoavaliação do condutor enquanto estiver em funcionamento o GCT.

P8 diz que, alguns aparentemente interessados realizam as entrevistas, mas não chegam a participar das sessões.

Normalmente os que começam, terminam. O que acontece é que na entrevista, alguns já desistem. Então eles nem chegam a começar. (P8)

Não sei. (P16)

Percebe-se nesta categoria que cada GCT tem uma particularidade e os participantes reagem de maneiras diferentes as exigências, as normas e as demais características de cada grupo.

Categoria 6: Cessaram o uso do cigarro

A categoria número seis é referente ao profissional ter conhecimento dos participantes que deixaram de fumar e quantos. Esta categoria demonstra que os profissionais, após o término do grupo de certa forma perdem o contato com o participante, pois, alargam-se os laços que anteriormente eram muito próximos devido a frequência nos grupos. Dentro desta realidade, constatou-se que alguns dos profissionais estimam e outros desconhecem os participantes que pararam de fumar com apoio do GCT. E os que estimam não apresentam certeza.

As falas que seguem representam os 10 profissionais que estimam conhecer, informalmente de alguma forma, os ex-fumantes.

Olha, eu acredito assim, que... Números eu não sei te dizer... Mas é em média de umas 10 pessoas que deixaram. Outras reduziram o uso do cigarro, né. (P2)

A maioria que deixou de fumar é mulher, e de um grupo de 10, por exemplo, 06 deixaram, pelo menos até a última vez que conversei com elas. (P3)

O primeiro grupo, assim, 90% parou de fumar, alguns eu tenho contato e permanecem. Do segundo grupo, dos oito que terminaram o grupo mesmo, só três que, assim, todos param ao decorrer do grupo, mas aí depois voltaram. Só três que permanecem hoje, que eu sei que permanecem sem fumar. No 1º grupo começaram em 15 participantes, terminaram em 09, todos pararam de fumar, mas 02 reincidiram. No 2º grupo começaram em 09 participantes, terminaram em 09, 07 pararam de fumar e 03 reincidiram. (P6)

Percebe-se que as estimativas são superficiais uma vez que, não mantêm contato contínuo, podendo ter acontecido recidivas neste intervalo de tempo. Evidencia-se a falta de registros e números exatos e seguimento do tratamento iniciado no GCT.

As falas seguintes são de entrevistados que afirmam não conhecer o número exato de participantes que pararam de fumar, porém estimam conforme conhecimentos e contatos mantidos com os mesmos quando vem a Unidade de Saúde, nos encontros informais na rua, supermercado, ou até por retorno dos participantes para agradecimentos.

Quantos? Não sei, são muitos. Nossa, eu encontro eles, [...] não sei quem que falou, que quando eles tocam desse assunto de tabagismo na [...] (rádio) eles ligam pra lá e falam o nome da gente, tu acredita que eles ligam? E dizem: "Ai, eu quero agradecer a enfermeira tal, eu quero agradecer a psicóloga tal" e eles ligam até hoje, eles sabem o nome da gente. (P7)

Seis profissionais desconhecem os resultados do GCT que coordenaram. Alguns dizem ter que perguntar para cada um novamente para ter estes dados

Ah...Não tenho.(P11)

Não sei. Só perguntando. (P13)

Evidencia-se nas falas que os participantes sentem-se agradecidos pelo trabalho dos grupos, porém pontua-se mais uma vez a falta de registros, números, uma vez que não dá para avaliar a situação do participante somente na ocasião que deixou o GCT. Sendo o tabagismo uma doença crônica, seria o adequado e necessário o seguimento e monitoramento para suporte deste paciente.

O indivíduo ao deixar o hábito de fumar, não pode ser considerado ex-fumante e, sim, em abstinência do cigarro, pelas particularidades da dependência nicotínica. A experiência vivenciada no relato: Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar, demonstra que o período de um mês pode ser curto para avaliar-se o êxito da assistência prestada no tratamento ao tabagismo, através de grupos cognitivo-comportamentais, com ou sem o apoio medicamentoso. (RAMOS, SOARES & VIEGAS, 2009)

Categoria 7: Motivos da não cessação do cigarro

A sétima categoria está relacionada com a questão dos profissionais terem o conhecimento do motivo de alguns participantes do GCT não conseguirem cessar o uso do cigarro. Um entrevistado respondeu que não lembra. Com os demais relatos surgiram as subcategorias: transtorno ansioso e alimentar e as dificuldades vivenciadas na ocasião GCT.

Subcategoria 7a: Estresse e aumento de peso

A primeira subcategoria refere-se àqueles participantes, que segundo os entrevistados, não deixam de fazer uso do cigarro devido ao receio de ganhar peso.

Eu creio que os dois maiores motivos são estes, são situações estressantes, que a pessoa não se sente segura pra enfrentar sem o uso do tabaco, sem a muleta. (P10)

Sim, na maior parte das vezes é devido à outros transtornos e as mulheres é devido ao aumento de peso. (P12)

Segundo os participantes com a cessação do uso do cigarro o paladar se torna mais agradável, como pode acontecer transtornos de humor e ansiedade, devido a descontinuidade do uso. Nestes casos acabam aumentando o consumo de alimentos mais calóricos e em maior quantidade para compensar a falta do cigarro.

Este estudo comprova que as situações citadas anteriormente problemas como estes podem afetar o emocional do participante a ponto de afetar conseguir dar a continuidade no tratamento.

O ganho de peso indesejado é um dos sintomas que mais incomodam os pacientes em abstinência nicotínica. Na maioria dos casos o aumento de peso é de 4 a 6 kg. Podendo chegar a 10% do peso corporal em algumas pessoas. As mulheres tem propensão ao ganho de peso após o abandono do cigarro. Principalmente as que fumavam acima de 25 cigarros/dia, possivelmente por aumento na ingestão alimentar e readaptações metabólicas. (BALBANI & MONTOVANI, 2005)

No entanto o estudo de Silva (2005) apresenta como resultado que a preocupação com o ganho de peso surgiu em alguns discursos. Porém não ocasionou recaída em nenhum dos participantes. E este peso foi perdido total ou parcialmente após algum tempo, conforme cada caso. Foi visto ainda como benéfico, significando o equilíbrio orgânico que não tinham quando fumantes.

Subcategoria 7b: Sentimento de perda

Esta subcategoria surgiu dos vários relatos dos entrevistados, que alguns participantes não conseguem o sucesso do tratamento por não ser o momento certo de estarem ingressando no GCT e mais ainda, parando o uso do cigarro. Este momento incerto refere-se a: conflitos familiares, falta de determinação e o sentimento de perda aflorado com o pensamento de e/ou distanciamento do cigarro.

Os profissionais alegam que muitos dos participantes não abandonam o uso do cigarro devido a problemas familiares que aumentam à ansiedade, tornando mais intensa a vontade de fumar. Foi mencionado também o caso do companheiro/a que não participa dos GCTs e/ou não cessou o uso. Esta atitude põe em risco a tentativa do companheiro de descontinuar o tratamento.

Observe nas falas que seguem:

Tem várias situações. Uns colocam o problema dele como uma barreira, por mais que a gente mostre que o cigarro não vai resolver. Eu acredito também que é porque eles não estão preparados, porque aquele que está preparado, ele para. (P8)

É mais psicológico mesmo. Fica aquele sentimento de perda, fica triste, sentimento de perda como se fosse um velório, está perdendo alguma coisa, não sabe o que fazer naquele momento de fumar, não sabe o que fazer pra substituir, por mais que a gente de sugestões, fica difícil achar alguma coisa pra substituir e acaba voltando a fumar ou não consegue parar de vez. (P9)

Porque geralmente tinham algum problema familiar ou importante que interferia. Alto grau de ansiedade ou uma família problemática, então o cigarro serve como uma fuga, um alento pra estas pessoas. Então por mais que elas queiram parar de fumar, quando falta isso elas voltam, é mais forte a vontade de fumar. (P10)

Categoria 8: Recidiva ao cigarro

A categoria que investiga o conhecimento dos profissionais quanto aos pacientes que reincidiram no uso do cigarro não gerou subcategorias, visto que, os profissionais desconhecem os participantes que voltaram a fumar. Como já mencionado, existe apenas uma estimativa, sem dados concretos ou planejamentos para esta situação, uma vez que, o GCT foi encerrado.

As informações são fundamentadas em encontros casuais, onde, os participantes dos GCT referem vergonha por não terem parado de fumar ou querem participar novamente e ter outra chance.

Os profissionais não tem contato sistematizado com os participantes dos GCT após o término do período protocolado pelo MS, exceto nos casos de procura espontânea dos ex-participantes ou em encontros casuais. Como relata P1 e P2 em suas falas a seguir:

É assim, vou ao shopping eu encontro um, vou ao banco eu encontro, vou ao mercado eu encontro um, vou caminhar na praça nova lá...eu encontro caminhando. Como eu fiz muitos grupos, eu tenho aqueles que eu encontro que estão irreconhecíveis, mas de forma alguma querem voltar a fumar.

Tem aqueles que me veem e dizem: “ai que vergonha, mas eu não parei, eu não consegui, não vou mais, por isso não atendi ao telefone.” Tem aqueles: “Ah! eu não consegui abandona, é muito difícil, porque não é fácil... e eu acho que nunca vou conseguir....é de tudo, tu encontra. (P1)

Durante o grupo aconteceram uns casos, de uns dois ou três. Elas vêm aqui na unidade e tão fumando, mas diminuíram a quantia de cigarro por dia. Eles perguntam quando é o grupo de novo, querem participar de novo, ter outra chance. Eles têm consciência do mal que faz, naquele momento não conseguiram, mas querem tentar de novo, então a gente tem esta conversa. São três meses de medicação é protocolo do MS. É aquilo e deu (adesivo e medicação) (P2)

Pegando o telefone eu sei a maioria deles que não pararam, e os que pararam. Vai ter algum que a gente vai ligar, que parou e que recaiu anos depois, vai ter, vai ter, mas na minha concepção, no meu conhecimento, quando ele terminou o grupo, ele tinha parado, pode acontecer algum que eu acho que parou mas não parou. Vai ter gente que parou, mas um ano depois voltou, acontece isso também, um pouquinho, mas acontece. (P7)

Não, só dos que voltavam a procurar o tratamento pós-recaída. (P14)

Nas falas de P7 e P14 percebe-se que não dá para saber corretamente o número dos participantes que recaem. Os profissionais que desejam dar continuidade na atenção tentam manter contato, porém, com certa dificuldade. Faz-se pensar em falta de planejamento para a continuidade da atenção, uma vez que, a formatação do programa é pré-estabelecida e programada e a continuidade do cuidado não é mencionada no planejamento do PNCT.

Os profissionais estimam que a recidiva seja grande, conforme as falas a seguir:

Tenho, tenho três pessoas que me procuraram, já fizeram entrevista de novo, pra participar do próximo grupo agora que vou começar em abril. São mãe e filha e outra é uma pessoa amiga ali também delas, que voltaram a fumar. (P9)

Sim, também é bem alto, é quando o paciente tem uma recaída, volta a fumar. (P15)

Nas falas afirmativas dos entrevistados P9 e P15 percebe-se que não tem o conhecimento dos números e dos ex-participantes que reincidiram após o término do grupo. Reforçando a necessidade de planejamento para os participantes que recaem e maior interação usuário/profissional de saúde, bem como integração no setor saúde.

Conforme Iglesias (2007) no documento de discussão sobre o PNCT, a demanda requer interligação no treinamento de novos profissionais, no acesso as terapias de cessação e do Programa com o SUS. Com isso, aumentar as atividades para o controle do tabagismo a nível municipal. Enfocando maior participação dos agentes comunitários de saúde e dos médicos da família no Programa. Desta maneira acredita-se no aumento dos planejamentos e da efetividade das ações.

Coriolano et. al. (2012) diz que a relação entre profissionais de saúde e usuários precisa superar a imposição de comportamentos a serem adotados pelos indivíduos para uma relação dialógica e integrativa com novas formas de intervenção sobre a realidade em que vivem. Para que os usuários participem do seu cuidado, reflitam sobre suas condições de saúde e se repensem os melhores e mais adequados caminhos para modificar os seus padrões de saúde/doença, com ponderação, consciência e autonomia.

Fazem parte do grupo 1: 42 participantes (26%) que evadiram do GCT antes do término; grupo 2: 73 participantes (43%) frequentaram o GCT porém, não conseguiram cessar o uso do tabaco por mais de seis meses e, grupo 3: 53 participantes (31%) alcançaram o objetivo, cessaram o uso do tabaco por mais de seis meses . Verificou-se que no grupo 3, 04 participantes (7,5%) recaíram.

5.3 Participantes dos Grupos de Controle de Tabagismo

Para caracterizar os participantes apresenta-se o perfil sócio demográfico por grupo na tabela 1

Tabela 1 - Perfil sócio-demográfico por grupo de participantes dos GCT do período de 2007 -2011 de um município do Sul de Santa Catarina.

Perfil Sócio-demográfico					
Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total	
	%	%	%	%	
Idade em anos					
20 – 40	7,2	8,4	5,4	21	
41– 59	17,4	28,1	22,8	68,3	
> 60	1,2	6,5	3,0	10,7	
Sexo					
M	9,6	10,2	9,0	28,8	
F	16,6	32,4	22,2	71,2	
Estado Civil					
Solteiro	5	8	2	15	
Casado	17	27	22	66	
Viúvo	--	2	4	6	
Separado	4	5	4	13	
Escolaridade					
Analfabeto		--	0,6	--	0,6
Fund. Incomp.	11,4		17,4	7,8	36,6
Fund. comp.	4,8		6,6	9,0	20,4
Médio Incomp.	1,2		0,6	0,6	2,4
Médio comp.	5,2		8,4	7,8	21,4
Superior incomp	0,6		3,0	--	3,6
Superior comp.	2,4		6,6	6,0	15,0
Profissão					
Aposentado	4,8	11,5*	7,8	24,1	
Do lar	2,5	8,9	8,9	20,3	
Professor	--	2,4	1,8	4,2	
Vendedor	1,2	0,6	1,2	3,0	
Motorista	1,8	1,2	1,2	4,2	
Autônomo	1,8	1,8	5,4	9,0	
Prof. da Saúde	2,9	1,8	0,6	5,3	

Costureira	3,6	4,2	1,2	9,0
Indústria	2,9	1,8	2,9	7,6
Escritório	2,4	8,5	2,4	13,3

Convive com fumantes?				
Sim	7,8	20,4	16,2	44,40
Não	18,0	22,6	15,0	55,60

Onde convive?				
Própria casa	10,6	32,9	15,8	59,3
Familiares	--	3,9	2,6	6,5
Bares	1,3	2,6	6,6	10,5
Trabalho	5,3	6,6	11,8	23,7

Fonte: Dados da pesquisa.

*Valor de $p < 0,05$.

Percebe-se que a população que mais procurou o GCT nos G1, G2 e G3 foram pessoas com idade entre 40 a 59 anos (68,3%). Sendo que a maior população foi do sexo feminino (71,3%), com predomínio de pessoas casadas (65%) e a religião católica (76%).

Barros et. al (2011) constatam que a prevalência de fumantes na Região Sul do Brasil é maior entre os homens (21,2%) enquanto as mulheres (13,8%) aparecem em menor número. Os autores verificaram ainda que a proporção de fumantes aumenta com a idade até os 59 anos e cai abruptamente entre os idosos acima de 60 anos.

A presente pesquisa aponta maior número de mulheres procurando cessar o uso do cigarro. Das entrevistadas 22,2% conseguiram alcançar o objetivo, enquanto dos homens apenas 9%. Sobre a faixa etária o maior número está entre as idades de 41 a 59 anos seguidas dos 20 aos 40 anos (Tabela 1). Concordando com a faixa de idade em que se concentra o maior número de fumantes no Brasil que é de 20 a 49 anos segundo o Instituto Nacional de Câncer.

Quanto ao nível de escolaridade, houve maior concentração entre os que não haviam completado o ensino fundamental (36,6%) nos grupos 1 e 2. No grupo 3, predominou o ensino fundamental completo.

Godoy (2010) ressalta em seu estudo que prevaleceu entre os entrevistados o sexo masculino e com prevalência na baixa escolaridade.

No item profissão, sobressaíram os aposentados e as mulheres trabalhadoras do lar, nos três grupos. Os aposentados (11,38%), as trabalhadoras do lar (8,98%) e os que trabalham em escritórios (8,38%) foram os que mais participaram do GCT, porém não conseguiram parar o uso do tabaco (G2). Entre os que conseguiram cessar o uso do tabaco (G3) estão: as trabalhadoras do lar (8,98%), os aposentados (7,78%) e os trabalhadores autônomos (5,39%). Quanto aos participantes que evadiram do grupo (G1) os aposentados (4,79%) também apresentaram maior número na amostra estudada seguidas das costureiras 3,59% e dos profissionais de saúde (2,99%).

Constatou-se que 55,6% entrevistados não conviviam com fumantes, sendo que 18% se concentrava no G1 que desistiu do grupo e 22,6% encontravam-se no G2 que não conseguiram parar de fumar.

No entanto, a resposta foi positiva em 44,40% dos entrevistados, e destes, a maioria convive com fumantes em sua própria casa (59,3%) e no trabalho (23,7%). Dos que convivem em casa, 32,9% fazem parte do G2, podendo ser um dos motivos da recaída e insucesso tratamento.

O estudo realizado pelo setor de psicologia do Hospital do Coração confirma que morar com outros fumantes é um dos fatores de risco para a recaída dos tabagistas. (IEP/HCOR, s/a)

Falcão & Costa (2008) Corroboram com a pesquisa quando afirmam que dentre os entrevistados, 44,6% disseram existir mais algum fumante dentro de sua casa, o que dificultava o abandono do vício, sendo que 80% dos fumantes tinham amigos também fumantes. Esta convivência pode acarretar na recaída ao vício àqueles que, de alguma maneira tem maiores entraves para abandoná-lo. São muitas as variáveis que podem comprometer o tratamento, o tempo de uso do cigarro é uma delas.

Tabela 2: Tempo de uso do tabaco.

Variáveis	Tempo de uso do tabaco			
	Grupo 1 %	Grupo 2 %	Grupo 3 %	Total %
Tempo de uso em anos				
< 5	0,6	--	0,6	1,2
6 – 15	2,4	5,4	1,8	9,6
16 – 25	6,0	10,2	7,2	23,4
26 – 35	7,2	13,2	12,0	32,4
36 - 45	7,8	10,6	9,0	27,4
> 46	1,8	3,6	0,6	6,0

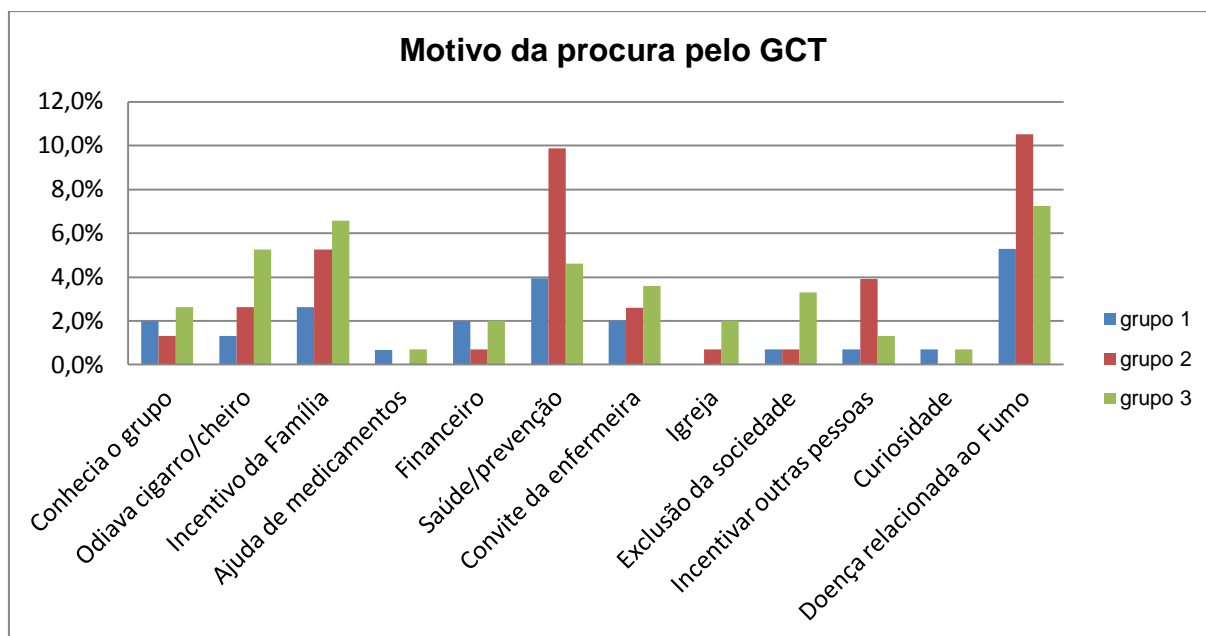
Fonte: Dados da pesquisa.

O tempo de uso do cigarro que mais predominou entre os entrevistados foram de 26 a 35 anos de uso para os grupos 2 e 3, os que participaram e não conseguiram parar e os que conseguiram cessar o uso do cigarro, respectivamente. No grupo dos que evadiram prevaleceu o tempo de uso de 36 a 45 anos.

Percebeu-se nas entrevistas que os participantes que haviam fumado por mais tempo possuía maiores dificuldades para deixar a dependência. As tentativas culminavam em recaídas após algumas semanas de abstinência. Concordando com estudos já apresentados que tabagistas com maior grau de dependência nicotínica oferecem maior dificuldade de abandono da dependência. (MEIER, VANUCHI & SECCO, 2011).

Constata-se na figura 01 que a população tabagista entrevistada procurou o GCT por estar com alguma patologia relacionada ao hábito de fumar (10,5%) ou por preocupação com a saúde buscando a prevenção (9,9%) com maior prevalência no G2. O G3 concentrou maior número nas doenças relacionadas ao uso do cigarro (7,2%) seguidos do incentivo da família (6,6%) e do descontentamento com o odor exalado pelo cigarro nas roupas e no ambiente.

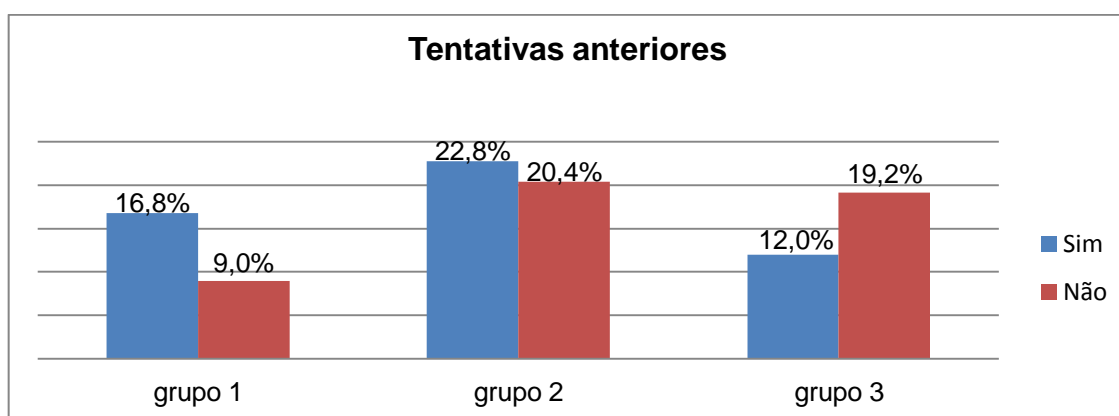
Figura 01: Motivo da procura pelo GCT



Fonte: Dados da pesquisa.

Dos participantes que descontinuaram a participação no GCT 16,8% já haviam tentado parar de fumar em outras oportunidades, 9% era a primeira vez. Dos que não conseguiram interromper o uso do tabaco, 22,8% já haviam tentado anteriormente e 20,4% estavam em sua primeira tentativa. Enquanto que, o grupo que conseguiu cessar o uso do tabaco, 19,2% estava tentando pela primeira vez e 12% já havia experienciado uma tentativa.

Figura 02: Tentativas anteriores de descontinuar o uso do cigarro.



Fonte: Pesquisa

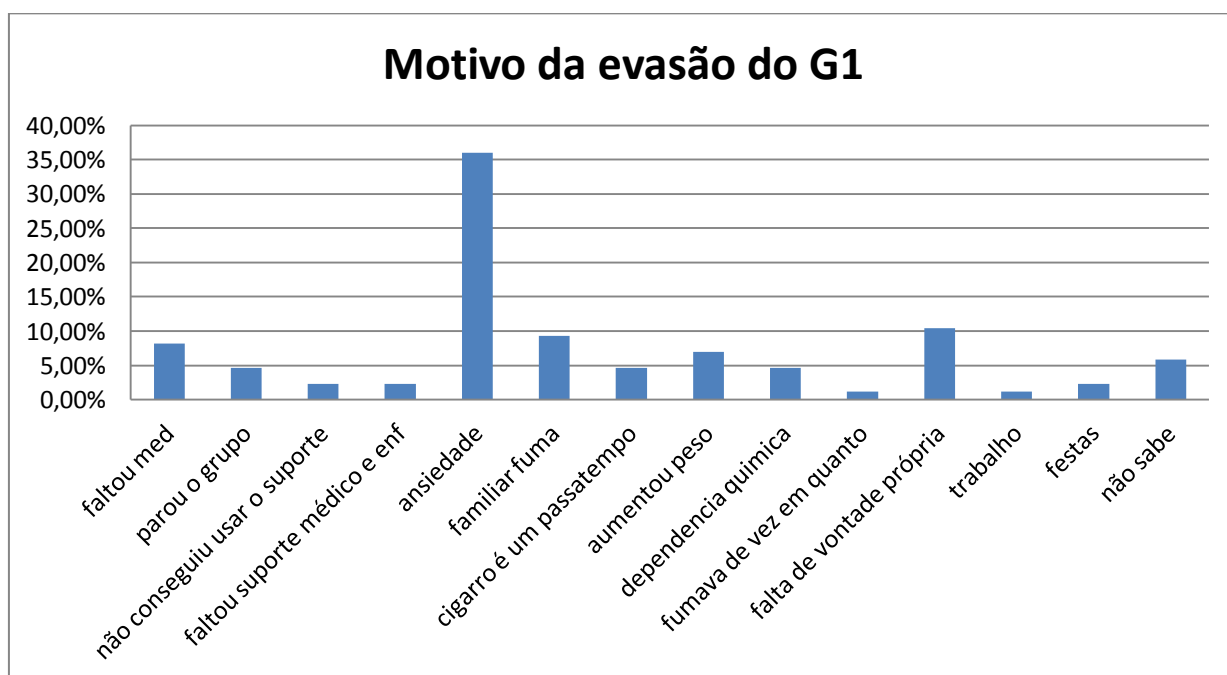
Foi perguntado aos componentes do G1 porque haviam desistido de frequentar o GCT. A maioria (36,5%) revelou que a ansiedade aumentou com o pensamento e tentativa de parar o uso do tabaco. Vários entrevistados relataram a

desistência quando perceberam que não conseguiriam parar de fumar e sentiam – se envergonhados de relatar aos demais o fracasso. O segundo motivo de abandono do GCT foi falta de vontade própria (10,46%), não se sentiam preparados nem motivados para a tentativa de largar o vício. A convivência com familiar fumante apareceu em terceiro lugar nas citações dos entrevistados, seguidos de falta de apoio medicamentoso e aumento de peso.

Podem-se associar os relatos de ansiedade a falta de avaliação clínica e apoio medicamentoso adequado para cada caso, uma vez, que os entrevistados relataram a falta do medicamento e o uso incorreto do Bupropiona, tomando o medicamento quando pensavam ser conveniente. Faz-se necessário acompanhamento mais intensivo e orientações sobre as ações dos fármacos no tratamento do tabagismo.

A figura três que segue revela os demais motivos apresentados pelos entrevistados.

Figura 03: Motivo da evasão dos participantes do G1



Fonte: Dados da pesquisa.

Os motivos da desistência do GCT apresentados por Meier, Vanuchi & Secco (2011) foram atribuídos ao tipo de terapia utilizada, e ao apoio medicamentoso. Faz-se necessária revisão dos fatores que levam o tabagista abandonar o GCT, pois além do grau de motivação, a alteração da estrutura do

grupo e a maior disponibilização da medicação parecem ter efeito positivo nos resultados.

Com relação a satisfação dos entrevistados dos três grupos (Figura 2) referentes ao GCT, apresentou os seguintes resultados: G3 11,9% disseram que foi muito importante pois sabem que conseguem parar, seguidos da satisfação pela melhora na saúde (5,9%) e o estímulo à reflexão (4,6%) sobre os malefícios do fumo e os benefícios que a cessação do mesmo causa no dia a dia.

No G2 a concentração maior de opiniões foi também o fato de perceberem a possibilidade de parar de fumar, mesmo não conseguindo nesta experiência, relataram ter intenção de continuarem tentando. O conhecimento (6,8%) adquirido com o GCT e as amizades (5,5%) formadas são motivos para não desistirem de tentar abandonar o tabaco. Alguns entrevistados relataram que “*é importante ver no grupo as pessoas com o mesmo propósito que o seu. Todos no mesmo barco*”.

No G1 os participantes mencionaram que nos poucos encontros participados também perceberam conseguem parar de fumar (6,4%), “*precisa ter vontade*.” Nas entrevistas foi mencionado pelos participantes o desejo de tentar o abandono do tabaco em outro momento. Em seguida surgiu em maior número o conhecimento (5%) que o GCT proporciona e 3,7% não souberam responder sobre a satisfação com o GCT.

Tabela 3: Satisfação com relação a participação nos GCTs nos três grupos.

Variáveis	Satisfação em relação a participação nos GCTs			
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
	%	%	%	%
Satisfação				
Não soube responder	3,7	2,3	0,9	6,9
Ver que é possível parar de fumar	6,4	10,0	11,9	28,3
Preparação para deixar de fumar	0,5	2,7	1,4	4,6

Amizades	1,4	5,6	1,4	8,4
Melhora da saúde	1,8	2,7	5,9*	10,4
Melhora na relação familiar	–	1,3	1,3	2,6
Reflexão	0,5	2,7	4,6*	7,8
Conhecimento	5,0	6,8	3,2	15,0
Respeito/paciência	0,9	0,9	3,2	5,0
Diminuiu o uso	0,5	3,6	--	4,1
Nada	3,3*	3,6	--	6,9

Fonte: Dados da pesquisa.

*Valor de $p < 0,05$

A tabela quatro mostra os pontos negativos encontrados GCT pelos participantes que não conseguiram cessar o uso do cigarro participando do GCT. Os entrevistados responderam não encontrarem nenhum ponto negativo (51,25%) no GCT. Seguidos de 11,25% que disseram que o ponto negativo vem deles mesmos, na dificuldade de abandonar a dependência e 7,5% que disseram serem “*poucos os encontros, deveriam ter mais encontros semanais, pois fica muito tempo sem reunião, onde acontece a recaída*”.

Tabela 4: Pontos negativos do GCT encontrados pelo G2.

Variáveis	Pontos negativos do GCT encontrados pelo G2	
	Grupo 2	
Pontos Negativos	%	
Algo com mais impacto	1,2	
Nenhum	51,3	
Difícil parar/ insônia/ Estresse	11,3	
Não soube responder	1,2	
Faltou medicamento/ adesivo	6,3	

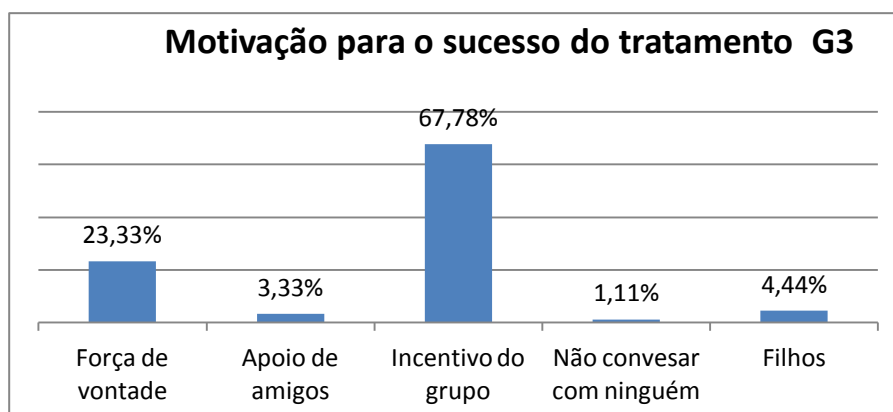
Não gostou do profissional	3,8
Não parou no tempo estipulado	1,2
Participantes não colaboraram	1,2
Troca de profissionais	1,2
Falta psicólogo	2,5
Falta acompanhamento individual	2,5
Tratamento para não engordar	1,2
Horário à tarde	1,2
Poucos encontros	7,5
Culpa por não conseguir parar no tempo estipulado	1,3
Participantes mentem dizendo que conseguiram	3,8
Medicamentos e adesivos não funcionam	1,2

Fonte: Pesquisa

*Valor de $p < 0,05$.

A pesquisadora perguntou ao G3 o que mais influenciou para conseguir o sucesso do tratamento. A figura quatro mostra que 67,78% mencionaram o GCT como motivador e responsável pelo sucesso do tratamento. Em seguida a menção da força de vontade própria foi considerável, 23,3% disseram ser necessário ter vontade e determinação para conseguir o objetivo e 4,4% disseram ter parado de fumar pelos filhos.

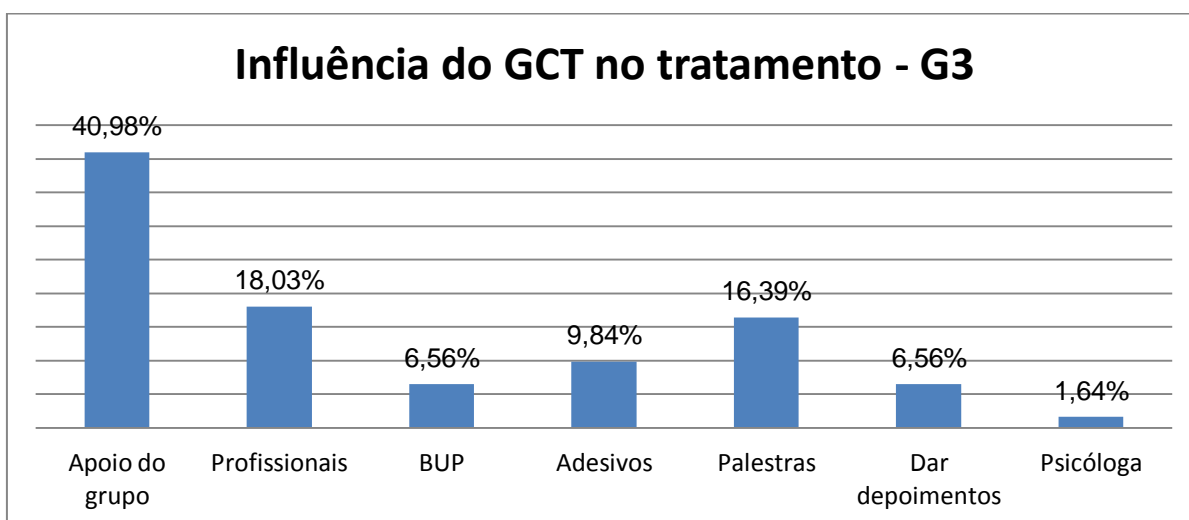
Figura 04: Motivação para o sucesso para o tratamento - G3.



Fonte: Dados da pesquisa.

Destes que afirmaram que o GCT foi o responsável para que conseguissem abandonar a dependência, foi perguntado o que mais influenciou com relação a estruturação e formatação do grupo. O apoio do grupo como um todo apareceu em 40,98% seguido do incentivo dos profissionais (18,03%) mencionado como grande motivador para a obtenção do objetivo. As palavras de apoio, a alegria, força de vontade, aliado ao conhecimento formaram as opiniões dos entrevistados. Confere-se na figura que segue que as “palestras” (16,39%) realizadas pelos profissionais condutores e/ou equipe multiprofissional aparecem a frente dos adesivos e do medicamento Bupropiona que se nivelou aos depoimentos dos ex – fumantes que eram convidados a participar do GCT, contando suas experiências.

Figura 05: Influência do GCT para o sucesso do tratamento nos participantes do G3.

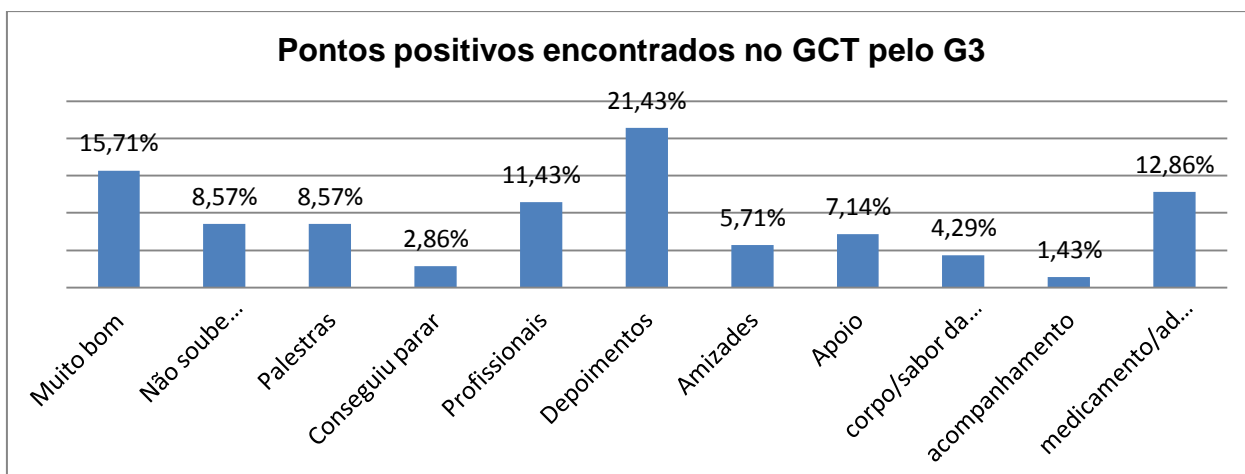


Fonte: Dados da pesquisa.

O G3 pontuou como positivo na conquista do objetivo, os depoimentos realizados por outros participantes convidados que compartilhavam a experiência com vivida no GCT as dificuldades enfrentadas e os métodos usados para amenizar e driblar os problemas e ansiedades que a abstinência causa.

Na figura 06 observa-se os pontos positivos relatados pelo grupo que conseguiu abandonar o tabaco.

Figura 06: Pontos positivos encontrados no GCT pelo G3



Fonte: Dados da pesquisa.

Dos entrevistados do G3 35,6% são do sexo feminino e 14,5 % são do sexo masculino, estes, estão sem fumar entre dois anos a dois anos e seis meses. Entre os participantes que conseguiram cessar o uso do cigarro as mulheres são mais prevalentes na maioria dos períodos sem cigarro, (tabela 4), são elas que procuram com maior frequência os GCT, já os homens são mais prevalentes entre os fumantes.

Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar. (MS/INCA)

Segundo Godoy (2010) o tabagismo é causador de mais de 80% dos casos de óbitos por câncer de pulmão nos homens, e mais de 45% nas mulheres. Contudo, dados do Ministério da Saúde, nos últimos dez anos, mostram o crescimento da doença de 57% para os homens e 112% entre as mulheres brasileiras.

Tabela 5: Tempo livre do tabaco do G3 separados por gênero

Tempo livre do tabaco do G3 separados por gênero			
Variáveis	Masculino	Feminino	Total
	%	%	%
Meses			
6 – 12	8,6	21,2	29,8
12- 18	0,9	9,6	10,5
18- 24	3,9	2,9	6,8
24 – 30	14,5	35,6	50,1
30 – 36	0,9	--	0,9
> 36	--	1,9	1,9

Fonte: dados da pesquisa.

Os entrevistados quando questionados se receberam acompanhamento de saúde pelos profissionais das unidades após o término do GCT, responderam que não tiveram “*nem uma ligação para ver como estavam*”. Estes relataram o desejo de continuar os encontros, pois com as reuniões se sentem amparados das possíveis recaídas. O participante do G2 relatou que “*se tivessem mais encontros não teria voltado a fumar*”.

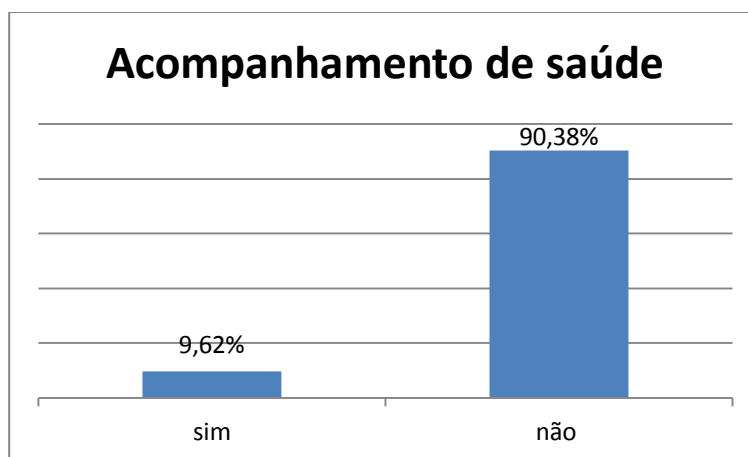
O gráfico (figura 06) demonstra a falta de acompanhamento e atenção à saúde dos ex-tabagistas (90,38%) por parte dos profissionais das unidades que geraram o GCT. Os demais (9,62%) tiveram algum acompanhamento de saúde, porém nem todos foram ofertados pela unidade de saúde, também pelo próprio participante procurou auxílio.

No momento da ligação observou-se a carência de alguns entrevistados, que necessitavam de apoio e diálogo. A pesquisadora recebeu vários agradecimentos pela iniciativa e pedidos de novas ligações para que pudessem conversar sobre o assunto.

Percebe-se nos números apresentados e nas falas dos entrevistados que ao término do grupo eles sentem um abandono que pode resultar na recaída do

vício, uma vez que, o apoio do grupo é o responsável pelos resultados positivos constatados na pesquisa.

Figura 07: Acompanhamento de saúde pelos profissionais da unidade após término do GCT.



Fonte: Dados da pesquisa.

Comprova-se com estes números a necessidade do acompanhamento após término do GCT. Uma vez que, os entrevistados relataram no momento das respostas que precisariam de acompanhamento. Foram várias as queixas de abandono e falta de conversar sobre o assunto.

O tratamento ao tabagista deve ser avaliado fazendo parte das rotinas de atendimento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) da mesma maneira como é realizado para hipertensão e diabetes. (BRASIL, 2011)

6 Considerações Finais

O município estudado possui uma particularidade na realização do GCT, um encontro que excede aos do manual enviados pelo MS. Com a mudança de coordenação e o vínculo à Vigilância Saúde aumentaram as capacitações, conseqüentemente aumentou a oferta do serviço e da qualidade do mesmo. Porém, com relação aos dados, são escassos e não fidedignos devido ao não preenchimento adequado das planilhas de responsabilidade das unidades de saúde.

Os profissionais condutores são motivados a conduzir o GCT devido: preocupação com as implicações causadas pelo tabagismo à saúde pública, a grande demanda e a oferta do serviço pelo município. Para realizar o GCT de maneira eficaz é essencial trabalhar em grupos de forma receptiva e aberta, criar o vínculo, e conseguir o equilíbrio no envolvimento do contexto científico e emocional nas intervenções e conteúdos que emergem na dinâmica utilizada.

As facilidades encontradas pelos profissionais para a condução dos GCT foram: o apoio e parceria de profissionais de outras áreas; a formatação do grupo com a particularidade de ter o começo, meio e fim, o que não acontece em outros grupos e programas; as características do condutor que direciona o grupo; e as características dos participantes que influencia no andamento e produtividade do GCT.

A dificuldade encontrada pelos profissionais na condução do GCT foi: acesso e horários causam diminuição na frequência da participação; o grande número de participantes dificulta a integração e o resultado final; a falta de apoio a partir do não recebimento dos materiais e insumos pelo MS; falta de recursos humanos capacitados e de instrumento para avaliação do desenvolvimento e operacionalidade do GCT.

Os profissionais desconhecem as informações exatas dos participantes que evadiram do grupo, cessaram e/ou recaíram no uso do cigarro e das implicações pós-grupo.

Os motivos pelo qual os participantes não conseguem cessar o uso do cigarro, vista pelos profissionais são: transtorno de ansiedade e alimentar; dificuldades vivenciadas na ocasião do GCT, como: conflitos familiares, falta de

determinação e o sentimento de perda aflorado com o pensamento de e/ou distanciamento do cigarro.

Foram entrevistados 167 integrantes dos GCT que participaram nos anos de 2007 a 2011. Do total, 42 evadiram do GCT antes do término; 73 frequentaram o GCT, porém não conseguiram cessar o uso do tabaco por mais de seis meses; e 53 alcançaram o objetivo, cessaram o uso do tabaco por mais de seis meses e destes 04 recaíram.

Sobressaíram na pesquisa nos três grupos estudados: idade de 41 a 59 anos; sexo feminino; estado civil casado; religião católica; ensino fundamental incompleto; aposentado; e do lar.

O tempo de uso do cigarro que mais predominou entre os entrevistados foram de 26 a 35 anos de uso para os grupos 2 e 3, os que participaram e não conseguiram parar e os que conseguiram cessar o uso do cigarro, respectivamente. No grupo dos que evadiram prevaleceu o tempo de uso de 36 a 45 anos.

A procura ao GCT se deu por haver alguma patologia relacionada ao hábito de fumar (10,5%) ou visando a prevenção (9,9%) com maior prevalência no G2. O G3 concentrou maior número de procura devido às doenças relacionadas ao uso do cigarro (7,2%) seguidos do incentivo da família (6,6%) e do descontentamento com o odor exalado pelo cigarro nas roupas e no ambiente.

Dos participantes que descontinuaram a participação no GCT 16,8% já haviam tentado parar de fumar em outras oportunidades, 9% era a primeira vez. Dos que não conseguiram interromper o uso do tabaco, 22,8% já haviam tentado anteriormente e 20,4% estavam em sua primeira tentativa. Enquanto que, o grupo que conseguiu cessar o uso do tabaco, 19,2% estava tentando pela primeira vez e 12% já havia experienciado uma tentativa.

A ansiedade seguida da falta de motivação e o fato de ter outro familiar fumante foram motivos da evasão do GCT.

Os participantes dos três grupos se mostram satisfeitos com o GCT, devido a percepção da possibilidade de cessar definitivamente o vício, melhora na qualidade de vida e o conhecimento adquirido no GCT são motivos para não desistirem de tentar abandonar o tabaco.

A maioria não encontrou pontos negativos no GCT. Dentre os negativos estão a dificuldade de cessar o uso do cigarro devido ao estresse, poucos encontros e a falta de insumos.

Dos que pararam o uso do cigarro 67,78% conferem o sucesso ao incentivo que o grupo proporciona no decorrer do tratamento. Destes, atribui a influência todo o contexto e metodologia do GCT seguido da postura motivacional do profissional que conduz o grupo e o conhecimento adquirido por meio da educação em saúde. Porém 23,3% conferem a sua própria determinação em querer cessar o uso do tabaco, e 4,4% pararam de fumar pelos filhos.

Os depoimentos de ex- tabagistas que cessaram o uso do cigarro por meio do GCT é visto como positivo pelos participantes, pois, contribui no enfrentamento das dificuldades por meio de exemplos de driblar os problemas e ansiedades que a abstinência causa. Entre os participantes que conseguiram cessar o uso do cigarro as mulheres são mais prevalentes na maioria dos períodos sem cigarro, são elas que procuram com maior frequência os GCT, já os homens são mais prevalentes entre os fumantes.

A pesquisa contata a falta de acompanhamento e atenção à saúde dos ex-tabagistas por parte dos profissionais das unidades que geraram o GCT e/ou unidades a que pertencem. Em se tratando de uma condição crônica a mesma deve ter cuidado continuado e fazer parte das rotinas de atendimento das UBS.

Os participantes sentem-se desamparados com o término do grupo e temerosos em resultar numa recaída ao vício, já que o GCT se mostrou efetivo no tratamento dos tabagistas. Contudo faz-se necessário o acompanhamento mais intensivo com orientações sobre as ações dos fármacos no tratamento do tabagismo. Observou-se que os participantes mesmo sem conseguirem cessar o uso do tabaco sentem-se vitoriosos e motivados para uma nova tentativa.

Dentro deste contexto a pesquisadora percebe a necessidade de implementação de estratégias que venham a prevenir recaída do ex-tabagista no estágio de mudança. Sugere-se grupos de apoio aos ex-tabagistas como prevenção de recaída ao tabaco, com avaliação permanente de saúde, acompanhamento grupal e utilização de métodos que possibilitem ao indivíduo continuar a troca de experiência e efetivar o instrumento de ajuda no decorrer do processo. O propósito desta manutenção é promover o aprendizado, evitar a recaída futura, amenizar carências e incorporar a mudança de estilo de vida.

O grupo poderá acontecer uma vez no mês com a reunião aberta aos ex-tabagistas, na oportunidade abordar-se-á assuntos referentes a prevenção de

recaídas, incentivos a mudança de estilos de vida, momento de interação, desabafos e descontração.

Desta forma efetivar-se-á o preconizado pelo SUS, trabalhar para promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de educação em saúde em grupos terapêuticos com subsídios trazidos pelos próprios participantes na formação de uma reflexão crítica e para o aumento da resolutividade no processo da cessação do tabaco.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, L. C, et al. **Perfis de saúde dos idosos no Brasil**: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 535-546. ISSN 0102-311X.

ANDRADE L.O.M, BARRETO I.C.H.C., BEZERRA. R.C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: Campos GWS. **Tratado de saúde coletiva**. 2 Ed.. Hucitec, São Paulo, 2008. 871 p. ISBN 852710704X

BALBANI, A. P. S. and MONTOVANI, J. C.. **Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence**. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2005, vol.71, n.6, pp. 820-827. ISSN 0034-7299.

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Rev. Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3707-3716. ISSN 1413-8123.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional De Saúde. Resolução 196 de 1996**. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> Acessado em: Dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, INCA. **Relatório anual**, 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/relatorio/relatorio.pdf> Acessado em: Dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. INCA – **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> acessado em maio de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. INCA – **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> acessado em dezembro de 2011.

CARVALHO C. R. **S O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS**. Dissertação ENSP - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

CORIOLOANO, M. W. de L. et al. **Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas**. *Trab. educ. saúde* [online]. 2012, vol.10, n.1, pp. 37-59. ISSN 1981-7746

CRESWELL, J W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p. ISBN 9788536308920

FALCÃO, T. J. de O. & COSTA, I. do C. C.. **O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública**. J. bras. pneumol. [online]. 2008, vol.34, n.2, pp. 91-97. ISSN 1806-3713.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S. & PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2005, vol.13, n.2, pp. 262-268. ISSN 0104-1169.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2011, vol.19, n.2, pp. 411-420. ISSN 0104-1169.

GERHADT, T.E & T. D. org. **Métodos de pesquisa**. Série educação à distância. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IEP-HCOR – Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração.

IGLESIAS Et. al. **Controle do Tabagismo no Brasil. Documento de discussão - Saúde, Nutrição e População (HNP)**, Região da América Latina e do Caribe Banco Mundial e Departamento de Saúde. Agosto, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em dezembro de 2011

JUNG, C. F. Elaboração e redação de projetos de estágio e TCC. Disponível em: www.metodologia.net.br. Acesso em: agosto de 2012

LEÃO C.D.A, CALDEIRA A.P.C, OLIVEIRA M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 11 (3): 323-334 jul. / set., 2011

TEIXEIRA, L. A; JAQUES, T A. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira Cancerologia**. Vol. 57. Nº 03. Jul/Ago/Set. 2011. ISSN0034-7116

TORRES, H. de C.; HORTALE, V. A. & SCHALL, V.. **A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos**. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.4, pp. 1039-1047. ISSN 0102-311X.

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 222p. ISBN 9788532636034

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 108 p. (Col. temas sociais) ISBN 978-85-326-1145-1

MINISTÉRIO DA SAÚDE- INCA- COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil**. Rio de Janeiro, 2001.

MIRRA, A. P., ROSEMBERG. J. - AMB – Associação Médica Brasileira. Comissão de Combate de Tabagismo. **A história da luta contra o tabagismo**. Disponível em: http://www.amb.org.br/teste/comissoes/anti_tabagismo/artigos/a_historia_da_luta_contra_o_tabagismo.html. Acesso em: Dezembro de 2011

MIRRA, Et. al. Resgate Histórico do Controle do Tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência. **Revista Brasileira Cancerologia**. Vol. 57. Nº 03. Jul/Ago/Set. 2011. ISSN0034-7116

MOTA, K. A. M. B; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 150 – 161. 2006. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

MOURA, M. A. de S. Intervenções de Enfermagem no Controle do Tabagismo: uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira Cancerologia**. Vol. 57. Nº 03. Jul/Ago/Set. 2011. ISSN0034-7116

PEREZ, Et al. Disque Saúde Pare de Fumar no Brasil: uma Fonte de Informação a mais para a População. **Revista Brasileira Cancerologia**. Vol. 57. Nº 03. Jul/Ago/Set. 2011. ISSN0034-7116

RAMOS, D.; SOARES, T. da S. T & VIEGAS, K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1499-1505. ISSN 1413-8123.

ROMERO, L. C, COSTA E SILVA, V. L. da. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira Cancerologia**. Vol. 57. Nº 03. Jul/Ago/Set. 2011. ISSN0034-7116

SANTA CATARINA - Municípios de SC. Criciúma/Detalhes do Município. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/portalturismo/Default.asp?CodMunicipio=44&Pag=2> Acesso em Dezembro de 2011.

SANTOS, T. S. dos. **Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social**. Sociologias. Vol. 11, n. 21, p. 120-156, 2009.

SILVA, C. M. de M. **O processo de cessação de fumar na perspectiva de ex-fumantes**. UFES – Centro Biomédico. Dissertação de mestrado. Vitória, 2005.

SIQUEIRA, F. V. et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.6, pp. 961-971. Epub Dec 04, 2009. ISSN 0034-8910.

TEIXEIRA, L.A; JAQUES, T. A. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de cancerologia nº 57/3** jul/ago/set/2011, ed. especial. ISSN 0034-7116.

8. APÊNCICE(S)

Apêndice A – Entrevista – Coordenadora do Programa Municipal de Controle do Tabagismo de Criciúma –SC.

Caracterização do sujeito quanto:

Sexo: () feminino () masculino

Estado civil: () casado () separado () divorciado () viúvo

() solteiro () união estável () não respondeu

Idade: _____

Profissão: _____ **Formação:** _____

Perguntas:

- 1) Desde quando existem os grupos neste município?
- 2) Quantos coordenadores o PMCT já teve?
- 3) Tempo de atuação na coordenação do PMCT no município: _____
- 4) Quais informações sobre os GCT o programa possui.
- 5) As informações dos grupos realizados nas UBS ficam com o responsável do grupo?
- 6) Como funciona a coordenação dos grupos de tabagismo? (Divulgação, contato, reuniões, insumos, financiamento)
- 7) Como funciona a inscrição e a participação nos grupos?
- 8) Quais locais e quantos grupos já foram realizados no município?
- 9) Qual o número de inscritos que participaram nos grupos de tabagismos neste município?
- 10)Quais as facilidades encontradas na atuação da coordenação do PMCT?
- 11)Quais a dificuldades encontradas na atuação da coordenação do PMCT?
- 12)Quais os resultados alcançados dos grupos de tabagismos neste município?
- 13)Qual a situação do município de criciúma, quanto ao tabagismo, em relação aos outros municípios do Brasil?
- 14)Quais os dados epidemiológicos que o PMCT tem relacionados ao tabagismo?

Apêndice B – Entrevista – Profissional condutor do Grupo de controle de Tabagismo.

Caracterização do sujeito quanto:

Sexo: () feminino () masculino **Idade:** _____

Estado civil: () casado () separado () divorciado () viúvo
() solteiro () união estável () não respondeu

Profissão: _____

Tempo de atuação na condução do curso: _____

Perguntas

- 1) O que motivou realizar a capacitação para conduzir um GCT?
- 2) Quantos grupos você já conduziu?
- 3) Quais as facilidades e dificuldades encontradas?
- 4) Conte como funciona o grupo.
- 5) Como fazer para entrar em contato com quem já participou dos grupos?
- 6) Qual o número de evasão encontrado nos grupos?
- 7) Quem deixou de fumar? Quantos?
- 8) Quem não deixa de fumar. Você sabe por quê?
- 9) Você tem conhecimento de recidiva ao tabaco?

Apêndice C – Entrevista - Sujeito que evadiu do grupo.

Caracterização do sujeito quanto:**Sexo:** () feminino () masculino **Idade:** _____**Estado civil:** () casado () união estável () separado () divorciado () viúvo
() solteiro () não respondeu**Religião:** _____**Profissão:** _____**Grau de instrução:** _____**Tempo de uso de cigarro:** _____**Convive com fumantes?** _____ **Onde?** _____**Perguntas**

- 1) Onde frequentou o GCT?
- 2) O que o motivou procurar o grupo?
- 3) Qual o período que o senhor (a) participou do grupo?
- 4) Por quanto tempo frequentou o grupo?
- 5) Porque desistiu?
- 6) Pontos positivos e negativos encontrados no grupo.
- 7) Durante o tempo que participou, o grupo teve ação benéfica em sua vida?
Quais?

Apêndice D – Entrevista - Sujeito cumpriu o cronograma do grupo, porém não conseguiu abandonar o uso do cigarro.

Caracterização do sujeito quanto:

Sexo: () feminino () masculino **Idade:** _____

Estado civil: () casado () união estável () separado () divorciado () viúvo
() solteiro () não respondeu

Religião: _____

Profissão: _____

Grau de instrução: _____

Tempo de uso de cigarro: _____

Convive com fumantes? _____ **Onde?** _____

Perguntas

- 1) Em que local o senhor (a) frequentou o Grupo de controle de Tabagismo?
- 2) O que motivou a procurar o grupo de controle de tabagismo?
- 3) Qual período o senhor (a) ingressou no grupo de controle de tabagismo?
- 4) Motivo pelo qual o senhor (a) não conseguiu parar o uso do cigarro?
- 5) Pontos positivos e negativos encontrados no GCT.
- 6) Mesmo sem ter parado com o cigarro, o grupo teve ação benéfica em sua vida?
Quais?

Apêndice E – Entrevista – Sujeito que cumpriu o cronograma do grupo e conseguiu abandonar o uso do cigarro.

Caracterização do sujeito quanto:

Sexo: () feminino () masculino **Idade:** _____

Estado civil: () casado () união estável () separado () divorciado () viúvo
() solteiro () não respondeu

Religião: _____

Profissão: _____

Grau de instrução: _____

Tempo de uso de cigarro: _____

Convive com fumantes? _____ **Onde?** _____

Perguntas

- 1) O que o motivou procurar o grupo?
- 2) Ocorreram tentativas anteriores?
- 3) Em que local o senhor (a) frequentou o grupo de controle de tabagismo?
- 4) Qual a data em que o senhor (a) ingressou no grupo de controle de tabagismo?
- 5) Como conseguiu parar o uso do cigarro? O que mais influenciou em relação ao GCT? Como o GCT ajuda a parar de fumar?
- 6) Quais facilidades e dificuldades encontradas ao longo do grupo?
- 7) O senhor (a) continua sem fumar? () sim () não

Se sim:

- 1) O que mais o motiva a permanecer sem fumar?

Se não:

- 1) Por qual motivo aconteceu a recidiva?
- 2) O senhor (a) teve acompanhamento por um profissional da saúde após o término do GCT?
- 3) Há quanto tempo voltou a fumar?
- 4) Quanto tempo ficou livre uso do cigarro?
- 5) Sugestões para o tratamento.

9. ANEXO(S)

ANEXO I. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO
PARTICIPANTE**

Estamos realizando um projeto de pesquisa para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família intitulado: **“Efetividade do programa de controle do tabagismo em um município da região Sul de SC”**. O (a) Sr (a) foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos: **Avaliar a efetividade do Programa Municipal de Controle do Tabagismo no município de Criciúma – SC**. Embora o (a) Sr (a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Aceita gravação de voz no momento da entrevista () Sim () Não

A coleta de dados será realizada pela Enfermeira Residente Sandra Dominguni Darolt - Fone: 96045275 do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família - PRMSF - Unesc. Orientada pela Prof^a. Enf^a. Mestre e tutora do PRMSF, Ioná Vieira Bez Birolo – Fone: 99289765.
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNESC - Fone: (48) 34312578.

Criciúma (SC) ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante