UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

ROBÉRIA SOUTO DE SOUZA

INFLUÊNCIA DO LUGAR E DA CULTURA NO VÍCIO DO TABAGISMO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

CAMPINA GRANDE – PB
2021

ROBÉRIA SOUTO DE SOUZA

INFLUÊNCIA DO LUGAR E DA CULTURA NO VÍCIO DO TABAGISMO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho monográfico apresentado à Banca Examinadora da Unidade Acadêmica de Geografia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, para obtenção do grau de Licenciatura em Geografia. Sob orientação da Profª. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira.

CAMPINA GRANDE – PB
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

BANCA EXAMINADORA DE: **ROBÉRIA SOUTO DE SOUZA**

TÍTULO DA PESQUISA: **Influência do Lugar e da Cultura no Vício do Tabagismo: Uma Revisão de Literatura.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Campina Grande (PB), 15 de Outubro de 2021.

Martha Priscila Bezerra Pereira
Prof.(a): Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira (UFCG – Orientadora)

Prof.: Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior (Examinador Interno)

Ana Carolina Policarpo Cavalcante
Enfermeira: Ma. Ana Carolina Policarpo Cavalcante (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Campina Grande
Rua Aprígio Veloso, 882, Cidade Universitária

Dedico essa monografia aos meus pais, Gercina e João Bosco, e aos meus irmãos, Anisérgia e Rogério por me apoiarem neste projeto desde o início do curso. Em especial a Rogério, pois foi a primeira pessoa que ressaltou a minha capacidade em cursar um curso superior. A eles minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me abençoar com vida e saúde para vencer os obstáculos e conquistar muitas vitórias, inclusive a de estar concluindo o curso de Geografia.

A minha família, meus pais, Gercina e João Bosco, meus irmãos, Anisérgia e Rogério, meus cunhados, Rodrigo e Yohanna, meus sobrinhos, Thayrone, Thales e Miguel, que me apoiaram, me ajudaram durante o período do curso e me incentivaram no período da conclusão do TCC, ressaltando a minha capacidade e a importância da formação para o meu futuro profissional.

A meu noivo Marcelo e sua família, pelo apoio e incentivo para concluir o curso, pois são pessoas que torcem pelo meu sucesso.

Minhas colegas de trabalho, pela compreensão nos momentos que precisei me ausentar para participar de eventos e dos grupos de pesquisa na UFCG, em especial a Ana Carolina, Renata, Vanessa e Goreth. Agradeço também a Francicleide e Lúcia pelo apoio residencial no período em que precisei, foi fundamental para que eu pudesse frequentar as aulas.

Adna e Luciano, meus colegas de curso que hoje são meus irmãos do coração, eles foram fundamentais para superar os estresses, me fizeram rir nos momentos bons e difíceis, e agradeço principalmente por me ajudarem e se empenharem no desenvolvimento das atividades em grupo propostas durante as disciplinas, agradeço a Deus por ter colocado eles no meu caminho e na minha vida.

Aos meus colegas dos grupos de pesquisas GIDs e Pró-Saúde Geo, Brenda, Alessandro Michell, Davidson, Yury Lima, Yuri, Alisson, Luiz Manoel, Delcinete, Glaciane, Jaqueline, Paulo, Gabriel e Jeferson, por tornar as reuniões e a convivência na sala dos grupos mais alegres, além da colaboração durante as aulas e desenvolvimento de pesquisas.

Aos professores Gelson e Nicolly por me receberem muito bem durante os estágios e me proporcionaram uma experiência importantíssima na minha vida acadêmica.

Um agradecimento especial a Professora Martha Priscila, pela paciência e colaboração que foi fundamental para a realização desta pesquisa, pelo apoio durante todo o período do curso, pelo incentivo de no futuro estar alçando novos vôos. Agradeço também aos demais Professores do curso, pelos ensinamentos e aprendizados, em especial ao Professor Xisto Souza Jr, pela oportunidade de desenvolver uma pesquisa de iniciação científica, que foi fundamental para meu crescimento acadêmico.

RESUMO

O tabagismo é um problema mundial, causando diversas comorbidades e levando milhares à morte. Muitos tabagistas adquirem o hábito de fumar ainda criança ou na adolescência, por imitar familiares que já são fumantes ativos. O Brasil desenvolveu o PNCT, referência mundial no combate ao tabagismo. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a influência do lugar e da cultura na aquisição do vício e analisar o perfil dos participantes dos grupos de cessamento. Para a realização da mesma, optou-se por um levantamento de referências e documentos, nos quais foram realizadas uma breve revisão de literatura, análise documental e de conteúdo. A teoria da Determinação Social da Saúde esclarece que em cada lugar as condições de saúde irão depender dos contextos sociais que os sujeitos estão submetidos e essa situação foi observada nesse estudo. Também se observou que há uma participação feminina maior na PNCT, a idade média variou de 42 a 51 anos, a média do grau de dependência à nicotina foi alto.

Palavras-chave: Tabagismo, Lugar, Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is a worldwide problem, causing several comorbidities and leading thousands to death.Many smokers start smoking as a child or teenagers, as a result of family members influence, who usually are active smokers. Brazil developed the PNCT , a world reference in the fight against smoking. This research aimed to analyze the influence of place and culture on the smoking addiction and analyze the profile of the participants in the cessation groups. To do the same, we performed a survey of references and documents, in which a brief literature review, analysis of documents and content were carried out. The Social Determination of Health theory clarifies that in each place the health conditions will depend on the social contexts that the subjects are submitted to. There is a higher female participation, the average age ranged from 42 to 51 years old, the average degree of dependence tonicotine was high.

Keywords: Tobacco use, Place, National Tobacco Control Program.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pesquisas sobre resultados do PNCT 60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Novas imagens de advertência para embalagens de cigarro definidas pela Anvisa.....29

Figura 2 – Fluxograma dos descritores.....58

Figura 3 – Fluxograma dos indexadores (2006-2021).....59

Figura 4 – Fluxograma dos resultados (2016-2021) 59

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Concentração dos produtores no Brasil.....21

Mapa 2: Mapeamento dos municípios com pesquisas sobre os resultados do PNCT.....74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAT – British American Tobacco

BA – Bahia

CAPS – Centro de atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CMS – Centro Municipal de Saúde

CQCT – Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DERAL – Departamento de economia Rural

DF – Distrito Federal

DFVT – Doença da Folha Verde do Tabaco

DOU – Diário Oficial da União

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GACT - Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo

GIDs - Grupo de Pesquisas Integradas em Desenvolvimento Socioterritorial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMAO – Inibidores de Monoaminoxidase

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MA – Maranhão

MT – Mato Grosso

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PB – Paraíba

PI – Piauí

PIVIC – Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica

PMS – Pesquisa Mundial de Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNPS – Política Nacional de promoção da Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PR – Paraná

PRÓ-SAÚDE GEO – Grupo de Pesquisa em Geografia para Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina

SEAB – Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento

SINDITABACO – Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Comportamental Cognitiva

TDR – Territorialização-Desterritorialização-Reterritorialização

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UGI – União Geográfica Internacional

UMS – Unidade de Saúde Municipal

VIGITEL – Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....15

1.1 Produção e industrialização do tabaco.....16

1.2 Implicações ambientais..... 23

1.3 Implicações para a saúde humana.....25

1.4 Ações relacionadas aos impactos no ambiente e/ou saúde.....26

CAPÍTULO 2 – DOS DETERMINANTES SOCIAIS PARA O TABAGISMO AOS CONCEITOS QUE AUXILIAM NO ANTITABAGISMO.....33

2.1 Processo Saúde-Doença.....34

2.2 Geografia da Saúde.....35

2.3 Teoria da Determinação Social da Doença, Lugar e Cultura.....37

2.4 Tabagismo.....41

2.4.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).....42

2.4.2 Teoria Comportamental Cognitiva e Teoria de Reposição de Nicotina.....46

2.4.3 território e o papel da equipe da Unidade Básica de Saúde.....49

2.4.4 Tabagismo: idade inicial, motivos para fumar e motivos para desistir das atividades do PNCT.....54

CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....57

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....62

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....76

REFERÊNCIAS.....78

APÊNDICE.....88

Apêndice A – Relato de Experiência.....89

ANEXOS.....94

Anexo A – ANAMNESE.....95

Anexo B – Teste de Fagerström para Síndrome de Dependência de Nicotina.....96

INTRODUÇÃO

Inicialmente, o tabaco foi utilizado nos rituais indígenas por acreditarem que a planta tinha ação alucinógena, depois e por muito tempo, foi cultivada para fins medicinais, acreditava-se na sua capacidade de curar diversas doenças, mas por conter a substância nicotina, causou e ainda causa dependência nos usuários de produtos derivados da erva. Há algumas décadas, fumar era um estilo de vida a ser seguido, era elegante, um símbolo de poder, houve diversas campanhas publicitárias que induziram ao tabagismo, o cigarro esteve presente em filmes, séries e novelas, levou milhares de pessoas no mundo a adquirir este estilo de vida, e consequentemente se tornou um problema de saúde mundial, pois o tabagismo é fator de risco para diversas doenças, inclusive o câncer, e causa milhares de mortes anualmente.

No Brasil há várias políticas e programas de promoção da saúde, individual e coletiva, buscando reduzir os riscos de doenças e outros agravos, assegurando o direito de todos à saúde e aos serviços de saúde. Uma das ações para combater o tabagismo no Brasil é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes no país, através de ações, além de condicionar o tratamento, fornecendo a distribuição de medicamentos à base de nicotina que ajudam a cessar o vício.

O tratamento do tabagismo é ofertado pelas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, promovendo a saúde dos tabagistas e das pessoas que convivem com eles, pois a equipe conhece o território delimitado e é capaz de identificar as comorbidades que atingem a população adscrita.

Os determinantes sociais são fundamentais na aquisição do modo de viver, muitas vezes influenciado pelo ambiente social, a saúde e a doença podem ser influenciadas por fatores culturais, ambientais e de comportamento, pois o lugar é resultado da experiência do sujeito em sua vida diária, baseado nas relações afetivas e identitárias adquiridas ao longo do tempo e com a vivência com outros sujeitos. Com isso, o problema desta pesquisa é compreender a influência do lugar e da cultura na aquisição do vício do tabagismo pelos sujeitos.

Esta pesquisa foi motivada e inspirada no relato de experiência que está contido no Apêndice 1 da mesma, pois após observar o discurso dos tabagistas participantes e algumas informações sobre o trabalho da equipe de saúde, surgiram questionamentos como:

- ✓ O lugar onde viviam e a cultura familiar influenciaram na aquisição do vício do tabagismo?
- ✓ A idade inicial do vício se compara com a de outros tabagistas que também participaram de grupos de cessação em outras UBSs?
- ✓ Quais e quantas medicações ofertadas pelo PNCT foram usadas pelos tabagistas? Foram as mesmas medicações usadas por outros tabagistas?
- ✓ Quando um tabagista desiste/abandona o grupo, mas iniciou o tratamento medicamentoso, qual a conduta para estes tabagistas?
- ✓ O que é o Teste de Fagerström?
- ✓ O grau de dependência à nicotina dos tabagistas se compara a de outros participantes do programa?
- ✓ No relato de experiência o terceiro grupo teve apenas o primeiro encontro, essa mesma situação ocorreu em outros lugares?
- ✓ Quanto a equipe de saúde, ela conhece bem seu território de atuação? Conhece as comorbidades da população adscrita?
- ✓ Ou o trabalho está concentrado apenas no ambiente sede da UBS?
- ✓ Ao estudar este tema, estas informações são suficientes ou há a necessidade de se aprofundar ainda mais para saber a relação deste vício com algum fato na vida do tabagista?

Para responder aos questionamentos feitos a partir da experiência vivida, tem-se como objetivo geral analisar as influências do lugar e da cultura no vício do tabagismo e no desempenho de seu tratamento. Os objetivos específicos seriam: a) identificar perfis da população que participa dos grupos de tabagismo e; b) analisar o desempenho de grupos de tabagismo. A metodologia da pesquisa consistiu em uma revisão bibliográfica, de abordagem narrativa, na qual foram definidos alguns descritores que serviram de base para pesquisa nos indexadores e buscar informações que respondam aos questionamentos que foram levantados e alcançar os objetivos.

É importante conhecer o lugar que os sujeitos vivem para definir quais ações devem ser feitas para promover a saúde dos mesmos, combater o tabagismo é uma ação muito importante, pois vai mudar a vida dos tabagistas, proporcionando uma melhor qualidade de vida, evitando que as pessoas desenvolvam doenças graves.

A pesquisa foi estruturada em quatro capítulos além da introdução e das considerações finais, o primeiro capítulo consiste em uma contextualização do tabaco, da cultura da erva ao processamento nas indústrias, identificando os impactos ambientais e os malefícios para a saúde das pessoas no processo da colheita, como também aos usuários do tabaco. O segundo capítulo consiste na fundamentação teórica, embasando dos determinantes sociais para o tabagismo aos conceitos que auxiliam no antitabagismo, que o lugar e a cultura influenciam sim na aquisição do vício do cigarro, além de abordar o programa, explicando sua implantação e a forma como o serviço é ofertado pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) para os tabagistas adscritos no seu território delimitado. O terceiro capítulo consiste nos procedimentos metodológicos, como foi desenvolvida a pesquisa e onde foram buscados os resultados. O quarto capítulo consiste na análise dos resultados encontrados nos indexadores de acordo com os descritores, que ajudaram a responder os questionamentos levantados na introdução.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Produção e industrialização do tabaco.

Antes de discorrer exatamente sobre o tema, entendeu-se importante contextualizar um pouco sobre o tabaco[1], planta que gera esse vício e consequentemente doenças relacionadas.

Algumas literaturas afirmam que o tabaco é originário do continente americano, outras afirmam que teve origem na Ásia, até os dias atuais não houve consensos definitivos entre os autores que pesquisaram o tema.

> O tabaco ou fumo é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, [2]da família das *Solanáceas* da qual é extraída uma substância alcalóide básica, líquida e de cor amarela, chamada nicotina, assim chamada em homenagem Jean Nicot, diplomata francês em Lisboa (Portugal) que difundiu no século XVI o uso do tabaco na Europa. As suas folhas são colhidas e curadas (secas) em estufas. Com as folhas secas são produzidos charutos, rapé, cachimbos e, principalmente cigarros. (HILSINGER, 2016, p. 42).

Hilsinger (2016) e Araújo e Fernandes (2021) citam em suas obras que o embaixador francês Jean Nicot, iniciou o cultivo da planta tabaco para consumo por acreditar que nela havia propriedades medicinais, ele então resolve enviar sementes e mudas para a rainha Catarina de Médici[3], residente em Paris, pois ela sofria de contínuas enxaquecas, assim que recebe passa a consumir pequenos cigarros e a cheirar o pó feito do tabaco (rapé), o tratamento se mostra eficaz e em pouco tempo a popularidade do rapé de tabaco cresce entre a aristocracia européia.

Por alguns séculos, o tabaco foi cultivado para fins medicinais e era muito utilizado em rituais religiosos ou culturais. Na cultura indígena o tabaco esteve presente em rituais da tribo porque os índios a consideravam como alucinógena - devido as suas propriedades psicoativas - e no início foi criado a cangueira[4], forma rústica de enrolar as

---

[1] Como houve com tantas das "novas" plantas americanas, houve sérias confusões com os nomes, sendo propostas numerosas possibilidades. Duas décadas depois, o médico John Gerard arriscou uma explicação do "Tabaco, ou Meimendro do Peru. Nicolaus Monardus denominou-o de Petun". Os nomes latinos incluíam Sacra herba, Sancta herba e Sanasaneta indorium. Mas ele disse: "Por alguns é chamada de Nicotiana." O embaixador francês estava ficando mais intimamente associado ao tabaco. (LEWS, 2013, p. 136).

[2] O Nicotiana tabacum disputa com o algodão a posição de cultura não alimentícia mais importante, mas em termos de controvérsia não tem nenhum concorrente. (LEWS, 2013, p. 136).

[3] Catarina de Médici (1519-1589) foi rainha consorte da França, era mãe de Carlos IX, rei da França, e no qual reinado foi dominado por guerras religiosas, principalmente a dos protestantes (huguenotes), liderados por Gaspard de Coligny, e os católicos liderados pela casa Guise, ela se esforçava para acabar com os conflitos. Ao se tornar contra os protestantes e após ocorrer o massacre conhecido por Noite de São Bartolomeu em 1572, no qual o líder Gaspard de Coligny foi morto, e sob as ordens de Catarina, a matança generalizou e cerca de 30 mil protestantes foram mortos em todo o reino. (EBIOGRAFIA, 2019).

[4] Era a principal forma usada para fumar o tabaco (HILSINGER, 2016).

folhas de fumo secas, no formato de uma vela. No caso do Brasil, quando Cabral desembarcou na costa brasileira em 1500, as tribos nativas Tupinambás já mantinham o cultivo e o consumo do tabaco (NARDI, 1985 apud HILSINGER, 2016). Há estudos que revelam que as tribos tupis-guaranis também faziam o cultivo e consumo do tabaco, além de ser cultivada também por afros descendentes.

Quando a planta chegou na Europa, acreditava-se que ela possuía propriedades terapêuticas capazes de curar uma vasta lista de comorbidades, a planta era considerada divina. Vários médicos escreveram obras nas quais mostrava o benefício do tabaco na cura de doenças, apresentando as maravilhas do tabaco.

> (...) Na história da humanidade, nunca uma droga foi tão glamourizada, a ponto de permear a cultura, a filosofia e a arte. As suas propriedades psicoativas – efeitos fisiológicos, ação narcótica e relaxante – já eram conhecidas desde a Antiguidade pelos povos maias, astecas e incas, que utilizavam o tabaco para celebrar suas colheitas, em cerimônias públicas, rituais religiosos e para fins medicinais. (ARAÚJO e FERNANDES, 2021)

Nos dias atuais, dois países se destacam na produção de tabaco, a China, maior produtora de tabaco em folhas do mundo, ela é também a maior consumidora de cigarros, e o Brasil, segundo maior produtor de tabaco em folhas e, desde 1993, é o maior exportador de tabaco do mundo, além de ocupar o décimo lugar no ranking dos maiores consumidores de cigarro. No Brasil, o cultivo e o comércio do tabaco tiveram grande influência para o país desde a época colonial, quando foi um dos principais produtos exportados. Hilsinger (2016) cita em sua obra que a produção do fumo passou por uma diversificação e espacialização regional.

Um fator importante no cultivo do tabaco no Brasil foram a chegada das colônias européias (portuguesa, alemã, holandesa, italiana e espanhola), elas influenciaram positivamente a cultura em diversas áreas do país.

As primeiras lavouras de tabaco para comercialização no Brasil surgiram na faixa litorânea entre Salvador e Recife. A partir do século XVII até o século XIX estado da Bahia se destacou como maior produtor nacional de tabaco, o cultivo era exclusivamente de fumos escuros, mais conhecidos como fumo de corda, utilizado na produção de rapé, charutos e cigarros. O tabaco brasileiro logo começou a ser exportado para Lisboa, de onde seguia para a Europa, e para a África. De acordo com Simonsen (1967 apud HILSINGER, 2016) desde o século XVI, o produto brasileiro já circulava entre os nobres das cortes

européias. Desde o século XVIII a exportação de tabaco gerava lucros ao Brasil e a partir da metade do século XIX já havia tributação a níveis municipais, estaduais e federais.

Os fumos escuros cultivados no estado da Bahia eram considerados de qualidade inferior aos fumos claros - qualidade cultivada em outros países - houve então diversas tentativas sem sucesso para cultivar a nova variedade.

Os fumos claros eram de melhor qualidade e valor no mercado internacional. A colonização alemã foi responsável pelo início do cultivo de fumos claros na região Sul do Brasil, mais precisamente nas colônias recém fundadas de São Leopoldo (1824) e Santa Cruz (1850), as sementes foram trazidas dos EUA e Cuba.

Os resultados das plantações de fumos claros foram positivos, em 1870 foi introduzido o tipo "chinês" que deu origem ao "amarelinho" produzido em larga escala. Já em 1920 o tipo Virgínia foi introduzido, pois era o mais desejado pelos países europeus, esse tipo tinha um bom rendimento, facilidade no processo de secagem e boa qualidade, logo seu cultivo se espalhou no Rio Grande do Sul, e a disponibilidade de mão de obra local permitiu a consolidação do estado como um dos maiores produtores de fumo (ETGES, 1991 apud HILSINGER, 2016).

Atualmente, a produção brasileira de tabaco e o pólo industrial estão concentrados na Região Sul (HILSINGER, 2016). Felippi e Oliveira (2020), ao escreverem sobre o tema, passam a chamar a Região Sul do país de território do tabaco. Para os autores:

> Compreende-se por território do tabaco uma determinada porção territorial ao Sul do Brasil, abrangendo parte significativa dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. A área correspondente a esse território é responsável pela quase totalidade da produção de tabaco no Brasil e, além de concentrar a produção do fumo em folha, é onde ocorre o seu beneficiamento, parte da industrialização da produção brasileira e onde ficam as sedes administrativas nacional das transnacionais que operam no setor. É importante lembrar que o Brasil é historicamente um dos grandes na produção e exportação do tabaco e na industrialização do cigarro. (FELIPPI e OLIVEIRA, 2020, p.169).
> (...) O território do tabaco, portanto, vem sendo construído desde o século XIX e a sociedade vai se organizando em torno dessa prática, que tem influência direta na territorialidade do lugar. (FELIPPI e OLIVEIRA, 2020, p. 171).

Na indústria é que o rapé, o cigarro, o charuto e demais produtos derivados do tabaco são produzidos para suprir as necessidades dos mercados nacionais e internacionais, e que alimenta o vício dos usuários de cigarros. Segundo Weiss (2014, p. 282):

> A cadeia produtiva agroindustrial pode ser vista como fluxo que envolve fornecedores, produtores de matéria-prima, indústrias de transformação, distribuição e consumidores finais. Dessarte, a caracterização da cultura do fumo é baseada em estudos das cadeias agroindustriais. (Weiss, 2014, p. 282).

É importante ressaltar a relação das empresas com os produtores, na qual as empresas fechavam acordo para a compra integral da produção de tabaco, a partir de 1993 passa a ser através de contratos e o preço do tabaco já era definido antes mesmo da colheita ser feita. Um contrato era assinado entre ambas às partes, passando a existir uma exclusividade, as indústrias fornecem os insumos e podem até financiar instalações necessárias para armazenamento, tudo isso com o objetivo de ajudar o produtor e manter os contratos. Nesse processo, o produtor tem pouca autonomia e baixo poder de barganha na negociação da safra, e os maiores ganhos e concentração de lucro ficam com as indústrias, que dominam a produção a partir da mercantilização e tecnificação do conjunto da atividade produtiva (WEISS, 2015).

De acordo com Hilsinger (2016) as pequenas empresas de fabricação de cigarros e charutos, de caráter familiar e artesanal, cederam espaço para fábricas maiores no século XX, o Brasil passou por um período de chegada de grandes empresas, principalmente as transnacionais.

No ano de 1918, a produção tabaqueira se intensificou no Rio Grande do Sul, devido ao surgimento do primeiro pólo industrial fumageiro, o que impulsionou o crescimento populacional de Santa Cruz do Sul, por concentrar empresas nacionais e internacionais, entre elas a British American Tobacco (BAT), acionária da Souza Cruz – maior empresa do Brasil no ramo do tabaco. Vários fatores contribuíram para o desenvolvimento de Santa Cruz do Sul – chamada de capital do fumo – como terras apropriadas para o plantio do tabaco de estufa, clima favorável, produção em pequenas propriedades de famílias experientes na produção e a estrada de ferro para transporte da safra (SANTOS e DEPONTI, 2021).

> Em se tratando da Indústria Fumageira, é importante ressaltar que temos como grande representante a Souza Cruz; líder absoluta no mercado nacional de cigarros, é subsidiária da British American Tobacco, o mais internacional dos grupos de tabaco, com marcas comercializadas em 180 países; atua em todo o ciclo do produto, desde a produção e o processamento do fumo, até a fabricação e a distribuição de cigarros. Tem sua fundação datada de abril de 1903, pelo imigrante português Albino Souza Cruz, no Rio de janeiro. (SILVANO, 2017, p. 21).

A construção da estrada de ferro trouxe um avanço para a Região Sul, acelerando o transporte de matérias-primas do campo para as indústrias e das diversas mercadorias das indústrias para as cidades e outros estados. Hoff (2016) cita em sua obra que de acordo com o Diário Oficial da União – DOU (15/06/1905, p. 13), o ramal ferroviário Couto –

Santa Cruz foi construído em 1905 pelo Estado com auxílio do governo central, que remeteu ao Rio Grande do Sul insumos de ferro e outros materiais, sendo inaugurado no mesmo dia em que Santa Cruz foi elevado a município. De acordo com o autor, os produtos escoavam pela ferrovia até o Porto da Margem, via Rio Pardo, a partir daí seguiam em embarcações a vapor pelo Rio Jacuí até Porto Alegre. Com a construção do ramal ferroviário, Santa Cruz ligou-se a Santa Maria em 1905, a Uruguaiana em 1907, a Porto Alegre em 1910, a Marcelino Ramos em 1912 e de lá até Santa Catarina, Paraná e São Paulo, beneficiando a exportação do fumo de Santa Cruz para toda a Região Sul.

A via ferroviária foi muito importante no transporte de máquinas modernas para as indústrias, favorecendo a formação do pólo industrial que a Região Sul se tornou e é até os dias atuais no ramo fumageiro.

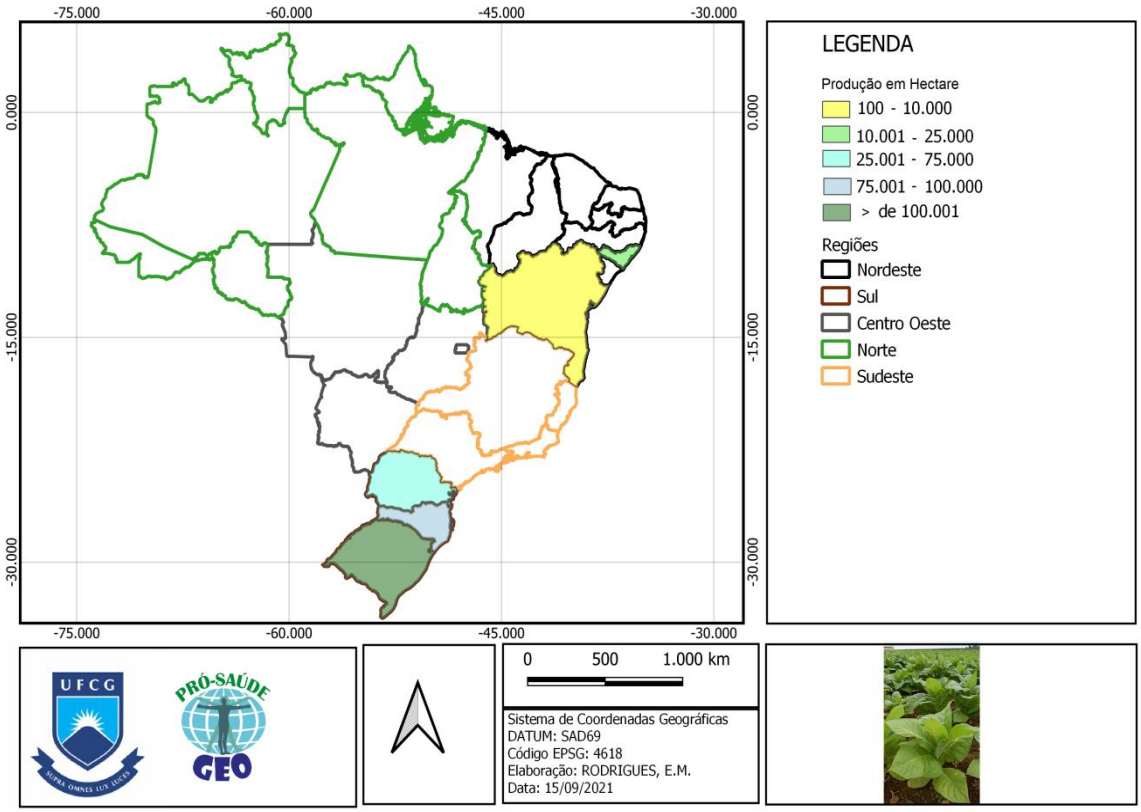
Quando a região passa a produzir para exportação, o resultado é o crescimento da mesma, foi o que ocorreu com a Região Sul, se firmando na produção de fumos claros, que eram mais procurados pelos exportadores e tinham um melhor valor no mercado, é claro que para a consolidação do pólo industrial que ela se tornou, houve grandes investimentos, na produção e na industrialização.

Na Região Sul a cultura do fumo é uma atividade agroindustrial muito importante, pois atualmente é responsável por 97,4% da produção nacional (WEISS, 2015). De acordo com a Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA), a Região Sul conta com 137.618 famílias produtoras, 273.317 hectares de área plantada e a safra de 2020/21 foi de 628.489 toneladas de tabaco, a cultura fumageira no Brasil gerou mais de 605.552 empregos diretos na lavoura, 40.000 empregos na indústria e indiretamente gerou mais de 1.440.000 empregos, totalizando um total de 2.085.552 de empregos, com grande influência na amenização do desemprego no país.

No Brasil, a produção do tabaco em folhas tem destaque nas regiões Sul e Nordeste, nelas estão contidas as maiores áreas plantadas, e os estados que se destacam são: Rio Grande do Sul, com a maior área cultivada, 169.386 hectares, correspondendo a 41% da produção de nacional, que é de 289.013 toneladas; Santa Catarina, com uma área de cultivo de 89.408 hectares, correspondendo a 30% da produção nacional, que é de 212.187 toneladas; Paraná, com 71.500 hectares de área cultivada, equivalente a 25% da produção nacional que é de 175.000 toneladas; Alagoas, estado com a maior área cultivada no Nordeste, 14.643 hectares, equivalente a 3% da produção que é de 18.076 toneladas; e a

Bahia, que já foi o maior estado produtor do Brasil, hoje está em quinto lugar, com uma área de cultivo de 7.600 hectares, equivale a 1% da produção, que é de 10.000 toneladas (DERAL, 2020). No mapa 1 podemos identificar essas áreas.

Mapa 1: Concentração dos produtores no Brasil.



Fonte: IBGE/SEAB/DERAL, 2020 / Organizado pela autora.

De acordo com a obra de Alves (2016), o tabaco é muito importante para o Brasil, tanto na soma da receita bruta, quanto na geração de empregos, e mesmo com as restrições ao tabaco, os produtores não estudam a possibilidade de cultivar outra cultura agrícola, pois o fumo é um produto muito rentável, muito significante para a economia do estado, da Região e do país.

O sucesso do setor industrial de produtos derivados do tabaco não se restringe apenas ao Brasil, muitos países obtiveram grandes lucros com a produção de cigarros, os EUA e o Reino Unido tiveram grande destaque mundial com a invenção da máquina de confeccionar cigarros[5]. De acordo com Boeira e Johns (2007), nos EUA entre 1904 e 1947,

[5] Quando se tratava de enrolar cigarros, as mãos, por mais ágeis, tinham uma eficiência limitada. O século XIX foi um período de inovação industrial, e James Bonsack, de Roanoke, Virgínia, deu sua contribuição. Em 1880, patenteou uma máquina de enrolar cigarros, capaz de produzir 12 mil por hora. Em 10 anos, tais

as indústrias de tabaco cresceram tão ou mais rápido que as de carro, ao lançarem marcas populares de cigarros, o consumo interno cresceu tanto que nenhuma firma se interessa por exportações.

Quando se usa a expressão popular "A propaganda é a alma do negócio", se conclui que uma boa propaganda vai impulsionar a comercialização de um ou vários produtos. Para Sampaio (1995 apud ANERIS, 2018), geralmente cabe informar e despertar interesse de compra/uso de produtos/serviços, nos consumidores, em benefício de um anunciante (empresa, pessoa ou entidade que se utiliza a propaganda). Para as indústrias de produtos do tabaco, principalmente o cigarro, a propaganda foi grande influenciadora no aumento da compra e uso entre os antigos e novos consumidores, disseminando ainda mais o vício do tabagismo e atingindo um público maior. As indústrias de cigarros e derivados do tabaco têm um alto faturamento e sempre investem em publicidade e propaganda com o objetivo de alcançar os antigos e novos usuários (ANERIS, 2018).

A publicidade e propaganda de um determinado produto ou serviço são feitas através de vários estudos, realizados por empresas específicas que buscam observar e entender as áreas nas quais um determinado produto/serviço se encaixa melhor, o público-alvo ao qual se destina, sempre com o objetivo de obter sucesso com as vendas, sempre na busca por novos compradores/usuários (ANERIS, 2018).

O ato de fumar cigarros esteve presente nas mídias, nas produções cinematográficas[6], nas propagandas comerciais, influenciando na disseminação do consumo do produto. Para Rodriguez (2005) antes do início dos movimentos antitabagistas, que ganharam maior expressão a partir da década de 80, o cigarro se destacou como sinônimo de status, poder e elegância, associado como hábito de pessoas de "classe".

> (...) A mídia, com todas as suas ferramentas, hoje detêm o poder de fazer crer e ver, gerando mudanças de atitudes e comportamentos, substituindo valores, modificando e influenciando contextos sociais, grupos, constituindo os arquétipos do imaginário, criando novos sentidos simbólicos como árbitros de valores e verdades. (...) O poder de manipulação da mídia pode atuar como uma

máquinas estavam trazendo dólares para homens como James Buchanan Duke – "Buck" para seus amigos e "Mr. Cigarretes" para o mercado americano. Em 1980, Buck controlava 40% do mercado nos Estados Unidos. (LAWS, 2013, p. 138)

[6] O cinema, principalmente o de Hollywood, se firmou, desde as primeiras décadas do século XX, como mídia de massa, sendo reconhecida a sua influência para a divulgação de valores que moldam hábitos e comportamentos dos indivíduos (RODRIGUEZ, 2005).

> espécie de controle social, que contribui para o processo de massificação da sociedade, ressaltando num contingente de pessoas que caminham sem opinião própria. Subliminarmente, através da televisão, das novelas, jornais e internet, é transmitido um discurso ideológico, criando modelos a serem seguidos e homogeneizando estilos de vida. (...). (SILVA e SANTOS, 20--).

Silva e Santos (20--) citam que a mídia nos dias atuais tem uma dimensão capital e central nos diversos âmbitos da sociedade moderna, seu domínio se dá por meio de um sistema de linguagens verbais e não-verbais, composta por símbolos e signos, seu alcance vai desde a infância até a terceira idade, chegando ao alcance dos mais enriquecidos e dos mais empobrecidos.

1.2 Implicações ambientais.

Segundo o INCA (2021) e Hussain et al. (2017apud OLIVEIRA, 2018), a plantação de fumo leva cerca de dez meses, da preparação até a colheita, durante esse processo são usados diversos tipos de agrotóxicos, como inseticidas, herbicidas e fungicidas, esses produtos são altamente e extremamente tóxicos, causando malefícios à saúde dos fumicultores e danos ao meio ambiente. Vale ressaltar que é muito importante o descarte seguro das embalagens dos agrotóxicos para evitar uma maior contaminação do meio ambiente, pois, a maneira como ocorre a expansão da plantação, há um aumento do uso desses produtos, e ainda é possível observar que há o descarte inadequado dessas embalagens, com isso, a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabagismo exige que os Estados tenham atenção para a proteção do meio ambiente e para a saúde das pessoas no processo produtivo da folha de fumo (INCA, 2021).

Há dois principais tipos de fumo produzidos no Brasil, o Virgínia (VA), variedade mais produzida, e o Burley (BU), variedade que recebe maior dosagem de agrotóxicos, e os processos de cura de ambos são diferentes (INCA, 2021).

> Os fumos Burley e Virgínia possuem processos de cura distintos. O Burley é curado em galpões, sem emprego de combustão alguma, mas o Virgínia, que possui produção nacional mais expressiva, é curado em estufas utilizando-se lenha como comburente. A origem da lenha é uma questão preocupante, pois parte desta é proveniente de desmatamento da mata nativa e também de eucalipto (reflorestamento). Dados apontam para um consumo, nos três estados da região Sul do Brasil, de 1,8 milhão de toneladas de madeira, em média, por safra para a cura do tabaco. (BRASIL, 2021, p.02).

Para Deser (2003 apud BRASIL, 2021) e Hussain et al. (2017 apud OLIVEIRA, 2018) afirmam que o desmatamento ocorre também com o objetivo de aumentar a área para plantio de fumo e que milhares de hectares de matas e florestas são destruídos no

mundo pra dar lugar a plantação de tabaco. Boeira e Johns (2007) afirmam que com a expansão do plantio do fumo Virgínia, o desmatamento deu lugar a uma área maior de plantação e a madeira foi utilizada no processo de cura da folha de fumo, barateando a produção, somente no final da década de 1970, a Souza Cruz demonstra alguma preocupação com a exaustão das matas nativas.

Referente ao reflorestamento, alternativa adotada para evitar desmatamento e fazer uso de madeira de forma sustentável, Almeida (2005, apud BRASIL, 2021), destaca a importância de que o reflorestamento em sua maioria é feita com eucalipto (planta exótica), mas vai causar uma alteração na paisagem, no clima e na biodiversidade do território onde se instala a cadeia produtiva do fumo, e que a exploração do mesmo em grandes áreas ocorre uma série de impactos ambientais sobre a água, o solo e a biodiversidade.

De acordo com Oliveira (2018), no Brasil, as rígidas leis federais e estaduais dos estados da região Sul, não permitem o uso de lenha de florestas nativas, os produtores utilizam biomassa de eucalipto, oriundo de reflorestamento na própria propriedade, e que em muitos países em desenvolvimento, o uso da madeira nativa para a secagem do tabaco tem sido o principal motivo do desmatamento.

De acordo com Mcmichael et al. (2007 apud OLIVEIRA, 2018), os custos ambientais atrelados a cadeia produtiva de commodities[7], podem ser caracterizados sobre os impactos ambientais, como esgotamento dos recursos naturais, emissões de gases do efeito estufa, perda da fertilidade do solo, escassez da água e a liberação de grandes quantidades de nutrientes e outros poluentes que afetam os ecossistemas.

Para Araújo (2019) o tabaco ameaça os recursos da Terra, tais como água, solo e seu impacto é sentido além dos efeitos da fumaça que os cigarros, quando fumados, lançam no ar, após ter sido consumido, o cigarro continua a causar danos ambientais sob a forma de pontas não biodegradáveis que, se descartadas de forma irregular, podem contaminar o solo.

1.3 Implicações para a saúde humana.

Mesmo com essa grande importância econômica, o cigarro é combatido pelas organizações de saúde aqui no Brasil e no mundo, pois tem efeito maléfico para a saúde

[7] Commodities são produtos de origem agropecuária ou de extração mineral, em estado bruto ou pequeno grau de industrialização, produzidos em larga escala e destinados ao comércio externo.

dos usuários e é causador de milhares de mortes anualmente em todo o mundo, esse é um ponto que será abordado nos próximos capítulos dessa pesquisa.

Ao falar da produção do tabaco, não podemos esquecer os riscos que ele oferece a saúde dos produtores, no plantio, na colheita e no preparo da erva para ser levada às indústrias, a intoxicação da nicotina é um problema comum entre eles, um problema grave, mas pouco conhecido e divulgado. De acordo com o SINDITABACO (2021), o uso de vestimentas específicas, luvas adequadas e sapatos fechados, além de evitar a colheita quando a folha estiver úmida por chuva ou orvalho, possibilita uma colheita segura, pois o contato com a folha úmida pode causar a intoxicação da nicotina, conhecida por Doença da Folha Verde do Tabaco (DFVT), as roupas especiais foram desenvolvidas através de estudos para evitar a intoxicação, também foi realizada uma capacitação para os produtores com o objetivo de conscientizar para a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que são vendidos aos produtores a preço de custo, incentivando o uso.

Reis et al. (2017) fez um estudo com agricultoras sobre os impactos ambientais da fumicultura no município de Palmeira, que em 2013 ocupava a oitava posição de município mais produtor do estado do Paraná, e os resultados mostraram que o desflorestamento e o empobrecimento do solo não foram referidos pelas entrevistadas, a preocupação maior era com o descarte das embalagens de agrotóxicos, em decorrência da obrigatoriedade em cumprir a legislação ambiental., mas a DFVT foi referida com concisão como problema de saúde comum durante a colheita, manifestando sintomas como tonturas, cefaléias, náuseas, vômitos, fraqueza e cólicas abdominais.

O tabagismo é um problema mundial, uma doença crônica não transmissível resultante da dependência da nicotina e é fator de risco para diversas doenças, principalmente para o câncer. O Ministério da Saúde (2021) com base em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que o tabaco mata até metade de seus usuários; mais de 8 milhões morrem a cada ano, sendo 7 milhões dessas mortes ocasionadas pelo uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo; e quase 80% dos 1,1 bilhão de fumantes do mundo vivem em países de baixa e média renda.

> O tabagismo é o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Trata-se de uma doença reconhecida pela OMS na 10ª CID – Classificação Internacional de Doenças, que catalogou o tabagismo como “uma desordem mental e de comportamento em razão da síndrome da dependência à nicotina” (F.17.2) e no DSM-5 (Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais) como Transtorno do uso do

> Tabaco (dentro da seção Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas). (SILVANO, 2017, p. 16).

O câncer de pulmão foi a primeira doença diagnosticada em decorrência do uso do tabaco. Mas ele contribui positivamente para diversos tipos de câncer e outras enfermidades. É claro que as indústrias tabaqueiras negavam a ligação dos fatos e buscava meios para impedir a divulgação desses estudos. Nos dias atuais, mesmo com a comprovação da interferência dos produtos de tabaco na saúde dos usuários, o tabaco continua sendo uma das culturas mais lucrativas e as indústrias continuam fabricando os produtos e lucrando, pois a procura pelos produtos persiste mesmo com as diversas políticas para controlar o uso de derivados de tabaco (ALVES, 2016).

1.4 Ações relacionadas aos impactos no ambiente e/ou saúde.

O antitabagismo é antigo (BOEIRA e JOHNS, 2007). Surgiu primeiro na Inglaterra em 1604, com obras do Rei Jaime I, e o Papa Urbano VIII proibiu o uso entre os eclesiásticos no ano de 1642. Já em 1860, médicos e religiosos se unem na luta contra o vício do tabaco, formando uma rede social antifumo. Com base nos estudos de Boeira e Johns (2007), foi constatado que os EUA publicaram em 1972 um relatório que mostrava o risco do tabaco para a saúde dos usuários, relacionando diversas enfermidades graves ao tabaco, o que ocasionou um recuo na venda dos produtos, pois uma porcentagem dos usuários passou a se preocupar com a saúde.

Baseado na obra de Boeira e Johns (2007), com a comprovação dos malefícios do tabaco[8], muitos países desenvolveram ações para combatê-lo, criando leis e aumentando os valores dos impostos sobre os produtos, mas não foram suficientes, pois as grandes empresas conseguiram driblar a legislação através de ações combinadas, as pequenas empresas não tiveram o mesmo sucesso, já o aumento dos impostos não foi suficiente no controle do tabagismo, mesmo com preços mais elevados, o consumo prevaleceu. No Brasil o aumento dos impostos foi uma tentativa de arrecadar mais dinheiro para ajudar o sistema público de saúde, pois os custos dos tratamentos das doenças provocadas pelo

[8] O tabaco foi o cultivo comercial sem limites. Porém, já no século XVII teve seus critérios. “Parece-me que aqui temos um hábito ruim e pernicioso”, especulou Gonzalo Oviedo, embora admitisse seu razoável sucesso no tratamento da sífilis. Em 1606, o médico escocês Dr. Eleazar Duncan sugeriu que seu nome mudasse para “Perdição da Juventude”, por ser “tão maléfico e perigoso aos jovens”. Em 1622, um holandês, Johann Neander, declarou que seus “excessos arruinavam a mente e o corpo”. A condenação mais direta veio em um folheto de 1604. *A Counterblaste to Tobacco* (Uma reação ao tabaco), alegando que fumar era “um costume repugnante ao olho, odiosos ao nariz, prejudicial ao cérebro, perigoso aos pulmões”. (LAWS, 2013, p. 138-139)

tabaco são altíssimos para o governo federal, mesmo assim, a arrecadação dos impostos não é suficiente para custear os tratamentos.

Baseado na política de controle do tabagismo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), a partir de 1950 o tabaco passou a ser fator de risco para uma série de doenças, com isso, surgiram vários movimentos de controle do tabagismo, liderados por profissionais da saúde promovendo ações de promoção da saúde. O Brasil é o país que lidera o controle do tabagismo, há muito tempo desenvolve políticas e programas com o objetivo de combater o vício de fumar cigarros. As primeiras ações de combate ao tabagismo no Brasil foram os movimentos liderados por profissionais da saúde e sociedades médicas com o objetivo de controlar o tabagismo, em 1985, o governo federal passou a atuar nacionalmente com a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo (GACT) liderado por José Rosemberg, Mário Rigatto, Antônio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, José Silveira e Jayme dos Santos Neves, entre outros, importantes nomes da pneumologia e da luta antitabagista no país (JAQUES, 2011).

Em 21 de maio de 1986 foi aprovada e sancionada pelo então Presidente José Sarney, a Lei Federal Nº 7.488/86 que instituiu o dia 29 de agosto como o "Dia Nacional de Combate ao Fumo", que foi apresentada pelo então Deputado Ítalo Conti, eleito pelo PSD do Paraná, o projeto previa a proibição do uso de "cigarros, charutos, cigarrilhas e cachimbos em recintos coletivos, públicos e particulares, de trabalho, lazer, saúde e educação, bem como em veículos de transporte coletivo de qualquer natureza" salvo em locais específicos para fumantes (JAQUES, 2011).

De acordo com Jaques (2011) o GACT foi responsável pelas campanhas do Dia Nacional de Combate ao Fumo até o final da década, nesse período a atuação do Ministério da Saúde era tímida. Ainda em 1986 foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo, que teve como base o programa anteriormente oficializado pela Associação Médica Brasileira em 1979, no mesmo ano foi criado o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, que faz parte da Política Nacional de Controle do tabagismo (BRASIL, 2021).

Em 1988 a Portaria nº 490 do Ministério da Saúde obrigou as Companhias Transnacionais de fumo a estamparem nas embalagens de seus produtos a advertência "O Ministério da Saúde Adverte: Fumar é Prejudicial à Saúde", essa obrigatoriedade também foi imposta as peças publicitárias dos produtos fumígeros, em maio de 2001 outra norma

da Anvisa regulamentou a impressão de imagens que ilustram o sentido das advertências nas embalagens dos cigarros, as características e advertências são determinadas pela Anvisa e respaldadas tecnicamente pelo Inca, com o objetivo de combater a aceitação social do hábito de fumar e de quebrar a "aura positiva" que foi criada em torno do cigarro durante décadas (JAQUES, 2011). Em 2018 a Anvisa divulgou as novas imagens de advertência que devem estampar as embalagens de cigarros, na Figura 1 podemos observar essas imagens.

No Brasil, no ano de 1996, a Lei nº 9.294, proibiu a propaganda de produtos fumígeros nos principais meios de comunicação – jornais, televisão, rádio, etc. Atualmente é permitida apenas a exposição das embalagens dos produtos derivados de tabaco nos pontos de venda.

> (...) a Lei 9.294, de 1996, que proibiu o fumo em recintos coletivos, públicos ou privados, exceto em locais destinados a esse fim, e que regulamentou a propaganda de cigarros, bebidas e remédios. A propaganda de produtos fumígeros na televisão e na rádio ficou restrita ao horário das 21 às 6 horas, e novas mensagens de advertência divulgando os diversos malefícios provocados pelo tabagismo passaram a ser vinculadas nestas propagandas, nas de pôsteres, cartazes, revistas e jornais, e nas embalagens de cigarro. (JAQUES, 2011, p. 5)

Segundo Jaques (2011) em 1995 associações de hotéis, bares e restaurantes entraram com recurso na justiça contra as leis, alegando prejuízos econômicos, por exemplo, em São Paulo os donos de bares e restaurantes conseguiram um recurso impedindo o então Prefeito Paulo Maluf de aplicar leis semelhantes na capital paulista, ainda hoje o tabaco não foi completamente banido de ambientes fechados e não há uma punição para os infratores, talvez seja esse o motivo de infringir a lei.

As ações de promoção da saúde são feitas com foco na saúde individual e coletiva, uma vai interferindo na outra, as ações podem ocorrer do geral com interferência no individual, quanto do individual que vai interferir no geral (PEREIRA, 2010). É fundamental a participação do Estado, pois é ele quem vai definir os tipos de ações e qual o foco de cada uma, baseado em estudos que apontam comorbidades à saúde da população, contribuindo para responder às necessidades sociais em saúde.

FIGURA 1: NOVAS IMAGENS DE ADVERTÊNCIA PARA EMBALAGENS DE CIGARRO DEFINIDAS PELA ANVISA.

Fotos: ANVISA, 2018.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021):

> De acordo com o Art. 196, da Constituição Brasileira: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (...) buscando melhorias da qualidade de vida da população. O objetivo é promover uma gestão

> compartilhada entre usuários, trabalhadores do setor sanitário, de outros setores e movimentos sociais (BRASIL, 2021, p. 01).

Em novembro de 2005, o Brasil ratifica a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabagismo (CQCT/OMS), este foi o primeiro tratado internacional de saúde pública que tem como objetivo conter a epidemia global do tabagismo e como o Brasil já vinha trabalhando para combater o vício do tabagismo, assim, teve um papel de destaque no processo de negociação do tratado. A CQCT vai determinar diversas medidas intersetoriais em propagandas, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, preços e impostos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) ao abordar sobre a CQCT, afirma:

> A Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo da OMS é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS. Representa um instrumento de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à crescente epidemia do tabagismo no mundo. (...) O objetivo da Convenção Quadro da OMS é 'proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco' (BRASIL, 2021, artigo 3º).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no Brasil, 443 pessoas morrem por dia em decorrência do uso do tabaco, os custos dos danos produzidos pelo cigarro são de R$125.148 bilhões ao sistema de saúde e na economia, e 161.853 mortes anuais poderiam ser evitadas, dessas mortes, 37.686 correspondem à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 33.179 à doenças cardíacas, 25.683 a outros cânceres, 24.443 ao câncer de pulmão, 18.620 ao tabagismo passivo e outras causas, 12.201 à pneumonia e 10.041 ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) (BRASIL, 2021).

O tabagismo passivo é a exposição à fumaça exalada pelos fumantes e pelos produtos de tabaco, é um problema relevante, pois a exposição à fumaça no ambiente está relacionada ao desenvolvimento de doenças e agravos, sendo causador de milhares de mortes (BRASIL, 2021). Quando há ações para um fumante abandonar o vício do cigarro, a ação faz promover a saúde daquele indivíduo e dos familiares que residem no mesmo lugar, mas também podemos citar outros ambientes, como no ambiente de trabalho e de estudos.

O PNCT é articulado pelo Ministério da Saúde, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que tem o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de

derivados do tabaco no Brasil, incluindo a prevenção da iniciação ao tabagismo, a promoção de ambientes livres de fumo e da fumaça tóxica e a implantação de projetos para a cessação de fumar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo interação entre as áreas de saúde e educação nos estados, municípios e em nível federal (BRASIL, 2021).

Os problemas de saúde podem surgir aleatoriamente, com uma ligação direta com fatores climáticos, sociais, culturais e econômicos. Ceballos (2015) aborda em sua obra que o homem tem buscado compreender os processos e fatores determinantes do adoecimento e da morte, tentando retardá-la ou evitá-la o máximo possível de tempo.

> O modelo sistêmico de saúde e doença reconhece que fatores políticos e socioeconômicos, fatores culturais, fatores ambientais e agentes patogênicos estão relacionados sinergeticamente de forma que, ao ser modificado um dos níveis, os demais também serão afetados. (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006 apud CEBALLOS, 2015, p. 9)

Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) cita que as ações de promoção da saúde devem considerar os determinantes sociais da saúde e de que maneira causam impacto na qualidade de vida da população, citando os seguintes: fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais.

De acordo com Ceballos (2015), os determinantes sociais são fundamentais na aquisição do modo de viver, muitas vezes influenciado pelo ambiente social, isso explica os relatos dos tabagistas presentes no relato de experiência e responde ao questionamento levantado sobre o início do uso do cigarro em decorrência da presença dele no ambiente familiar e pela cultura do lugar que já havia fumantes ativos, esse comportamento muitas vezes era passado dos pais para os filhos. Um ponto muito debatido na primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde foi a de que a saúde está relacionada com a qualidade de vida que as pessoas têm. A cultura familiar vai influenciar nos lugares/ambientes e vai ser decisivo na aquisição de comportamentos das pessoas, que podem influenciar positivamente ou negativamente na saúde dos indivíduos, isso explica os resultados que vimos na introdução.

Atualmente, uma grande maioria de pessoas tem buscado um estilo de vida saudável algo que há alguns anos não tinha importância, a busca por uma alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono de vícios prejudiciais à saúde, são alguns dos objetivos buscados por pessoas de todas as idades. Assim, a promoção da saúde deve

ser feita tanto no individual quanto no coletivo, é o que ocorre nos grupos de tabagistas do PNCT ofertado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ao que se refere à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2014):

> A política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subseqüentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (PNPS, 2014, p. 5).
> (...) a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (PNPS, 2014, p. 7).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aponta temas identificados como prioritários, e de acordo com a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 temos o Art. 10; IV- enfrentamento do uso do tabaco e de seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.

Cabe ao Ministério da Saúde promover a articulação com os estados e municípios, apoiando a implantação e implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde, além de apresentar no Conselho Nacional de Saúde, estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde. Os estados irão articular com os municípios, monitorando, promovendo, executando e avaliando os programas, projetos e ações (PNPS, 2014).

Cortez (2017) aborda em sua obra a questão do consumo, citando que ele está presente na vida de todos os seres vivos, ocorrendo de fora natural e espontânea, sendo vital para a sobrevivência, e os tipos de consumo podem ser modificados por determinantes, como fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, podendo mudar em decorrência de novos costumes introduzidos nos meios sociais.

2. DOS DETERMINANTES SOCIAIS PARA O TABAGISMO AOS CONCEITOS QUE AUXILIAM NO ANTITABAGISMO

2.1 Processo saúde-doença

Antes de abordar a teoria da Determinação Social da Saúde, é preciso compreender os conceitos de doença e saúde e o processo saúde-doença.

Para Evana e Stoddart (1990 apud VIANA, 20--) a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros sociológicos, prognósticos e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes, de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade.

De acordo com Segre e Ferraz (1997) a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Para a OMS (1976) a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida e, assim, não é um bem de troca, mas um bem comum, um bem e um direito social. Para Ramos (2013) o conceito de saúde reflete a presença ou ausência de enfermidades ou boa disposição física e psíquica. Para Berlinguer In: Brêtas e Gamba (2006 apud VIANA, 20--) a saúde é silenciosa, geralmente não é percebida em sua plenitude, na maioria das vezes apenas a identificamos quando adoecemos, é uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual.

O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde-doença de uma população, é o ponto central para os profissionais da saúde que buscam promover a saúde para que as pessoas tenham uma boa qualidade de vida, até mesmo quando as limitações se estabelecem (VIANNA, 2012). A autora fala da importância do ambiente:

> Não podemos nos esquecer de que o ambiente é o local onde a pessoa se encontra com as coisas ao seu redor que lhe exercem influências, afetando-a de várias maneiras. Por exemplo, uma família de seis, oito pessoas que habitam um único cômodo provavelmente [terão] conflitos, problemas que atingirão sua saúde mental; por outro lado, viver num quarto úmido, ou seja, num ambiente insalubre, provavelmente acarretará doenças como bronquite, tuberculose etc. e, assim, uma infinidade de exemplos. (VIANNA, 2012, p. 10).

A autora fala da importância do trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) como educador em saúde e saber o resultado que deve atingir considerando quem é

ou quem são os usuários, como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas, lembrando que o ser humano é complexo e a impossibilidade de abranger sua totalidade por uma única definição, além da necessidade de compreender as condições impostas como passíveis de interferência e atentar para não culpar os indivíduos quando tais condições são insalubres e interferem em seu estilo de vida (VIANNA, 2012).

Cruz (20--) corrobora com a definição do processo saúde-doença, citando que o mesmo é dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, grupo social ou sociedade. A autora continua na abordagem do tema, e afirma em sua obra que a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas, implicando dizer que a organização das ações e serviços de saúde e das redes de apoio social precisa ser planejada e gerida de acordo com as necessidades da população de um dado território.

2.2 Geografia da Saúde.

Rodrigues (2015) aborda em sua obra que a Geografia iniciou-se como uma ciência descritiva, comparativa, sintética, tendo como propósito fundamental homem/natureza e a formulação de uma visão de conjuntos sobre a terra a partir do estabelecimento de comparações entre as regiões, mas ao longo do tempo os estudiosos passaram a discutir também a relação homem/sociedade. E a Geografia da Saúde é uma especialização da Geografia que abrange questões que envolvem o ambiente e a saúde, Ribeiro (2017 apud PEREIRA, 2021) diz que a Geografia da Saúde compreende também estudos das relações espaciais que se estabelecem entre os determinantes sociais e ambientais, as condições de saúde e bem estar das populações.

Para Poland et. al. (2006 apud SOUZA, 2011), a maioria das informações sobre cigarro e sobre fumantes são produzidas na área de saúde, mas é necessário que os geógrafos investiguem os impactos sociais e espaciais que as políticas de combate ao fumo estabelecem sobre a população.

Segundo Rojas (2003 apud PEREIRA, 2010) a Geografia da Saúde se divide em Geografia Médica e Geografia da Atenção à Saúde. A primeira tem o objetivo de estudar a distribuição espacial das doenças no contexto em que estão os enfermos, norteada pela multicausalidade e a diferença entre saúde individual e coletiva (PEITER, 2008; ROJAS 2003 apud PEREIRA, 2010). A segunda, de acordo com Gastrell (2002) e Peiter (2008) apud Pereira (2010) busca entender a disponibilidade dos recursos materiais e humanos (onde está o serviço e em quais escalas), a qualidade dos serviços, como se está usando este serviço (acessibilidade), como a necessidade do serviço é determinada, como são decididos os recursos e se a provisão atual afeta no resultado do serviço, Rojas (2003) apud Pereira (2010) acrescenta que no Brasil, esta Geografia tem sido construída por autores que buscam consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles Carmen Teixeira, Carmen Unglert e Jairnison Paim.

É importante ressaltar o trabalho de Hipócrates, pois ele foi o grande precursor da Geografia Médica com a obra "Dos ares, das águas e dos lugares" isso há aproximadamente 480 a.C., nela o autor ressalta a importância do ambiente na saúde das pessoas. (ALVES, 2018).

De acordo com Perehoukei e Bernaduce (2007 apud SILVA e PEREIRA, 2015) os estudos em Geografia Médica para a melhoria das condições de saúde da sociedade intensificaram-se a partir de 1982, quando ocorreram os primeiros encontros sobre Geografia da Saúde, foi no congresso da União Geográfica Internacional (UGI) onde ocorreu definitivamente a mudança do termo Geografia Médica para Geografia da Saúde, com uma abordagem crítica e com trabalhos científicos na busca para atender as necessidades da coletividade. Para os autores, Geografia da Saúde é uma ciência nova, pois se trata do amadurecimento das discussões e estudos desenvolvidos pela Geografia Médica.

> Em síntese, a Geografia da Saúde dialoga com duas linhas de pesquisa: a identificação e avaliação dos fatores de risco, procurando identificar e avaliar populações que se encontram em situação de risco ou vulnerabilidade; por outro lado, é objeto de estudo da Geografia da Saúde o planejamento dos serviços de saúde com a finalidade de melhoria no atendimento à população. (SILVA E PEREIRA, 2015, p.20).

Para os autores o trabalho é com o recorte territorial da área de abrangência e a partir da discussão desses conceitos, percebe-se que não é possível uma "experiência total"

do espaço contínuo, pode-se ter uma “experiência integrada” do espaço, mesmo descontínuo e articulado em rede (SILVA e PEREIRA, 2015).

2.3 Teoria da Determinação Social da Saúde, Lugar e Cultura

Com base no que foi abordado, vimos a importância da promoção da saúde por parte das equipes de ESF. De acordo com Cruz (20--) a Organização Mundial da Saúde conceitua promoção da saúde como sendo a inclusão de indivíduos e grupos no processo saúde-doença, de modo que possam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, o que significa compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde.

Para Dahlgreen e Whitehead (2006 apud PEREIRA, 2020) a Determinação Social da Saúde defende que em cada lugar as condições de saúde dependem dos contextos de vida a que está submetido determinado grupo social, este contexto definiria socialmente a qualidade de saúde do indivíduo.

Referindo-se ao processo ambiente e saúde, Nogueira (2008) e Pereira (2020) citam em suas obras que o interesse em estudar essa temática surgiu na década de 1990, a relação entre Desenvolvimento, Ambiente e Saúde passou a ter relevância na área da saúde, vários investigadores sublinham a necessidade de considerar uma dimensão coletiva, destacando características psicológicas, sociais, culturais, patrimoniais e históricas das comunidades, defendendo que o ambiente influencia no padrão de saúde de uma população. De acordo com Pereira (2019 apud PEREIRA, 2020) o sujeito sofre influência em várias escalas, sofre influência da comunidade, do local de moradia, de trabalho, de educação recebida, do governo a que está submetido, mas principalmente da família - é ela quem vai contribuir na adoção do estilo de vida de cada sujeito.

É no ambiente familiar que os sujeitos passam a adquirir hábitos e vícios, que podem ser saudáveis ou não, e também adquirem os valores familiares, este fator também vai ser fundamental na adoção do estilo de vida, principalmente dos mais jovens. De acordo com Rosendahl (2005 apud ROSENDAHL, 2010) os geógrafos tentam refletir sobre o conceito de lugar no sentido de pertencimento, buscando esclarecer melhor a maneira como são construídas as identidades de lugares e as identidades de pessoas, como

indivíduos e como membros de grupos sociais, considerando a relação recíproca entre as pessoas.

Nogueira (2008) afirma que estudar variações em saúde é estudar a dimensão espacial dessas variações, atribuindo ao espaço, entendido na sua dimensão de lugar, de matriz física e social que contextualiza a vida do homem e sua saúde.

Lima (2009) cita em sua obra que a partir do momento em que se passa a fazer parte de um espaço, a vivência cotidiana, as referências espaciais dentro da área delimitada, as relações topofílicas e topofóbicas entre os sujeitos, fazem com que aquele ambiente se torne lugar.

Cada lugar tem a sua cultura que indicará o modo de vida global de determinado povo ou grupo social (ROSENDAHL, 2020), manifesto por todo o âmbito das atividades sociais, mas com evidência em atividades culturais.

A Geografia Humanista-Cultural abordada por Lima (2009) se estabelece a partir dos representantes que adotam esse viés na busca de propostas teóricas pós-modernas que (re)marcam a importância dos termos lugar e território, adotando os novos significados relacionados ao campo cultural e social.

> O interesse por esse campo cultural em Geografia remonta ao período clássico (CLAVAL, 1999) e atualmente se direciona opostamente a esse período, pois visa justamente compreender a diversidade dos saberes, das culturas, dos grupos sociais, das etnias, enfim, de toda a gama de particularidades que possam distinguir um grupo do outro e proporcionem o seu entendimento (...). (LIMA, 2009, p. 120-121)

De acordo com Rodrigues (2015) a corrente humanista fundamenta-se nas filosofias do significado, principalmente, na fenomenologia e no existencialismo, priorizando a microescala, propondo uma análise do lugar como um mundo das experiências intersubjetivas dos indivíduos, ascendendo assim, a condição de peça chave da Geografia, fundamental para entender os sentimentos espaciais a partir da experiência cotidiana, do simbolismo e do apego pelo lugar.

Seguindo essa corrente da Geografia que pesquisa as experiências do indivíduo e grupos em relação ao espaço com o objetivo de entender valores e comportamentos, Lima (2009, p. 121) aborda o conceito de lugar nessa corrente:

> (...) O conceito de lugar em Geografia Humanista-Cultural é algo que se insere em um espaço que é amplo, é algo conhecido, palpável entre os sentidos e dotados de valor, que contém histórias, lembranças, que contém o espaço de ação do corpo, que é conhecido e reconhecido e faz parte da identidade e da vivência cotidiana: pode ser um bairro, uma rua, uma sala, uma calçada, uma sala de aula, no hospital... é um lugar. (...). (LIMA, 2009, p. 121)

Tuan (19- apud LIMA, 2009) cita que o lugar é a realidade concreta a ser esclarecida e compreendida sob a perspectiva das pessoas que lhes dão significados. Tuan (1980) e Norton (2000) apud Rosendahl (2010) incluem alguns pontos a respeito do conceito de lugar, entre eles: que a sua criação é um ato social, os lugares diferem porque as pessoas os fizeram assim; são entendidas auto-reprodutivas, as pessoas aprendem e fornecem modelos alimentando determinadas crenças e atitudes.

Assim, Bonnemaison (2002 apud LIMA, op. cit.) afirma que:

> Quando resignificam-se os conceitos de território e lugar numa análise geocultural, devem-se levar em conta os dois aspectos fundamentais do território: o espaço social e o espaço cultural, os dois estão permeados pelas relações emocionais, hierárquicas, políticas, econômicas: 'O espaço social é produzido; o espaço cultural é vivenciado. O primeiro é concebido em termos de organização e de produção; o segundo em termos de significação e relação simbólica. Um enquadra, o outro é portador de sentido. (BONNEMAISON, 2002, apud LIMA, 2009).

Lima (op. Cit) ao se referir a Geografia Cultural afirma que é importante compreender como se dão as relações sociais e Callai (2000) vai corroborar, para ela compreender o lugar é entender como as coisas acontecem do modo que estão acontecendo, reconhecer a cultura é perceber a história do lugar, as origens das pessoas que ali vivem e as verdades e valores que pautam as relações entre eles.

Para Silva (2018 apud SILVA, LIMA & LIMA, 2018) os indivíduos que pertencem a um mesmo grupo social ou vivem em um mesmo lugar estão submetidos à estímulos semelhantes que podem determinar comportamentos individuais e, ainda, a vulnerabilidade social. Quanto a vulnerabilidade, Silva; Lima; Lima (2018) afirmam o seguinte:

> (...) A vulnerabilidade da população é social, econômica, cultural, étnica que pode estabelecer situações de carências e iniquidades em saúde, desigualdades injustas e a vulnerabilidade do lugar onde se vive representa a organização social do básico, qualidade ambiental, estrutura viária, existência de equipamentos sociais, ou seja, aspectos que não são identificados diretamente aos indivíduos, mas ao lugar. (...) (SILVA; LIMA; LIMA, 2018, p. 116).

Lugar e cultura estão completamente ligados, para compreender o lugar é necessário compreender a cultura. Callai (2000) afirma que compreender o lugar e o que ocorre nele, é observar que ele é influenciado por fatores internos e externos, que há uma semelhança e uma singularidade, e que a sua compreensão permite ao sujeito conhecer sua história e entender as coisas que ali acontecem, pois há uma força, uma energia própria e resulta da vivência diária dos sujeitos que habitam no lugar.

Abordando a influência dos lugares na saúde dos sujeitos, Lawson (2001 apud NOGUEIRA, 2008) afirma que comportamentos saudáveis criam lugares mais saudáveis que irão impactar na saúde individual e coletiva, e com a promoção de estilos de vida mais saudáveis, vai implicar na melhora do ambiente. Mackenbach et al. (1990 apud NOGUEIRA, 2008) afirma que mais relevante para a saúde do que os cuidados com saúde, parecem ser as determinantes de ordem ambiental, econômica, social e as relacionadas com os comportamentos e estilos de vida.

De acordo com Nogueira (2008) vários fatores do lugar influenciam na saúde dos sujeitos, o ato de fumar é considerado como uma reação ao estresse da vida cotidiana, a questão financeira, o ambiente de trabalho ou desemprego, a segurança, o psicológico, são fatores que impulsionam o sujeito a fumar, e essa reação pode ser considerada como uma forma de defesa.

Quando o sujeito adquire o hábito de fumar cigarros, ele está adotando um estilo de vida, é evidente que muitos fumantes são influenciados pela cultura familiar, eles já estão vulneráveis ao vício, inicialmente não pensam nos malefícios que esse vício pode causar a saúde deles e dos demais ao seu redor. Para Nogueira (2008) os perfis de saúde das populações dependem em grande parte do território em que vivem, e que os estudos por parte dos geógrafos são importantes pela sua capacidade de interpretação do espaço e daquilo que ele representa para a humanidade.

Diante do que foi exposto e abordado sobre o conceito de lugar e cultura, é possível afirmar que eles tem sim influência na aquisição do vício do cigarro, pois as atitudes vão passando entre os sujeitos ao longo do tempo, a vivência cotidiana vai criar a identidade de cada família ou grupo no espaço vivido, os mais jovens adotam valores e imitam as atitudes dos mais velhos.

2.4 Tabagismo

O cigarro foi um símbolo de elegância, moda, poder, atualmente, seu significado mudou bastante. Para Hall (op. cit. apud SOUZA, 2011) a sociedade é quem faz as coisas terem sentido, que podem mudar de uma cultura ou época para a outra. Nesse sentido, Souza (2011) afirma que:

> É possível considerar que, atualmente, o cigarro, na maioria dos lugares, é marcado por diferentes discursos (principalmente por aqueles provenientes da saúde) como algo relativo a um tempo que já passou. Nessa perspectiva, os sujeitos fumantes podem ser taxados como sujeitos "atrasados" em relação as práticas realizadas no espaço em que se dão as relações sociais nos dias de hoje. (SOUZA, 2011, p. 74).

São sujeitos que não devem ser seguidos como exemplo, são rejeitados e rotulados socialmente (SOUZA, 2011). Nesse sentido, Lupton (2000 apud SOUZA, 2011) afirma que indivíduos ou grupos sociais que tem problema com o fumo ou outras drogas, tendem a ser representados nos discursos de promoção da saúde como fracos e facilmente suscetíveis a pressões externas, sendo retratados como incontrolados e carentes de um nível mais elevado de racionalidade, sendo tratados como menos ou não civilizados.

Com a comprovação de que o cigarro é prejudicial para a saúde dos tabagistas (BOEIRA e JOHNS, 2007), surgiram diversas campanhas de conscientização sobre os males do tabaco, ocasionando uma queda no número de fumantes ativos, pois o estilo de vida saudável passou a ser almejado pela sociedade. Nogueira (2008) afirma que uma vida mais saudável, leva a uma vida mais longa, isso irá corroborar com Malta et al. (2015) quando afirma que fumar pode aumentar o risco de morte em 20 a 30 vezes, enquanto o fumante passivo também tem suas taxas de mortalidade aumentadas.

> (...) lembrando a todos que cuidar do corpo é algo imprescindível nos dias atuais. No centro desses discursos estão os indivíduos saudáveis e autocontrolados apresentados como exemplos a serem seguidos por aqueles que buscam uma melhor qualidade de vida, ou mesmo, por quem estar na moda- já que podemos considerar que atualmente estar na moda é ser saudável, de acordo com o discurso da saúde. Caso não seja possível se ter uma condição de saúde que seja isenta de problemas, deve-se, pelo menos, apresentar comportamentos que evitem riscos. (SOUZA, 2011, P. 71)

Foi a partir da comprovação dos malefícios do tabaco para a saúde dos fumantes que surgiram diversas campanhas de promoção da saúde a nível mundial, com o objetivo de controlar essa epidemia que causa milhares de mortes todos os anos.

Segundo Street (2004 apud SOUZA, 2011) o termo “promoção da saúde” surgiu a partir do relatório Lalonde, elaborado em 1974, que discutia um enquadramento conceitual para a saúde, no qual, constatavam quatro elementos básicos: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados com a saúde.

No que se refere à promoção da saúde, Santos e Lima (2015) a definem como sendo:

> As ações de prevenção são baseadas em campanhas para o controle da transmissão de doenças infecciosas e redução de riscos de doenças crônicas e outros agravos, oferecendo informação e recomendação para mudança de hábitos e comportamentos, considerados de risco. De modo geral, a efetividade dessas campanhas é quase nula, e isto se explica porque as campanhas de prevenção são direcionadas ao indivíduo, para que ele mude seu comportamento, esquecendo-se que o comportamento é determinado por normas sociais e, isto é cultural, e cultura é produto dos grupos sociais e não do indivíduo. (SANTOS e LIMA, 2015, p. 215)
> Para se promover saúde, precisamos reconhecer os contextos da vida que produzem doenças e agravos, que variam de lugar para lugar, não só pelas condições físico-sociológicas e climáticas, mas também dos arranjos sociais, e da posição social, econômica e cultural dos indivíduos e populações. Promover saúde é superar os contextos desfavoráveis, certamente com a participação dos sujeitos, com mobilização social, para a construção de territórios saudáveis. (SANTOS e LIMA, 2015, p. 226)

2.4.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)

Com base nos estudos de De Paula (2019), segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde - 2013, realizada pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que cerca de 428 pessoas morrem por dia no Brasil por causa do tabagismo, cerca de 12,6% de todas as mortes registradas no país são atribuíveis ao tabaco, sendo registrado mais de 156.216 mortes anuais ligadas ao tabaco no Brasil, números que poderiam ser reduzidos com ações de promoção e prevenção da saúde, mediante ações educativas e informativas sobre o tabagismo.

As políticas de promoção da saúde direcionadas ao controle do tabagismo tem menor custo se comparados aos gastos públicos para tratar as doenças associadas ao tabaco. Portanto, justifica a importância de se perdurar, implementar e até mesmo ampliar as ações voltadas a este tema. (FELIPE; BIANCHI; SOUZA, 201-).

O tabagismo é uma doença crônica e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre os maiores problemas de saúde pública da época atual, e estimativas da OMS apontam que elas foram culpadas por 63% de 36 milhões de mortes ocorridas no

mundo no ano de 2008, no Brasil são responsáveis por 72% do total de mortes ocorridas em 2007 (VIGITEL, 2014 apud CAMINHA, 2015).

O Brasil é referência internacional no controle do tabaco (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018). De acordo com Teixeira e Jaques (2011 apud PORTES; MACHADO & TURCI, op. cit.) na década de 1960, observaram-se as primeiras iniciativas de controle do tabaco no país, com elaboração de leis visando à restrição da propaganda do tabaco e à impressão de advertências sobre os riscos à saúde. O Programa Nacional Contra o Fumo foi elaborado em 1979, no ano seguinte foi realizada a 1ª Conferência Brasileira de Combate ao fumo e em 1985 houve a formação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo (ARAÚJO, 2012 apud PORTES; MACHADO e TURCI, 2018).

Para Da Costa e Silva et. al. (2013 apud PORTES, MACHADO e TURCI, 2018) a partir de meados dos anos de 1980, observou-se o fortalecimento da política de controle do tabaco no Brasil, caracterizada por: envolvimento de diferentes atores governamentais e não governamentais; adoção de medidas baseadas em evidências; descentralização de medidas; consolidação de uma base política, legislativa e institucional; e articulação com o contexto internacional.

O PNCT visa reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo com ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas (BRASIL, 2012 apud FELIPE, BIANCHI e SOUZA, 201-).

O tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade, e a adesão deve ser feita por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2014, apud MENEZES, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é realizada com alto grau de descentralização e capilaridade sendo a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017 apud HECK et. Al., 2020).

É desenvolvida principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por uma equipe mínima acrescida do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), constituindo, portanto, uma ampla equipe multiprofissional, com a finalidade de atender os usuários segundo os princípios da universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2012 apud HECK, 2020).

De acordo com Menezes (2018) o tratamento do tabagismo no SUS é regulado pela Portaria N° 1.035/GM, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela portaria SAS/MS/N° 442, de 13 de agosto de 2004, estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo à atenção básica e média complexidade da rede do SUS. Para a implantação do plano de ação do PNCT, inicialmente é feita a capacitação da equipe de saúde, Leobas (2016) afirma que:

> Para a implantação deste plano de ação, inicialmente, dois profissionais de nível superior, pertencentes à equipe de saúde, participaram do "Curso de Controle do Tabagismo e Tratamento do Fumante na Rede SUS", capacitação técnica oferecida pela Secretaria Estadual de Saúde para que pudessem atuar na coordenação e desenvolvimento das ações de controle do tabagismo no município. (LEOBAS, 2016, p. 9).

De acordo com o autor, após a capacitação serão realizadas rodas de conversa e estudo dirigido para a contextualização do tema e conhecimento por parte dos demais profissionais da equipe, além da preparação da Unidade de Saúde da Família para a implantação do programa, definição do coordenador, construção dos Procedimentos Operacionais Padrões de atendimento ao fumante, organização da dispensação dos medicamentos e definição de espaços na agenda do serviço para a realização dos atendimentos em grupos.

> As atividades em grupo terão como base o Programa "Deixando de Fumar Sem Mistérios" desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2011). Este programa consiste em quatro sessões de grupo, de uma hora e meia cada, uma vez por semana, durante quatro semanas. As sessões serão realizadas na UBS e orientadas pelos coordenadores previamente definidos pela equipe de saúde (...). (LEOBAS, 2016, p.10)

> Os grupos serão programados a partir de reuniões semanais no primeiro mês, quinzenais no próximo mês, e mensais por mais três meses, a partir de então encontros semestrais serão realizados. Um encontro será organizado com a família dos tabagistas na segunda semana do início do tratamento, para as mesmas receberem orientações de como ajudar o paciente neste momento. (CAPPELLETTI, 2016, P. 32).

No relato de experiência, Apêndice A desta pesquisa, foi observado que o terceiro grupo de cessação do tabagismo na UBS Sílvio Souto de Oliveira contou com apenas três fumantes, ocorrendo apenas o primeiro encontro no qual foi realizado a avaliação clínica inicial e não teve continuidade. A equipe de saúde não fez a busca para compreender se os

participantes desistiram da tentativa de cessar o vício, pesquisando sobre o assunto, ao abordar a obra de Nunes et al. temos a seguinte afirmativa sobre a formação dos grupos que pode explicar essa situação ocorrida:

> As sessões podem ser individuais ou em grupos de apoio entre 10 e 15 participantes, coordenada por um ou dois profissionais de saúde, não se recomendam sessões com números de participantes inferiores a 03. (...). (NUNES et al., 2021, p.14368)

Infelizmente, alguns pacientes ainda não possuem conhecimento sobre as consequências do tabagismo e necessitam, portanto, serem sensibilizados por meios de ações de educação em saúde, para entender os malefícios do tabagismo e serem estimulados a cessá-lo. (CAPPELLETTI, 2016).

Fagundes et. al. (2014 apud LEMES et. al., 2017) corrobora afirmando que é sabido que o tabagismo causa inúmeros malefícios à saúde e ao fumante (fumante ativo), sendo importante ressaltar que a fumaça exalada também é prejudicial para a coletividade, caracterizando o fumante passivo que pode desenvolver as mesmas doenças do fumante ativo. Baseado nisso, a informação é fundamental para os fumantes e que eles compreendam que os malefícios do cigarro podem atingir seus familiares ou aqueles que o cercam.

> Além dos danos ocasionados nos tabagistas, o tabaco agride de forma passiva as pessoas que convivem com o fumante, pois a fumaça do cigarro, em média, possui três vezes mais nicotina e monóxido de carbono, além de 50 vezes mais compostos cancerígenos em relação ao inalado pelo tabagista. Os fumantes passivos expostos podem desenvolver doenças como infarto agudo do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão. (ROSEMBERG, 2004 apud CAPPELLETTI, 2016, p. 30).

Em decorrência disso, o trabalho da equipe de saúde da UBS é importante e necessário, pois desenvolverá ações contra o tabagismo, como a criação de material informativo para os pacientes, rodas de conversa e ações antitabagismo na comunidade, em locais como igrejas, escolas e bares (CAPPELLETTI, 2016).

Na maioria das vezes, o cigarro leva à morte por doença coronariana (obstrução das artérias do coração), bronquite e enfisema, câncer no pulmão, outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), e doenças vasculares (entre estas: derrame cerebral e obstrução na circulação das pernas) (REBELO, 2011 apud LEMES et. al., 2017).

Furtado (2002 apud CAMINHA, 2015) afirma que a nicotina age em diversos órgãos e sistema nervoso: no cardiovascular causa vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca; no sistema endócrino favorece a liberação de hormônio antidiurético e consequente retenção de água; no trato gastrointestinal tem ação parassimpática, causando o aumento do tônus e da atividade motora do intestino; no sistema respiratório há hipersecreção de muco e danos a árvore traqueobrônquica, restrição sobre pequenas vias aéreas, aumento da sensibilidade reflexa de ambas as vias de condução, da permeabilidade do epitélio respiratório e perda de fator surfactante.

2.4.2 Terapia Comportamental Cognitiva e Terapia de Reposição da Nicotina

O PNTC oferta dois tipos de tratamento, o de comportamento que é a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC), e o medicamentoso, que é a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN). Os métodos baseados na TCC são fundamentais na abordagem do fumante em todas as situações clínicas, mesmo quando é necessário apoio medicamentoso (NOGUEIRA, 2016). Fumar é um comportamento extremamente reforçado diariamente, por isso, a TCC é importante, pois é o fio condutor no entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina (MENEZES, 2018).

A TCC é um tratamento breve, focal, estruturado em três níveis: a modificação do comportamento de uso dos pensamentos automáticos disfuncionais, a resolução dos problemas associados, e o reajuste social e ambiental, além deles, há os componentes principais dessa abordagem: a detecção de situações de risco de recaída, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Ela envolve o estímulo ao autocontrole ou auto manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência e tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento (LEMES et al., 2017). O período de duração de intervenção é mais longo, podendo alcançar de doze a dezesseis sessões (MARQUES, 2001 apud LEMES et al. 2017).

A TRN tem como objetivo a substituição da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras, reduzindo a fissura e outros sintomas de abstinência, é uma abordagem eficaz na cessação do tabagismo, podendo dobrar a taxa de cessação (NOGUEIRA, 2016).

É recomendável a TRN somente quando o paciente parar de fumar completamente, pois a TRN combinada ao uso do cigarro causa reações adversas (ARAÚJO et al., 2004 apud ROSSINI, 2014).

A TRN pode ser feita com adesivos e goma de mascar (LARANJEIRA; GIGLIOTI; ALVES, 2005 apud LEMES et al., 2017). O tratamento de dependência de nicotina se divide em: primeira linha - Bupropiona e TRN, e segunda linha - Clonidina, Nortriptilina e outros (HAGGSTRAM et al. 2001 apud LEMES et al., 2017). As drogas de segunda linha são medicamentos não nicotínicos, não preferênciais, de eficácia intermediária ou baixa, os mais utilizados são: Bupropiona, Nortriptilina e Clonidina (LEMES et al., 2017).

A TRN pode ser feita através do uso da goma de nicotina, da pastilha de nicotina, do adesivo de nicotina, spray nasal e inalação. Nesta pesquisa focamos apenas na goma de mascar e no adesivo de nicotina, pois são as únicas medicações ofertadas pelo Ministério da Saúde, e também a Bupropiona, que não tem princípio ativo de nicotina, sendo um antidepressivo. Com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina (2014) do Instituto Nacional do Câncer, segue uma breve apresentação de cada uma das medicações:

A Goma de Mascar de Nicotina trata-se de um resinato que deve ser mascado com força várias vezes. Sua absorção ocorre pela mucosa oral, não é contínua, e sim em picos, variando com a força da mastigação, e leva entre 2 a 3 minutos para a nicotina atingir o cérebro. É apresentada em tabletes com 2 mg de nicotina. A posologia é a seguinte: da 1 a 4 semanas – 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo de 15 tabletes por dia); da 5 a 8 semana – 1 tablete a cada 2 a 4 horas; da 9 a 12 semana – 1 tablete a cada 4 a 8 horas. A duração total do tratamento é de 12 semanas. Seus efeitos colaterais são: vertigem, cefaléia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

O Adesivo Transdérmico de Nicotina consiste num adesivo que deve ser fixado na pele, trocado a cada 24 horas. A nicotina é absorvida pela derme, apresentando liberação lenta e contínua na corrente sanguínea. A sua concentração máxima é atingida entre 5 a 10 horas após a aplicação do adesivo. Ao final de 24h há uma absorção de 75% do total de nicotina do adesivo. É apresentado em três versões, 7mg, 14mg e 21mg. A posologia vai

depender do resultado do teste Fagerström. O escore entre 8 a 10 e/ou tabagista usar mais 20 cigarros por dia, o tratamento tem duração de 12 semanas e a indicação é a seguinte: semana 1 a 4 – adesivos de 21mg a cada 24 horas; semana 5 a 8 – adesivos de 14mg a cada 24 horas; semana 9 a 12 – adesivos de 7mg a cada 24 horas. O escore entre 5 a 7 e/ou tabagista fazer uso de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam o primeiro cigarro após 30 minutos após acordar, tem o tratamento por 8 semanas com a seguinte indicação: semana 1 a 4 – adesivos de 14mg a cada 24 horas; semana 5 a 8 – adesivos de 7mg a cada 24 horas. Seus efeitos colaterais são: irritação local, podendo a chegar a eritema infiltrativo, efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarréia. Podendo ocorrer em menor incidência, palpitação, eritema e urticária, e raramente, fibrilação artrial reversível e reações alérgicas como o angioderma.

O Cloridrato de Bupropiona é um antidepressivo atípico que também pode ser utilizado por fumante sem história clínica de depressão, nas doses preconizadas. Inibe a re-captação neuronal de dopamina e norepinefrina, em maior intensidade e de serotonina em intensidade menor, tendo então atividade dopamérgica no núcleo accumbens e noradrenérgica no locus cueruleos. É possível que também exerça a ação de antagonizar os receptores nicotínicos. É apresentada em comprimidos de 150mg. Na posologia, a dosagem preconizada é a seguinte: 1 comprimido de 150mg pela manhã nos três primeiros dias de tratamento; 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do quarto dia de tratamento, até completar 12 semanas. A dose máxima recomendada é de 300mg por dia. Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico. Deve-se parar de fumar no oitavo dia após o início da medicação. Seus efeitos colaterais são: insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaléia e riscos de convulsão.

Segundo Lemes et al. (2017) a Bupropiona é contraindicada em pacientes com antecedentes de epilepsia não controlada, traumatismo craniencefálico, anorexia e bulimia e não deve ser usada concomitantemente com inibidores de monoaminoxidase – IMAO.

O uso do Bupropiona deve ser iniciado uma semana antes da data marcada para cessamento, sendo esta data discutida no grupo em que aborda a parte cognitivo-comportamental, e sua associação a TRN pode minorar os sintomas da síndrome de abstinência e aumentar as taxas de cessação se comparada às opções de monoterapia (FELIPE; BIANCH; SOUZA, 2019).

Em pacientes geriátricos acima de 60 anos não há limitação ao uso de Bupropiona, mas alterações metabólicas relacionadas à idade podem causar intolerância aos efeitos colaterais, e alterações renais e hepáticas podem exigir redução nas doses prescritas (MORENO, 1999 apud SILVA; LIMA; PACHÚ, 201-).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina (2014) o tratamento do adolescente tabagista deve ser feito através de uma abordagem intensiva de forma adequada para esse público específico, ressaltando que há pouca evidência sobre a segurança do uso de medicamentos para esse público, o profissional de saúde da atenção básica pode realizar o tratamento nessa população, desde que esteja capacitado para tal finalidade e o paciente esteja estabilizado em sua doença de base, pois caso contrário, se não houver êxito no tratamento, o paciente deve ser encaminhado para outros centros de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas a receber esse público.

2.4.3 Território e o papel da Equipe da Unidade Básica de Saúde.

> Na contemporaneidade, a problematização sobre a abordagem das práticas na Atenção Básica à Saúde perpassa pela noção de espaço, território, territorialidade e territorialização. A noção de território atende aos preceitos da regionalização, hierarquização e descentralização propostos no Artigo 198, na Constituição de 1988, ao estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS). Longe de teorias estanques, a efetivação e transformação da saúde, requer planejamento local e a associação entre poder público e participação social. É nesse cenário que se visualiza uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. (UNGLERT, 1993 apud BISSACOTTI; GULES; BLÜMKE, 2019).

No território ocorre o processo de territorialização-desterritorialização-reterritorialização – TDR. Para Pereira e Barcellos (2006), territorialização é fruto de uma estratégia para tomar posse de um determinado espaço geográfico; desterritorialização é o abandono espontâneo ou forçado da territorialidade; e a reterritorialização se constitui na construção de uma nova territorialização e ocorre na mesma localidade ou em outro lugar.

Ao falarmos sobre a Unidade Básica de Saúde e a equipe de saúde, temos que abordar, nesta pesquisa de forma razoável, a questão de território e territorialidade. Pereira e Barcellos (2006) afirmam que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do Programa Saúde da Família (PSF), adquirindo ao menos três sentidos

diferentes e complementares: a de demarcação de limites da área de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente na área; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de pesquisa. Vale ressaltar que a política ESF tem o objetivo de cuidar da saúde dos indivíduos e dos ambientes para torná-los saudáveis.

> O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado em 1993, durante o governo do presidente Itamar Franco e implantado em 25 de março de 1994, pelo Ministério da Saúde, sob o comando de Henrique Santillo e com o apoio do médico Dr. Halim Girard. Surge, embora implicitamente, como uma nova forma de organização e de reorientação do modelo assistencial brasileiro, onde o princípio basilar é o atendimento multiprofissional em unidades básicas de saúde, o mais próximo de cada indivíduo. (BRASIL, 1994 apud SOUZA, 2014).

Com base nos estudos de Pereira e Barcellos (2006) há uma ausência de geógrafos que atuam no Programa, a participação é mínima, um local delimitado tem características próprias, naturais ou elaboradas pelo homem, e que influenciam no processo saúde-doença da população.

> O conhecimento dos usos do território pelo SUS, em diferentes escalas, é fundamental para o planejamento e aperfeiçoamento dos serviços públicos de saúde no Brasil. Neste sentido, a geografia tem muitas contribuições para oferecer aos gestores e estudiosos da saúde em termos de teorias e metodologias de pesquisa e planejamento territorial. (...). (ZOMIGHANI Jr, 2012, p.197).

A equipe de saúde da UBS tem papel importante na promoção da saúde da população adscrita que são as famílias cadastradas na UBS, principalmente no desenvolvimento das atividades do PNCT, pois ela possui os dados epidemiológicos da sua área/território de abrangência. Pereira (2010) afirma que a equipe de saúde deve conhecer a população adscrita, o que proporciona a identificação de possíveis lugares de risco à saúde, e também identificar situações de risco em saúde, e com isso, desenvolver estratégias de promoção da saúde para as pessoas. O tabagismo é um problema mundial e atinge todas as escalas geográficas e as ações de promoção de saúde irão atingir as mesmas escalas, pois mudanças de comportamentos individuais, quanto ambientais em que o indivíduo vivencia, irão melhorar as condições de saúde dos mesmos, causando bem-estar de todos (PEREIRA, 2010).

> A adscrição de clientela é preconizada como um dos fundamentos da atenção básica, conforme portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ter um território adscrito significa, ainda segundo esse instituto legal, permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento das ações, conforme demandas dessa clientela. (BRASIL, 2011 apud SOUZA, 2014, p. 213).

Ao abordar território da UBS, é importante destacar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), segundo Bitou (2000 apud PEREIRA, 2010) ele exerce três tipos de relações de poder na microárea[9], que efetiva três tipos de relações de território: um território de escuta (na fase de coleta de informações para atingir a equidade); um território de administração (quando são definidas as articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares); e um território de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido). É importante ressaltar que ele exerce duas territorialidades importantes no território da UBS, a primeira por residir na área, e a segunda por trabalhar na mesma área, e seu trabalho tem influência importante na equipe.

De acordo com Pereira e Limongi (2011), o ACS é o elo que liga a comunidade ao PSF, e vice-versa, tem papel importante no conhecimento das famílias adscritas, e por atuar no território, é fundamental nas atividades de educação em saúde promovidas pela equipe da UBS, sua atuação acontece por meio do cadastro das famílias, busca ativa dos faltosos, atividades de educação em saúde entre outras atividades de suporte na unidade de saúde.

De acordo com Nunes et al. (2002 apud PEREIRA e LIMONGI, 2011) o ACS possui um papel único em uma equipe de ESF, pois é um profissional que convive com a realidade do bairro onde mora, além de conhecer a cultura e os costumes da população, atuando como mediador entre a comunidade e os profissionais de saúde.

Em decorrência da alta prevalência de usuários de cigarro no território da UBS, de acordo com o levantamento dos ACSs (BRANDÃO e BARBOSA, 201-), a UBS é um local estratégico para o desenvolvimento de ações com usuários de tabaco, da prevenção até o tratamento (BRASIL, 2013 apud HECK et al., 2020). Para isso é necessário que a equipe de saúde esteja capacitada para desenvolver as atividades propostas pelo PNCT, desde já é importante ressaltar a importância do preparo da equipe ao abordar o paciente tabagista (ROSSINI, 2014), pois isso irá influenciar na continuidade do tratamento ou na desistência.

[9] Microárea corresponde ao espaço geográfico delimitado onde residem até 750 pessoas e corresponde à área de atuação de uma Agente Comunitário de Saúde (ACS). (BRASIL, 2012).

O tabagista, convidado na maioria das vezes pelo ACS, ao chegar à UBS passará por uma avaliação clínica, que servirá para coletar o histórico tabagista de cada um, é durante a avaliação que serão analisado tanto o perfil tabagista quanto o grau de dependência à nicotina (CAMINHA, 2015) com o preenchimento da ANAMNESE (Anexo A) e do Teste de Fagerström (Anexo B).

Reichert et al. (2008 apud CAMINHA, 2015) cita em sua pesquisa que a avaliação deve incluir uma história clínica detalhada, exame físico completo e exames complementares como radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Com relação a isso, nos materiais pesquisados para compor os resultados dessa pesquisa, não foram encontrados dados referentes a essa avaliação minuciosa que Reichert cita, mas seria importante no tratamento dos tabagistas.

O teste de Fagerström vai medir o escore do grau do vício do paciente, este teste foi criado por um médico Dinamarquês, Karl Fagerström, em 1974, atualmente o teste é empregado por especialistas para ajudar a definir a melhor estratégia em auxiliar àqueles que querem largar o cigarro, consiste em um questionário com seis perguntas de múltipla escolha e a pontuação irá classificar o grau do vício que podem ser os seguintes: 0 a 2- muito baixo; 3 a 4- baixo; 5-moderado; 6 e 7- elevado; 8 a 10- muito elevado (PAULO et. al., 2016). Essas informações respondem ao questionamento presente na introdução sobre o que é o Teste de Fagerström. Richmond et al. (1993 apud MIRANDA, 2018) afirma que fumantes com resultado do Teste de Fagerström igual ou maior que 7 experimentam sintomas mais intensos nas crises de abstinência, tem maior necessidade de medicamentos de apoio para a cessação, como a Bupropiona e tem propensão à falha no tratamento antitabágico.

De acordo com Santos (2011 apud ROSSINI, 2014) a história de vida tabagista, as tentativas anteriores de tratamento, apoio, motivação, dependência, presença de doenças médicas e doenças psiquiátricas são de grande importância para a adesão e abandono do tratamento.

Quando o tabagista busca tratamento na UBS para combater o vício do cigarro, a equipe deve estar capacitada para receber esse paciente, na teoria, a equipe deve ter conhecimentos de quantos fumantes residem na área, mas na prática não é possível ter a

certeza que há esse conhecimento, primeiro vai depender do trabalho do ACS, se ele repassou essas informações para os demais membros da equipe, já que ele conhece o território e as comorbidades da população adscrita, além de possuir laço de confiança com as famílias.

A equipe de saúde deve estar capacitada e preparada para receber o tabagista, deve reconhecer e compreender que abandonar o vício do cigarro não é fácil, de acordo com a Agência Brasileira (2020), se trata de uma mudança de comportamento, que é algo bem complexo, e a desistência é uma realidade no tratamento de qualquer dependência, e com a nicotina não é diferente. Menezes (2018) afirma a importância do profissional que coordena o grupo, ele ter empatia com os participantes, acolhendo-o bem, para que ele se sinta confortável em buscar ajuda o mais rápido naquele profissional que o assistiu, importante também que o vínculo entre profissional e usuário seja estreitado, a equipe deve estimular e valorizar o esforço do usuário, repensando e discutindo estratégias que atendam a expectativa para que os tabagistas consigam abandonar o tabagismo.

De acordo com Meier, Vannuchi e Seco (2011 apud MENEZES, 2018) a intervenção do profissional deve cercar este indivíduo para todas as dificuldades (psicológicas, fisiológicas, pessoais e sociais) que este poderá enfrentar no período tão difícil que é o processo de parar de fumar, a intervenção deve superar a prática tradicional, para que o tabagista seja visto na sua individualidade, para que possa haver a reconfiguração das práticas assistenciais da equipe de saúde, com capacitação para escuta terapêutica.

Após a avaliação clínica inicial, a equipe de saúde dará início às atividades propostas pelo PNCT, inicialmente ocorre a terapia comportamental cognitiva, que pode ser ofertada de forma individual e coletiva. Visando cessar o tabaco, a modalidade grupal é indicada, pois oportuniza aos participantes o compartilhamento de suas experiências com os demais e os convoca a pensarem estratégias conjuntas de melhoria na qualidade de vida (MELO; CAMPOS, 2014 apud HECK et al., 2020).

Rossini (2014) vai corroborar, afirmando que o tratamento comportamental é fundamental para o tabagista, pois é no grupo através de profissionais e outros participantes que ele encontra sustentabilidade para continuar seu tratamento, sendo importante tanto quanto ao uso de medicações da TRN. É no grupo que as experiências

vividas por cada um dos participantes são expostas e o sucesso de um pode servir de motivação para os demais, outro ponto positivo é referente ao fator terapêutico da universalização, fazendo com que o indivíduo não se sinta sozinho em seu problema, pois o compartilhamento de informações, a aprendizagem interpessoal e a instalação de esperança por meio de relatos grupais, são elementos grupais essenciais para que o grupo se configure como terapêutico (HECK et al., 2020).

Diversos fatores podem influenciar na recaída, um deles é a falta do apoio familiar no processo da cessação, a motivação é fundamental para o tabagista abandonar o cigarro (ROSSINI, 2014). Durante o tratamento, a recaída é um fenômeno natural, a maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva, as recaídas mostram a necessidade do desenvolvimento de habilidades para lidar com os problemas da abstinência difícil de ser mantida, e a importância do acompanhamento por um período além da fase de manutenção (NOGUEIRA, 2016).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina (2014) a abordagem ao tabagista recaído pode ser realizada de forma individual ou coletiva, vai depender da avaliação do profissional de saúde e quanto à medicação ocorrerá o mesmo, a depender da avaliação do profissional de saúde, a medicação pode ser a mesma que ele tenha iniciado antes ou outra medicação.

2.4.4 Tabagismo: idade inicial, motivos para fumar e motivos para desistir das atividades do PNCT.

Os vícios adquiridos ao longo da vida irão influenciar na saúde de cada um, o vício do cigarro é um deles. A idade inicial ao fumo vai influenciar muito na dependência, quanto mais cedo, maior a dependência, e mais difícil de conseguir abandonar o cigarro. A maioria dos adultos fumantes tornam-se dependentes da nicotina na adolescência, por razões psicossociais, como a curiosidade, a rebeldia e por ser um comportamento do mundo adulto (VARGAS, 2014 apud SILVA; LIMA; PACHÚ, 201-). Para Almeida e Kalil (2019) há uma tendência de início precoce do tabagismo, uma grande parte com menos de 13 anos de idade. De acordo com o INCA (BRASIL, 2021) a idade média de experimentação de tabaco entre os jovens brasileiros é de 16 anos, tanto para meninos

quanto para meninas, nacionalmente, a frequência de fumantes jovens do sexo masculino tende a ser maior do que do sexo feminino.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) acredita que as campanhas ou ações educativas estão voltadas à população adulta, sendo que no mundo todo, e a cada ano surgem milhões de novos fumantes sendo sua maioria crianças e adolescentes. (ROSSINI, 2014).

De acordo com a tese de Dantas (2013) são poucos os estudos sobre tabagismo entre adolescentes no Brasil e que mesmo em alguns grandes estudos multicêntricos e relatos oficiais não se encontram todas as informações necessárias ao conhecimento mais aprofundado do problema.

Dantas (2013) cita que mais de 80% dos fumantes iniciaram o consumo do tabaco antes dos 18 anos de idade, e grande parte deles, continuará até a vida adulta. Para a autora, os fatores que aumentam o risco de fumar a nível mundial estão ligados a exemplos de imitação (convívio com pais e amigos fumantes), uso de álcool e outras drogas psicoativas por pessoas do convívio do adolescente ou pelo próprio adolescente, conflitos familiares, problemas psicológicos, entre outros.

A dependência é proporcional ao tempo de uso, de acordo com Cox (1993) e FREITAS (2010) apud SILVA; LIMA; PACHÙ (201-), os idosos que fumam apresentam características que o diferenciam dos jovens, pois apresentam maior dependência da nicotina, geralmente fumam maior número de cigarros, fumam a mais tempo, o que aumenta o grau de dependência e dificulta a cessação do hábito, além de apresentar problemas de saúde relacionados ao cigarro. Os idosos que conseguem cessar o vício em pouco tempo de tratamento, puderam sentir os benefícios no estilo de vida com expectativa de uma nova vida (SILVA, LIMA e PACHÚ, 201-).

> O tabagismo é um comportamento multifatorial influenciado por estímulos ambientais, hábitos pessoais, aspectos psicossociais. Esses estímulos podem ser originados por diversas fontes, como a publicidade, a acessibilidade devido aos baixos preços dos cigarros, a aceitação social, o exemplo dos pais e de líderes fumantes, a tendência pessoal a outras adições, a depressão, além da hereditariedade. Esses fatores podem constituir o modelo que explica o comportamento aditivo. (ARAÚJO et al. apud ALMEIDA; KALIL, 2019, p. 1).

Nos estudos de Menezes (2018) os entrevistados foram enfáticos ao expor seus sentimentos e suas representações sobre o cigarro em seu cotidiano, e um ponto relevante

foi a condição do cigarro como uma medicação ou algo que acalme, ocorreu também relatos de usuários do cigarro que afirmam ser impossível seguir o curso de suas vidas sem o cigarro, que se ficar sem fumar, não resolvem sequer as situações do dia a dia.

Rossini (2014) cita em sua pesquisa que muitos entrevistados relatam a dificuldade de ficar sem fumar após as refeições, falar ao telefone, com café, chimarrão, momento este em que a combinação para eles é “perfeita”, o prazer gerado pelo cigarro acalma, outros relatam que não ter algo entre os dedos faz falta.

Pesquisas mostram que cerca de 70% dos fumantes desejam para de fumar, mas apenas 10% atingem esse objetivo, isso se deve à dependência da nicotina e o prazer aguçado pelo cigarro, é importante dizer que a maioria que para de fumar tem recaídas (LEMES et al., 2017). A abstinência do tabaco gera diversos sintomas como ansiedade, irritação, distúrbios do sono, aumento do apetite, alterações cognitivas e fissura pelo cigarro (LARANJEIRA; GIGLIOT; ALVES, 2005 apud LEMES et.al. 2017). Isso vai dificultar a procura dos tabagistas por um tratamento que ajude a cessar o vício.

De acordo com Rodrigues e Veloso Júnior (2007 apud HECK et al., 2020) a dificuldade na adesão aos grupos de cessação do tabaco é influenciado por diversos fatores como barreiras educacionais, associação do tabaco com outras drogas psicoativas, vulnerabilidade social, aspectos culturais, ambiente familiar, dependência de medicamentos e aspectos psicopatológicos. O estado motivacional é muito importante no sucesso de abandono do cigarro, quanto mais motivado o tabagista esteja, maior a chance de êxito (PAWLINA et al., 2014 apud HECK et al., 2020).

A desistência de participantes dos grupos antitabagistas é algo frequente e justificada por vários motivos, um deles é a distância da residência até a UBS, usuários relataram não possuir transporte próprio para o deslocamento, necessitando de carona, outros motivos como: falta de motivação, falta de apoio familiar, dificuldade de comparecer nos encontros e vontade de continuar fumando (ROSSINI, 2014).

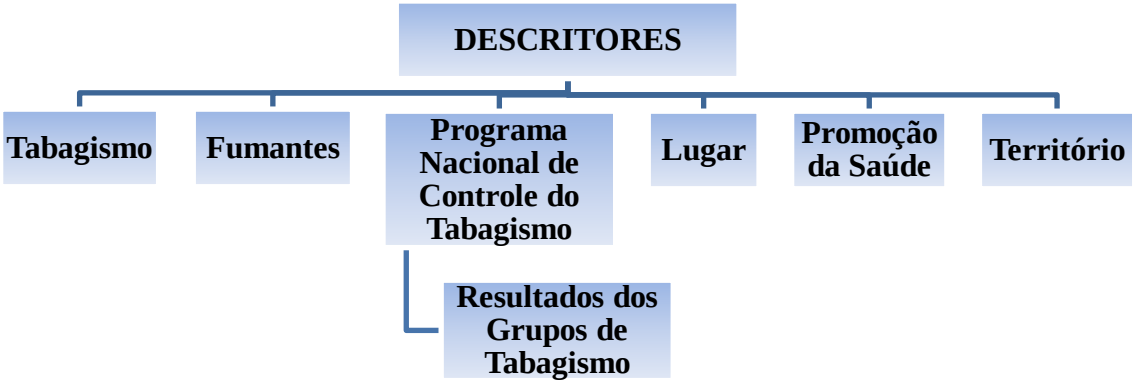
Problemas de relacionamento, acidentes pessoais ou de terceiros, a influência do modo de vida, do cotidiano e das atividades desenvolvidas pelo tabagista podem intervir no processo de cessação do tabagismo (MENEZES, 2018).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em decorrência da grande quantidade de tabagistas no Brasil, O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que tem o objetivo de colaborar para os tabagistas cessarem o vício do cigarro e evitar que novos fumantes iniciem o ato de fumar. A metodologia da pesquisa consistiu em uma revisão bibliográfica, de abordagem narrativa, com o objetivo de analisar as influências do lugar e da cultura no vício do tabagismo e no desempenho de seu tratamento, além de identificar perfis da população que participa dos grupos de tabagismo e analisar o desempenho de grupos de tabagismo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram definidos alguns descritores (Figura 2), que serviram de base para buscar artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e periódicos que foram buscados nos seguintes indexadores: sites do Ministério da Saúde, Revista Hygeia, Google Acadêmico e SciELO. O recorte temporal definido foi de 2006 a 2021, na Figura 3, temos o fluxograma sobre as quantidades dos resultados fornecidos e utilizados por cada indexador.

FIGURA 2: FLUXOGRAMA DOS DESCRITORES



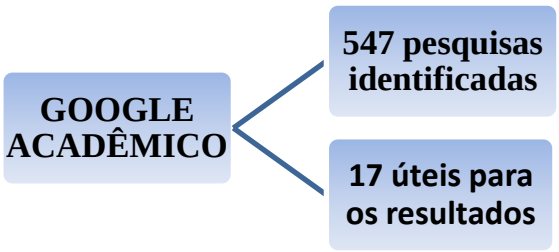
Organizado pela autora.

FIGURA 3: FLUXOGRAMA DOS INDEXADORES (2006 - 2021)

Organizado pela autora.

Quando se buscou por pesquisas que abordassem o PNCT nas quais fosse possível identificar os resultados dos grupos de cessação organizados pelas UBSs, apenas o site Google Acadêmico forneceu esses resultados, mas este site fornece um grande número de resultados, e assim ocorreu o recorte temporal menor, de 2016 a 2021, tornando possível a análise dos resultados exibidos e fossem extraídos os que realmente serviriam para esta pesquisa, é o que está contido na Figura 4. Um total de 17 pesquisas foram identificadas e utilizadas nos resultados, elas estão contidas no Quadro 2.

FIGURA 4: FLUXOGRAMA DOS RESULTADOS (2016 – 2021)



Organizado pela autora.

É importante ressaltar que foram utilizadas obras de autores que não foram encontrados nos indexadores, mas devido à importância do autor abordar um determinado tema que é fundamental para a pesquisa, sua referência foi utilizada.

O método definido para a análise dos resultados foi o comparativo, em decorrência da importância da comparação dos resultados dos grupos de cessação do tabagismo, o que permite observar situações iguais ocorridas entre dois ou mais grupos, além de mostrar os resultados positivos e negativos encontrados pelas equipes e pelos tabagistas no tratamento. Esses resultados irão colaborar nas respostas dos questionamentos levantados que estão presentes na introdução, ressaltando mais uma vez que surgiram com base no relato de experiência (Apêndice A).

QUADRO 1: PESQUISAS SOBRE RESULTADOS DO PNCT.

NÚMERO DA PESQUISA	**AUTOR(ES)**	**TÍTULO**	**MUNICÍPIO**	**ANO**
01	PAULO et al.	Ação multiprofissional no combate ao tabagismo: um relato de experiência no Programa de Saúde da Família.	Aroeiras - PB	2016
02	BAIOTTO et al.	Avaliação da efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Centro Municipal de Saúde de Pejuçara (RS).	Pejuçara - RS	2016
03	PRIETO	Programa de controle do tabagismo em um grupo de indivíduos do município de Luis Alves – SC.	Luis Alves - SC	2016
04	KOCK et al.	Efetividade do programa de controle do tabagismo em uma cidade do sul do Brasil.	Tubarão - SC	2017
05	WITTKOWSCKI e DIAS	Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR.	Curitiba - PR	2017
06	AGUIRRE	Recaídas em tabagismo.	Tapes - RS	2017
07	RIBEIRO	Avaliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em São Luiz.	São Luiz - MA	2018
08	MIRANDA	Cessação do hábito de fumar em participantes do Programa de Controle do Tabagismo.	Salvador - BA	2018
09	ARENDARTCHUK e AYALA	Fatores associados à cessação do tabagismo entre participantes de um programa antitabagista em uma unidade básica de saúde de Joinville – SC.	Joinville - SC	2018
10	KRINSKI; FAUSTINO-SILVA e SCHINEIDER	Grupo de cessação de tabagismo na Atenção Primária à Saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS.	Porto Alegre - RS	2018
11	PEREIRA et al.	Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de Unidade Básica de Saúde.	Maringá - PR	2018
12	NASCIMENTO	Tabagismo, renda e escolaridade: análise qualitativa e quantitativa em três postos de saúde de São Gonçalo.	São Gonçalo - RJ	2018
13	STEFANELLO et al.	Análise da adesão ao tratamento antitabagismo realizado em Unidade Básica de Saúde no Norte do Mato Grosso.	Sinop - MT	2018

NÚMERO DA PESQUISA	AUTOR(ES)	TÍTULO	MUNICÍPIO	ANO
14	DIEGUEZ e SILVA	Grupos de tabagismo na Unidade Básica de saúde Nº 2 de Planaltina – DF.	Planaltina - DF	2020
15	GOMES	Adesão de usuários ao programa de Controle do Tabagismo.	Santa Cecília - PB	2020
16	NUNES et al.	Controle do tabagismo: tratamento na Atenção Básica gera resultados positivos no município de Balsas/MA.	Balsas - MA	2021
17	PIRES et al.	Análise do programa de controle do tabagismo em município de médio porte do Paraná.	Maringá - PR	2021

Fonte: Google Acadêmico. Organizado pela autora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ficou claro na teoria da Determinação Social da Saúde que em cada lugar as condições de saúde irão depender dos contextos sociais que os sujeitos estão submetidos e que vai definir a qualidade de saúde do indivíduo. A cultura vai estar sempre ligada ao lugar, criando identidades.

Com base no que foi visto sobre o conceito de lugar e cultura, e a ligação com a saúde dos sujeitos, explica o que ocorreu com os tabagistas mencionados no relato de experiência presente no apêndice 1 desta pesquisa, no que se refere ao início do vício do cigarro pelos tabagistas que participaram dos grupos antitabagistas da UBS Sílvio Souto de Oliveira, quando relataram que iniciaram o ato de fumar em decorrência do convívio familiar com outros fumantes, as atitudes são passadas entre os sujeitos ao longo do tempo e a vivência cotidiana vai criar a identidade de cada família ou grupo no espaço vivido, que é um espaço cultural, identitário.

De acordo com o INCA (BRASIL, 2021) o percentual de fumantes no Brasil vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabagismo, em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Uma queda expressiva nesses números foi observada no ano de 2003, quando na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) o percentual observado foi de 22,4%, no ano de 2008, segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo este percentual era de 18,5%, e recentemente, no ano de 2019, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam o percentual total de fumantes adultos em 12,6%. Esses resultados confirmam que a estratégia é positiva na promoção da saúde dos tabagistas.

Mesmo com a redução, o cenário ainda é preocupante, pois a quantidade de pessoas que tentam parar de fumar também teve queda, de 51,1% para 46,6% dos entrevistados, alertando para a necessidade de reforçar ações de combate ao fumo, e a região Nordeste registrou a maior redução, de 14,7% em 2013 para 11% em 2019, nesse mesmo período, o grupo de ex-fumantes aumentou, de 17,5% para 26,6% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

É importante destacar que o Ministério da Saúde preconiza como uma resposta clínica positiva ao tratamento, quando a taxa de sucesso é igual ou maior que 30% de

fumantes que cessaram o vício ao participar do PNCT (BRASIL, 2011 apud ALENCAR; VERAS; RIBEIRO, 201-).

Com base no relato de experiência, foi feita uma busca por resultados de estudos realizados em outras UBS do Brasil para uma possível comparação, resultando em um total de 17 pesquisas (contidas no quadro 1, presente no capítulo 3 desta pesquisa) que foram analisadas e extraídos resultados importantes.

Na pesquisa número 01 não é possível traçar um perfil dos fumantes que participaram, pois não há informações da entrevista inicial feita pelos profissionais de saúde da equipe, as informações relevantes são as de que 91,4% do total de 35 fumantes cessou o vício, todos fizeram uso do adesivo de nicotina, incluindo os que não tiveram êxito na tentativa. A equipe de saúde fez o acompanhamento desses tabagistas por um período de quatro meses após o fim do grupo, o que é possível considerar um curto período, já que o PNCT indica um acompanhamento por doze meses.

A pesquisa número 02 mostrou a participação de um total de 25 tabagistas, sendo 16 (64%) do sexo masculino e 09 (36%) do sexo feminino, a idade variou entre 27 a 63 anos, com média de 46,6%, a média de idade inicial ao vício foi de 18 anos. 52% apresentaram grau de dependência à nicotina de elevada a muito elevada e durante o tratamento fizeram uso da Bupropiona e da Fluoxetina, ambos associados ao adesivo de nicotina, resultando na taxa de sucesso de 56%, ou seja, 14 tabagistas cessaram o vício do cigarro.

A pesquisa número 03 obteve os seguintes resultados, na primeira sessão compareceram 09 tabagistas, na segunda sessão houve 02 desistências e os demais informaram estar sem fumar naquele período. A Nortriptilina foi prescrita para todos os fumantes e logo foi descontinuada por decisão dos próprios pacientes, em decorrência dos efeitos colaterais, continuando o tratamento apenas com o uso do adesivo de nicotina. Ao final das quatro sessões, os 07 tabagistas cessaram o vício, com uma taxa de sucesso de 70%. Não foi possível identificar informações sobre o perfil tabagista dos participantes, algo que é muito útil, mas neste caso ficará incompleto.

Na pesquisa número 04 participaram um total de 106 tabagistas, com idade média de 51 anos, sendo 69 (65,1%) do sexo feminino e 37 (34,9%) do sexo masculino, a maioria tinham grau de dependência moderada e durante o tratamento fizeram uso dos

medicamentos ofertados pelo Ministério da Saúde, goma de mascar, adesivo de nicotina e Bupropiona, atingindo uma taxa de sucesso de 51,9%.

A pesquisa número 05 contém os resultados das atividades realizadas em grupos antitabagistas entre setembro de 2015 e setembro de 2016, com um total de 160 tabagistas, com idade média de 47,2 anos, as idades variaram de 19 a 74 anos, a média de idade inicial foi de 15 anos. Durante o tratamento os tabagistas fizeram uso do adesivo de nicotina e da Bupropiona, atingindo uma taxa de sucesso que variou entre 12,5% a 72,7% entre os grupos, mas houve uma taxa de abandono de 62,5%.

A pesquisa número 06 tem o objetivo de reverter o quadro de recaídas dos participantes do grupo de cessação promovido pelo PNCT. A autora informa que as informações são mínimas, pois a pesquisa estava em andamento, mas levantou dados do atual grupo, que conta com a participação de 10 tabagistas, 08 (80%) do sexo feminino e 02 (20%) do sexo masculino, todos os participantes iniciaram o uso do adesivo de nicotina, goma de mascar e Bupropiona e que a taxa de desistência foi de 30%. Não é possível fazer o perfil tabagista, já que não foram expostas as informações.

A pesquisa número 07 mostra os resultados do PNCT realizado em 2017, no qual participaram um total de 50 tabagistas, sendo 29 (58%) do sexo feminino e 21 (42%) do sexo masculino, com idade variando de 18 a 60 anos, 38 tabagistas tinham grau de dependência à nicotina elevada. Fizeram uso da goma de mascar, do adesivo de nicotina e da Bupropiona, atingindo a taxa de sucesso 46% (23 tabagistas), mas a taxa de abandono foi de 34% (17 tabagistas).

A pesquisa número 08 identificou que 170 tabagistas participaram do grupo de cessação, 109 do sexo feminino e 61 do sexo masculino, a idade variou de 20 a 75 anos, 91 participantes tinham grau de dependência elevada, 42 fumantes abandonaram o vício e a taxa de sucesso foi de 57,1%. A autora relata que informações sobre a vida tabagista dos participantes não foram identificadas, pois, a equipe não adquiriu na abordagem inicial, prejudicando a pesquisa.

A pesquisa número 09 identificou que no período de 2011 a 2016, 76 usuários participaram do PNCT, a média de idade foi de 47 anos, a maioria 50 (65,79%) do sexo feminino e 26 (34,21%) do sexo masculino, 47 (61,84%) tabagistas iniciaram o uso do

cigarro entre 11 e 20 anos, 48 (63,15%) tinham grau de dependência entre elevado a muito elevado e a taxa de sucesso foi de 57,89%.

A pesquisa número 10 fez a busca pelos tabagistas que participaram dos grupos de cessação no período de julho de 2011 a outubro de 2014, na qual foram encontrados 38 (55,88%) dos 68 participantes, que na época a maioria estava na faixa etária dos 53 anos, com grau de dependência à nicotina muito elevada, durante o tratamento fizeram uso das medicações disponibilizadas pelo PNCT, a taxa de sucesso na época foi de 52,6%, destes, 50% continua sem fumar, mesmo não havendo acompanhamento da equipe de saúde após a conclusão das quatro semanas de tratamento, período inferior ao estipulado pelo programa, o que foi destacado como negativo pelos participantes, pois desejavam um período maior de tratamento.

A pesquisa número 11 não identifica resultados dos grupos de cessação, mas é um estudo transversal com tabagistas de uma UBS de Maringá – PR realizado entre agosto e setembro de 2016. O estudo foi realizado com 72 tabagistas, 37 (51,39%) do sexo feminino e 35 (48,61%) do sexo masculino, com idade de 18 a maior de 60 anos. O estudo revelou que 51 (70,83%) tabagistas desconheciam o PNCT e suas propostas. Identificou obstáculos para cessar o vício do cigarro: falta de interesse, falta de tempo, falta de incentivo e os problemas de locomoção até a UBS. Quanto aos estímulos para continuar no vício: ansiedade, situação de estresse, café, entre outros. 37 (51,39%) tabagistas reconheceram os prejuízos que o hábito trouxe para à saúde e 42 (58,33%) mostraram interesse em participar de intervenção ao controle do tabagismo. A pesquisa identifica a importância do trabalho da equipe, sendo fundamental a busca por esses tabagistas e divulgar o PNCT para esse público e para os demais.

A pesquisa número 12 buscou identificar o perfil tabagista em três bairros do 1º distrito de São Gonçalo – RJ, o estudo contou com 45 participantes, sendo 27 (60%) do sexo feminino e 18 (40%) do sexo masculino, com idade variando de 20 a 75 anos, com média de consumo diário de cigarros entre os tabagistas de 17,11, podendo chegar a 25 unidades. Quanto ao grau de dependência, 73,2% foi de moderada a elevada, e o sucesso na cessação foi de 1/3, ou seja, 15 tabagistas cessaram o uso de cigarro.

A pesquisa número 13 teve o objetivo de acompanhar tabagistas que participaram do PNCT, realizado pela UBS da região do bairro São Cristovão em Sinop – MT, na qual

participaram 14 fumantes, 08 (57,15%) do sexo feminino – idade média de 51 anos, e 06 (42,85%) do sexo masculino – idade média de 47 anos. 64,28% dos tabagistas tinham grau de dependência de baixa a moderada, o sucesso na cessação foi de 42,85% (06 fumantes) e de todos os participantes, apenas um fez uso da Bupropiona, com o objetivo de diminuir as crises de ansiedade, pois seu grau de dependência era muito elevado.

A pesquisa número 14 tem o objetivo de avaliar a efetividade de um grupo de tabagismo realizado na UBS nº 2 de Planaltina – DF no ano de 2018, a amostra foi composta por 19 tabagistas, 58% do sexo masculino e 42% do sexo masculino, a idade variou de 17 a 60 anos, com predomínio entre 19 e 59 anos, a média de idade foi de 42 anos. Quanto às medicações, 72% usaram a Bupropiona associado ao adesivo de nicotina, 14% usaram apenas o adesivo e 14% usaram apenas o Bupropiona. A taxa de abandono foi de 52,6%, 47,4% concluíram o tratamento e a taxa de sucesso foi de 22,3%. Neste estudo o que desperta atenção é a alta taxa de abandono, não houve uma busca ativa pela equipe de saúde, pelo menos não foi possível identificar.

A pesquisa número 15 contém os resultados do PNCT no município de Santa Cecília – PB, com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de saúde em 2019, sendo possível identificar que participaram um total de 85 tabagistas, 40 (47%) do sexo feminino e 45 (53%) do sexo masculino, a idade variou de 18 a maiores de 60 anos, a maioria (50,6%) com alto grau de dependência à nicotina, os tabagistas fizeram o uso das medicações: goma de mascar, adesivo de nicotina e Bupropiona. A taxa de abandono foi de 37,6% e a de sucesso foi de 51,8%.

Na pesquisa número 16 identificaram-se os resultados do PNCT no município de Balsas – MA, entre janeiro e dezembro de 2018, participaram um total de 139 tabagistas, divididos em três abordagens – uma por quadrimestre. Identificando que as medicações usadas foram o adesivo de nicotina e a Bupropiona, a taxa de sucesso foi de 53,3%.

A pesquisa número 17 faz uma análise dos desfechos do tratamento para cessação do tabagismo ofertado pelas UBS inseridas no PNCT do município de Maringá – PR, considerado de médio porte, no período de 2015 a 2019, na qual foi assistido um total de 2.339 tabagistas, a taxa de conclusão do tratamento foi de 55% (1.286), de abandono foi de 44,3% (1.036), do uso de medicação foi de 68,8% (1.609) e a de sucesso foi de 30% (702).

Os números da pesquisa mostram um declínio no número de participantes entre os anos analisados e não há perfil dos tabagistas.

No que se refere ao gênero mais participativo, a maioria das pesquisas mostrou uma maior participação feminina, 10 pesquisas que serviram de resultados, o que equivale a 58,82%, ocorrem esta situação, nas UBSs dos municípios de Salvador, Tubarão, Curitiba, Tapes, São Luís, Joinville, Porto Alegre, Maringá, São Gonçalo e Sinop, essa mesma situação foi observada na experiência vivida. Nas pesquisas realizadas em Pejuçara, Planaltina e Santa Cecília, equivalendo a 17,65%, a maioria foi do sexo masculino. E nas demais pesquisas não foi possível identificar o gênero com maior participação.

A explicação para uma maior participação feminina é em decorrência das mulheres se preocuparem mais com a saúde se comparadas aos homens e mesmo com esse resultado, Peña et al. (2016 apud KOCK et al., 2017) afirma que os homens são os que representam os melhores resultados quanto à cessação do tabagismo. Comparativamente, as mulheres abandonam mais este tipo de abordagem terapêutica, em relação aos homens, sendo o ganho ponderal a principal justificativa para a desistência (SIMONS et al., 2008 apud MIRANDA, 2018).

De acordo com dados do VIGITEL, os adultos jovens de idade de 40 a 59 anos são considerados os mais prevalentes no vício do tabagismo no âmbito nacional (BRASIL, 2009 apud GOMES, 2020). Isso se explica na média de idade dos participantes, as poucas pesquisas que contém essa informação ficam nessa faixa etária. Quanto à idade média dos tabagistas, 03 pesquisas, 17,65%, continham esses dados, em Joinville foi de 42 anos, em São Gonçalo foi de 47 anos e em Planaltina foi de 42 anos, com base no relato de experiência, na UBS de Pocinhos a idade média foi de 58,6 anos. As demais pesquisas não continham esses dados.

Quanto ao grau de dependência à nicotina, 07 pesquisas, 41,18%, apresentaram variação da dependência de moderada a muito elevada, ocorrendo em São Gonçalo, Porto Alegre, Joinville, Curitiba, Pejuçara, São Luís e Santa Cecília, o mesmo ocorreu na UBS na qual foi vivenciada a experiência. Apenas a pesquisa realizada em Sinop mostrou o grau do vício à nicotina variando de baixa a moderada, correspondendo a 5,88% das pesquisas. Em 09 pesquisas, 52,94%, não há registros sobre o grau de dependência.

Linhares (2008 apud GOMES, 2020) afirma que quanto maior o número de cigarros consumidos, maior é a dependência psicológica de cigarro para a vida do tabagista, foi possível observar na pesquisa de Nascimento (2018) que ele apresenta os resultados do consumo médio de cigarros pelos fumantes, que é de 17,11 unidades por dia, podendo chegar a 25, um número alto que resulta em uma alta dependência.

De acordo com Nascimento (2018) existe uma relação entre a baixa escolaridade com o grau de dependência, mostrando que quanto mais baixo o nível de escolaridade maior a probabilidade de o paciente sofrer com doenças provocadas pelo tabagismo. Nas UBSs de Sinop e Curitiba prevaleceu o grau de escolaridade Fundamental I incompleto e Sem Escolaridade, o relato de experiência mostra uma situação igual quando se refere a escolaridade dos tabagistas que fizeram tratamento na UBS de Pocinhos. Outras duas UBSs apresentaram resultados referentes à escolaridade, São Gonçalo e São Luís, abordando outros níveis de escolaridade.

Quanto às medicações usadas pelos tabagistas que fizeram tratamento para cessar o vício do cigarro, em 14 pesquisas, equivalente a 82,35% do total analisado, as medicações usadas foram as disponibilizadas pelo programa, ocorrendo em Salvador, Tubarão, Tapes, São Luís, Planaltina, Santa Cecília, Balsas, Maringá, Luis Alves, Aroeiras, Curitiba, Porto Alegre, Sinop e Pejuçara, o mesmo ocorreu na UBS de Pocinhos onde foi vivida a experiência. Apenas duas pesquisas, correspondente a 11,76%, contém o registro do uso das medicações Nortriptilina e Fluoxetina, ocorreram nas UBSs dos municípios de Luis Alves e Pejuçara. As demais pesquisas não contém informações definitivas sobre as medicações usadas.

As medicações mais prescritas e usadas pelos tabagistas foram as disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, a goma de mascar, o adesivo de nicotina e o Cloridrato de Bupropiona, medicações de primeira linha que já foram abordadas nesta pesquisa, e em poucos resultados observamos o uso da Nortriptilina, que é medicação de segunda linha. Segundo Silva e Shineider (2013 apud NUNES et al., 2021) o uso das medicações aliado a terapia comportamental, aumenta em mais de 50% as chances de sucesso na cessação. É muito importante a distribuição contínua das medicações durante o tratamento dos tabagistas, pois a falta delas pode prejudicar a cessação, Mendes (2013 apud KRINSKI; FAUSTINO-SILVA; SCHINEIDER, 2018) afirma que o gasto total para um tratamento com adesivos (21, 14 e 7 mg) varia de R$ 413,40 a R$ 501,40 (entre oito e doze semanas),

já a Bupropiona, em apresentação genérica, apresenta o custo mais baixo dos medicamentos considerados de primeira linha no tratamento, R$ 328,72.

Das pesquisas analisadas, 04 delas, 23,53%, continham informações sobre as possíveis causas dos tabagistas abandonarem os grupos, as informações estavam presentes nas UBSs de Tapes, São Luís, Joinville e Aroeiras, é possível identificar os motivos de desistência dos tabagistas da UBS de Pocinhos no relato de experiência. As demais pesquisas, 76,47%, não continham esses dados. Após uma análise geral dos materiais que serviram como resultados para esta pesquisa foi possível identificar alguns fatores que podem levar ou levaram ao abandono/desistência dos grupos, apontados pelos próprios tabagistas, os mais frequentes foram: distância da residência para a UBS, a locomoção dos tabagistas para chegar até a UBS e participar das reuniões em grupo, horários disponíveis, convívio com outros tabagistas, reações adversas às medicações, a dinâmica realizada pela equipe pode não ser aceita pelo tabagista, falta de apoio familiar, falta de medicamentos, inibição para “falar” em grupo, falta de interesse e vontade de fumar.

Diante dos resultados apresentados, é possível observar um alto índice da taxa de abandono/desistência dos grupos de cessação do tabagismo. Como exemplo tem a pesquisa de Wittkowski e Dias (2017) realizada em Curitiba, na qual o índice de abando foi de 62,5%, é um número muito expressivo, e os autores concluem que “a identificação do motivo para altas taxas de abandono dos grupos, o porquê da ausência de pacientes nas sessões de manutenção e o que leva os tabagistas a recaírem pode ser uma estratégia para compreender melhor o processo da permanência sem tabaco, podendo, dessa forma, ajudar a evitar o retorno da dependência nicotínica”.

São muitos os prováveis motivos para o abandono/desistência do tabagista, assim, fica evidente a importância do trabalho da equipe de saúde e principalmente do ACS na busca desses tabagistas e coletar a informação precisa, após essa busca a equipe pode se reunir e discutir mudanças e melhorias para evitar a desistência dos que ainda estão participando dos grupos e para os novos grupos que irão ser formados. De acordo com o relato de experiência, o terceiro grupo de cessação do tabagismo promovido pela UBS de Pocinhos teve apenas o primeiro encontro e não houve a continuidade, não foram encontradas situações como essa nas pesquisas analisadas, é importante ressaltar que nessas pesquisas há um recorte temporal, possibilitando a ocorrência da mesma situação em outras pesquisas em anos anteriores.

A pesquisa realizada na UBS de Pejuçara mostrou que o programa foi coordenado pela enfermeira, a mesma passou por uma capacitação para desenvolver as atividades do PNCT, contando com a colaboração dos demais membros da equipe de saúde, principalmente do médico e dos ACSs. Quanto à capacitação, na pesquisa realizada na UBS de Maringá constam informações de que ocorrem capacitações para a equipe de saúde constantemente, com o objetivo de aprimorar as ações de cessação do cigarro e obter mais resultados positivos.

Quanto ao trabalho do enfermeiro, Ribeiro (2018) cita as seguintes atribuições: participar da elaboração de materiais técnicos; capacitação do profissional; definição de metas; treinamentos das equipes das unidades básicas, ambientes de trabalho e escolas; apoio e acompanhamento dos tabagistas no processo de cessação do fumar; adoção de medidas educativas, normativas e organizacionais; implementação de ações de prevenção ao fumo passivo; realização de consultas de enfermagem enfocando a abordagem cognitivo comportamental e avaliação do nível de dependência do tabagista.

Apenas 03 pesquisas apontaram que as equipes de saúde fizeram o acompanhamento dos tabagistas após o encerramento do tratamento, correspondendo a 17,65%, e ocorreram nas UBSs de São Gonçalo, Curitiba e Aroeiras. Nas demais pesquisas, que corresponde a 82,35%, não há registros de que foi realizado esse acompanhamento.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina (2014), muitos tabagistas ao recaírem ao vício, sentem-se envergonhados e não querem retornar ao tratamento, neste momento cabe a qualquer profissional de saúde se sensibilizar com o paciente e encaminhá-lo a unidade, ele será atendido de forma individual ou em grupo, dependendo da avaliação do profissional, ele será reintegrado ao tratamento, podendo receber a prescrição da mesma medicação que fez uso, ou outra medicação, tudo vai depender da avaliação clínica. Isso pode explicar o que acontece com os tabagistas que abandonam/desistem dos grupos de cessação, podendo voltar a participar do mesmo grupo ou de grupos futuros, já que é sabido que os tabagistas participam de vários grupos para obter sucesso no cessamento do vício.

Além dos motivos para desistir dos grupos, há os motivos que levam as pessoas a fumarem, continuar no vício e não procurar ajuda para cessar o cigarro. Nas pesquisas em

Pejuçara, Sinop e Maringá há registros de motivos que levam o tabagista a continuar no vício. Em uma análise geral nas pesquisas que serviram de resultados os motivos foram listados pelos próprios tabagistas, os mais frequentes foram o estresse e a ansiedade, que levam muitos tabagistas a terem o cigarro como calmante[10], mas há outros motivos como o sabor do cigarro, o vício de ter algo entre os dedos, a associação com as refeições, com o café principalmente, tristeza, alegria, bebidas alcoólicas, em resumo, são fatores emocionais e hábitos cotidianos (BAIOTTO et al., 2016).

Mesquita (2017 apud ARENDARTCHUK & AYALA, 2018) vai corroborar ao afirmar que determinados hábitos subordinam ao ato de fumar, como por exemplo, se uma pessoa fuma após tomar café, o café passa a ser um "gatilho" para fumar. Lucchesse et al. (2013 apud ARENDARTCHUK & AYALA, 2008) cita outros fatores para início do ato de fumar, como a adolescência, a curiosidade, a imitação de comportamentos, rebeldia, imagem de independência. É uma das explicações para iniciar o uso do cigarro na fase da infância e adolescência, como foi visto nas médias de idade de início ao vício.

O trabalho da equipe de saúde da UBS é fundamental, na recepção dos tabagistas, na elaboração de ações como palestras para conscientizar das possíveis consequências desse hábito (PAULO et al., 2016), as ações de promoção da saúde são fundamentais para o sucesso do PNCT e demais programas. Os profissionais de saúde podem por medidas estratégicas potencializar a decisão do usuário em abandonar o vício (MEIER; VANUCCHI; SECCO, 2017 apud ARENDARTCHUK; AYALA, 2008). A motivação individual do tabagista é importante e decisiva (STEFANELLO, 2018), mas o sucesso na cessação do tabagismo não se dá somente à farmacologia empregada, mas também ao tempo dedicado da equipe multiprofissional de saúde nas sessões do grupo (BAIOTTO et al., 2016).

Além do apoio e ações nos grupos de conversa, nos quais ele deve deixar os participantes à vontade para falar sobre as experiências para os demais, a abordagem inicial com os tabagistas é fundamental para a coleta de dados importantes, que servirão de base para trabalhos futuros (PEREIRA et al. 2018). Foi possível observar na pesquisa de Miranda (2018) que a equipe de saúde não coletou informações sobre os tabagistas na

[10] Segundo Laws (2013), desde o século XX, o cigarro se tornou uma panacéia universal, graças à outra propriedade do tabaco, a sua capacidade de acalmar as pessoas.

avaliação clínica inicial, o que prejudicou a análise dos dados, ressaltando que esses dados são importantes para a própria equipe.

Em conformidade com Krinski; Faustino-Silva e Shineider (2018, p.66) “Ter um lugar seguro para falar sobre as dificuldades de parar de fumar, poder trocar experiências, trocar ideias, escutar histórias de ex-fumantes foram destaque entre fatores positivos apontados pelos entrevistados”. Esse discurso nos mostra que o ambiente da UBS já passa a ter significado diferente, passa a ser um lugar de troca de experiências de pessoas com cultura igual no que se refere ao uso do cigarro.

Quando foi questionado se a equipe de saúde conhece bem seu território de atuação, se conhece as comorbidades da população adscrita e se o trabalho está concentrado apenas no ambiente sede da UBS, podemos afirmar que apenas o ACS vai ter conhecimento total da sua microárea, pois como visto anteriormente, a atuação desses profissionais de saúde é feita no território, diferente do restante da equipe que tem um ponto fixo de trabalho, indo ao território apenas quando necessário, pois eles têm a sua demanda de trabalho na sede da UBS.

O conhecimento das comorbidades na maioria das vezes é feita inicialmente pelo ACS, é ele que convive com a realidade da área (NUNES et al., 2002 apud PEREIRA & LIMONGI, 2021), seja ela urbana ou rural, e as informações coletadas na área de atuação são repassadas para os demais profissionais da equipe, para que medidas ou soluções sejam tomadas, ou até mesmo a possibilidade da equipe ir até a residência da família para o conhecimento do problema e que seja realizado um atendimento clínico com os pacientes que estão sendo abordados.

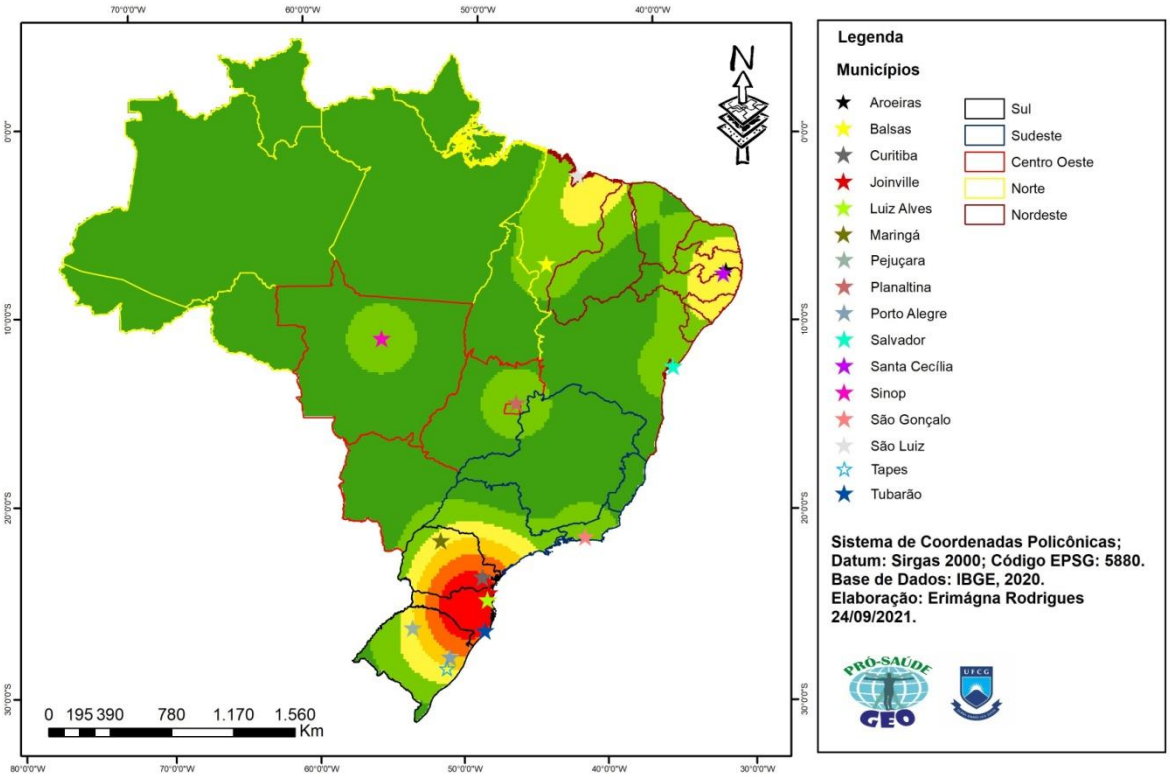
É preciso compreender que as visitas domiciliares não dependem somente da equipe de saúde, há a necessidade de um transporte para ela chegar ao destino desejado, o que vai depender da disponibilidade de veículos da Secretaria de Saúde, isso pode causar o adiamento das visitas.

Com base nas pesquisas que serviram de resultados, foi possível fazer o mapeamento da localização espacial, é o que está presente no mapa 2, sendo possível observar que há uma maior concentração de resultados de pesquisas sobre o PNCT nas UBSs da Região Sul, com um total de 09 (Pejuçara - RS; Luis Alves - SC; Tubarão - SC; Curitiba - PR; Tapes - RS; Joinville - SC; Porto Alegre-RS; Maringá - PR – este com duas

pesquisas), a Região Nordeste, com um total de 05 (Aroeiras – PB; Salvador – BA; Santa Cecília – PB; São Luiz – MA, Balsas - MA), a Região Centro-Oeste conta com 2 resultados (Planaltina – DF; Sinop – MT) e a Região Sudeste conta com apenas 01 resultado (São Gonçalo – RJ), na Região Norte não foram encontrados resultados, ressaltando que a pesquisa teve corte temporal no período de 2016 a 2021.

O mapa 2 utiliza uma escala de cores, do vermelho escuro, cor quente para demonstrar intensidade, ao amarelo, cor clara que representa menos intensidade, e as estrelas representam a localização real dos municípios descritos na legenda. É possível observar que a concentração dos resultados está na Região Sul, maior produtora nacional de tabaco e onde está concentrado o pólo industrial, mesmo com a preocupação com a saúde, a relevância financeira da produção e industrialização do tabaco predomina.

Mapa 2: Mapeamento dos municípios com pesquisas sobre os resultados do PNCT.



Fonte: Google Acadêmico / Organizado pela autora.

Diante do que foi exposto nesta pesquisa e ao responder um dos questionamentos feitos na introdução quando se questiona a necessidade de se aprofundar ainda mais para saber a relação do vício com algum fato na vida do tabagista, a resposta é sim, há a

necessidade de buscar informações mais precisas com os próprios tabagistas, eles devem fazer um relato da época em que iniciaram o uso do cigarro, mas para isso o pesquisador deve passar confiança e deixá-lo à vontade para que as lembranças sejam relatadas, pois com os resultados dessa pesquisa é possível observar a presença de tabagistas idosos e pode ocorrer que muitos não tenham mais lembranças da época, mas há os tabagistas mais jovens e esses podem sim colaborar com informações valiosas. É um trabalho que deve ser realizado pela equipe de saúde na avaliação clínica inicial ou durante o período de tratamento, pode ser realizada uma pesquisa de campo por pesquisadores da área da saúde e das demais para obter respostas que colaborem nos resultados de pesquisa com objetivos como os que estão presentes nesta pesquisa e para demais, principalmente nas que irão colaborar no aprimoramento das ações de controle do tabagismo.

Quanto ao desempenho dos grupos de tabagismo e de acordo com os resultados das pesquisas que avaliaram os resultados do PNCT, é possível observar a importância dos mesmos na cessação do tabagismo, sendo possível obter bons resultados, as taxas de sucessos em algumas análises foram consideradas altas, ultrapassando a taxa mínima definida pelo Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto nesta pesquisa, é possível identificar como o tabaco foi e ainda é importante para o agronegócio da região Sul do Brasil, mesmo causando malefícios para a saúde dos fumantes ativos e passivos, além de causar milhares de mortes no mundo. Mesmo sendo o segundo maior produtor, o Brasil tem destaque internacional nas ações para controle do tabagismo e o PNCT é fundamental na obtenção dos resultados positivos, pois as pesquisas comprovam a diminuição no número de fumantes ativos nas últimas décadas.

O trabalho das equipes de saúde das UBSs é fundamental para o sucesso do programa, mas ainda há muito a ser feito por elas, além da abordagem aos tabagistas e proporcionar a eles o apoio necessário para que eles consigam cessar o vício, elas devem fazer o acompanhamento após o encerramento das atividades do grupo, para evitar possíveis recaídas e deve fazer uma busca ativa pelos desistentes, isso vai ajudar a identificar os motivos da desistência e ajudar a evoluir nas atividades para evitar situações como essa com outros tabagistas. É importante e eficaz a elaboração de um relatório de cada grupo de cessação do tabagismo, assim, é possível fazer uma autoavaliação do trabalho desenvolvido e servirá para futuras pesquisas.

A equipe de saúde deve passar a conhecer melhor seu território – área de atuação, principalmente compreender o que é lugar, entender como acontecem as coisas, perceber a história do lugar e as relações entre os sujeitos, compreender a vulnerabilidade social, e passar a atuar neles promovendo a saúde das famílias que vivem naquele espaço delimitado. O olhar deve estar voltado para o convívio das famílias, principalmente as que tem presença de tabagistas, sabendo que é possível o tabagista cessar o vício, mas isso não é tarefa simples, há muitos que não conseguem, mas a equipe pode evitar que as crianças e adolescentes que residem com esses tabagistas possam adquirir o mesmo vício, evitando assim que elas se tornem a futura geração tabagista. É nesse ponto que o trabalho do ACS vai ser indispensável, porque é ele que tem contato frequente com as famílias, que tem um elo de confiança, que conhece a cultura e junto à equipe pode promover ações de saúde para evitar a disseminação do tabagismo, já que é comprovado que as crianças e adolescentes podem passar a imitar os adultos e assim muitos adquiriram o vício do cigarro.

Em decorrência da atual pandemia, muitas equipes de saúde limitaram seus atendimentos, mas ao que se refere ao tabagismo, é interessante elas repensarem, pois a pandemia causou situações de estresse para muitas pessoas, isso pode ter influenciado no surgimento de novos tabagistas ou ter ocorrido recaídas por aqueles que conseguiram cessar o vício, já que o cigarro tem efeito calmante para os usuários.

Diante de tantos resultados positivos dos grupos de cessação, nos quais mostraram que uma quantidade considerável de tabagistas cessaram o vício, atingindo uma boa taxa de sucesso, fica alguns questionamentos: o que ocorreu com os grupos de tabagistas formados pela UBS Sílvio Souto de Oliveira, na qual a experiência foi vivida, que não obteve uma taxa de sucesso? Será que o gênero, o grau de dependência ou o trabalho da equipe tem influência no insucesso dos grupos? Porque os participantes dos primeiros grupos não tem interesse em participar de novos grupos? Para tentar responder a esses questionamentos é necessário um estudo com esse público alvo, uma pesquisa de campo que possa identificar os fatores que induziram a um resultado negativo.

REFERÊNCIAS

AFUBRA. **Associação dos Fumicultores do Brasil**. 2021. Disponível em: https://www.afubra.com.br/fumicultura-brasil.html (Acesso em 05/09/2021).

AGÊNCIA BRASILIA. **Saúde tratou mais de 700 pessoas contra o tabagismo em 2020.** 2021. Disponível em: https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/08/09/saude-tratou-mais-de-700-pessoas-contra-o-tabagismo-em-2020/ (Acesso em 15q08/2021).

AGROCLIMA. **Brasil é o segundo maior produtor de tabaco do mundo**. 2019. Disponível em: https://www.agroclima.climatempo.com.br/noticia/2019/10/28/Brasil-e-o-segundo-maior-produtor-de-tabaco-do-mundo-9590 (Acesso em 11/05/2021, às 16:29h).

AGUIRRE, Ana Alice Alves. **Recaídas em Tabagismo**. Projeto de Intervenção. Curso de Especialização em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de porto Alegre. Tapes, Rio Grande do Sul. 2017.

ALENCAR, Rosemary Fernandes Corrêa; VERAS, Valdiclea de Jesus; RIBEIRO, Dinair Brauna de Carvalho. Conquistas e desafios do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em pacientes idosos. 1º CONGERU – Congresso Online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 20--.

ALMEIDA, Aline F. A. de; KALIL, Marta E.. **Perfil de fumantes atendidos em ambulatório para tratamento de tabagismo.** 73ª Reunião Anual da SBPC. Disponível em: https://www.reunioes.sbpcnet.org.br/73RA/inscritos/resumos/10294_153c3bce66e43be4f209556518c2fcb54.pef (Acesso em 02/09/2021).

ALVES, Alisson Venicio de Souza. **Análise de conteúdo da Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde entre 2005 e 2017.** Monografia (Licenciatura em Geografia). Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande – PB, 2018.

ALVES, Venise Bouvier. **A influência da densidade do filtro de cigarros nos teores da fumaça**. UFRGS, 2016. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Minas, Metalúrgica e de materiais PPGE3M. Universidade Federal do rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, 2016.

ANERIS, Flávia Najara. **A indústria do cigarro e os influenciadores digitais.** Universidade de Passo Fundo; Passo Fundo: 2018.

ARAÚJO, Alberto José de; FERNANDES, Frederico Leon Arrabal. **Contexto histórico do consumo de tabaco no mundo**. In: PEREIRA, Luiz Fernando Ferreira (Org) et al. **Tabagismo – prevenção e tratamento**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tsiologia. Editora Dilivros, Rio de Janeiro, 2021.

ARAÚJO, Denise Almeida de. **Avaliação do ciclo da vida do Tabaco:** uma visão geral dos impactos ambientais associados ao tabaco no âmbito mundial. Monografia (Curso de Engenharia Ambiental e sanitária). Faculdade Doctum. Juiz de Fora, 2019.

ARENDARTCHUK, Daniele; AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa. **Fatores associados à cessação do tabagismo entre participantes de um programa antitabagista em uma unidade básica de saúde de Joinville – SC.** Revista APS, 2018; out./dez.; 21 (4): 570-589.

ASTOLPHI, Joana D'Arc Vieira Couto. **Território:** das diferentes acepções à dinâmica do uso pelos grandes empreendimentos e as implicações na saúde coletiva. Revista Hygeia 10 (18): 149-166, Jun/2014.

BAIOTTO, Cristiano Santori; LORENZ, Camile; KLEIN, Daiane Letícia Marx; COLET, Christiane Fátima**. Avaliação da efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Centro Municipal de Saúde de Pejuçara (RS).** Revista BIOMOTRIZ, v. 10, n. 02, p. 35-50, Dez./2016.

BARRETO, Ivan Farias. **Tabaco:** a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. História, ciências, Saúde – Manguinhos, rio de Janeiro, v. 25, n. 3, jul-set. 2018, p. 797-815.

BISSACOTTI, Anelise Pigatto; GULES, Ana Maria; BLÜMKE, Adriana Cervi. **Territorialização em Saúde:** conceitos, etapas e estratégias de identificação. Revista Hygeia 15 (32): 41-53, junho/2019.

BOEIRA, Sérgio Luiz; JOHNS, Paula. **Indústria do tabaco vs. Organização Mundial de Saúde:** um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis. Vol. 4, n.1. Florianópolis; Jan/Jun 2007.

BRANDÃO, Ítalo Araújo Rios; BARBOZA, Nayla Andrade. **Implementação de um grupo terapêutico do tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde de Parnaíba – PI.** 2021. Disponível em: https://www.ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/20385 (Acesso em 04/09/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Imagens em maços de cigarro devem mudar.** 2018. Disponível em: HTTPS://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/imagens-em-macos-de-cigarro-devem-mudar (Acesso em 23/10/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Produção do fumo e derivados.** 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/em/note/1419 (Acesso em 11/05/2021, às 16:44h).

BRASIL. Ministério da Saúde/ **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo (Acesso em15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Produção de fumo e derivados.** 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/en/node/1419 (Acesso em 11/05/2021, às 16:44h).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Fulmicultura e meio ambiente.** 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatório-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/fumicultura-e-meio-ambiente (Acesso em 08/09/2021, às 17:43).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Política nacional.** 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional (Acesso em 15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção do tabagismo.** 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-d0-tabagismo/prevenção (Acesso em 15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Teste de Fargeström.** 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom (Acesso em 15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Promoção da saúde.** 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/promocao-saude (Acesso em 15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo.** 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tabagismo (Acesso em 15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer**. Dados e números da prevalência do tabagismo. 2021.** Disponível em: HTTPS://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo (Acesso em 15/08/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://www.aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA== (Acesso em 23/09/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial sem Tabaco:** Brasil tem redução no número de fumantes. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/dia-mundial-sem-tabaco-brasil-tem-reducao-no-numero-de-fumantes (Acesso em 15/08/2021).

CALLAI, Helena Copetti. Estudar **o lugar para compreender o mundo.** In. CASTROGIOVANNI, Atônio Carlos (Org). Ensino de Geografia: práticas e textualizações no cotidiano. Porto Alegre: Editora Mediação; 2000.

CAMINHA, Hugo de Jesus Gallo. **Grupo de tabagismo da UBS Vila Bela em Franco da Rocha, São Paulo.** Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Universidade Aberta do SUS. Franco da Rocha – SP, 2015.

CAPPELLETTI, Karine. **Proposta de intervenção para redução do tabagismo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Esplanada na cidade de Caxias do Sul.** Projeto de Intervenção. Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica. Universidade Aberta do SUS. Caxias do Sul – RS, 2016.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde.** Recife – PE, 2015.

CORTEZ, Júlia Maria de Sousa Leite. **Estudo do uso de produtos derivados do tabaco por freqüentadores de alguns restaurantes da asa Norte-Brasília/DF à luz da declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. UnB,2017. Dissertação (Mestrado em Bioética). Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Brasília – Distrito Federal.

CRUZ, Marly Marques da. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.** Qualificação de Gestores do SUS. 20--. Disponível em: https://www.5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf (Acesso em 18/09/2021).

DANTAS, Deborah Rose Galvão. **Estudos sobre a prevalência do tabagismo entre adolescentes no Brasil.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde. Universidade Federal da Bahia. Salvador – BA, 2013.

DE PAULA, Wagner. **Redução do tabagismo entre usuários de uma Unidade Básica de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso. Fundação Oswaldo Crus Mato Grosso do Sul. Campo Grande – MS, 2019.

DERAL. **Departamento de Economia Rural.** Divisão de Conjuntura Agropecuária. Paraná, 2020. Disponível em: https://www.agricultura.pr.gov.br/sites/defant/arquivos_restritos/files/documento/2020-12/Prognostico%20Fumo%20-%202020_21.pdf (Acesso em 18/09/2021).

DIEGUEZ, Letícia Ferreira Guimarães; SILVA, André Ribeiro da. **Grupos de tabagismo na Unidade Básica de Saúde Nº 2 de Planaltina – DF.** In. SILVA, A. R.; FARIA, E. A.; SOUZA, S. E. S. M. Estratégias de Saúde da Família: Modelos de Planos de Ações no Sistema Único de Saúde. Editora Atena. 2020.

EBIOGRAFIA. **Biografia de Catarina de Médici.** 2019. Disponível em: https://www.ebiografia.com/catarina_medici/ (Acesso em 28/09/2021).

FARIA, Rivaldo. **A Territorialização da Atenção Primária à Saúde do SUS:** avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. Revista Hygeia 14 (29): 89-104, Setembro/2018.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. **Espaço, Território e Saúde:** contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. R. RA'E GA, Curitiba, n.17, p. 31-41, Editora UFPR, 2009.

FELIPE, Thainá Vitória Spadotto; BIANCHI, Marta Teresa Gueldi Linardi; SOUZA, Gabriella Soares de. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e sua atuação na tenção primária à saúde.** In. SOARES, Dennis; SILVA, Patrício Francisco da. Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado. Volume 2. Editora Científica. 2021.

FELIPPI, Ângela Cristina Trevisan; OLIVEIRA, Vanessa Costa de. **Discurssos jornalísticos acerca do território do tabaco no sul do Brasil**. Revista Desenvolvimento em Questão, Editora Unijuí, ISSN 2237-6453, ano 18,n. 51, abr/jun. 2020.

FERRAZ, Lucimare; BUSATO, Maria Assunta; TEO, Carla Rozane Paz Arruda; MATTOS, Tamires; LIESHOUT, Bruna. **Tabagismo:** motivos da cessação e da recaída na população de um NASF. Revista Hygeia 11 (20): 127-137, Jun/2015.

FERREIRA, Mila Cristian; ALMEIDA, Geovana Brandão Santana; PASCHOALIN, Heloísa Campos; CHAGAS, Denicy de Nazaré Pereira; FERREIRA, Luiza Vieira. **Protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde no combate ao tabagismo.** Revista de Enfermagem. Disponível em: https://www.doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a236443p371-377-2019 (Acesso em 04/09/2021).

FILHO, Antonio Pereira Cardoso da Silva; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra Pereira. **Triangulação de métodos aplicada ao trabalho dos Agentes de Saúde no município de Campina Grande – PB.** Revista Hygeia 9 (16): 169-181, Junh/2013.

GARCIA, Leilinéia Pereira Ramos de Rezende; BORGES, Mayara Silva Rodrigues; TAVARES, Selma Alves de Oliveira. **Programa de Controle do Tabagismo em Goiás:** Resultados do 3º Quadrimestre de 2017. Boletim Epidemiológico Volume 20, Número 1. Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Goiás. 2017.

GOMES, Kássia Katarine de Lima. **Adesão de usuários ao Programa de Controle do Tabagismo.** Mestrado Profissional em Saúde da Família. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa – PB, 2020.

HECK, Camila; DIEL, Andressa Caroline Loebens; MATTER, Priscila da Silva; FORTES, Edna Margarete de Ávila. **Grupos de cessação de tabaco desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família:** experiências vivenciadas por profissionais residentes. Ver. Ed. Popular, Uberlândia, v. 19, n. 1, p. 246-257, jan.-abr. 2020.

HILSINGER, Roni. **O território do tabaco no sul do Rio Grande do Sul diante da Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo**. UFRGS, 2016. Tese (Doutorado) Instituto de geociências. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Porto Alegre-RS, 2016.

HOFF, Sandino. **A construção do ramal ferroviário e o desenvolvimento na região de Santa Cruz-RS – 1905 a 1930**. Revista Geosul, Florianópolis, v. 31, n. 62, p 19-38, jul/ago. 2016.

JAQUES, Tiago Alves. **Controle do Tabagismo no Brasil, da Década de 1980 aos primeiros anos do século XXI.** Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, julho 2011. Disponível em: https://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/imagens/site/pdfs/controle%20tabagismo%20brasil.pdf (Acesso em 22/11/2021).

KOCK, Kelser de Souza; ARANTES, Matheus Walerio Braido; SANTOS, Carolina Campos dos; CASTELINI, Solange de Souza. **Efetividade do programa de controle do tabagismo em uma cidade do sul do Brasil.** Revista Brasileira de Medicina de Saúde e Comunidade. Rio de Janeiro, 2017 Jan/Dez; 12(39): 1-10.

KRINSKI, Bruna Maria; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; SCHINEIDER, Margaret. **Grupo de cessação de tabagismo na Atenção primária à Saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS.** Revista APS. 2018 já/mar, 21(1): 66-76.

LAWS, Bill. **50 plantas que mudaram o rumo da história.** Tradução de Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Sextante, 2013.

LEMES, Erick de Oliveira; FÁTIMA, Gisele; SANTOS, Graciene Carvalho Brasil; COSTA, Joanete Botelho da. **Análise do Programa Nacional de Controle do tabagismo do Ministério da Saúde.** Revista UNICIÊNCIAS, v. 21, n. 2, p. 86-92, 2017.

LEOBAS, Gustavo Fernandes. **Implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde. Universidade Federal do Maranhão/UNASUS. São Luís – MA, 2016.

LIMA, Angélica Macedo Lozano. **Serviço de atendimento educacional hospitalar:** o território e o lugar: para uma Geografia possível. Revista Hygeia 5(9): 115-125, Dez/2009.

MALTA, Deborah carvalho; OLIVEIRA, Taís Porto; VIEIRA, Maria Lúcia; SZWARCWALD, Célia Landmann. **Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil:** resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2): 239-248, abr-jun 2015.

MENEZES, Carolina Alves Matos de. **Representações sociais de tabagistas sobre a recidiva ao tabagismo:** uma pesquisa convergente assistencial. Dissertação. Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu. Universidade de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2018.

MIRANDA, Ana Cássia Baião de. **Cessação do hábito de fumar em participantes do Programa de Controle do Tabagismo.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia. 2018.

NASCIMENTO, Marcelle Flávia Alves. **Tabagismo, renda e escolaridade:** análise qualitativa e quantitativa em três postos de saúde de São Gonçalo. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Ambiente e Sociedade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. São Gonçalo – RJ, 2018.

NOGUEIRA, Helena. **Os lugares e a saúde**. Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008.

NOGUEIRA, Mateus Santos. **Controle do tabagismo:** experiência vivida na Unidade Básica de Saúde da Família de Olaria II / Nova Friburgo. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Nova Friburgo – RJ, 2016.

NUNES, Maria Luisa; OLIVEIRA, Ariane Rodrigues de; PEREIRA, Lisley Flávia Rocha; LOPES, Suzana Soares; CARDOSO, Taiane do Nascimento; CORDEIRO, Wesley Ribeiro; CASTRO, Vitoria Gabriela Silva Oliveira de. **Controle do tabagismo: tratamento na Atenção Básica gera resultados positivos no município de Balsas/MA.** Brazilian Journal of Health review, Curitiba, v.4, n.3, p. 14365-14373 may./jun. 2021.

OLIVEIRA, Priscila Fernandes de. **Impactos ambientais da produção agrícola do tabaco orgânico e convencional no sul do Brasil.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em tecnologia Ambiental – Mestrado. Área de Concentração em Gestão e Tecnologia Ambiental. Santa Cruz do Sul, 2018.

OPAS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco**. Disponível em: https://www.paho.org/pt/node/4968 (Acesso em: 15/08/2021, às 21:33h).

PAULO, Chrismael Ramos Barbosa de; SANTOS, Flaviana Laís Pereira dos; RODRIGUES, Fernanda Yasmin Teixeira; SOUZA, Consuelo Fernanda Macedo de. **Ação multiprofissional no combate ao tabagismo:** um relato de experiência no Programa de Saúde da Família. III Conbracis. 2016.

PEREIRA, Antonio Augusto Claudio; GRITSCH, Lucas Johann; PASSOS, Mariana Soares; FURTADO, Marcela Demitto**. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de Unidade Básica de Saúde.** Cogitare Enfermagem, vol. 23, num. 3, e55096, 2018. Universidade Federal do Paraná.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Conhecimento geográfico para a Promoção da Saúde.** Revista Hygeia 6(10): 77-88, jun/2010.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Geografia da Saúde por dentro e por fora da geografia**. Revista Hygeia v.17, p. 121-132, 2021.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Território, ambiente e saúde:** pesquisas realizadas pelo PRÓ-SAÚDE GEO entre 2010 e 2020 em Campina Grande – PB. Congresso nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências (V CONAPESC).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. **O território no Programa Saúde da Família.** Revista Hygeia, 2(2): 47-55, jun. 2006.

PEREIRA, Hélia Soares; LIMONGI, Jean Ezequiel. **Agentes Comunitários de Saúde:** atribuições e desafios. Revista Hygeia 7(12): 83-89, Jun/2011.

PIRES, Graziele Adrieli Rodrigues; CHARLO, Patrícia Bossolani; MARQUES, Francielle Renata danielli Martins; COVRE, Eduardo Rocha; PAIANO, Marcelle; SALCI, Maria Aparecida. **Análise do programa de controle do tabagismo em município de médio porte do Paraná.** Saúde Coletiva, 2021; (11) N. 67, p. 6789-6800.

PORTES, Leonardo Henriques; MACHADO, Cristiani Vieira; TURCI, Silvana Rubano Barretto. **Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016.** Cadernos de Saúde Pública 2018; 34(2): e00017317.

PRIETO, Lussara Va Nunes. **Programa de controle do tabagismo em um grupo de indivíduos do município de Luis Alves – SC.** Monografia. Curso de deEspecialização Multiprofissional na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2016.

Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/2509213-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-dependencia-a-nicotina-inca-2014.pdf (Acesso em 02/08/2021, às 17:12h).

RAMOS, Rafaela Rodrigues. **Contribuições teórico-metodológicas para o estudo das relações entre saúde, meio ambiente e território.** Revista Hygeia 6(11): 80-90, Dez/2010.

RAMOS, Rafaela Rodrigues. **Saúde ambiental:** uma proposta interdisciplinar. Revista Hygeia 9 (16): 74-85, Jun/2013.

REIS, Marcelo Moreno; OLIVEIRA, Ana Paula Natividade de; TURCI, Silvana Rubano Barretto; DANTAS, Renato Maciel; SILVA, Valéria dos Santos Pinto da; GROSS, Cátia; JENSEN, Teresinha; SILVA, Vera Luiza da Costa e. **Conhecimentos, atitudes e práticas de agricultoras sobre o processo de produção de tabaco em um município da Região Sul do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33 Sup 3:e00080516.

RIBEIRO, Dinair Brauna de Carvalho. **Avaliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em São Luís.** Mestrado em Educação para a Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Escola Superior de Educação de Coimbra. Coimbra, 2018.

RODRIGUES, Kelly. **O conceito de lugar:** a aproximação da Geografia com o indivíduo. XI ENAPEGE. Disponível em: https://www.docplayer.com.br/68044433-O-conceito-de-lugar-a-aproximacao-da-geografia-com-o-individuo.html (Acesso em 04/09/2021).

RODRIGUEZ, Miguel Angel Schmitt. O cigarro como protagonista no cinema clássico de *Hollywood.* ANPUH – XXIII Simpósio Nacional de História, Londrina – PR, 2005.

ROSENDAHL, Zeny. **Espaço e educação na Geografia Cultural.** Espaço e cultura, UERJ, RJ, N. 28, P. 106-113, JUL/DEZ de 2010.

ROSENDAHL, Zeny. **Os estudos da Geografia Cultural no Brasil:** as reflexões pretéritas, o presente contínuo e suas perspectivas futuras. Geograficidades. v. 10. n. Especial, Outono 2020.

ROSSINI, Fabíola. **Fatores de desistência do usuário de tabaco no tratamento comportamental do fumante na estratégia Saúde da Família do município de Relvado/RS.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS, 2014.

SANTOS, Flávia de Oliveira; LIMA, Samuel do Carmo. **Estratégias de promoção da saúde na Escola Municipal Professor Eurico Silva, Uberlândia (MG)**. Revista Hygeia 11 (20): 213-227, Jun/2015.

SANTOS, Eliane de Souza; DEPONTI, Cidonea Machado. **A produção de tabaco no Brasil: um estudo com base na teoria da localização e do crescimento regional de Douglass North**. COLÓQUIO – Revista do desenvolvimento Regional – Faccat – Taquara/RS – v. 18, n. 1, jan/mar. 2021.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde.** Ponto de Vista. Revista Saúde Pública 31(5), Outubro 1997.

SILVANO, Fernanda Nadir. **Tabagismo:** da produção ao adoecimento, do lucro ao gasto público. Trabalho de Conclusão do Curso em Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2017.

SILVA, Alexsandro Bezerra da; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Roteiros de campo em Geografia da Saúde no município de Campina Grande – PB e municípios circunvizinhos.** Revista Hygeia 11 (21): 20-34, Dez/2015.

SILVA, Angelita Ferreira da; LIMA, Samuel do Carmo; LIMA, Filipe Antunes. **Análise multinível e diagnóstico de situação de saúde para avaliação de risco e vulnerabilidade social**. Revista Hygeia 14 (28): 114-120, Junho/2018.

SILVA, Allan Silvestre; LIMA, Maria Aldinez de Souza; PACHÚ, Clésia Oliveira. **Tratamento Multidisciplinar do tabagista idoso:** aspectos sociais. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA3_ID2145_11062019000137.pdf (Acesso em 03/09/2021).

SILVA, Ellen Fernanda Gomes; SANTOS, Suely Emilia de Barros. **O impacto da mídia sobre a produção da subjetividade.** 20--. Disponível em: https://www.abrapso.org.br/siteprincipal/imagens/Anais_XVENABRAPSO/447.%20o%20impacto%20e%20influ%CAncia%20da%20mCDdia.pdf (Acesso em 24/10/2021).

SINDITABACO. **Colheita segura.** 2021. Disponível em: https://www.sinditabaco.com.br/programas-socio-ambientais/responsabilidade-social/colheita-segura/ (Acesso em 05/09/2021).

SOUZA, Carlos Dornels Freire de. **Programa Saúde da Família – PSF:** a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. Revista Hygeia 10 (18): 207-215, Jun/2014.

SOUZA, Camilo Darsie de. **As campanhas de Promoção da Saúde e suas implicações nas relações socioespaciais entre fumantes e não fumantes no espaço público.** Revista Hygeia 7(12): 67-82, Jun/2011.

STEFANELLO, Daniel; ALVES, Alexia Ohanna Zorzela; CASTRO, Tailla Karla Barreto de; REZENDE, Camila Silva; FREITAS, Giulliano Ayrton de; GHELLER, Ana Carla Valentini; BRITO, Naira J. Neves de. **Análise da adesão ao tratamento antitabagismo realizado em Unidade Básica de Saúde no Norte do Mato Grosso.** FACIDER Revista Científica. ISSN 2316-5081. 2018.

VARGAS, Marina Trevisan de. **O tabagismo e seu controle:** evitando este mal na Estratégia Saúde da Família Ponta Russa, Brusque – SC. Monografia (Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC, 2017.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo Saúde-Doença.** Módulo Político Gestor. 20--. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico-gestor/Unidade_6.pdf (Acesso em 18/09/2021).

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença.** Especialização em Saúde da Família. UNIFESP. UNA-SUS. 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf (Acesso em 18/09/2021).

WEISS, Carla. **Mensuração de custos e rentabilidade implícita das propriedades tabaqueiras do sul do Brasil**. Revista Custos e negócios (*on line*), v. 11, n. 3 – jul/set – 2015. ISSN 1808-2882.

WITTKOWSKI, Lucileyne; DIAS, Cynthia Ramos Soares. **Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR.** Revista Brasileira de Medicina de Saúde e Comunidade. Rio de Janeiro, 2017 Jan/Dez; 12(39): 1-11.

ZOMIGHANI Jr, James Humberto. **Contribuições para aperfeiçoamento do SUS no estado de São Paulo:** teorias, análises e métodos. Revista Hygeia 8(14): 178-200, Junh/2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

APÊNDICE A: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Há quatorze anos trabalho na Unidade Básica de Saúde Sílvio Souto de Oliveira, localizada no sítio Lagoa Salgada, zona rural do município de Pocinhos-PB. De acordo com a nova divisão regional do IBGE, o município de Pocinhos está localizado na Região Imediata de Campina Grande e na Região Intermediária de Campina Grande, inserido no bioma Caatinga, com área territorial de 623,967 km², e uma população estimada de 18.708 habitantes, de acordo com censo demográfico do IBGE (IBGE, 2017).

A UBS Sílvio Souto de Oliveira é uma das oito UBSs que o município possui em pleno funcionamento - sendo quatro na zona urbana e quatro na zona rural – ela possui uma âncora no sítio Mares Preto, seu território abrange três microáreas, 14, 15 e 17, nelas estão inseridos os seguintes sítios, Lagoa salgada, Três Lagoas, Chucalheira, Lagoa de Dentro, Tanque do Capim, Cardeiro, Lagoa do Catolé, Cantinho/ Jurubeba, Mares Preto, Bravo e Várzea de Lagoa, e conta com a atuação de três Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Mesmo trabalhando em uma UBS, sempre cultivei o desejo de cursar uma licenciatura, e o curso de Geografia foi o que me despertou interesse. Ao ingressar no curso de Geografia, ingressei no Grupo de Pesquisas Integradas em Desenvolvimento Socioterritorial – GIDs, para desenvolver uma pesquisa PIVIC (Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica), foi durante o desenvolvimento da pesquisa que conversei com o coordenador sobre a possibilidade de fazer um artigo científico sobre o tema tabagismo, pois na mesma época a UBS na qual trabalho tinha formado um grupo de tabagistas de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, com o objetivo de combater o vício do cigarro. Ele me mostrou a possibilidade de trabalhar no Grupo de Pesquisa em Geografia para Promoção da Saúde – PRÓ-SAÚDE GEO, e ao conversar com a coordenadora sobre trabalhar o tema, a mesma aceitou me orientar no desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso abordando o tema tabagismo.

Desta forma, passei a observar o trabalho da equipe de saúde no desenvolvimento das atividades com os tabagistas. Os dois primeiros grupos formados contaram com uma quantidade razoável de tabagistas, já o terceiro contou com apenas três. A primeira

atividade realizada com os tabagistas é o preenchimento da ANAMNESE e do TESTE DE FAGERSTRÖM, de acordo com as informações passadas por eles era possível identificar o perfil tabagista de cada um deles. Foi durante o preenchimento dessas fichas que os relatos pessoais me despertaram atenção, principalmente no quesito da idade que iniciaram o vício do cigarro, muitos com menos de dez anos de idade, e a justificativa dada pela maioria era a de que os pais ou demais familiares já tinham o vício de fumar cigarros e em decorrência do produto estar presente nas suas residências, no lugar onde viviam, acabaram adquirindo o vício também. Ao ouvir esses relatos passei a fazer o seguinte questionamento: O lugar onde eles viviam e a cultura familiar influenciou na aquisição do vício do cigarro? Para responder essa pergunta, buscamos literaturas que abordem o conceito de lugar, já que ele tem uma ligação direta com o estilo de vida das pessoas e é resultado das relações afetivas, é o que apresentamos nesta pesquisa.

Devido estar auxiliando nas atividades tinha acesso às fichas dos pacientes e foi possível observar vários tipos informações, como idade dos tabagistas e idade que iniciaram o vício, será que em outros grupos as idades dos participantes se comparam a estas? Quais e quantas medicações ofertadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foram tomadas, outros tabagistas participantes do programa tomaram as mesmas medicações ou fizeram uso de outras? O resultado do Teste de Fagerström que mostra o grau do vício à nicotina é comparável com outros resultados de tabagistas que participaram de outros grupos de cessação do cigarro? O que é o Teste de Fagerström? Surgiram também questionamentos como: ao estudar este tema estas informações são suficientes ou há a necessidade de se aprofundar ainda mais para saber a relação deste vício com algum fato na vida dessa pessoa?

Participaram dos três primeiros grupos de tabagismo um total de 22 tabagistas, nos dois primeiros grupos foi possível desenvolver as atividades propostas pelo PNCT, já no terceiro grupo não foi possível, nesse grupo houve apenas o primeiro encontro com eles, no qual foi realizado o preenchimento das fichas com as informações. Não obtive informações para justificar o porquê da não continuidade desse grupo, há várias possibilidades, pode ser que os pacientes não tenham voltado a UBS por não querer abandonar o vício, mas também pode ser pelo trabalho da equipe de saúde que não se esforçou em buscar esses tabagistas e dar continuidade ao grupo por ser um número pequeno. Também não houve uma busca por parte da equipe para saber o porquê de esses

tabagistas abandonarem o grupo na época. Em outros estudos realizados houve também essa situação?

Com relação à equipe de saúde, o município, o estado e a união devem fornecer condições para a mesma interagir de forma participativa na promoção da saúde e do bem-estar dos pacientes tabagistas ou com outras comorbidades, esclarecendo à sua população adscrita que o objetivo do trabalho da UBS é promover a saúde, evitar que as pessoas fiquem doentes e não desenvolvam as formas graves. Com relação a isso questiono: A equipe de saúde da UBS conhece bem seu território de atuação? Conhece as comorbidades da população adscrita? Conhece os fatores que estão colocando as pessoas em risco? Ou o trabalho está concentrado apenas no ambiente da sede da UBS? Para responder essas perguntas é necessário um estudo mais aprofundado, neste trabalho haverá apenas uma explanação do conceito de território e promoção da saúde.

Os dois primeiros grupos tiveram a participação de 19 tabagistas, o primeiro no ano de 2016 contou com um total de 14, e o segundo no ano de 2017 contou com 05. Desse total, quatro tabagistas abandonaram o grupo durante o tratamento, houve uma busca por parte dos ACSs por esses faltosos e há documentos que mostram os motivos das desistências, uma justificativa é dada por motivos pessoais e outra se dá pela distância da residência até a âncora da UBS, pois as reuniões dos grupos foram realizadas tanto na unidade sede quanto na âncora da UBS. Vale ressaltar que os dois pacientes desistentes iniciaram o tratamento medicamentoso ofertado pelo Ministério da Saúde, qual o procedimento para esses tabagistas?

Os demais tabagistas participaram de todas as atividades propostas, concluindo o ciclo dos grupos, e observei relatos positivos durante as reuniões, alguns conseguiram diminuir a quantidade de cigarros consumidos durante o dia, é claro que as medicações de reposição de nicotina ajudaram para chegar a esse resultado. Os medicamentos ofertados pelo PNCT eram três, o adesivo transdérmico de nicotina, a goma de mascar e o Bupropiona (mais conhecido como Bup), o uso de cada medicação era de acordo tanto com o grau do vício, quanto com a quantidade de cigarros consumidos por dia, houve tabagistas que usaram apenas uma medicação, outros dois que tomaram três medicações durante o tratamento. A seguir temos algumas tabelas com alguns dos dados obtidos nos registros da UBS.

De acordo com os dados obtidos nas fichas e que foram apresentados nos quadros acima, podemos observar que a maioria dos tabagistas iniciou o vício do cigarro ainda muito jovem, a média de idade foi de 13 anos, e se observar a tabela com a idade dos tabagistas que variou de 33 a 74 anos, com idade média de 58,6 anos, a maioria faz uso do cigarro por décadas, praticamente uma vida inteira sendo fumante ativo, ficando mais difícil o abandono do vício. Já em relação ao grau do vício, mais da metade dos tabagistas tem grau moderado a muito elevado, sendo assim, as medicações mais usadas foram o adesivo e a Bupropiona, que são os mais indicados para os que consomem uma significativa quantidade de cigarros por dia.

O teste de Fagerström não foi realizado com um dos tabagistas, não foi encontrada a ficha dele. É importante acrescentar que um dos tabagistas que participou de um dos grupos faleceu no ano de 2019 em decorrência de câncer, que de acordo com informações dos familiares teve início no pulmão e generalizou, a doença foi ocasionada pelo consumo do cigarro.

Atualmente não tenho informações sobre os demais participantes, não é possível saber como eles estão em relação ao vício, se foi possível o abandono, se diminuíram a quantidade de cigarros por dia ou se voltaram a consumir a quantidade de cigarros de antes da participação nos grupos de cessação. O que se tem de registros na UBSF é o preenchimento de uma ficha sobre a avaliação final, que foram preenchidas pelos ACSs, essa avaliação foi realizada com 13 dos14 tabagistas que participaram do primeiro grupo de cessação em 2016, nelas podemos observar que houve 04 desistências, com as seguintes justificativas: distância da residência para a UBSF; reação adversa ao adesivo de nicotina, o desejo de fumar foi mais forte; e a necessidade de acompanhar um familiar durante um tratamento médico. Continuando com os resultados da avaliação final temos: o abandono por completo do vício do cigarro por 01 tabagista; 10 tabagistas diminuíram a quantidade de cigarros consumidos durante o dia; 03 demonstraram interesse em participar de outro grupo de cessação; e 10 tabagistas afirmaram não ter interesse em participar de outro grupo. Essa situação gerou mais algumas questões: há estudos que busquem saber os reais motivos dos tabagistas não terem interesse em participar de novos grupos?

O tabagismo é causador de várias comorbidades que podem causar a morte. No local não foi possível buscar informações mais precisas com os tabagistas e com a atual pandemia que estamos vivendo, ficou inviável a efetivação de uma pesquisa a partir dessa experiência vivenciada. Mas os questionamentos deram início a possibilidade de uma

pesquisa mais generalizada para entender se essa realidade se expressa em outros locais e se foram realizados estudos da maneira como idealizado neste relato.

ANEXOS

ANEXO A: ANAMNESE

ANEXO B: TESTE DE FAGERSTRöM PARA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

ANEXO A: ANAMNESE

Nome:_____Sexo:_____Idade:_____

Nascimento:____/____/____ Estado civil:_____Escolaridade:_____

Naturalidade:_____Profissão:_____Religião:_____

Endereço:_____

História do tabagismo (idade de início, tempo de uso, tipo de cigarro, quantidade):

_____

_____

Tentativas anteriores de parar (quantas, por que voltou a fumar,...):

_____

_____

Comorbidades clínicas:

_____

_____

Apoio social:

_____

_____

Grau de motivação:

_____

_____

Dependência (Teste de Fagerström):

_____

_____

ANEXO B: TESTE DE FAGERSTRöM PARA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

( ) Em cinco minutos (3)

( ) Entre 6 e 30 minutos (2)

( ) Entre 31 e 60 minutos (1)

( ) Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, hospitais, escolas, etc?

( ) Sim (2)

( ) Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

( ) O primeiro da manhã (1)

( ) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

( ) Menos de 10 (0)

( ) De 11 a 20 (1)

( ) De 21 a 30 (2)

( ) Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

( ) Sim (1)

( ) Não (0)

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

( ) Sim (1)

( ) Não (0)

TOTAL:_____

0 a 2 – muito baixa; 3 a 4 – baixa; 5 – moderada; 6ª 7 – elevada; 8 a 10 – muito elevada