



**Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva  
Curso de Especialização em Saúde Pública**

**Fábia Castro de Albuquerque Maranhão  
Lisandra de Lima Rodrigues  
Ivy Ane Barbosa Perez**

**Perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos Centros de Atenção  
Psicossocial  
para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPSad do Município do Recife,  
no período de 2004 a 2007.**

Orientadora

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Eduarda Ângela Pessoa Cesse.**

Co-orientadora:

**Maristela Pinto de Menezes**

Recife  
2008

**Fábia Castro de Albuquerque Maranhão**  
**Lisandra de Lima Rodrigues**  
**Ivy Ane Barbosa Perez**

Perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo tabagistas dos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPSad do Município do Recife, no período de 2004 a 2007.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública apresentado ao CPqAM/Fiocruz como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora

**Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Eduarda Ângela Pessoa Cesse.**

Co-orientadora:

**Maristela Pinto de Menezes**

Recife  
2008

**Fábia Castro de Albuquerque Maranhão  
Lisandra de Lima Rodrigues  
Ivy Ane Barbosa Perez**

**Perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos Centros de Atenção  
Psicossocial  
para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPSad do Município do Recife,  
no período de 2004 a 2007.**

Trabalho de Conclusão do Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* de Especialização em Saúde Pública do CPqAM/FIOCRUZ/NESC, pela Comissão formada pelos professores:

APROVADO EM 12 DE MARÇO de 2008

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: **Eduarda Ângela Pessoa Cesse** - Doutora em Saúde Pública. NESC-CPqAM-FIOCRUZ

Co-orientadora: **Maristela Pinto de Menezes** – Coordenadora do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer da Secretaria de Saúde do Recife.

Debatedor: **Karin Cristiane Melo** - Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Paulista/ Gerente do CAPS III – David Capistrano da Secretaria de Saúde do Recife.

## RESUMO

O Tabagismo, segundo a Organização Mundial da Saúde, deve ser considerado uma pandemia e como tal precisa ser enfrentada através de esforço coletivo mundial. O aumento do uso/abuso de drogas vem se tornando uma questão preocupante para as autoridades, profissionais de saúde e população em geral, necessitando de medidas que auxiliem no controle do seu consumo. A inserção do tabagismo no debate com as outras drogas se torna um importante passo para conscientização da gravidade da questão tabágica para a sociedade e como reforço às ações de apoio à cessação do uso do fumo. Com o objetivo de oferecer assistência integral aos usuários e dependentes, além, da prevenção, foram criados em Recife, no ano de 2004, Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPSad, que funcionam também como Centros de Referência para Abordagem e Tratamento do Fumante. Nesses Centros, foram criados grupos específicos de tabagismo. Os grupos trabalham com a Abordagem Intensiva do Fumante, como forma de cessar o ato de fumar, através da troca de experiências entre os usuários fumantes e do aconselhamento dos técnicos do referido Centro, visando, mudança de comportamento e qualidade de vida para cada indivíduo. Dessa forma, observou-se que a rede de CAPS, inclusive ad, tem se expandido consideravelmente nos últimos anos, tornando-se necessários estudos sobre o perfil da população por ela atendida. Conhecer as características dos usuários dos CAPSad é fundamental para orientar as políticas públicas e as práticas terapêuticas. Portanto, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil dos usuários tabagistas, que procuraram ajuda profissional nos 6 (seis) CAPSad do município de Recife, entre os anos de 2004 e 2007, através de um levantamento de dados dos prontuários e fichas específicas de Tabagismo, utilizando um roteiro estruturado, contendo variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao fumo e ao tratamento desenvolvido. Do universo de 288 prontuários analisados, a maioria dos usuários é do sexo feminino (54%), nas faixas etárias entre 46 a 55 anos e 56 ou mais (58,3%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (58%) e 30,49% concluíram o ensino médio. Em relação à idade que iniciaram o uso do fumo, 73,9% começaram entre 12 e 19 anos e 48,3% fazem uso de 11 e 20 cigarros ao dia. No que se refere ao tratamento, 57,6% necessitaram fazer uso de medicamentos, desses, 87,4% realizaram atendimento individual em complemento à atividade grupal. É importante ressaltar que dos usuários que receberam medicação durante o tratamento, 54,8% possuem algum tipo de co-morbidade. Desses, 40,6% têm distúrbios psiquiátricos, dos quais 28,5% são depressivos. Os resultados dessa pesquisa revelaram a magnitude do problema tabágico e poderão servir de fonte para basear novas pesquisas, subsidiar planejamentos e implementações de políticas públicas e orientar adequadas modalidades e formas de tratamento do fumante.

Palavras-chaves: Tabagismo, Dependência de Nicotina, Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas.....	11
CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.....	17
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	18
INCA - Instituto Nacional de Câncer.....	10
MR – Microrregiões.....	15
MS – Ministério da Saúde.....	16
OMS – Organização Mundial da Saúde.....	10
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares.....	19
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	10
PREVFUMO - Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo.....	17
RPA – Região Político Administrativa.....	14
SUS – Sistema Único de Saúde.....	11
UNIFESP - Universidade Federal Paulista.....	16

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa do município de Recife com suas respectivas Regiões Político – Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR).....	15
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1-</b> Sexo e faixa etária dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPS ad do Recife, 2004 a 2007.....	18
<b>TABELA 2-</b> Escolaridade e renda familiar dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPS ad do Recife, 2004 a 2007.....	19
<b>TABELA 3-</b> Idade de início do uso do fumo entre os usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPS ad do Recife, 2004 a 2007.....	20
<b>TABELA 4-</b> Quantidade de cigarros fumados por dia entre os usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPS ad do Recife, 2004 a 2007.....	21
<b>TABELA 5</b> – Usuários dos grupos de tratamento de tabagismo que receberam medicação durante o tratamento nos 6 (seis) CAPS ad de Recife, 2004 a 2007.....	21
<b>TABELA 6</b> – Usuários dos grupos de tratamento de tabagismo que utilizaram medicação durante o tratamento e realizaram atendimento individual combinado ao trabalho dos grupos de tabagismo nos 6 (seis) CAPS ad de Recife, 2004 a 2007.....	22

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Relação dos CAPS ad do município de Recife.....	14
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVOS</b>	13
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	13
<b>2.2 Objetivos específicos</b>	13
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	14
<b>3.1 Tipo de Estudo</b>	14
<b>3.2 Área de Estudo</b>	14
<b>3.3 População estudada e período de referência</b>	15
<b>3.4 Instrumento de coleta de dados</b>	15
<b>3.5 Fonte dos dados</b>	16
<b>3.6 Análise dos dados</b>	16
<b>3.7 Aspectos Éticos (Res. 196/1996 – CNS)</b>	16
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	17
<b>5 CONCLUSÃO</b>	24
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	25
<b>APÊNDICE</b>	
<b>Apêndice A - Instrumento de Coletas dos Dados</b>	
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo A - Parecer do CEP/CPqAM</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina (SILVA, 2007). Dessa forma, se caracteriza como uma doença crônica e uma dependência química acompanhada dos seus aspectos físicos e psicossociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, e como tal precisa ser combatida.

O tabagismo é fator de risco para cerca de 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares. É responsável por muitas mortes por câncer e pelas doenças respiratórias obstrutivas (SILVA, 2007).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2002) atualmente existem 1 bilhão e 200 milhões de pessoas fumantes no mundo. No Brasil ocorrem 200.000 mortes/ano associadas ao tabagismo, o que significa que 8 pessoas morrem a cada hora. A prevalência de tabagismo na população brasileira é de 16%, e no Recife cerca de 300.000 pessoas fazem uso de tabaco (14,7%) (BRASIL, 2007).

O aumento do uso/abuso de drogas vem se tornando uma questão preocupante para as autoridades, profissionais de saúde e população em geral, necessitando de medidas que auxiliem no controle do consumo destas drogas. Atualmente o tabagismo vem sendo objeto de estudo cada vez mais freqüente entre pesquisadores e cientistas, devido ao seu elevado efeito nocivo físico/psíquico, individual e coletivo (RECIFE, 2001). A inserção do tabagismo no debate com as outras drogas torna-se um importante passo para conscientização da gravidade da questão tabágica para a sociedade e como reforço às ações de apoio à cessação do uso do fumo. O tabagismo, como é sabido, é uma droga, e na maioria das vezes não é reconhecida como tal pelos seus usuários, devido a anos de estratégias de mistificação sobre os malefícios e a dependência dele advindos.

A partir dessas constatações, o Ministério da Saúde assumiu, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse Programa tem como objetivo a redução da prevalência de fumantes, e a conseqüente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. A partir de 1988, inicia-se o processo de municipalização das ações de controle do tabagismo e demais fatores de risco de câncer, através da construção de uma rede via secretarias estaduais e municipais de saúde, com treinamento de técnicos para a implantação das respectivas coordenações estaduais e municipais de controle do tabagismo e assim alavancar a

descentralização de forma estruturada e integrada. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 1996).

No dia 31 de maio de 2004, Dia Mundial sem Fumar, foi assinada pelo Ministro de Estado da Saúde, a Portaria 1035/GM que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2004). Nesta rede estão incluídas as unidades básicas de saúde e as unidades de referência de média e alta complexidade.

Com isso, a atenção ao tabagista pôde ocorrer de forma hierarquizada em toda a rede de serviços do SUS. No Recife, a implantação da Coordenação de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer se deu em 2001.

A Secretaria de Saúde do Recife, com o objetivo de oferecer assistência integral aos usuários de drogas, além da prevenção, criou no ano de 2004, através do Programa + Vida – Programa de Redução de Danos no Consumo de Álcool, Fumo e Outras Drogas, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPSad, que funcionam também como Centros de Referência para Abordagem e Tratamento do Fumante. Existem, atualmente na rede de serviços, seis (06) CAPSad, distribuídos nas 6 (seis) Regiões Político-Administrativas (RPA) (RECIFE, 2004).

Nesses Centros, foram criados grupos de tratamento do tabagismo, implantados pela Coordenação Municipal de Controle do Tabagismo. Esses grupos são espaços de trocas de experiências e discussões sobre o tema, focalizando-se a compreensão sobre os aspectos físicos e psicossociais da dependência que o fumo provoca, trabalhando através de uma abordagem motivacional e bem centrada no desvelamento dessas questões. “Além de propiciar uma discussão de situações vividas pelos usuários e o reconhecimento de informações e estratégias de comportamento adequadas” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 1997).

A rede de Caps, inclusive ad, tem se expandido consideravelmente nos últimos anos tornando-se necessários estudos sobre o perfil da população por ela atendida. Para tanto, conhecer as características da população para os quais são destinados os serviços é fundamental para orientar as políticas públicas e as práticas terapêuticas.

Tendo em vista que o Tabagismo é um problema de saúde pública, com alta prevalência, considerado uma pandemia, fator de risco para diversas causas de morbi – mortalidade e por tratar-se de um tema complexo e multifacetado, configura-se um desafio para os profissionais de saúde, gestores e toda sociedade. Sendo assim, faz-se necessário o

fortalecimento do debate sobre a problemática do fumo e das outras drogas, com uma proposta de desenvolver junto aos seus usuários e dependentes, uma abordagem com relação à dependência e as condições para a abstinência. Como também, a realização de novas pesquisas a fim de ampliar a produção científica a cerca do tema, principalmente quanto ao perfil dos tabagistas, usuários dos serviços de saúde, escassas na literatura, o que justifica a realização deste trabalho.

Torna-se relevante, então, verificar qual o perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos CAPS ad - Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – do município de Recife? Os resultados são de fundamental importância para subsidiar novas pesquisas de avaliação, tanto da implementação, como do impacto das políticas, ações e serviços públicos de saúde destinados a este público alvo, bem como para subsidiar as estratégias de ampliação da rede. Esperamos, com nosso trabalho, contribuir, para que sejam elaboradas, pelas autoridades responsáveis, estratégias mais eficazes de controle do uso e abuso das drogas, em especial, do tabagismo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Traçar o perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPS ad do município do Recife, no período de 2004 a 2007.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar o perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo segundo as variáveis sócio- demográficas;
- b) Descrever o perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo segundo as variáveis relacionadas ao uso do fumo;
- c) Traçar o perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo segundo as variáveis relacionadas ao tratamento nos CAPS ad.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Tipo de Estudo

O estudo se caracterizou por ser do tipo descritivo observacional de corte transversal.

#### 3.2 Área de Estudo

O estudo foi realizado no Município de Recife, capital do Estado de Pernambuco, situado no litoral nordestino e ocupando uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza, disputando com elas o espaço estratégico de influência na Região. Com uma população residente de 1.528.970 habitantes (IBGE, 2007), correspondendo a 43% da população da Região Metropolitana e uma área de 19,493 Km<sup>2</sup>, é formada por 94 bairros, divididos em 06 RPA's (Região Político Administrativa), onde RPA 01 – Centro: 11 bairros, RPA 02 – Norte: 18 bairros, RPA 03 – Nordeste: 29 bairros, RPA 4 - Oeste: 12 bairros, RPA 5 - Sudoeste: 16 bairros, RPA 6 - Sul: 8 bairros. O estudo se restringiu aos 06 Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPS ad, os quais funcionam também como Centros de Referência para Abordagem e Tratamento do Fumante, situados em cada uma das 6 RPA's do município do Recife, conforme Quadro abaixo:

<b>Nome da Unidade</b>	<b>Distrito Sanitário</b>	<b>RPA</b>
CAPSad Espaço Professor Luiz Cerqueira.	I	I
CAPSad Estação Vicente Araújo	II	II
CAPSad CPTRA	III	III
CAPSad Eulâmpio Cordeiro.	IV	IV
CAPSad Espaço Travessia René Ribeiro.	V	V
CAPS ad Professor José Lucena	VI	VI

Quadro 1 – Relação dos CAPS ad do município de Recife

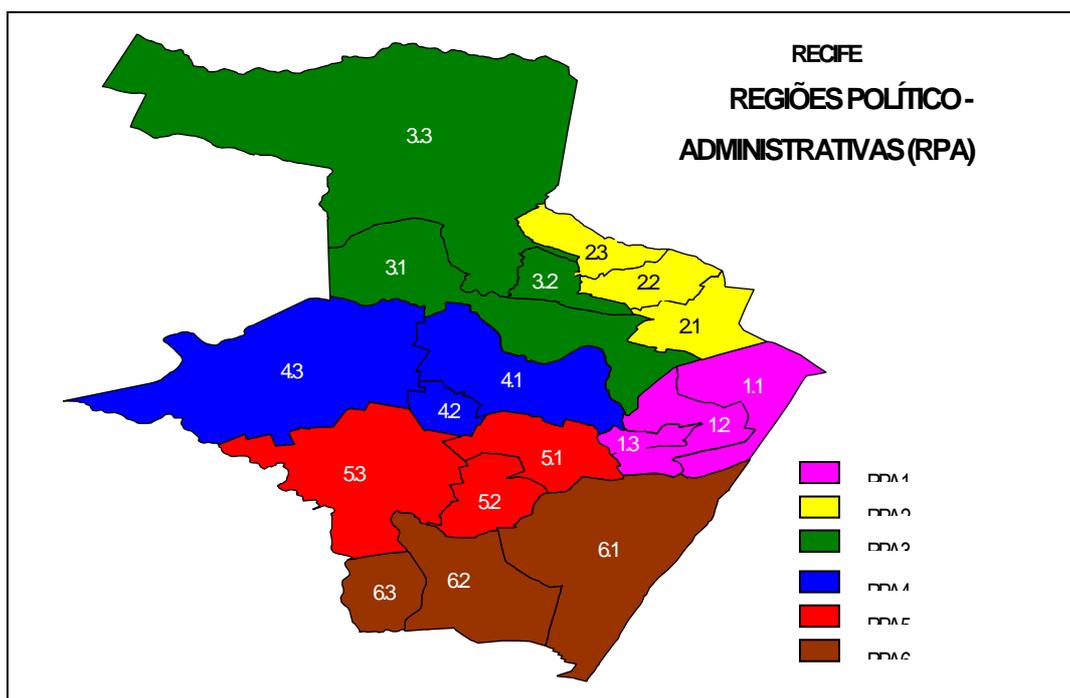


Figura 1 – Mapa do município de Recife com suas respectivas Regiões Político – Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR). Fonte: Recife (2004)

### 3.3 População estudada e período de referência

Foi constituída por 288 tabagistas, correspondendo 95,3% do universo de usuários, cadastrados e em atendimento nos grupos específicos de tratamento do tabagismo, nos 6 (seis) CAPS ad do município do Recife, no período de 2004 a 2007.

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados de interesse da pesquisa foi utilizado um roteiro estruturado formado por variáveis sócio-demográficas, relacionadas ao fumo e ao tratamento do tabagista (Apêndice A).

### **3.5 Fonte dos dados**

Nessa pesquisa não foram realizadas entrevistas com os usuários. As informações de interesse foram coletadas dos prontuários e fichas específicas destes.

### **3.7 Análise dos dados**

Os dados após coletados foram tabulados utilizando os Softwares Epiinfo-6 e Excel, em seguida foram selecionadas as variáveis de maior relevância para o nosso estudo, distribuindo-as em três categorias distintas: 1. Sócio- demográficas – Sexo, faixa- etária, renda familiar, escolaridade; 2. Relacionadas ao fumo – Idade de início do fumo, tempo de uso, quantidade de cigarros fumados durante o dia. 3. Relacionadas ao tratamento - Realização do atendimento individual, participação nos grupos de tabagismo, utilização de medicação durante o tratamento. A discussão das variáveis se desenvolveu a partir de referências nacionais sobre o tema abordado.

### **3.7 Aspectos Éticos (Res. 196/1996 – CNS)**

Como se tratou de uma pesquisa onde foram coletados dados secundários dos prontuários dos usuários, através de um roteiro previamente construído pelas autoras, a identidade dos usuários foi preservada e, como toda e qualquer informação a respeito dos mesmos só foi utilizada apenas para fins de realização dessa pesquisa.

Este projeto foi submetido ao comitê de Ética em pesquisa, para apreciação e aprovação, segundo a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (MS) e aprovado sob o registro nº060/2007, como consta em anexo.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 288 prontuários analisados, a maioria foi do sexo feminino com 54%. As faixas etárias predominantes foram entre 46 a 55 anos e 56 ou mais que totalizaram 58,3%, destaca-se também a faixa etária entre 36 e 45 anos que correspondeu a 23% (TABELA 1).

Em Recife, Benning, Maranhão e Castro (2005), encontraram dados semelhantes em relação ao sexo e a faixa etária entre os usuários dos grupos de tabagismo de um CAPSad do município. Houve predominância do sexo feminino, abrangendo 63% dos usuários. A faixa etária predominante foi entre 35 e 45 anos (47%).

Um estudo realizado em São Paulo apontou o perfil dos usuários do programa de tratamento do tabagismo do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD. Foi encontrado que 59,62% dos usuários são do sexo feminino, na faixa etária de 45 a 49 anos (25%) (LAGO, LUIZEMIR WOLNEY CARVALHO, 2006). Corroborando, assim, com os resultados do nosso estudo.

Em ambos os sexos a frequência de fumantes, tende a aumentar com a idade até os 54 anos, decrescendo a partir de então e alcançando uma menor frequência entre indivíduos com mais de 65 anos de idade (BRASIL, 2007).

É importante ressaltar que, em pesquisa realizada nas 26 capitais e Distrito Federal do país, através das estimativas do sistema VIGITEL, o uso do fumo se mostrou mais disseminado entre os homens do que entre as mulheres em todas as cidades, com exceção do Rio de Janeiro e Goiânia, onde a frequência de fumantes foi semelhante em ambos os sexos (BRASIL, 2007).

Portanto, pôde-se perceber que apesar da prevalência dos fumantes ser do sexo masculino, é o sexo feminino quem mais procura o tratamento nos serviços de referência para tratamento do fumante.

O número de mulheres que procuram ajuda profissional para abandonar o cigarro tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Só nos consultórios do PrevFumo, segundo o médico pneumologista Sérgio Ricardo Santos, coordenador do Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) da Universidade Federal Paulista (Unifesp), elas já são 60%. E o número não pára de aumentar. Algo justificável por dois importantes fatores: as mulheres são muito mais prejudicadas pelo ato de fumar e também têm mais problemas para abandonar o vício, os dois principais fatores que dificultam a vida das mulheres na hora de

parar de fumar, segundo o pneumologista são: o risco de depressão e o medo de engordar (G1, 2008).

**TABELA 1- Sexo e faixa etária dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPSad do Recife, 2004 a 2007.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>
19 a 25 anos	1%	4,8%	6%
26 a 35 anos	3,4%	9,3%	12,7%
36 a 45 anos	12,5%	10,5%	23%
46 a 55 anos	21,2%	11,4%	32,6%
56 anos ou mais	15,7%	10%	25,7%
Total	54%	46%	100%

Fonte: Prontuários e fichas específicas dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 (seis) CAPS ad do Recife, 2004-2007.

Segundo a pesquisa desenvolvida por Benning, Maranhão e Castro (2005), a maioria dos usuários (25%) concluiu o ensino fundamental e possui renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (58%). No presente estudo foi encontrado o mesmo resultado na variável renda familiar (TABELA 2). No entanto, no que se refere à escolaridade, a maioria dos pesquisados concluiu o ensino médio (30,49%), inclusive 10,6% têm nível superior e 2,07% são pós-graduados. Porém, os que não chegaram a concluir o ensino fundamental representam 26,4 % da população estudada (TABELA 2).

Pesquisa realizada em 10 capitais brasileiras em 1988, mostrou que o consumo do cigarro tendia a ser menor nas classes de maior rendimento per capita, e maior nas de menor rendimento. Essa diferença se deve, em grande parte, a maior desinformação das classes sociais economicamente mais pobres, da mesma forma que ocorre em outros países. Consequentemente, diminui a frequência de fumantes com o aumento da escolaridade (IBGE, 1989).

Esses dados se assemelham aos resultados encontrados, em 2003, no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Esta é uma tendência observada em vários países. A associação entre tabaco e pobreza tem sido foco especial de atenção e mobilização da Organização Mundial da Saúde e foi o tema de discussão, no ano de 2004, da data comemorativa “Dia 31 de Maio, dia Mundial Sem Tabaco”<sup>8</sup>. Muitas famílias pobres comprometem uma importante parcela de seu orçamento com a compra de tabaco, agravando seu estado de pobreza e saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2003)..

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em famílias brasileiras de menor renda, o gasto com tabaco chega a ser maior do que com alguns alimentos tais como pão, leite, ovos, legumes e frutas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003).

Estes dados reforçam o estudo realizado por Souza (2005), que evidencia que o tabagismo e pobreza têm formado um ciclo vicioso: a maioria dos fumantes tem baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, apesar da prevalência do uso do fumo ter aumentado em todas as camadas sociais.

Segundo Souza (2005):

“O uso de derivados de tabaco nas populações de baixa renda compromete significativamente sua qualidade de vida. Este fenômeno foi constatado em estudos realizados pelo Instituto Nacional do Câncer, Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde os quais desvendaram o agravamento da pobreza nos países em desenvolvimento, em decorrência do alto índice de consumo de cigarros pelas classes de baixa renda”

**TABELA 2- Escolaridade e renda familiar dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPSad do Recife, 2004 a 2007.**

<b>Escolaridade/Renda Familiar</b>	<b>até 01 salário mínimo</b>	<b>de 02 a 03 salários mínimos</b>	<b>de 04 a 05 salários mínimos</b>	<b>de 06 a 07 salários mínimos</b>	<b>mais de 08 salários mínimos.</b>	<b>Não informado</b>	<b>Total</b>
Analfabeto	1,04%	1,04%	0	0	0	0	2,08%
Fundamental incompleto	14,91%	5,55%	0,34%	0,69%	0	4,86%	26,35%
Fundamental completo	3,10%	4,16%	0,69%	0	0	0,34%	8,28%
Ensino médio incompleto	3,12%	4,16%	0	0	0	1,73%	9,01%
Ensino médio completo	5,52%	13,18%	2,43%	2,43%	1,38%	5,55%	30,49%
Superior Incompleto	0	1,04%	0,69%	0,34%	0,34%	0,69%	3,10%
Superior completo	0,66%	1,36%	1,04%	1,04%	1,38%	2,08%	10,66%
Pós -graduação	0	0,34%	0	1,04%	0,69%	0	2,07%
Não informado	1,36%	0,32%	0	0	0	9,37%	11,05%
<b>Total</b>	<b>29,71%</b>	<b>31,15%</b>	<b>5,19%</b>	<b>5,54%</b>	<b>3,79%</b>	<b>24,62%</b>	<b>100,%</b>

Fonte: Prontuários e fichas específicas dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 (seis) CAPS ad do Recife, 2004-2007.

Com relação à idade de início do ato de fumar, do universo de 288 usuários, 73,9% iniciaram o uso do fumo entre 12 e 19 anos (Tabela 3). É durante a infância e adolescência,

principalmente dos 15 aos 19 anos, que 90% dos fumantes iniciaram a dependência da nicotina (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1997).

Em Pernambuco, Benning, Maranhão e Castro (2005) encontraram dados semelhantes, entre os usuários de um CAPSad do Recife, 74% dos tabagistas, começaram a fumar entre 10 e 19 anos.

Em um estudo realizado em São Paulo que apontou o perfil dos usuários do programa de tratamento do tabagismo do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, verificou-se que a maior parte da população estudada iniciou o consumo de tabaco entre 12 e 14 anos de idade (36,54%) (LAGO, LUIZEMIR WOLNEY CARVALHO, 2006). Da mesma forma, os resultados de uma pesquisa realizada no CAPSad de Sobral – Ceará, também mostraram que o início do uso, ocorreu na adolescência, representando 55,7% do total da população estudada (MARINHO, JOINA RENATA MADEIRA, 2004).

**TABELA 3- Idade de início do uso do fumo entre usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPSad do Recife, 2004 a 2007.**

<b>Idade do início do uso do fumo</b>	<b>%</b>
Menor de 11 anos	9
12 e 19 anos	73,9
20 e 25 anos	9
26 e 30 anos	2,5
Mais de 30 anos	2,8
Não informado	2,8
Total	100

Fonte: Prontuários e fichas específicas dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 (seis) CAPS ad do Recife, 2004-2007.

Na presente pesquisa verificou-se que 48,3% fumam ente 11 e 20 cigarros (Tabela 4). Dados semelhantes também foram verificados no estudo realizado por Benning, Maranhão e Castro (2005), que encontraram, em relação ao padrão de uso do tabaco, 47% dos usuários que fumavam em média, 20 cigarros por dia. Este padrão corresponde à média nacional de consumo diário de acordo com Instituto Nacional de Câncer (1998).

O desenvolvimento da dependência à nicotina é progressivo, acarretando a necessidade física e/ou psíquica de doses cada vez maiores da substância, justificando o aumento do número de cigarros fumados a cada dia, apresentando um distúrbio chamado Síndrome de Dependência (BRASIL, 2004).

**TABELA 4- Quantidade de cigarros fumados por dia entre os usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 CAPSad do Recife, 2004 a 2007.**

<b>Quantidade de cigarros fumados por dia</b>	<b>%</b>
Menos de 10 cigarros	6,9
11 a 20 cigarros	48,3
21 a 30 cigarros	13,9
31 A 59 cigarros	17,7
60.cigarros	10,1
Não informado	3,1
Total	100

Fonte: Prontuários e fichas específicas dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 (seis) CAPS ad do Recife, 2004-2007.

No que se refere ao tratamento, 57,6% necessitaram fazer uso de medicamentos (Tabela 5). Desses 87,4% realizaram atendimento individual em complemento à atividade grupal, enquanto 6,6% desses usuários tiveram apenas atendimento individual e 4,2% somente participaram das reuniões de grupo (Tabela 6). É importante ressaltar que através dos dados levantados, pôde-se observar que, dos usuários que receberam medicação durante o tratamento, 54,8% possuem algum tipo de co-morbidade. Desses, 40,6% têm distúrbios psiquiátricos, dos quais 28,5% apresentam depressão. A Bupropiona com 23,5% foi a medicação mais utilizada, seguida do Diazepan com 16,3% (27).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2004), 97% dos fumantes que querem parar de fumar necessitam de tratamento, desses 40% necessitam de medicação. Existem algumas medicações de eficácia comprovada na cessação do uso do fumo que são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos (adesivos, goma de mascar) e não-nicotínicos (antidepressivos e anti-hipertensivos: bupropiona, clonidina e nortriptilina) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001).

**TABELA 5 - Usuários dos grupos de tratamento de tabagismo que receberam medicação durante o tratamento nos 6 (seis) CAPS ad de Recife, 2004 a 2007.**

<b>Uso de Medicação</b>	<b>%</b>
Não	33,4
Sim	57,6
Não informado	9
Total	100

Fonte: Prontuários e fichas específicas dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 (seis) CAPS ad do Recife, 2004-2007.

**TABELA 6 - Usuários dos grupos de tratamento de tabagismo que utilizaram medicação durante o tratamento e realizaram atendimento individual combinado ao trabalho dos grupos de tabagismo nos 6 (seis) CAPS ad de Recife, 2004 a 2007.**

Realização de Atendimentos individuais	Participação em grupos de tabagismo			
	Não	Sim	Não informado	Total
Não	0	4,2%	0	4,2%
Sim	6,6%	87,4%	1,8%	95,8%
Total	6,6%	91,6%	1,8%	100%

Fonte: Prontuários e fichas específicas dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos 6 (seis) CAPS ad do Recife, 2004-2007.

Atualmente existem vários modelos de tratamento propostos e a escolha do mais adequado ao paciente depende de uma boa avaliação inicial. Em todos os tratamentos, a abstinência é a meta mais importante e a mais difícil de ser mantida. A abordagem de um dos sintomas mais proeminentes da Síndrome de Abstinência, a compulsão ou fissura, deve ser cuidadosamente considerada, já que este é o maior obstáculo para parar de fumar (ACHUTTY, 2001).

Os CAPSad do município de Recife desenvolvem um trabalho destinado aos usuários tabagistas, através de uma abordagem Cognitiva-Comportamental combinada a outras abordagens. Esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao auto-controle para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a torna-se, assim, um agente de mudança do seu próprio comportamento (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001). Essa abordagem contempla dois momentos: o trabalho com grupos e o atendimento individual.

Os grupos de tabagismo são espaços de troca de experiências e discussões sobre o tema, focalizando-se a compreensão sobre os aspectos físicos e psicossociais da dependência que o fumo provoca, trabalhando através de uma abordagem motivacional e bem centrada no desvelamento dessas questões, visando mudança de comportamento e qualidade de vida para cada indivíduo. Os atendimentos individuais, por sua vez, possibilitam uma abordagem eficaz e complementar ao trabalho de grupo, possibilitando uma construção de estratégias específicas de acordo com a realidade de cada usuário, representando um importante passo na evolução do tratamento a fim de alcançar e/ou manter a cessação do uso do fumo.

O atendimento individual combinado ao trabalho grupal é de fundamental importância durante o tratamento, pois, além dos determinantes e conseqüências que se limitam a cada fumante, existem também determinantes e conseqüências relacionados ao meio ambiente e na

comunidade (ACHUTTY, 2001). O importante é fazer compreender que cessar o fumo não é só “parar de levar o cigarro à boca”, e sim, desencadear uma mudança comportamental na vida de cada usuário (MENEZES, 2001).

A abordagem cognitivo-comportamental, combinando atendimento individual e grupos de tabagismo, é considerada um dos métodos mais eficazes na cessação de fumar (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001).

É importante considerar que, nos casos em que o paciente não consegue parar de fumar após ter sido realizada tal abordagem pode ser utilizada a farmacoterapia, como suporte em situações bem definidas, como por exemplo a co-morbidade psiquiátrica. Cerca de 30% dos fumantes podem ter história de depressão (FIORE, 2000). Indivíduos com episódios prévios de depressão se mostram mais vulneráveis a desenvolver novos episódios durante o tratamento que aqueles que nunca tiveram esse transtorno. Os fumantes com depressão utilizam o tabagismo como auto-medicação, fumam mais intensamente, têm sintomas da síndrome de abstinência mais severos e, conseqüentemente, têm maior dificuldade em parar de fumar (FIORE, 2000). Portanto, a farmacoterapia tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001).

## 5 CONCLUSÃO

A partir da realização desse estudo contatamos que:

- A maioria dos usuários que procuram os Centro de Atenção Psicossociais para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas, da cidade do Recife, no período de 2004 a 2007, é do sexo feminino, na faixa etária entre 46 a 55 anos e 56 ou mais, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e concluíram o ensino médio;
- Iniciaram o uso do fumo entre 12 e 19 anos e fumam entre 11 e 20 cigarros ao dia.
- Observou-se que uma grande parcela dos usuários recebeu uma abordagem cognitiva-comportamental, a qual é considerada um dos métodos mais eficazes na cessação de fumar.
- Chama atenção o significativo número de fumantes com co-morbidade psiquiátrica, havendo a necessidade do uso de medicação durante o tratamento, principalmente o medicamento não – nicotínicos, como os antidepressivos, a fim de alcançar a cessação do uso do fumo.

Os resultados dessa pesquisa revelaram a magnitude do problema tabágico e são de fundamental importância para subsidiar novas pesquisas de avaliação, tanto da implementação, como do impacto das políticas, ações e serviços públicos de saúde destinados a este público alvo, bem como para subsidiar as estratégias de ampliação da rede e orientar adequadas modalidades e formas de tratamento do fumante.

Esperamos, com nosso trabalho, contribuir, para que sejam elaboradas, pelas autoridades responsáveis, estratégias mais eficazes de controle do uso e abuso das drogas, em especial, do tabagismo.

## 6 REFERÊNCIAS

ACHUTTY, Aloyzio. **Guia Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora, 2001.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância Estratégica e Participativa. **VIGITEL BRASIL 2006– Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel\\_2006\\_brasil.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2006_brasil.pdf)>. Acesso em agosto de 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº1035/GM, de 31 de maio de 2004**. Dispõe sobre Ampliação do acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2004. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>>. Acesso em 15 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Saúde Mental. **Álcool e outras drogas – uma questão de saúde pública**. Disponível em: < <http://ilumina.com.br/novidades/out05/002.htm>>. Acesso em agosto de 2007.

BENNING, Elizabeth Leão; CASTRO, Marize Delizele Marques; MARANHÃO, Fábica Castro de Albuquerque. **Parar de fumar é possível: experiência desenvolvida em grupos de tabagismo**. 2005. Trabalho de conclusão de curso (Graduação Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

IORE, M. C. **Clínicas Médicas da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interlivros. Edições Ltda., tradução e adaptação do v. 76, nº 2, 2000.

G1. Aumenta procura feminina por clínicas que ajudam a abandonar o cigarro. Disponível em:<<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,MUL342154-5603,00.html>>. Acesso em: março 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Desnutrição: dados preliminares**. Rio de Janeiro, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>>. Acesso em: fevereiro de 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). **Ajudando seu paciente a deixar de fumar** – Rio de Janeiro: INCA, 1997.

\_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Falando sobre Tabagismo**. 3º edição. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

\_\_\_\_\_. Ação Global para o Controle do Tabaco. 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. **Por um mundo sem tabaco**. 3ª Edição. 2004,.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. INCA 2004 Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/inquerito/>>. Acesso em: março de 2008.

LAGO, Luizemir Wolney Carvalho. **Perfil do Usuário do Programa de Tratamento do Tabagismo do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – Cratod**. Secretaria do Estado de Saúde. São Paulo, 2006

MARINHO, Jovina Renata Madeira. **Caracterização dos casos atendidos no CAPS ad em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral – CE, setembro de 2002 a agosto de 2003**. Trabalho de conclusão do Curso de Residência em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSVS. Sobral, 2004.

MENEZES, Maristela Pinto de. **Proposta para Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer no Município do Recife**. Mimeo. Pernambuco, 2001.

\_\_\_\_\_. **Política de Controle do Tabagismo em Recife/PE - Avanços e Desafios para a Gestão**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Políticas Públicas) Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária. **Perfil Epidemiológico do Recife – 1999 e 2000**. Recife, 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. **Projeto Terapêutico do CAPS ad Profº José Lucena**. Recife, 2004.

SILVA, Ivana. **Tabagismo: o mal da destruição em massa**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>>. Acesso em: outubro de 2007.

SOUZA, J.M. A. **Tabagismo e Pobreza: Aspectos Relevantes para uma Análise Social**. Monografia apresentada para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, 2005. Recife: UFPE, 2005.

## **APÊNDICE**

**Apêndice A**  
**Instrumento de Coletas dos Dados**

**Perfil dos usuários dos grupos de tratamento de tabagismo dos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas – CAPSad da Prefeitura do Recife, no período de 2004 a 2007.**

CAPS ad \_\_\_\_\_

Prontuário institucional: \_\_\_\_\_ N° do instrumento: \_\_\_\_\_

Bairro de residência: \_\_\_\_\_

**Variáveis Sócio Demográficas**

1- Sexo: ( ) Feminino  
( ) Masculino  
( ) Não Informado

2- Faixa Etária:  
( ) até 19 anos ( ) de 19 a 25 anos ( ) de 26 a 35 anos ( ) de 36 a 45 anos  
( ) de 46 a 55 anos ( ) 56 anos ou mais ( ) Não Informado

3- Escolaridade:  
( ) Analfabeto ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo  
( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Superior Incompleto  
( ) Superior completo ( ) Pós graduação ( ) Não Informado

4- Renda Familiar

( ) até 01 salário mínimo ( ) de 02 a 03 salários mínimos  
( ) de 04 a 05 salários mínimos ( ) de 06 a 07 salários mínimos  
( ) mais de 08 salários mínimos. ( ) Não Informado

5- Estado Civil

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) União estável ( ) separado ( ) Não Informado

6. Formação profissional: \_\_\_\_\_ 7. Ocupação: \_\_\_\_\_

**Variáveis Relacionadas ao Fumo**

8- Idade de início do fumo (em anos):

( ) menos de 11 anos ( ) de 12 a 14 anos ( ) de 15 a 19 anos ( ) de 20 a 25 anos  
( ) de 26 a 30 anos ( ) + de 30 anos ( ) Não Informado

9-Tempo de uso:

menos de 1 ano  de 2 a 5 anos  de 6 a 15 anos  de 16 a 25 anos  
 de 26 a 35 anos  36 a 45 anos  46 a 55 anos  + de 55 anos  Não Informado

10-Quantidade de cigarros fumados por dia:

menos de 10  de 11 a 20  de 21 a 30  31 a 59  
 mais de 60  Não Informado.

11- Quantidade de vezes que ficou sem fumar pelo menos 01 dia:

Nenhuma  1 vez  2 vezes  3 vezes  mais de 3 vezes  Não Informado

12- Tentativas de deixar o fumo:

de 1 a 3 vezes  + de 3 vezes  tentou mais não conseguiu parar  
 Nunca tentou  Não Informado

13- Utilização de algum recurso para parar de fumar:

Nenhum  apoio de prof. de saúde  medicamentos  
 Leitura de orientações, folhetos, revistas, jornais.  
 Outros

14-Convívio com fumantes em casa:

Não  Sim,  Não Informado  
qual o grau de parentesco,\_\_\_\_\_?

15 - Dificuldade em não fumar em lugares proibidos:

Não  Sim  Não Informado

16 - Hábito de fumar pela manhã:

Não  Sim  Não Informado

### **Variáveis Relacionadas ao Tratamento**

17-Realização do atendimento individual:

Não  Sim  Não Informado  
Quantos: \_\_\_\_\_

18-Participação nos grupos de tabagismo:

Não  Sim  Não Informado  
Quantos: \_\_\_\_\_

19-Utilização de medicação durante o tratamento:

Não  Sim  Não Informado  
qual \_\_\_\_\_

20- Possui comorbidade?

Não  Sim  Não Informado

Qual Tipo:

Psiquiátrica Tipo: \_\_\_\_\_

Álcool

Outras Drogas Tipo: \_\_\_\_\_

Não Informado

21- Quanto tempo ficou e/ ou está sem fumar:

Nenhum  menos de 1 mês  de 1 a 3 meses  3 a 12 meses  de 1 a 3  
anos

de 3 a 6 anos  de 6 a 12 anos  + de 12 anos  Não Informado

## **ANEXOS**

**Anexo A**  
**Parecer do CEP/CPqAM**