



Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto*

Smoking among users of a psychosocial care center for alcohol and drugs: a pilot study

Tabaquismo en usuarios de un centro de atención psicossocial alcohol y drogas: un estudio piloto

Sandra Cristina Pillon¹, Natália Priolli Jora², Gisela Pereira Amorim³, Joséia Benedita Carneiro Domingos⁴, Ronildo Alves dos Santos⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar o padrão de consumo do tabaco em clientes de um serviço especializado no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado, em 2009, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, situado no interior do Estado de São Paulo-SP. Aplicou-se um questionário contendo informações sociodemográficas e o teste de Fargeström em 48 usuários atendidos, em um único dia, nesse serviço. **Resultados:** A amostra foi caracterizada como sendo predominantemente adulta, com indivíduos do sexo masculino, solteiros, com baixo nível de escolaridade e com vínculo empregatício. Em relação ao consumo de tabaco, identificou-se uma frequência alta de fumantes atuais, com nível moderado de dependência do tabaco, motivados a mudarem o hábito de fumar. **Conclusão:** Conhecer o comportamento de fumar entre usuários de um serviço especializado auxiliará a repensar as ações preventivas e educacionais na área da saúde.

Descritores: Tabaco; Tabagismo; Instituições de Assistência Ambulatorial

ABSTRACT

Objective: To evaluate the pattern of tobacco consumption in clients of a service specializing in the treatment of psychoactive substance dependence. **Methods:** This was a descriptive quantitative approach, undertaken in 2009, in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center, located within the State of São Paulo. We used a questionnaire containing sociodemographic information and the Fargeström test in 48 attendees in a single day at this service. **Results:** The sample was characterized as predominantly adult males, unmarried, with low educational levels, and who were currently employed. In relation to smoking, we identified a high frequency of current smokers, with moderate level of tobacco dependence, motivated to change their smoking habits. **Conclusion:** Knowing the smoking behavior among users of a specialized service can help professionals rethink preventive and educational actions in the area of health.

Keywords: Tobacco; Smoking; Ambulatory Care Facilities

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el patrón de consumo del tabaco en clientes de un servicio especializado en el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo realizado, en el 2009, en un Centro de Atención Psicossocial Alcohol y Drogas, situado en el interior del Estado de Sao Paulo-SP. Se aplicó un cuestionario que contenía informaciones sociodemográficas y el test de Fargeström en 48 usuarios atendidos, en un único día, en ese servicio. **Resultados:** La muestra fue caracterizada como predominantemente adulta, con individuos del sexo masculino, solteros, con bajo nivel de escolaridad y con vínculo laboral. En relación al consumo de tabaco, se identificó una frecuencia alta de fumantes actuales, con nivel moderado de dependencia del tabaco, motivados a cambiar el hábito de fumar. **Conclusión:** El conocimiento del comportamiento de fumar entre usuarios de un servicio especializado ayudará a repensar sobre las acciones preventivas y educativas en el área de la salud.

Descritores: Tabaco; Tabaquismo; Instituciones de Atención Ambulatoria

* Trabalho realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) de um município do interior paulista.

¹ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Pós-graduanda (Mestrado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁵ Doutor. Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, o uso do tabaco constitui uma das dependências de maior prevalência, considerada a principal causa de mortes evitáveis, que mata mais de cinco milhões de pessoas por ano em todo o mundo⁽¹⁾. Neste século, se não existirem políticas públicas voltadas à prevenção ao uso do tabaco, haverá milhares de mortes que poderiam ser prevenidas, e uma parcela considerável dessas mortes ocorrerá nos países de baixa renda. Se as tendências atuais persistirem, o tabaco será o responsável por cerca de 80% dos casos de mortes prematuras em tais países. Estima-se, ainda, que até o final deste século, o tabaco poderá matar um bilhão de pessoas ou mais, se medidas urgentes não forem tomadas. Nos próximos 20 anos, a nicotina tornar-se-á, em nível mundial, a única e maior causa de mortes prematuras ou do número de anos perdidos por morte prematura causada pelo tabagismo (medido em *disability-adjusted life years*, DALYs, índice comparativo da carga de morbidade e mortalidade).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾, diversos estudos indicam que não será possível reduzir o número de mortes relacionadas às consequências do tabaco nos próximos 30 a 50 anos, a menos que os fumantes sejam encorajados a pararem de fumar. Desse modo, a OMS destaca a importância dada ao *Framework Convention on Tobacco Control* que estabelece padrões mundiais, para que medidas legislativas e políticas contribuam na redução das taxas de fumantes⁽²⁾.

A nicotina é a principal substância do tabaco e mediante o poder que possui em causar dependência, muitos fumantes necessitarão de apoio para parar de fumar⁽³⁾. Há evidências de que, aproximadamente, um terço dos fumantes tenta parar de fumar a cada ano. No entanto, só uma pequena porcentagem desses (3% - 5%) atinge a abstinência (pelo menos, 12 meses sem fumar), usando apenas a “força de vontade”. Conseguem parar de fumar sem ajuda ou auxílio de um profissional de saúde⁽³⁻⁴⁾. O fato indica o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante pelos profissionais de saúde pode oferecer para reduzir o número de fumantes e para que estes se sensibilizem quanto a necessidade de parar de fumar⁽⁵⁾.

Nos últimos anos, houve um crescente interesse em relação à implementação de práticas assistenciais efetivas e baseadas em evidências, por parte dos profissionais dos serviços de saúde, bem como na integração de serviços que oferecem tratamento para a cessação do fumar, somado às políticas de controle do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje modificar seus comportamentos em relação ao fumar⁽³⁾.

Além disso, houve um aumento progressivo na

demanda por ações de apoio à cessação desse hábito, o que coloca em evidência o papel das instituições de saúde e de seus profissionais nas ações de abordagem ao tabagista⁽⁶⁾.

As mudanças nas políticas de controle foram necessárias frente aos índices de fumantes no Brasil, que demonstram que um a cada dez brasileiros, com idade entre 12 e 65 anos, é dependente da nicotina⁽⁷⁾. Frente a esse índice, que é preocupante, houve uma crescente luta antitabagista, que ocorreu não apenas no Brasil.

De longa data, o Ministério da Saúde assumiu, com o Instituto Nacional de Câncer o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujo objetivo destina-se a reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbidade e mortalidade por doenças causadas pelo consumo do tabaco. Utiliza estratégias de prevenção, desde a iniciação ao tabagismo, proteção da população frente à exposição ambiental à fumaça do tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco por meio de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas⁽⁸⁾. Prevendo, assim, a articulação entre a capacitação de profissionais de saúde e o financiamento de ações voltadas à abordagem e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS 1.035/04, regulamentada pela SAS/MS 442/04, que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para a atenção básica e de média complexidade. Além de estabelecer os materiais de apoio e medicamentos no tratamento do tabagismo, fornecidos pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para tal fim⁽⁸⁾. Esta portaria foi complementada pela Portaria GM/MS 1.575/02, que cria os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)⁽⁸⁾, a abordagem e tratamento do fumante, que devem ser oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS-ad). Esta política foi destacada pela OMS⁽²⁾ como um dos pilares do processo de redução do número de fumantes no Brasil.

Além disso, a forte evidência da relação entre tabagismo e doenças mentais (ansiedade e depressão), objeto de numerosas publicações nas últimas duas décadas, traz implicações para a organização do serviço de saúde, mais especificamente aquele realizado pelo CAPS-ad, já que os pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam maiores probabilidades de abusarem ou serem dependentes de substâncias psicoativas⁽⁹⁻¹³⁾. No caso específico da nicotina, a severidade da dependência vem se mostrando de forma mais intensa e há muitas dificuldades para o abandono do tabaco, sendo as recaídas constantes⁽¹⁴⁾. Como

exemplo, pacientes esquizofrênicos apresentam altos índices de tabagismo (90%), não respondendo de forma eficaz ao tratamento (medicamentoso ou não); os poucos casos de pacientes que deixam de fumar, recaem rapidamente. Essa situação não é diferente para os dependentes de álcool, uma vez que 70% deles são fumantes⁽¹⁴⁾ e apresentam dificuldades em mudar comportamentos em relação à cessação do tabagismo.

Assim, tendo em vista a importância do tema, as mudanças na Política Nacional de Controle do Tabagismo, a evidência da relação entre tabagismo e doenças mentais e a relativa escassez de estudos sobre o consumo de tabaco em usuários de um CAPS-ad, delineou-se o presente estudo que teve por objetivo avaliar o padrão de consumo do tabaco em clientes de um CAPS-ad.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza quantitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de um município do interior paulista. O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior sobre a evolução dos pacientes atendidos nesse serviço.

A amostra foi composta por 48 clientes em tratamento para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas que estavam presentes nas atividades terapêuticas no referido serviço, dos quais 36 (75%) eram fumantes atuais. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2008, em um único dia de assistência, em função do número de pacientes ativos do programa terapêutico oferecido pelo CAPS-ad, que permanecem constantemente em tratamento. As entrevistas foram realizadas pessoa a pessoa pelos autores do estudo com agendamento prévio.

Para a coleta de dados, elaborou-se um questionário composto por informações sociodemográficas e o Teste de Fargeström, que avalia a tolerância e o grau de dependência da nicotina⁽⁸⁾. Sua consistência interna é satisfatória e relaciona-se aos indicadores do comportamento do fumar. É composto por seis questões sobre o comportamento atual do fumar. Para sua leitura, soma-se a pontuação das respostas, que varia entre zero a 11 pontos, e classifica-se os níveis de severidade da dependência de nicotina em graus: leve (0 a 4 pontos), moderado (5 a 7 pontos) e grave (8 a 11 pontos)⁽⁹⁾.

Para a análise, foi elaborado um banco de dados no programa *Statistical Package Social Science for Windows*. Os resultados foram apresentados em números absolutos e porcentagens.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, Processo n.º 0705/ 2006, conforme as normas da Resolução n.º 196/96, seguindo

os aspectos éticos, com a participação voluntária dos clientes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos clientes atendidos no referido serviço, fizeram parte da amostra do estudo 48 sujeitos (96%), perfazendo um índice de perdas de 4%. A amostra foi composta predominantemente por 41 sujeitos do sexo masculino (85,4%), com média de idade de 43 anos ($Dp \pm 12,62$ anos), variando entre 18 e 64 anos (dado não apresentado em tabela). Em relação ao estado civil, 24 eram solteiros (50%), 27 possuíam baixo nível de escolaridade, com ensino fundamental completo ou não (56,3%), e 20 estavam trabalhando (41,7%), conforme mostram os dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Clientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, segundo características sociodemográficas – set/2008

	(n=48)	
	n	%
Sexo		
Masculino	41	85,4
Feminino	7	14,6
Estado Civil		
Solteiro	24	50,0
Casado	12	25,0
Separado/Divorciado	12	25,0
Escolaridade		
Ens. Fundamental completo/incompleto.	27	56,3
Ens. Médio completo/incompleto	14	29,2
Ens. Superior completo/incompleto.	4	8,4
Não letrado	3	6,3
Situação		
Profissional Empregado	20	41,7
Desempregado	17	35,4
Aposentado	10	20,8
Do lar	1	2,1

Quanto à idade de início do uso do cigarro, a média da idade foi de 14,95 anos ($Dp \pm 4,25$ anos), variando entre 7 e 25 anos.

Em relação ao padrão de consumo do cigarro, dos entrevistados 36 eram fumantes atuais (75%), dentre eles, 18 fumavam de 16 e 25 cigarros por dia (50%) e em menor proporção do que quando doentes, 22 consideraram difícil ficar sem fumar em locais proibidos (61,1%), 24 fumavam logo após acordar (66,7%) e, por fim, 26 consideraram que é mais difícil ficar sem fumar qualquer cigarro no dia (72,2%), conforme indicado nos dados da Tabela 2.

Nos resultados do teste de Fargeström, foram identificadas as seguintes magnitudes de dependência de nicotina: leve 14 - casos (38,9%); moderada 17 -

(47,2%) e grave - 5 (13,9%).

Tabela 2 - Avaliação da dependência de nicotina (Teste de Fargeström) em clientes do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – set/2008

Questões/Respostas	(n=36)	
	n	%
1. Quantos cigarros você fuma por dia?		
1 a 15	13	36,1
16 a 25	18	50,0
Mais de 26	5	13,9
2. Quando está doente ou acamado, você fuma?		
Menos	18	50,0
Igual	16	44,4
Mais	2	5,6
3. É difícil ficar sem fumar em lugares proibidos como igreja e outros locais?		
Sim	14	38,9
Não	22	61,1
4. Fuma com frequência mais curta pela manhã?		
Sim	26	72,2
Não	10	27,8
5. Após acordar, quanto tempo depois você acende o primeiro cigarro?		
Após 30 minutos	12	33,3
Menos que 30 minutos	24	66,7
6. Qual cigarro que você acha mais difícil "não fumar"?		
Qualquer um do dia	26	72,2
O primeiro da manhã	10	27,8

Tabela 3 - Motivações para mudanças do comportamento em relação ao fumar, segundo clientes do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – set/2008

Motivações	(n=36)	
	n	%
O que melhor lhe descreve agora		
Gostaria de parar de fumar	18	50,0
Gostaria de diminuir o cigarro	13	36,1
Não gostaria de parar de fumar	5	13,8
Precisa de ajuda para parar de fumar		
Sim	29	80,6
Não quer	3	8,3
Não sabe	3	8,3
Não precisa	1	2,8

Nas motivações para mudanças de comportamento do fumar, 18 dos clientes (50%) gostariam de parar de fumar e 29 afirmaram que necessitavam de ajuda para realizar tais mudanças (80,6%), conforme os dados apresentados na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo corroboram

aqueles apresentados na literatura⁽¹¹⁻¹²⁾. Em relação ao sexo, as maiores prevalências do tabagismo no mundo foram encontradas predominantemente em homens, ainda que a diferença entre os sexos tenha diminuído sobretudo nos países desenvolvidos (37% entre homens e 21% em mulheres)⁽²⁾. Além disso, há de se considerar que existe um número menor de mulheres que busca assistência em serviços especializados, quando comparado aos homens, em especial para o tratamento do uso de substâncias psicoativas⁽¹³⁾.

No que refere à idade, a literatura⁽¹⁴⁾ menciona que a faixa etária aqui considerada oferece uma ótima oportunidade de atuação, primeiro pelo custo efetividade da intervenção e, segundo, pelo fato de que parar de fumar promove uma redução significativa na taxa de mortalidade, antes dos 35 anos e, em menor escala, na faixa acima de 65 anos.

No presente estudo, identificou-se o baixo nível de escolaridade entre os participantes, considerando que 75% dos entrevistados eram fumantes. O resultado corrobora a literatura, que menciona maior concentração de fumantes entre as pessoas com menos de oito anos de estudo, quando comparadas às demais⁽¹⁵⁾. Por ser uma amostra que possui baixo nível de escolaridade, um questionamento que pode ser levantado, refere-se ao entendimento que esses usuários têm a respeito da nicotina de suas consequências para a saúde.

A respeito da idade de início do uso do cigarro, observou-se que a média de idade foi de aproximadamente, 15 anos e que o hábito de fumar praticamente começou na infância e adolescência, apontando a necessidade de medidas preventivas de tabagismo entre adolescentes. Não obstante, a literatura⁽⁵⁾ descreve que, embora se inicie com idade bastante precoce, o adoecimento e a morte causados pelo tabagismo manifestam-se na vida adulta. O que nos leva a refletir sobre os danos produzidos pelo cigarro de forma cumulativa e considerar, conseqüentemente, que quanto mais cedo se começa a fumar maiores serão os riscos e quanto mais cedo se deixa de fumar maiores serão os benefícios à saúde.

Estudos demonstram que o ato do fumar, geralmente, se inicia na adolescência, não devido aos efeitos psicoativos da nicotina, que são desagradáveis, mas, por uma série de fatores socioculturais, tais como a pressão do grupo, a curiosidade em relação aos efeitos do fumo, a busca de independência, a rebeldia e uma imagem cultural associada ao prazer e bem-estar, a presença de fumantes na família e a vivência de estresse, entre outros fatores, que se acentuam com reforços diversos^(5,15).

Além disso, há de se considerar que a adolescência é caracterizada pelo grande interesse em experimentar novos comportamentos, isso torna os jovens mais susceptíveis, aos estímulos de colegas mais velhos e a apelos massivos da publicidade. À medida que o consumo do cigarro se

intensifica, torna-se um consumo diário, possibilitando a presença de sintomas de abstinência da nicotina; no início, como irritabilidade e diminuição da atenção que, imperceptíveis no início, geralmente, aparecem após um período de uma a duas horas sem fumar⁽¹⁶⁾. A partir de certo momento, os fatores sociais que contribuíram para o início do uso da nicotina passam a contar menos, e o fumante passa a ser motivado ao uso do tabaco mais para controlar os sintomas da abstinência do que pelo prazer. Isso se pode avaliar no padrão de consumo do fumante aqui pesquisado, onde 72% consideraram muito difícil ficar sem fumar a qualquer horário do dia. Tal fato nos remete ao passado, em que as normas sociais eram muito mais permissivas, constituindo o ato de fumar em um comportamento glamoroso, elegante e charmoso, que acabou se transformando progressivamente em comportamentos indesejáveis e causadores de graves problemas de saúde. No entanto, as ações preventivas vêm contribuir para uma significativa mudança de paradigma nesse cenário.

Embora seja um estudo piloto, os dados obtidos confirmam altos índices de fumantes (75%) entre clientes atendidos em um serviço especializado no tratamento de substâncias psicoativas. De acordo com a literatura, a prevalência de fumantes é muito maior em indivíduos com doenças psiquiátricas (70% a 80%)⁽¹⁰⁻¹¹⁾, que fumam em nível de alto grau de severidade e apresentam maiores riscos de recaídas, após terem cessado, o que não exclui uma atenção especial dos programas para ajudar esses fumantes na cessação do tabagismo^(6,10). A literatura aponta ainda que as taxas de fumantes entre indivíduos que buscaram tratamento para dependência de drogas, são de fato altas, sendo quatro vezes maiores aos identificados na população geral⁽¹⁰⁾.

As limitações do presente estudo referem-se ao duplo diagnóstico que não foi investigado. Entretanto, cabe ressaltar a existência da associação entre dependência do tabaco e comorbidades, haja vista que os índices na população aqui considerada são altos. Nesse contexto, existem evidências de que esses pacientes geralmente apresentam menor nível socioeconômico, são solteiros e consomem bebidas alcoólicas em níveis problemáticos e que tais características estão associadas ao tabagismo⁽¹⁰⁾. Ainda, a dependência da nicotina apresenta uma forte associação ao consumo de álcool e outras substâncias, demonstrando que os fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas, mas, que o inverso também ocorre⁽¹¹⁾. Embora não seja o objetivo do estudo, no serviço estudado, a maioria dos clientes possui como diagnóstico principal a Síndrome de Dependência do Álcool⁽¹²⁾.

Sobre as características do padrão de consumo do tabaco, metade dos participantes fumava de 16 a 25 cigarros por dia e em menor proporção quando doentes, a maioria percebeu ser difícil ficar sem fumar em locais

proibidos, fumava logo após acordar e, por fim, consideraram que é difícil ficar sem fumar (Tabela 2). A esse respeito, estudos mostram que pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia e/ou acendem o primeiro cigarro até meia hora, após acordar, possivelmente, terão mais dificuldades em abandonar o cigarro, por apresentarem uma dependência mais intensa, necessitando de uma assistência especializada somada ao tratamento medicamentoso⁽³⁾.

Quanto aos resultados apresentados pelo teste de Fargeström, pode-se observar que, quase metade da amostra, apresentou grau moderado de dependência da nicotina (5 a 7 pontos), o que corrobora os apresentados na literatura⁽¹⁷⁾. No entanto, há de se considerar a representatividade da amostra, de modo que os resultados não possam ser generalizados e outros estudos sejam necessários.

As motivações para mudanças de comportamento em relação ao fumar e a necessidade de ajuda para tal expressas pelos participantes foram bastante positivas (Tabela 3), concordando com outros estudos sobre o assunto⁽³⁻⁶⁾. Esses dados fornecem indicadores para a implementação de ações de apoio à cessação do tabagismo e evidenciam o papel das instituições de saúde e de seus profissionais, sobretudo os enfermeiros, no trabalho dessas motivações. Uma vez que a motivação por deixar de fumar está manifestada, e menos que 10% dos fumantes conseguem sozinhos e, possivelmente, necessitarão de algum tipo de apoio⁽³⁻⁶⁾.

Hoje a motivação é entendida como um processo psicológico que pode ser acelerado ou não pela intervenção do profissional de saúde que pode ser avaliada por fases ou estágios motivacionais⁽¹⁴⁾, para os quais os profissionais de saúde devem estar capacitados. Foge-se então daquela ideia de motivação de traço imutável, segundo a qual ou alguém está motivado para mudar seu comportamento e aí pode ser ajudado, ou não está motivado, portanto, nada pode ser feito. Essas fases motivacionais podem ser caracterizadas como: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, em que vai percebendo as motivações para mudanças de comportamento em relação ao uso do tabaco. O enfermeiro e os demais profissionais devem identificar essas várias fases e auxiliar o paciente a mover-se nesse processo, apoiado na relação terapêutica⁽¹⁴⁾.

No presente trabalho, ao somarmos as porcentagens de fumantes que estavam motivados (a diminuir ou parar), identifica-se que a maioria expressou esse desejo (86,1%). Fato bastante positivo também apresentado na literatura⁽¹⁵⁾, vista que os melhores resultados geralmente serão alcançados quando o dependente de nicotina está altamente motivado a abandonar o cigarro, e, ainda, a interrupção abrupta do ato de fumar ou sua redução gradual apresenta a mesma probabilidade de

sucesso⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Tais resultados apresentam implicações na organização do serviço e do treinamento da equipe de saúde. No CAPS-ad, embora seja um serviço especializado, houve dificuldades na inserção do programa de cessação do tabagismo e na implantação de um ambiente livre do tabaco, comprometendo a oferta de um programa específico de cessação do tabagismo, conforme as propostas do Ministério da Saúde.

Dessa forma, identifica-se a importância da capacitação dos profissionais de saúde que atuam nos CAPS-ad, sobretudo dos enfermeiros, que são os profissionais que estão mais próximos da assistência. Entretanto, a assistência com qualidade a esses fumantes pode estar comprometida, uma vez que se constata que a problemática é, ainda, pouco explorada nas atividades curriculares e extracurriculares dos cursos de graduação da área da saúde^(14,20).

Em específico, o serviço onde foi desenvolvido o presente estudo, apresenta limitações estruturais na assistência ao tabagista, pois, a partir de mudanças na legislação, identificou-se a demanda por capacitação profissional, além da necessidade de promover um “ambiente livre de cigarros”, em um local onde sete em cada dez clientes são fumantes. Tais limitações impediram que o CAPS-ad obtivesse seu certificado, como centro de referência para o tratamento do tabagismo.

Em contrapartida, posteriormente ao desenvolvimento deste estudo, houve o compromisso por parte da equipe profissional para adoção de ações voltadas à promoção de um “ambiente livre do tabaco”, com vistas a colaborar no cumprimento da Lei n.º 13.541/2009, bem como com investimentos de trabalhos permanentes de sensibilização junto aos usuários do serviço.

Como medidas de enfrentamento, em todos os setores do serviço foram colocados panfletos informativos sobre a proibição de fumar e excluídos todos os cinzeiros para efetivação da legislação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003 (updated reprint 2004, 2005). http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 23 September 2009
2. World Health Organization; Costa e Silva V, editor. Tools for advancing tobacco control in the XXIst century: policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Tools for public health. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf
3. Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência de nicotina. *Psiquiatr Prat Med*. 2000;33(2):9-18.
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service
5. Cinciripini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89(24):1852-67.
6. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2009;55(5):593-6.
7. Carlini EA, Galduróz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Portaria GM/MS 1.035/04.

Regularmente, são desenvolvidas oficinas de conscientização, coordenadas pela terapeuta ocupacional e pelo enfermeiro, sobre os prejuízos que o consumo de tabaco e seus derivados podem ocasionar.

Vale destacar que aos fumantes usuários do serviço nunca foi proibido fumar, pois, para eles, existem locais restritos e horários para fumar. Após a promulgação da Lei n.º 13.541/2009 que restringe o ato de fumar, percebeu-se empiricamente que houve uma redução desse comportamento, com a diminuição significativa na quantidade de cigarros fumados nesse serviço.

CONCLUSÃO

Apesar do enfoque da cessação do tabagismo não ter sido tradicionalmente contemplado nos programas de tratamento de drogas, essa abordagem hoje se torna imperativa. O tabagismo atualmente é visto não como um problema voltado para o enfoque do especialista, mas uma questão de saúde pública, de responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Para a área de Enfermagem, mais especificamente aquela relacionada à Saúde Mental, isso leva a repensar a organização do serviço em termos assistenciais, e a formação profissional, esta tanto em nível técnico como superior. Uma vez que, como evidenciado na literatura e no presente trabalho, os usuários dos serviços de saúde mental possuem também alto índice de dependência à nicotina.

Este dado pode ser somado à existência de motivações para a cessação do tabagismo, neste mesmo tipo de usuário. Partindo do ponto de vista, que motivação não é um fator imutável, mas, que pode ser acelerado por uma intervenção diretiva, a oferta de programas efetivos e continuados com vistas a cessação do tabagismo, com base nas abordagens motivacionais, pode contribuir para o estabelecimento de hábitos saudáveis de vida, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade e para o conhecimento e implementação da legislação vigente sobre o assunto.

- Portaria SAS/MS 442/04. Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação. Manual de Operação [Internet] 2004. [citado 2010 Abr 01] Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf
9. Healtherton TF, Koslowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
 10. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*. 2004;29(6):1067-83. Review.
 11. Malbergier A, Oliveira Júnior HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2005;32(5):276-82.
 12. Pereira GAM. Evolução dos pacientes com síndrome de dependência de álcool no CAPS-AD II [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
 13. Marchini GO, Dellari NO, Taveira MC, Finencio LV, Pillon SC. Uso de álcool e drogas entre mulheres de um CAPS-AD. In: *Anais do 9º Congresso Nacional e I Internacional Amor Exigente*, 2009, Aracruz ES.
 14. Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001. 38p.
 16. Ferreira PM. Tabagismo. In: Andrade AG, Nicastrí S, Tongue E. *Drogas: atualização em prevenção e tratamento*. São Paulo: Lemos; 1993.
 17. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Neto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol*. 2002;28(4):180-6.
 18. Jain A. Treating nicotine addiction. *BMJ*. 2003;327(7428):1394-5.
 19. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(6):820-7.
 20. Ramos LH, Pillon SC, Cavalcante MBG, Vilar Luíz M, Padredi FM, Laranjeira RR. O ensino sobre dependência química em cursos de graduação em Enfermagem no Brasil - 1998. *Acta Paul Enferm*. 2001;14(3):35-43.