

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

JANE DOMINGUES DE FARIA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE UM GRUPO DE
TABAGISTAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA
INTERDISCIPLINAR EM CENTRO DE SAÚDE:
A QUESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA**

Campinas
2008

JANE DOMINGUES DE FARIA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE UM GRUPO DE
TABAGISTAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA
INTERDISCIPLINAR EM CENTRO DE SAÚDE:
A QUESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação de Mestrado apresentado à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Roberto Vilarta

Campinas
2008

JANE DOMINGUES DE FARIA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE UM GRUPO DE TABAGISTAS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA INTERDISCIPLINAR EM CENTRO DE SAÚDE:
A QUESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA**

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de Mestrado defendida por Jane Domingues de Faria Oliveira e aprovada pela Comissão julgadora em: 12/02/2008.

Roberto Vilarta
Orientador

Campinas
2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP**

OL4a	<p>Oliveira, Jane Domingues de Faria. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar em centro de saúde: a questão da atividade física / Jane Domingues de Faria Oliveira. -- Campinas, SP: [s.n], 2008.</p> <p>Orientador: Roberto Vilarta. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.</p> <p>1. Tabagismo. 2. Qualidade de vida. 3. Atividade física. I. Vilarta, Roberto. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.</p> <p>(dilsa/fef)</p>
------	--

Título em inglês: Evaluation of the quality of life of a group of smokers participating in an interdisciplinary program in a health center: the physical activity question.

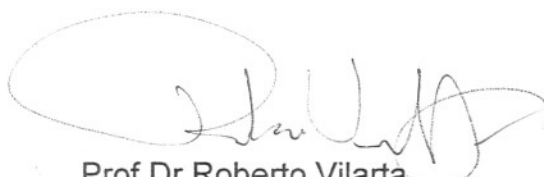
Palavras-chave em inglês (Keywords): Smoking; Quality of Life; Physical Activity.

Área de Concentração: Atividade Física, Adaptação e Saúde.

Titulação: Mestrado em Educação Física

Banca Examinadora: Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares. Renata Cruz Soares de Azevedo. Roberto Vilarta.

Data da defesa: 12/02/2008.

COMISSÃO JULGADORA

Prof Dr Roberto Vilarta
Orientador



Profª Drª Maria da Consolação Gomes
Cunha Fernandes Tavares



Profª Drª Renata Cruz Soares de Azevedo

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu marido e amigo Gerson, pela compreensão, prontidão e carinho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, presente em todos os meus dias.

Ao meu marido Gerson pela ajuda e amor.

Agradeço aos meus pais pelo dom da vida, à minha família pelo estímulo e ao Chico, pelo seu companheirismo.

Ao meu orientador Prof^o Dr^o Roberto Vilarta pela paciência, amizade e direcionamento acadêmico.

À Prof^a Dr^a Renata C.S.Azevedo, Prof^a Dr^a Maria da Consolação G.C.F. Tavares, Prof^o Dr^o José Júlio Gavião de Almeida e Prof^o Dr^o Frederico Tadeu Deloroso, pela participação na banca examinadora e pelas observações precisas e indispensáveis.

Aos meus amigos do grupo Qualidade de Vida que me apoiaram todo esse tempo, especialmente à Jaqueline Girnos Sonati pela prontidão e auxílio.

Aos funcionários da FEF que sempre demonstraram profissionalismo.

Aos professores da FEF que participaram do meu processo acadêmico, em especial ao Prof^o Dr^o Edison Duarte pela acolhida acadêmica.

Ao CNPq que colaborou para o desenvolvimento deste trabalho com bolsa auxílio.

À Equipe Interdisciplinar do Centro de Saúde Santa Odila e seus usuários por me receberem tão bem.

Aos meus cunhados Edson e Cristiane pela ajuda na elaboração.

À Sonia Novaes de Rezende pelas palavras motivadoras e amizade.

À Tereza Paula Duarte pelo carinho nos momentos difíceis.

À grande amiga Márcia Paes Leme Paioli pelo profissionalismo e dedicação.

Aos meus alunos pela amizade, carinho e muito estímulo.

À Angela Vilela pelo apoio e dedicação.

Ao Prof^o Dr^o Guanis de Barros Vilela Júnior por me mostrar novos caminhos.

OLIVEIRA, Jane Domingues de Faria. **Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar em centro de saúde: a questão da atividade física**. 2008. 94f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RESUMO

O tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos à inúmeras substâncias tóxicas. Hoje o tabagismo está classificado internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde no grupo dos transtornos mentais e de comportamento (CID 10) decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A necessidade de se investir esforços para apoiar os fumantes a deixar de fumar é cada vez mais evidente. É crescente o número de fumantes que procuram apoio, estimulados por um contexto social cada vez mais desfavorável ao consumo do tabaco e o aumento de doenças co-relacionadas. Ajudar um fumante a deixar de fumar é uma questão ética e, sobretudo, de humanidade. Nosso objetivo nesta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida dos tabagistas inseridos no Programa de Controle do Tabagismo (PCT) em um Centro de Saúde, estimulando a promoção de um novo estilo de vida através de um programa de atividade física que contribuísse para o processo de cessação do tabagismo, estabelecendo ações que proporcionassem ao grupo, hábitos saudáveis. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, classificada como um estudo de caso avaliativo; participaram 03 (três) sujeitos integrantes do Programa de Controle do Tabagismo no Centro de Saúde do bairro Santa Odila / Campinas, SP. Esse grupo participou de um programa de atividade física desenvolvido por um Profissional de Educação Física, onde os participantes executaram seqüências de exercícios de alongamento e exercícios respiratórios. Desenvolveram também um programa de caminhada, com uma freqüência mínima de 03 vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos/dia, durante quatro meses. Antes de iniciarmos o programa de atividade física, foi realizada avaliação médica de cada sujeito para verificar se estava apto para a prática da atividade física. Foram utilizados os instrumentos de avaliação: WHOQOL-Bref, Teste de Fagerstrom e Histórico Tabagístico Individual. Esse estudo demonstrou que um programa de atividade física vinculado ao Programa de Controle do Tabagismo, pode servir como um instrumento favorável à adesão do indivíduo tabagista ao processo de cessação, favorecendo a qualidade de vida do mesmo.

Palavras-Chaves: Tabagismo, Qualidade de Vida e Atividade Física.

OLIVEIRA, Jane Domingues de Faria. **Evaluation of the quality of life of a group of smokers participating in an interdisciplinary program in a health center: the physical activity question.** 2008. 94f. Thesis (Master in Physical Education) - College of Physical Education. State University of Campinas, Campinas, 2008.

ABSTRACT

Smoking is currently recognized as a chemical dependency that exposes the individuals to innumerable toxic substances. Nowadays smoking is internationally classified by the World Health Organization as the group of mental upheavals and behavior (CID 10) caused by psychoactive substance usage. The necessity to make efforts to help smokers to quit smoking is clearly evident. The number of smokers who seek for support is increasing; they are stimulated by a social environment each day more unfavorable to the consumption of tobacco and the increasing number of co-related illnesses. To help a smoker to quit smoking is an ethical question and above all a humanitarian one. Our objective in this research was to evaluate the quality of life of the smokers of the Smoking Control Program (SCP) in a Health Center; they were encouraged to acquire a new life style through a program of physical activity that contributed greatly to quit smoking by establishing new and healthy habits in the group. It is a qualitative research, classified as an evaluation case study; there were 03 (three) participants of the Smoking Control Program (SCP) of the Health Center of Santa Odila/Campinas,SP. This group participated in a specific program of physical activity developed by a Professional of Physical Education, where they did sequences of stretching and respiratory exercises. A walking program was also developed with a minimum frequency of 03 times per week and with a minimum duration of 30 minutes/day, during four months. Before initiating the program of physical activity, a medical evaluation of each individual of this research was carried through in order to verify if they were apt to practice physical activity. The evaluation instruments were: WHOQOL-Bref, Test of Fagerstrom and Individual Smoking Report. This study demonstrated a trend that a physical activity program can serve as a facilitator and encouragement so that smoking individuals continue the Smoking Control Program thus improving their quality of life.

Key Words: Smoking, Quality of Life and Physical Activity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dispersão da pontuação no Teste de Fagerstrom (grau de dependência do tabaco) para cada sujeito, antes e após o programa de atividade física.	57
Figura 2	Dispersão do escore na questão 1 do WHOQOL-Bref para cada sujeito antes e após o programa de atividade física.	60
Figura 3	Dispersão do escore na questão 2 do WHOQOL-Bref - saúde para cada sujeito, antes e após programa de atividade física.	61
Figura 4	Dispersão do escore no domínio físico do WHOQOL-Bref para sujeito, antes e após programa de atividade física.	62
Figura 5	Dispersão do escore no domínio psicológico do WHOQOL-Bref para cada sujeito, antes e após programa de atividade física.	63
Figura 6	Dispersão do escore no domínio relações sociais do WHOQOL-Bref para cada participante, antes e após programa de atividade física.	64
Figura 7	Dispersão do escore no domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref para cada sujeito, antes e após programa de atividade física.	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de substâncias identificadas em 15 funções químicas do tabaco	23
Tabela 2 -	Resultados do Teste de Fagerstrom do Sujeito 1	58
Tabela 3 -	Resultados do Teste de Fagerstrom do Sujeito 2	58
Tabela 4 -	Resultados do Teste de Fagerstrom do Sujeito 3	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CQCT	Convenção do Quadro de Controle do Tabagismo
CR	Centro Respiratório
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FEF	Faculdade de Educação Física
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAF	Programa de Atividade Física
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabaco
PCT	Programa de Controle do Tabaco
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
QV	Qualidade de Vida
WHO	World Health Organization
WHOQOL	Organização Mundial de Saúde e Qualidade de Vida (World Health Organization Quality of Life)

SUMÁRIO

1 Introdução.....	14
2 Objetivos.....	17
3 Antecedentes da Literatura.....	18
3.1 Tabagismo.....	18
3.2 Aspectos Históricos do Tabaco.....	20
3.3 Os Componentes do Tabaco.....	22
3.4 Efeitos Fisiológicos da Nicotina.....	23
3.5 Síndrome de Abstinência.....	25
3.6 Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	26
3.6.1 Convenção do Quadro para Controle do Tabaco.....	28
3.6.2 Prevenção do Tabagismo na Idade Escolar.....	30
3.7 Tabagismo Passivo.....	32
3.8 Atividade Física e Tabagismo.....	33
3.9 Conceitos de Avaliação Qualidade de Vida.....	39
4 Metodologia.....	44
4.1 Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa.....	45
4.2 Divulgação e Desenvolvimento dos Programas.....	47
4.3 Descrição dos Encontros do Programa de Atividade Física.....	49
4.4 Instrumentos de Avaliação Utilizados.....	50
4.4.1 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida.....	51
4.4.2 Domínios e Facetas do WHOQOL-Bref.....	52
4.4.3 Procedimentos para Aplicação do WHOQOL-Bref.....	53
4.4.4 Avaliação do Grau de Dependência do Tabaco.....	54
5 Resultados.....	55
5.1 Teste de Fagerstrom.....	57
5.2 WHOQOL-Bref.: Avaliação da Qualidade de Vida.....	59
6 Discussão.....	66
7 Conclusões.....	70
Referências.....	71

Anexos..... 77

1 Introdução

O tabagismo é uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, estando inserido, desde 1997, na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Diversas pesquisas científicas demonstraram que 56 doenças diferentes estão relacionadas ao consumo de cigarro, reforçando o fato do tabagismo ser considerado pela OMS, um dos mais graves problemas de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento. (ROSEMBERG, 2002).

O tabagismo está associado à alta taxa de mortalidade, sendo responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes ao ano e, considerado em 2003, pela Organização Mundial da Saúde, a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias e sua incidência estar diminuindo em alguns países, sabe-se que alguns tabagistas têm muita dificuldade para manter a abstinência tornando a sua abordagem um desafio para os profissionais que trabalham na área da saúde (CASTRO, 2007).

O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero (WHO, 2004).

O estudo dos fatores de risco de doença coronária demonstra que o tabagismo é um dos preditores de morte súbita cardíaca por isquemia miocárdica. Além disso, acelera o processo de aterosclerose não só nas coronárias, mas em diferentes territórios arteriais, aumentando a prevalência de doença arterial periférica, aneurisma da aorta e acidentes vasculares encefálicos (BRASIL, 1993).

O tabagismo, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia são fatores de risco para doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes no mundo. O impacto na qualidade de vida é aspecto fundamental (CAVALCANTE, 2002).

Segundo Makan et al. (2001), o tabagismo é um fator de risco para a osteoporose, provavelmente pelos efeitos tóxicos sobre os osteoblastos (célula óssea responsável pela formação do osso) prejudicando a absorção do cálcio.

Dados do Ministério da Saúde (1993) apontaram que no Brasil, cerca de 63% dos homens e 33% das mulheres na fase adulta, fumavam cigarro; dentre estes, os menos favorecidos e aqueles com menores níveis de educação fumavam mais que os indivíduos de classes socioeconômicas e de níveis educacionais mais elevados. Também o hábito de fumar entre estudantes dos níveis fundamental e médio estava presente em 34% dos jovens entrevistados.

Investigações realizadas em 10 capitais brasileiras, envolvendo 24.000 alunos do ensino fundamental e médio nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, revelaram um aumento progressivo na experimentação de cigarros pelos jovens em todas as capitais. Outra conclusão importante da pesquisa de 1997, diz respeito à tendência de equilíbrio no consumo entre gêneros, diferentemente do que ocorria em 1987, quando o predomínio era do gênero masculino (MORAES, 2006).

Estimativas da OMS indicam que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões são mulheres, seja fumante. Anualmente, os produtos derivados do tabaco são responsáveis pela morte de 4,9 milhões de pessoas em todo o mundo, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia, sendo 50% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Dados do Ministério da Saúde em 2002 relatam que o tabagismo é responsável por 40% dos óbitos por doença coronariana em mulheres com mais de 65 anos de idade. O cigarro brasileiro tem o preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-o um produto de acesso físico simples, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2002).

O tabagismo é responsável por aproximadamente 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos e por mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana nos homens com idade maior que 65 anos. Além disso, homens fumantes entre 45 e 54 anos de idade têm quase três vezes mais probabilidade de morrer de infarto do miocárdio do que os não-fumantes da mesma faixa etária (BRASIL, 2003).

Dados atuais demonstram que cerca de 16% dos homens e 09% das mulheres na fase adulta fumam cigarros. Demonstraram também que o tabagismo continua presente em 3 a 12,1% dos adolescentes. Essa diminuição é decorrente das intensas campanhas antitabagística e de novos programas de prevenção e controle do tabagismo, desenvolvidos e financiados pelo Ministério da Saúde abrangendo uma porção maior da sociedade (MORAES, 2006).

Existem evidências bastante significativas da influência da atividade física na melhora do sistema imunológico, fato que pode reduzir a incidência de alguns tipos de câncer. A adoção de um estilo de vida fisicamente ativo irá proporcionar mudança no comportamento dos indivíduos, o que contribuirá para a redução de diversos agravos à saúde.

A principal explicação para o efeito da atividade física no aumento da densidade óssea seria o efeito “piezoelétrico”, que seria a transformação de energia mecânica em energia elétrica que acontece durante a contração muscular. Essa energia é transmitida dos músculos para o osso através dos tendões. Isso provoca aumento na atividade dos osteoblastos, aumentando a incorporação do cálcio no osso (PITANGA, 2004).

Segundo Nahas (2001), a prática regular da atividade física pode auxiliar o fumante e o ex-fumante a obter uma maior aptidão física, melhorando sua qualidade de vida, diminuindo o risco de doenças crônicas, como problemas cardíacos que estão relacionados intimamente com o tabaco, auxiliar no controle de peso e também no processo da abstenção, favorecendo o aumento da auto-estima e no controle da ansiedade.

A qualidade de vida de muitas pessoas poderia sofrer mudanças significativas se alguns de seus hábitos fossem modificados juntamente com a implementação de ações preventivas de saúde que pudessem gerar um estilo de vida saudável (MODENEZE, 2004).

O propósito da presente dissertação está em abordar conceitos e fundamentos sobre o tabagismo e a atividade física, podendo seus dados subsidiar o Programa do Controle do Tabagismo. Pretendemos através de um programa de atividade física, proporcionar vivências corporais que favoreçam aderência ao Programa de Controle do Tabagismo, beneficiando a saúde e conseqüentemente, a qualidade de vida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade de vida, antes e depois do desenvolvimento do programa de atividade física, em um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar de controle do tabagismo em Centro de Saúde.

2.2 Objetivos Específicos:

- Avaliar a Qualidade de Vida de um grupo de tabagistas através do instrumento WHOQOL-Bref e também verificar o grau de dependência do tabaco através do Teste de Fagerstrom, antes e após a aplicação do programa de atividade física.
- Orientar e sensibilizar um grupo de tabagistas no processo de abstinência do tabaco sobre a importância da prática regular da atividade física através de informações e vivências corporais.

3 Antecedentes da Literatura

3.1 TABAGISMO

Além das conseqüências negativas relacionadas com a saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não fumantes.

Quanto ao meio ambiente, destaca-se a poluição por pesticidas e fertilizantes durante o plantio e o desflorestamento necessário para o plantio da folha de tabaco. Em alguns países em desenvolvimento, o desflorestamento do tabaco atinge 5% do desflorestamento total (WHO, 2005).

Não havendo uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a Organização Mundial de Saúde estima que o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 milhões para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (WHO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde em 1990, classificou o tabagismo como doença crônica e pediátrica e o cigarro como maior agente da poluição doméstica e ambiental, já que as pessoas passam 80% de seu tempo diário em locais fechados, como trabalho, residência e lazer (WHO, 2004).

Em 1988, o Ministério da Saúde Americano declarou que o tabagismo constituía uma forma específica de dependência e a sociedade passou a receber informações oficiais sobre os malefícios do cigarro. Esse entendimento de que a adição por uma droga leva a doença cerebral, permite que sejam formuladas estratégias específicas e potencialmente mais eficazes (MENEZES, 2004),

A ação deletéria do cigarro permanece não só nos pulmões, mas em todo o aparelho respiratório e surgem rinites, sinusites e bronquites renitentes. Como o revestimento das vias aéreas superiores não agüenta a alta temperatura da fumaça nem a toxicidade de seus compostos químicos, o organismo passa a produzir mais muco para expulsar o elemento irritante.

Nos brônquios e nos alvéolos, a fumaça provoca reações inflamatórias que acarretam destruição seqüencial dos brônquios e da estrutura arquitetônica dos pulmões.

Esse processo irreversível nem sempre é acompanhado de sintomas perceptíveis pelo fumante que vai perdendo os parâmetros da normalidade. Ele julga ter desempenho satisfatório em todas as atividades, pois desconhece qual seria sua performance sem o cigarro. O pulmão do fumante envelhece mais depressa e fica mais vulnerável a diferentes patologias (DEHEINZELIN, 2005).

A bronquite crônica manifesta-se com uma excessiva produção de muco, hipertrofia das glândulas mucosas, alterações no transporte mucociliar, destruição ciliar, inflamação bronquiolar e, em determinados casos, hipertrofia e hiperplasia muscular brônquica. O tabagismo é, na maioria das vezes, o principal fator etiológico (CAVALCANTE, 2002).

Alguns componentes da fumaça são irritantes, outros exercem efeitos tóxicos na via aérea e, assim, podem causar lesão ou morte da célula e também inflamação local. Estas substâncias podem ainda causar diminuição na capacidade de limpeza das vias aéreas, devido aos efeitos tóxicos nos cílios e hiperplasia das células mucosas, que resulta em aumento do muco. Estas últimas alterações podem levar à retenção do muco, predispor à colonização e infecção das vias aéreas e resultar em exacerbações inflamatórias.

A inflamação das vias aéreas é considerada o principal mecanismo envolvido na gênese da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). A DPOC é condição que se caracteriza por limitação ao fluxo aéreo, usualmente é progressiva e está associada a uma resposta inflamatória do pulmão e das partículas. O tabagismo é o fator de risco mais importante para a DPOC (TORRES et al., 2004).

Alguns estudos sugerem que mulheres são mais suscetíveis aos efeitos do cigarro. Um estudo realizado na China, valores médios menores da percentagem do previsto de parâmetros de função pulmonar em mulheres tabagistas, quando comparada a homens tabagistas. Seguimento de um a cinco anos mostrou que o declínio da função pulmonar foi maior em fumantes que naqueles que pararam de fumar e a queda foi extremamente pronunciada em mulheres, dados confirmados em outros estudos (TORRES et al., 2004).

Desta forma, o interesse de diversos setores da sociedade em programa de controle do tabagismo, vem ocorrendo de forma muito eficaz. Existem algumas datas

determinadas para o controle do tabaco, como o Dia Mundial Sem Tabaco, 31 de maio e o Dia Nacional de Controle do Tabaco, 29 de agosto (ROEDER, 2003).

3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO TABACO

O tabaco é uma erva que o ser humano tem utilizado há mais de 300 anos. A planta ganhou o nome de Nicotiana após Jean Nicot, um embaixador francês em Portugal, que em 1560, exaltou em público a virtude do tabaco como agente curativo (SILVA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, o tabaco é uma erva da família das solanáceas, tem folhas longas, amplas e macias, suas flores são vistosas e róseas, seu nome científico é Nicotiana Tabacum, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Suas folhas quando dessecadas, constituem o fumo ou tabaco. As pessoas fazem uso de diversas maneiras, inalado como cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha, aspirado como rapé ou mascado como fumo-de-rolô (BRASIL, 2002).

Começou a ser utilizado no ano 1000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais religiosos, com o objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetus guerreiros. Além disso, esses povos acreditavam que a substância tinha o poder de predizer o futuro (BRASIL, 2002).

No início, o tabaco foi utilizado para fins curativos. Já no século XVII, foi difundido através do cachimbo para Ásia e África. No século XVIII, surgiu a moda de aspirar rapé, ao qual foram atribuídas qualidades medicinais. Catarina de Médicis, rainha da França, o utilizava para aliviar enxaquecas.

No séc. XIX surgiu o charuto que veio da Espanha, atingindo toda a Europa, Estados Unidos e demais países, onde o tabaco era utilizado para demonstração de ostentação.

Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, mas foi somente após a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918) que o consumo apresentou grande expansão.

Em meados do século XX, com o desenvolvimento de estratégias de marketing e publicidade sobre o cigarro, o seu uso espalhou-se por todo o mundo.

A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios científicos, relacionando o cigarro ao adoecimento do fumante. Hoje existem inúmeros trabalhos científicos,

comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro.

A folha do tabaco, pelo importante aspecto econômico do produto no Brasil, foi incorporada ao brasão da República. A indústria do tabaco vem permanentemente utilizando estratégias para garantir a expansão do seu consumo, assim como contestando as evidências científicas afirmadas por milhares de artigos já publicados, comprovando os diversos perigos provocados pelo tabagismo ativo e passivo, porém, internamente, ela já conhece esses diversos malefícios há várias décadas, conforme veio à tona pelos documentos tornados públicos (BRASIL, 2004).

Atualmente, o tabaco é cultivado em todas as partes do mundo, sendo responsável por uma enorme atividade econômica que envolve milhões de dólares. Apesar do grande malefício que provoca à sociedade, o tabaco é uma das drogas mais consumidas mundialmente (BRASIL, 2001).

Existem alguns pontos-chave do Tabagismo:

No mundo:

- Grupos em que ocorre um maior aumento na prevalência de tabagismo: mulheres e jovens.
- Um terço da população mundial com 15 anos ou mais é fumante.
- Atualmente, morrem por ano, cinco milhões de pessoas por doenças relacionadas ao tabagismo.
- O tabagismo está inversamente associado ao nível socioeconômico (ROSEMBERG, 2004).

No Brasil:

- Há evidências de que houve redução da prevalência de tabagismo entre adultos, nos últimos anos. Atualmente, um décimo da população adulta é fumante.
- As maiores reduções do tabagismo têm ocorrido nas classes sociais mais altas.
- Tem havido aumento da prevalência de tabagismo em grupos específicos, como mulheres e jovens.
- Cerca de 200.000 óbitos por ano são atribuídos ao tabaco.

Um dado preocupante em relação às tendências de consumo é o aumento da utilização do fumo entre as faixas etárias mais jovens e também entre o sexo feminino, pois, as

indústrias do tabaco estão direcionando esforços estratégicos na área de marketing para cada vez mais conquistar esses dois grupos.

Em relação aos jovens, aproximadamente 100 mil deles iniciam o hábito de fumar a cada dia no mundo, e a grande maioria, cerca de 80 mil, são de países em desenvolvimento (MORAES, 2006).

3.3 OS COMPONENTES DO TABACO

A fumaça do cigarro contém 4.720 substâncias químicas, destas, 43 substâncias provocam câncer, chamadas carcinogênicas e alteram o núcleo das células. A nicotina é a responsável pelo sabor e aroma da fumaça, também a causadora do vício e reduz a chegada do sangue nas artérias e no sistema nervoso central.

Uma substância altamente cancerígena é o alcatrão. No tabaco encontram-se também metais pesados como o chumbo, o cádmio e o carbono 14 que é um elemento radioativo. Com todos esses dados, é fácil concluir que o hábito de fumar pode trazer conseqüências devastadoras para o organismo humano (MORAES, 2006).

O alcatrão irrita os órgãos respiratórios, favorecendo a ocorrência de doenças como bronquite e enfisema pulmonar; o monóxido de carbono penetra no sangue e dificulta o transporte e a distribuição de oxigênio para as células do organismo, diminuindo a resistência física, além de prejudicar a atividade mental (ROEDER, 2003).

Segundo Torres et al. (2004), a nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. Fatores individuais, sociais e ambientais são importantes no desenvolvimento deste hábito nocivo, que passa por aprendizado do uso da droga.

A maior parte do tempo total de consumo de um cigarro corresponde à fumaça que sai silenciosamente do processo de queima, a qual contém todos os componentes tóxicos e em proporções elevadas (MORAES, 2006).

Tabela 1: Número de substâncias identificadas no tabaco (TORRES et al., 2004).

Funções Químicas	Número de Substâncias
Amidas, imidas	237
Ácidos carboxílicos	227
Lactonas	150
Ésteres	474
Aldeídos	108
Cetonas	521
Álcoois	379
Fenóis	282
Aminas	196
N-eterocíclicos	921
Hidrocarbonetos	755
Nitrilas	106
Éteres	311
Carboidratos	042
Anidridos	011
Total	4.720

3.4 EFEITOS FISIOLÓGICOS DA NICOTINA

Segundo Instituto Nacional do Câncer existem alguns efeitos já conhecidos sobre o uso contínuo da nicotina:

- Quando o fumante dá uma tragada, a nicotina é absorvida pelos pulmões, chegando ao cérebro aproximadamente em dez segundos.
- Os principais efeitos da nicotina no sistema nervoso central consistem em: elevação leve do humor (estimulação) e diminuição do apetite. A nicotina é considerada estimulante leve, apesar de um grande número de fumantes relatar sensação de relaxamento quando fumam. Essa sensação é provocada pela diminuição do tônus muscular.
- Essa substância, quando utilizada ao longo do tempo, pode provocar o desenvolvimento de tolerância, ou seja, o indivíduo tende a consumir um número cada vez maior de cigarros para sentir os mesmos efeitos que, originalmente, eram produzidos por doses menores.
- Alguns fumantes, quando suspendem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir “fissura”, isto é, um desejo incontrolável de fumar, irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, insônia, tontura e dor de cabeça. Estes

sintomas caracterizam a síndrome de abstinência, desaparecendo dentro de semanas ou poucos meses.

- A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência provocado pelo uso do tabaco.
- O cérebro dependente de nicotina tem sua neurobiologia modificada pelo uso contínuo da substância, funcionando de modo diferente de um cérebro não-dependente.
- O uso da nicotina altera a estrutura do Sistema Nervoso Central (SNC), modificando a fisiologia do mesmo. Como a maioria das drogas de caráter estimulante, a nicotina produz sensações desagradáveis no indivíduo como náuseas, tosse e tontura em suas primeiras experiências. Os sintomas aversivos tendem a desaparecer com o uso continuado da droga.
- A nicotina também produz um aumento dos batimentos cardíacos, na pressão arterial, na frequência respiratória e na atividade motora (BRASIL, 2002).

Quando um indivíduo fuma, a nicotina é imediatamente distribuída pelos tecidos. No sistema digestivo, provoca diminuição da contração do estômago, dificultando a digestão (ROSEMBERG, 2002).

A nicotina na gravidez atravessa a placenta e atinge o feto, prejudicando o seu desenvolvimento. Assim a criança tende a nascer com menor peso e resistência às doenças (ROEDER, 2003).

3.5 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

O Conselho Nacional de Saúde relata sobre a abstinência do cigarro:

- Após 20 minutos: a pressão arterial, a frequência do pulso e a temperatura das mãos e pés tende a normalizar.
- Após 08 horas: o nível de monóxido de carbono no sangue diminui, aumenta o nível de oxigenação no sangue.
- Após 24 horas: diminui riscos de problemas cardíacos.

- Após 48 horas: as terminações nervosas começam a regenerar-se, o olfato e o paladar ficam mais aguçados, ocorre a diminuição do monóxido de carbono no organismo e uma diminuição em torno de 50% de chance de infarto.
- Após 72 horas: a árvore brônquica relaxa favorecendo a respiração, a capacidade pulmonar aumenta e a sua função aumenta em até 30%.
- Após 02 semanas a três meses: a circulação sanguínea aumenta e a prática atividade física torna-se menos cansativa.
- De 01 a 09 meses: diminui a tosse, a congestão nasal, a fadiga e a dispnéia (falta de ar); movimento ciliar dos brônquios volta ao normal, purificando os pulmões e reduzindo os riscos de infecções respiratórias e aumento da capacidade física (MORAES, 2006).

Segundo Dórea (2004), a síndrome de abstinência da nicotina atinge vários aspectos:

Psicológicos:

- Humor eufórico ou deprimido;
- Insônia e sonolência diurna;
- Irritabilidade, frustração, raiva;
- Ansiedade;
- Dificuldade de concentração;
- Inquietação;
- Fissura.

Biológicos:

- Frequência cardíaca diminuída;
- Pressão arterial diminuída;
- Aumento do apetite;
- Ganho de peso;
- Tremores;
- Tosse;
- Constipação, diarreia.

Sociais:

- Relacionamento social instável em consequência da ansiedade.

3.6 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

Através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a partir de 1996, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PCNT) passou a fazer parte oficial da agenda de ações prioritárias do Ministério da Saúde. Da mesma forma, um processo de sensibilização de gestores de saúde no nível estadual e municipal tem contribuído para o crescente interesse no programa pelas diversas instâncias governamentais da área de saúde.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer, INCA, através do PNCT, tem capacitado os 26 Estados Brasileiros e o Distrito Federal a desenvolverem ações legislativas que por sua vez, capacitam os municípios no sentido de obter resultados legislativos antitabágicos satisfatórios.

Com todo seu aparato, tem conseguido aprovar inúmeras leis estaduais e municipais, assim como subsidiar tecnicamente processos legislativos em todo país, permitindo grandes avanços e destacando o Brasil em relação ao controle legislativo do tabagismo (MORAES, 2006).

Considerando a dimensão continental do Brasil e as grandes dificuldades geradas pelas diferenças regionais que envolvem diferentes ângulos sócio-econômicos e culturais, o Programa tem investido em estratégias para a descentralização das ações segundo a lógica do SUS. Nessa direção, o passo decisivo foi o fortalecimento de uma base geopolítica através da qual pudesse ser articulada uma rede de núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais para a expansão dessas ações de forma equitativa e racional em todo o País.

Através da organização e articulação dessa rede nacional para gerenciamento regional do programa, as ações para o controle do tabagismo vêm sendo descentralizadas.

Em 1995, o INCA iniciou uma busca ativa junto às Secretarias Estaduais de Saúde de indicação oficial de recursos humanos para gerenciamento do Programa nos estados. Nessa mesma ocasião, foi instituído um convênio entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo o INCA o interveniente desse convênio. Coube ao INCA o papel de fornecer suporte técnico às Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de um Plano de Trabalho, visando alinhá-lo ao Plano Global de controle do tabagismo delineado pelo próprio INCA. O convênio permitiu que as Secretarias Estaduais de Saúde se estruturassem e se

preparassem para todo um processo de descentralização de gerência de ações educativas (campanhas, ações em unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, tratamento do fumante) para as Secretarias Municipais de Saúde. O INCA tem o papel de acompanhar a evolução das ações previstas no Plano de Trabalho dos estados visando avaliar a efetivação das obrigações pactuadas no convênio.

Paralelamente, o INCA iniciou o desenvolvimento de projetos pilotos para testar metodologias e gerar modelos de implantação de ações educativas continuadas em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas. O objetivo é promover mudanças de atitudes no que tange a aceitação social do tabagismo e estimular a cessação de fumar em grupos-alvo formadores de opinião como professores, alunos, profissionais de saúde, e trabalhadores de empresas.

Também teve início nessa ocasião, a organização de um processo de capacitação para gerenciamento local do programa, através de uma capacitação piloto de recursos humanos das 27 Secretarias Estaduais de Saúde, em 1996. Para esse fim, foram desenvolvidos modelos de capacitação e materiais educativos de apoio tanto para o gerenciamento como para implantação do programa em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho (BRASIL, 2003).

Foi realizada em 2006, uma pesquisa avaliativa longitudinal, com a finalidade de avaliar as intervenções aplicadas no PNCT em um hospital da cidade de São Paulo e sua eficácia na diminuição da prevalência do tabagismo.

Como principais resultados, as análises demonstraram que a opinião dos pesquisados, referentes às fases de intervenções aplicadas ao PCT, mostrou-se bastante favorável, pois as porcentagens relativas à participação desses 498 trabalhadores nas ações desenvolvidas no programa variaram de 74,3% a 99%.

Esse estudo apresentou algumas conclusões positivas: a avaliação de estrutura - processo - resultado, permitiu concluir que o PCT realizado nesse hospital mostrou-se eficaz tendo em vista apresentar uma estrutura adequada em relação à capacidade instalada, alcançar as metas programadas na sua avaliação de processo e, como resultado final, ter diminuído em 52,91% a prevalência entre seus trabalhadores (MORAES, 2006).

3.6.1 CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO (CQCT)

Segundo Meireles (2006), um dos aspectos mais perversos do tabagismo é que ele tem se concentrado nas populações de baixa renda, já que elas têm menor acesso à informação, educação e saúde.

Dados do Banco Mundial indicam que o tabagismo agrava a fome e a pobreza, pois muitos pais de família deixam de alimentar seus filhos para comprarem cigarros ou seus derivados, devido à dependência da nicotina, sendo que em alguns países pobres é mais barato comprar cigarros do que alimentos.

Para se contrapor a essa verdadeira pandemia, 192 Estados Membros da OMS elaboraram, durante quatro anos, o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT).

Esse tratado que entrou em vigor em fevereiro de 2005, após 40 países o ter ratificado, tem como objetivo proteger a população mundial e suas gerações futuras das devastadoras conseqüências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco. A partir dele, o controle do tabaco passa a ser encarado como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos para com suas populações.

O texto da CQCT dispõe sobre medidas para a redução da demanda, como, por exemplo, aumento de preços e impostos, proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, promoção da cessação do tabagismo, restrição ou proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, e medidas para redução da oferta de tabaco, como, por exemplo, controle do comércio ilegal (contrabando), proibição da venda de produtos derivados do tabaco a menores de idade e apoio a atividades alternativas economicamente viáveis no lugar da cultura do fumo.

Atualmente, o Brasil é o maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco em todo o mundo, nosso país possui um dos programas de controle do tabagismo mais avançados do mundo.

Praticamente todas as proposições da CQCT já vêm sendo cumpridas em nosso país. A prevalência de fumantes no país foi reduzida de 32% em 1989 para 19% em 2003. No mesmo período houve uma importante queda do consumo per capita de cigarros, em 32%. Por conta disso, o Brasil foi escolhido para liderar as negociações que culminaram com a aprovação do texto final, além de ter sido o segundo país a assinar a Convenção, no primeiro dia disponível.

Porém, para que o Brasil aderisse a CQCT, seu texto teve que ser aprovado pelo Congresso Nacional e ratificado pelo Presidente da República. Nesse ponto, a Câmara dos Deputados agiu com a rapidez que o caso requeria, aprovando a CQCT, por acordo de lideranças em 31 de maio de 2004, e remetendo-a ao Senado Federal. No Senado, a aprovação do texto da Convenção enfrentou um forte lobby contrário promovido pela indústria do tabaco. Houve várias audiências públicas e análise do texto por três comissões, com o objetivo de retardar sua ratificação. Dessa forma, o texto da CQCT tramitou durante mais de um ano, até ser aprovado em plenário no dia 27 de outubro de 2005.

No dia 03 de novembro de 2005, a CQCT foi ratificada pelo governo brasileiro, apenas três dias antes do prazo final para o país poder fazer parte da Conferência das Partes, que discutiu os protocolos que promoveriam mecanismos técnicos e financeiros para a implementação das propostas da Convenção nos países que a ratificaram dentro do prazo.

A ratificação da CQCT pelo Brasil foi uma grande vitória da saúde pública em nosso país. A partir de agora o controle do tabagismo passa a ser uma questão de Estado, ou seja, vincula-se a uma ação do governo federal, em todos os níveis, com vários ministérios envolvidos, mantendo os avanços que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo já conseguiu e buscando superar novos desafios para controlar essa fatal epidemia.

3.6.2 PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA IDADE ESCOLAR

Na adolescência, em particular, a prevenção ao uso do tabaco deve ser considerada prioridade para uma vida com qualidade. O apoio constante dos pais, uma convivência social que favoreça comportamentos saudáveis e a ação da escola no sentido de promover a saúde são elementos fundamentais para decisões inteligentes quanto ao uso ou não de drogas. (ROSEMBERG, 2002).

A prevenção primária é a forma mais eficiente de controlar a pandemia do tabagismo. Programas de prevenção reduzem o uso do tabaco e salvam vidas. Além disso, é importante lembrarmos de que mais de 90% dos brasileiros começam fumar antes dos 19 anos e

que cada real investido na prevenção economiza três pela redução dos custos de saúde com as doenças relacionadas ao tabagismo (BRASIL, 2002).

A iniciação no tabagismo ocorre em média aos 13 anos, tornando-se fumante diário aos 15 anos em vários países, inclusive no Brasil, 99% dos fumantes começam nessa fase da vida. É a época da auto-afirmação, da luta para ser aceito, da necessidade de integração e o cigarro é uma forma de socialização, o ato de fumar proporciona uma sensação de liberdade, rebeldia e prazer. Desde 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificou o tabagismo como uma doença crônica pediátrica (ROSEMBERG, 2004).

Segundo Moraes (2001), a idade escolar apresenta-se como um momento oportuno para a realização de ações de controle do tabagismo, pois a grande maioria dos fumantes começa a fumar nessa fase da vida, coincidindo com a crise da adolescência, da auto-estima, da formação da consciência crítica, crenças e incorporações de hábitos que, geralmente, estarão presentes por toda a vida. Também é durante a idade escolar que o hábito de fumar, geralmente é mais facilmente controlado, pois nesse período a criança e o adolescente, ainda encontram-se no início da dependência tanto física como psicológica.

Incentivados por propagandas e outras estratégias de venda, que usam facilitar o acesso aos produtos do tabaco e, ao mesmo tempo, criar um forte elo entre eles e o ideal de auto-imagem ainda em formação nessa fase da vida, cada dia, em todo mundo, cerca de 100.000 crianças e adolescentes começam a fumar, antecipando muitas vezes, uma vida de dependência e uma morte prematura (HORTZ, 1997).

O cigarro brasileiro tem um preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando um produto de acesso físico simples, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes (MORAES, 2006).

Para Costa e Silva (2004), se no período da adolescência os jovens puderem ser mantidos afastados do tabagismo, a maioria não se tornará fumante.

Segundo Menezes (2004), o hábito de fumar deve ser expressamente combatido, envolvendo inclusive os adultos fumantes próximos às crianças ou adolescentes. Além do seu impacto futuro desfavorável já bem conhecido, sobre as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares, principalmente, estudos têm demonstrado que o uso do tabaco entre jovens esteve associado à presença de lesões ateroscleróticas precoces, particularmente na aorta abdominal.

Nesse contexto, a escola apresenta-se como um local fundamental para desenvolver ações educativas para a saúde, dentro do paradigma da promoção da saúde, entre elas as que contribuem para o controle do tabagismo (COSTA E SILVA, 2004).

Vieira (1999), relata a importância da escola como um canal de atuação sobre crianças e adolescentes, pois se constitui em um local onde o saber pode ser construído, de forma interativa, contribuindo para opções conscientes e eficazes, que resultem em comportamentos saudáveis podendo também ser considerada um centro de informação para a comunidade, principalmente em países como o Brasil, onde os filhos são interface entre o saber popular e o científico em grande parte das famílias, representando um espaço prioritário para as ações de promoção da saúde.

O Ministério da Saúde, em 1999, confirma a escola como um local prioritário para ações educativas em saúde, através de programas que visam mudar comportamento em relação ao consumo de tabaco entre jovens, assim como os professores são os profissionais ideais para implementar, nas escolas, ações voltadas à prevenção do consumo de drogas, entre elas o tabaco (ROSEMBERG, 2002).

Os benefícios associados à atividade física em jovens incluem a perda de peso com melhora dos parâmetros metabólicos, a redução da pressão arterial e da resistência à insulina, o bem-estar psíquico, maior chance de manter o hábito da atividade física regular na fase adulta, o aumento da expectativa de vida e a diminuição do risco cardiovascular. A redução de peso é a maneira não-farmacológica mais efetiva para controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica, pois mesmo as reduções de peso modestas têm diminuído significativamente, eliminando 10% do peso o indivíduo já diminui a pressão arterial (CAVALCANTE, 2002).

A escola é o local onde o estudante passa uma grande parte do seu tempo, onde ocorrem importantes estágios de desenvolvimento, a infância e a adolescência, e essas fases correspondem com o período que ocorrem a maioria dos casos de iniciação ao uso do tabaco. A atividade física tem um papel educativo relevante, podendo representar uma oportunidade impar para vivências positivas e enriquecedoras, centradas na promoção de um estilo de vida ativo (MORAES, 2006).

3.7 TABAGISMO PASSIVO

Segundo Oliveira (2004), a exposição tabágica do indivíduo não fumante que convive com um fumante seja equivalente a 1% de 20 cigarros fumados ativamente dia, sendo registrada maior associação com doenças respiratórias, cardíacas, câncer de pulmão e doenças infantis, apresentando maior gravidade da asma.

Estudos têm confirmado associação da doença isquêmica cardíaca nessa população com risco relativo a 30% e a razão de chance do fumante passivo apresentar acidente vascular cerebral é de cerca de 74%. Revisões sistemáticas têm demonstrado associação positiva entre exposição tabágica, especialmente, quando a mãe é a fumante e problemas respiratórios na infância como asma e otite, além de maior incidência de morte súbita infantil. O tabagismo passivo pode representar fator de risco para o feto, comprometendo o crescimento e desenvolvimento pulmonar, provocando baixo peso ao nascer e maior mortalidade perinatal, exemplo típico de tabagismo passivo é o do feto de gestante tabagista que tem seu desenvolvimento alterado, nascendo em média com 200 gramas a menos de peso, comparado com filhos de não fumantes (PRIETSCH, 2002).

A identificação do risco associado com a exposição ambiental tabágica é um passo crucial para as medidas de prevenção e tratamento. Os danos justificam medidas para a proibição do tabagismo em locais públicos e de trabalho, campanhas educacionais para evitar a exposição, inclusive dentro dos lares, e estimular o abandono do fumo. Portanto, faz-se necessário maior compromisso por parte do poder público, médicos, escola e sociedade no intuito de oferecer um mundo livre do tabaco (OLIVEIRA, 2004).

Infelizmente o fumo não prejudica apenas o fumante, os não fumantes que ficam em contato permanente com a fumaça do tabaco correm o risco de viver três anos menos (ALLSEN et al., 2001).

3.8 ATIVIDADE FÍSICA E TABAGISMO

O conceito de estilo de vida tem evoluído ao longo da história da ciência epidemiológica, a qual o entendimento da influência dos elementos ambientais, biológicos e de relações individuais e institucionais às quais são sujeitas as coletividades (GONÇALVES & VILARTA, 2004).

Para Nahas (2001), estilo de vida é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, onde devem ser valorizados

elementos concorrentes ao bem-estar pessoal como o controle do estresse, nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais.

Um estilo de vida que inclui exercícios físicos pode reduzir os efeitos negativos do cigarro ou da hipertensão. Pode ainda neutralizar parcialmente uma tendência de morte prematura. Ressalta que os exercícios aumentam o tempo de vida na mesma proporção em que a cura do câncer aumentaria. Um programa de exercícios regulares melhora a qualidade de vida e aumenta a longevidade (ALLSEN et al., 2001).

As mudanças no estilo de vida não são fáceis de realizar e dependem da nossa vontade, do apoio familiar, apoio social e das informações e oportunidades que são oferecidas (NAHAS, 2001).

Sedentarismo é o termo usado para designar o estilo de vida moderno, em que o ser humano devido ao grande avanço da tecnologia precisa pouco ou quase nada de esforço físico para conseguir meios necessários para a manutenção da vida. Está ligado ao mesmo tempo com um consumo elevado, devido aos avanços tecnológicos na produção de alimentos, antes inexistentes na história da humanidade, aumentando consideravelmente o sobrepeso das pessoas (PIMENTA & PALMA, 2001).

O sedentarismo também constitui importante fator de risco, já estando bem estabelecida a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares e maior taxa de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico.

Dados do IBGE indicam que 19,2% dos adultos brasileiros são pouco ativos (uma vez por semana) e somente 7,9% têm atividade física regular três vezes por semana. Também segundo o IBGE, a prática regular de exercício físico pode ser considerada um dos indicadores positivos do estado de saúde, mas raramente esta informação é utilizada na avaliação da saúde da população. Por isso, os pesquisadores do instituto incluíram este quesito na Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV). Os resultados não são nada animadores e mostram que mais de 80% da população adulta brasileira são totalmente sedentários. (PITANGA & LESSA, 2005).

Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira. Estudos apontam que os efeitos benéficos do exercício físico devem ser aproveitados no tratamento inicial da hipertensão arterial, visando evitar ou reduzir o uso do número de medicamentos e de suas doses. Reduções clinicamente

significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários, além do que o volume de exercício requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, podendo ser atingido mesmo por indivíduos sedentários. (PITANGA & LESSA, 2005).

Segundo Matsudo (2002), através de estudos experimentais e clínicos com abordagem epidemiológica, pôde-se confirmar que o baixo nível de atividade física é um fator importante no desenvolvimento de doenças degenerativas, como a hipertensão, doença coronariana e osteoporose. Altos índices de morte provenientes de todas as causas são notados em grupos de pessoas sedentárias, que também tendem a demonstrar maior prevalência de certos tipos de câncer, como os de cólon e de mama. Inversamente, atividade física pode reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas e poderia ser um fator chave para aumentar a longevidade.

Para Pitanga (2004), o exercício físico representa um subgrupo de atividade física planejada com a finalidade de manter o condicionamento. Quando realizado regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Durante o período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e respiratórias a fim de atender as demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que essas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore o seu desempenho. Entram em ação os processos fisiológicos e metabólicos, otimizando a distribuição de oxigênio pelos tecidos em atividade.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulta no gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicosocial, cultural e comportamental (CASPERSEN, 1985).

A promoção da atividade física interage de maneira positiva com as estratégias para melhorar os hábitos alimentares, desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool e drogas, reduzir a violência, aprimorar a capacidade funcional e promover a integração social.

O risco de contrair doença cardiovascular aumenta 1,5 vez nas pessoas que não fazem atividade mínima recomendada. A pouca atividade física eleva substancialmente os custos médicos. Nos Estados Unidos, por exemplo, US\$ 75 bilhões foram gastos apenas no ano 2000. Aumentar a atividade física é um problema social, não apenas individual, e exige enfoques

baseados em população, multidisciplinares e culturalmente relevantes (PITANGA & LESSA, 2005).

Segundo Monteiro (2004), durante um período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e respiratórias a fim de atender às demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que essas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore seu desempenho.

As pessoas que se exercitam regularmente vivem mais. O corpo humano foi feito para o exercício. Quando nos tornamos inativos os músculos enfraquecem, o aumento da gordura afeta o sistema circulatório, o coração perde força e, conseqüentemente, ficamos expostos a doenças (ROEDER, 2003).

Roeder (2003), relata a importância das caminhadas longas na natureza. Estas vivências ecológicas das virtualidades corporais recuperam a riqueza multidimensional de significados da motricidade.

Para Allsen et al. (2001), os exercícios, mesmo em pequena quantidade, reduzem o risco de morte por doenças cardíacas, câncer e outras causas. Nesse estudo, os pesquisadores determinaram a relação entre condicionamento físico e taxa de mortalidade. Descobriram que a taxa de mortalidade entre os que se exercitavam menos era três vezes maior do que entre os que se exercitavam mais. Um aspecto interessante de tal estudo foi a descoberta de que a quantidade de exercício necessária para passar da categoria sedentária para a categoria mais saudável, e assim obter maiores benefícios para saúde, não exigia muito mais tempo. Descobriu-se também que a atividade física de intensidade moderada, como uma caminhada rápida de 30 minutos, no mínimo três vezes por semana, produzia alterações fisiológicas necessárias para reduzir o risco de morte.

Segundo Pollock et al. (1998), nos estudos realizados para o desenvolvimento da capacidade aeróbica, basicamente encontram-se a seguinte estrutura:

- Frequência de treinamento: ao menos três dias por semana.
- Intensidade de treinamento: 65 – 70% da frequência cardíaca máxima.
- Duração do treinamento: 30 minutos de atividade contínua ou intervalada.

- Atividades de aquecimento são consideradas importantes, dada a coerência em sua adoção para preparar fisiologicamente o organismo para a tarefa principal. Apontam como principais as rotinas de alongamento e atividades lúdicas.

Algumas descobertas recentes têm demonstrado que estes benefícios podem ser também sentidos entre os indivíduos inicialmente sedentários ou incapacitados que se tornaram mais ativos. Estudos indicam uma influência positiva da atividade física no controle do peso corporal e melhora da distribuição da gordura corporal; mantendo uma vida independente e reduzindo o risco de quedas entre os idosos; melhorando o estado de humor; aliviando os sintomas de depressão e ansiedade; e elevando os padrões de saúde relacionados à qualidade devida (PITANGA & LESSA, 2005).

Recentemente, estudiosos perceberam que a associação de atividade física e saúde, não necessita de horas e horas de exercícios intensos. Pequenas sessões de 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, desenvolvidas continuamente ou mesmo em períodos cumulativos de 10 – 15 minutos, em intensidade moderada, podem representar o limiar para a população em geral adquirir o "Passaporte para a Saúde". Para marcar este gol, cientistas do esporte e autoridades em saúde, sugerem que todos deveriam se envolver em atividades físicas no seu dia-a-dia em casa, no trabalho ou na sua comunidade. Nessas "aulas de treinamento" pode-se incluir subidas e descidas de escadas, passeios com o cachorro, jardinagem, lavagem de carros, caminhadas em ritmo ligeiro, danças, pedalar ou nadar (PITANGA & LESSA, 2005).

Estas novas recomendações são confirmadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física (ICSSPE), Centro do Controle e Prevenção (CDC), Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM), Federação Internacional de Medicina Esportiva e Associação Americana de Cardiologia (AHA), entre outros.

A atividade física regular é fundamental para prevenção de doenças crônicas. Pelo menos 60% da população mundial não obedecem à recomendação mínima de 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada (PITANGA & LESSA, 2005).

Um projeto intitulado Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde cita a importância da prática regular diária para prevenir doenças

crônicas, junto com uma alimentação saudável e a eliminação do hábito de fumar. Para o indivíduo, é um meio poderoso de evitar as doenças crônicas. Para os países, pode constituir uma maneira econômica de melhorar a saúde de toda população. Pesquisas mostram que a atividade física regular fornece às pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e condições, muitos benefícios físicos, sociais e mentais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

Segundo Allsen et al. (2001), a atividade física deve ser vista como um processo que contribui para o condicionamento físico, o qual, por sua vez, deve ser entendido como um estado de bem-estar físico com atributos que contribuem para o desempenho das atividades físicas diariamente com vigor e correr um risco mínimo de ter problemas de saúde relacionados à falta de exercício. Do ponto de vista do condicionamento físico e da saúde, a principal vantagem da atividade física moderada é uma menor probabilidade de complicações.

Para Nieman (1999), quando há presença de monóxido de carbono da fumaça do cigarro, cerca de 5% da hemoglobina, que é responsável pelo transporte do oxigênio para os músculos e células do organismo, são capturadas por mais de cinco horas. Isso diminui a liberação de oxigênio para os músculos durante o exercício. Por isso a aptidão física do fumante é bem menor do que a do não fumante.

A prática regular da atividade física é um excelente auxílio na melhoria do estado psicológico, como por exemplo, no controle da ansiedade ou outras alterações orgânicas no processo de cessação do tabaco (NAHAS, 2001).

A atividade física utilizada como auxílio no processo de cessação do tabaco, reduz sintomas adversos da abstinência e do ganho de peso, também produz efeitos benéficos sobre os sintomas psicológicos (USSHER et al., 2007).

Um estudo de 10 anos, concluído em 2001, feito com nove mil norte-americanos, confirmou um ganho importante de peso, mais de 12,7 quilogramas pode ser esperado por 10% dos homens e 13% das mulheres que param de fumar. Os pesquisadores concluíram que um ganho importante de peso está fortemente relacionado com o parar de fumar, mas que a média de aumento de peso é muito baixa e não supera os benefícios acarretados à saúde pelo abandono do hábito (ROSEMBERG, 2004).

Portanto, se um ex-fumante iniciar um programa de caminhada diária, ao mesmo tempo fazendo uma reeducação alimentar, evitando alimentos ricos em gordura ou

açúcares, existe toda a razão para se acreditar que o ganho de peso pode ser evitado. Um programa de exercícios físicos direcionados e adequados pode melhorar as possibilidades de mais indivíduos pertencerem ao grupo que não engordam (PITANGA, 2004).

Estudos demonstram que indivíduos que realizaram um aumento da prática da atividade física após largarem o fumo apresentaram um ano após, maior sucesso no processo de cessação do que os sedentários. A atividade física pode auxiliar o ex-fumante a melhorar a aptidão física, através da melhora da função cardíaca e pulmonar e do aumento da força e da resistência muscular; diminuir o risco de doenças crônicas relacionadas ao tabagismo, reduzindo o risco de doenças cardíacas e alguns tipos de câncer; combater o ganho de peso e auxiliar no combate para a melhora do estado psicológico alterado, devido às sensações de abstinência da nicotina, com irritabilidade, frustração, raiva, dificuldade de concentração, e sono interrompido. Além disso, a atividade física diminui os estados de ansiedade, depressão e estresse que podem ocorrer nesse processo (ROEDER, 2003).

Para Nahas (2001), existem alguns fatores positivos para a realização da prática da atividade física:

- Melhoria da aptidão física: normalmente os fumantes apresentam níveis prejudicados da sua aptidão física e a prática de um programa regular de exercícios poderá beneficiar o sistema cardíaco, respiratório e pulmonar aumentando também, a sua resistência muscular.
- Diminuição do risco de doenças relacionadas com o tabagismo: a prática regular da atividade física pode reduzir o risco de doenças crônicas.
- Controle do peso corporal: o gasto calórico, através da prática da atividade física, pode auxiliar o ex-fumante a evitar o típico ganho de peso. Dois terços de todos os fumantes engordam quando interrompem o hábito, com maiores aumentos nos indivíduos que fumam mais de 15 cigarros por dia. Isso ocorre porque existe uma alteração no paladar e no metabolismo.

- A prática regular da atividade física auxilia na melhora do estado psicológico: diminuindo a irritabilidade, alterações do sono e outras complicações que podem ocorrer no processo de abstinência do tabaco.

3.9 CONCEITOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (QV)

A introdução do conceito de qualidade de vida (QV) como medida de desfecho em saúde surgiu a partir da década de 1970, no contexto do progresso da medicina. Este trouxe um prolongamento na expectativa de vida, na medida em que doenças anteriormente letais, por exemplo, infecções; passaram a ser curáveis ou ter controle dos sintomas.

Assim, esse prolongamento se dá à custa do convívio com formas abrandadas ou assintomáticas das doenças. Passou a ser de grande importância, então, dispor de maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais.

Segundo Fallowfield (1990), a qualidade de vida é definida como “uma medida que faltava na área da saúde”.

A qualidade de vida possui intersecções com vários conceitos eminentemente biológicos e funcionais, como status de saúde, status funcional e incapacidade; sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade; e de origem econômica baseada na teoria "preferência" (utility). Entretanto, seu aspecto mais genérico (saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como seu grande diferencial e sua particular importância (PANZINI et al., 2007).

Seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida: 1) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; 2) a busca de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) a "satisfação do cliente"; 5) o movimento de humanização da medicina; e, 6) a psicologia positiva. Esta última insere-se na atual tendência para o desenvolvimento da pesquisa dos aspectos positivos da experiência humana, e a pesquisa em qualidade de vida está em sintonia com a busca de estudar variáveis positivas da vida humana (PANZINI et al., 2007).

Apoiado pelo conceito amplo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) de que saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência

de doença ou enfermidade", o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade.

Segundo Skevington (2002), ainda não há consenso definitivo na literatura sobre o conceito de qualidade de vida. Entretanto, é importante ressaltar a distinção entre os conceitos de padrão de vida e qualidade de vida.

O primeiro compreende indicadores globais das características relevantes do modo de viver das sociedades e indivíduos, em termos socioeconômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis. O segundo baseia-se em parâmetros que se referem à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida.

O Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS, Grupo WHOQOL, propôs que essas percepções se originam na cultura à qual a pessoa pertence. Por isso, a questão cultural é fundamental na qualidade de vida, já que diferentes culturas tendem a priorizar diferentes aspectos.

A partir de uma perspectiva transcultural, esse grupo definiu qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Essa definição feita pelo WHOQOL Group, em 1994, é uma das definições mais utilizadas atualmente (FLECK, 1999).

O tema qualidade de vida é atualmente um importante conceito aplicado nas mais diversas situações e condições pessoais e populacionais. É estruturado por aspectos subjetivos do indivíduo, como ele se sente, vive e se relaciona com a sociedade e consigo próprio (VILARTA, 2004).

A qualidade de vida depende de poder aquisitivo, da infra-estrutura do habitat em que se vive, da relação que se mantém com o trabalho, da administração do tempo que se dedica a cada atividade, da satisfação que se obtém com o conjunto dessas atividades, do conforto a que se tem acesso, do estado de saúde (MORAES, 2005).

Alguns indicadores sociais são utilizados para mensurar objetivamente a qualidade de vida nas coletividades como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

elaborado pelo Programa das Nações para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Tecnológico (IDT) e o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS).

Esses indicadores tomam como referência padrões ocidentais modernos para todos os países, mostram pouca diferença entre os países assemelhados, tem maior enfoque na produção e crescimento econômico, mas ignoram que a qualidade de vida também seja influenciada pela urbanização e respeito mútuo entre outros (GONÇALVES & VILARTA, 2004).

Os adultos tendem a valorizar a aquisição de bens materiais como imóveis, carros, lazer e bens de consumo. A saúde só é valorizada quando, por algum motivo, ficam impossibilitados de executarem suas atividades diárias. Nessas condições se vêem acuados quando descobrem que são portadores de alguma patologia desenvolvida por maus hábitos de vida, incluindo-se aí os maus hábitos alimentares. A partir daí começam a se preocupar mais com sua saúde, procuram uma orientação nutricional e começam a participar de atividades físicas, pois o estar saudável, apesar de ser uma parte do contexto, é uma condição necessária para envelhecer bem (MORAES, 2005).

O adulto valoriza as atividades laborais e um ganho financeiro que atenda suas expectativas. A percepção da qualidade de vida pode ser influenciada se suas expectativas não forem realizadas.

A Qualidade de Vida tem sido estudada de maneira ampla e dentro de uma visão internacional levando em conta os vários domínios que a compõem como: as realidades sociais, ambientais e a própria percepção física e psicológica do indivíduo. A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida per se, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida.

Desenvolveu-se então um instrumento, o WHOQOL-100, que consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade – religiosidade - crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 1999).

Ao proporcionar uma avaliação detalhada das 24 facetas que compõem a qualidade de vida, o WHOQOL pode tornar-se extenso para algumas aplicações; por exemplo, em grandes estudos epidemiológicos em que a avaliação de qualidade de vida é apenas uma das

variáveis em estudo. A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse as características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-Bref.

Conforme Fleck (2000), a versão abreviada (anexo 1) consta de 26 questões, onde duas são questões gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original.

Pela aplicação deste instrumento a subjetividade pode ser mensurada e a percepção de cada indivíduo preservada, considerando as concepções individuais baseadas nas próprias crenças, experiências, expectativas e sensações.

A preocupação em se formatar um instrumento internacional de qualidade de vida fica visível diante desse esforço da OMS em desenvolver o grupo de pesquisa. Uma vez elaborado fica a critério dos pesquisadores utilizá-lo, sabendo que cada população irá valorizar questões diferentes.

A maioria das abordagens explanatórias para aferição da qualidade de vida de populações específicas tende a refletir a natureza subjetiva dos aspectos avaliados, considerando os contextos culturais, sociais e ambientais onde esses indivíduos estão inseridos (MODENEZE, 2004).

A ampla bibliografia existente sobre avaliação nos fornece numerosos e diferentes conceitos e significados, sendo comparado a uma pesquisa ou medida, ou ainda à observação do alcance dos objetivos específicos a muitas variantes de controle de qualidade (MORAES, 2006).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (COSTA, 1986).

A avaliação pode ser definida como a comparação de um objetivo de interesse e dos resultados obtidos com um determinado padrão de aceitabilidade, podendo também ser considerada como um processo sistemático para determinar até que um conjunto de estratégias está alcançando as metas e os objetivos esperados (SOARES, 1997).

Pires et al. (1998), relata que dentro da Educação Física, a qualidade de vida ecoa de modo especial, onde a redução de sua complexidade facilita a apresentação de idéias em torno do assunto, mas também dogmatiza a expressão, criando uma dificuldade para um diálogo

interdisciplinar. Ainda realça um alerta para evitar a adesão de oportunistas, em relação ao uso da expressão “qualidade de vida”, sob a qual tudo cabe, onde acreditam reduzir artificialmente o complexo conceito de qualidade de vida, produzindo assim uma deturpação para o conceito.

Para Berlim et al. (2003), a avaliação da qualidade de vida, desde os anos 70, cresceu de uma atividade relativamente restrita para uma disciplina formal com uma estrutura teórica coesa, métodos consagrados e diversas aplicações.

A Qualidade de Vida vem se tornado cada vez mais popular como uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos a partir da perspectiva do indivíduo. Concluíram que as medidas de qualidade de vida são potencialmente úteis para aplicação na pesquisa e também na prática clínica, especialmente para demonstrar o impacto das doenças mentais e o possível benefício das intervenções terapêuticas.

A qualidade de vida tem sido utilizada nos últimos anos, como uma medida para avaliar o impacto tanto do tabagismo quanto das doenças associadas na vida do sujeito. Essa medida pode ter um papel mais imediato na motivação desses indivíduos, uma vez que as patologias associadas ao tabaco, as quais, muitas vezes, levam o indivíduo a contemplar uma possibilidade de mudança do hábito de fumar, só costumam ocorrer após um longo tempo de exposição ao fumo (MARTINEZ et al.,2004).

4 Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa qualitativa classificada como um estudo de caso avaliativo. O propósito principal é utilizar dados para avaliar o mérito de alguma prática, movimento ou evento. É uma abordagem viável para resolver problemas no campo da Educação Física, pois enfatiza a importância do acesso aos dados no ambiente de campo e estabelece que o entendimento e ganho da confiança dos sujeitos são essenciais. Os dados devem ser analisados durante e após a coleta. Não é incomum que um estudo qualitativo inclua a análise quantitativa. Uma das vantagens da abordagem do estudo de caso é que ele pode ser proveitoso na formulação de novas idéias e hipóteses sobre áreas de problema específico, onde o pesquisador seleciona o método de estudo em função da natureza das questões de pesquisa em pauta (THOMAS & NELSON, 2002).

A pesquisa qualitativa como descrita por Bogdan & Biklen (1994, p. 47 apud Martins, Campos, 2003) é definida como: aquela que envolve a obtenção de dados descritivos, colhidos no contato direto do investigador com a situação estudada.

“O pesquisador qualitativo estuda a realidade em seu contexto natural, tal como se sucede, procurando dar sentido ou interpretando os fenômenos de acordo com os significados que as pessoas implicadas nesse contexto possuem”. (BOGDAN E BIKLEN, 1994, p. 47 apud MARTINS, CAMPOS, 2003, p.18).

Na pesquisa qualitativa, a metodologia centra-se no processo, enfatizando a perspectiva dos participantes, trabalhando com os dados descritos e observados (MARTINS, CAMPOS, 2003).

Para Trivinos et al. (2004), no âmbito educativo, o estudo de caso qualitativo pode ser definido como um processo que tenta descrever e analisar algo em termos complexos e compreensivos, que se desenvolve durante um período de tempo.

O estudo de caso pode ser definido como a análise de um exemplo em ação. Também pode ser um exame particular de uma situação, programa, acontecimento ou fenômeno específico que proporciona uma valiosa descrição (WALKER, 1983).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética, Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, sob nº 623/2006.

Todos os sujeitos dessa pesquisa assinaram um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para que pudessem participar da mesma (ANEXO 10).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

O grupo estudado foi composto por 06 (seis) sujeitos, todos participantes do Programa de Controle do Tabagismo realizado no Centro de Saúde Santa Odila, um bairro localizado na cidade de Campinas, SP. Esses sujeitos desejavam parar de fumar, já tinham feito várias tentativas de cessação e já apresentavam algum problema de saúde relacionado ao tabagismo.

Os dados seguintes foram obtidos através dos Históricos Tabagísticos e Teste de Fagerstrom, coletados na avaliação clínica inicial realizada pelo médico do próprio Centro de Saúde:

Sujeito 1: sexo feminino, 61 anos, fumante 30 anos, apresentava cansaço físico ao desenvolver suas atividades diárias.

- Motivação para cessação do tabagismo: parar de fumar por causa da solicitação de um filho adolescente e aumentar sua disposição física e emocional. Sentiu-se rotulada e excluída pela família, reclamavam do “cheiro de cigarro” que estava impregnado em seu corpo.
- 15 cigarros/ dia - grau de dependência baixo.

Sujeito 2: sexo feminino, 45 anos, fumante 30 anos, apresentava distúrbio de ansiedade e estava em tratamento.

- Motivação para cessação do tabagismo: preocupação com sua saúde e obtenção de melhor disposição física. Desejava parar de fumar porque não podia fumar em seu local de trabalho. Sentia um desejo “incontrolável” e tinha que parar as atividades para fumar em área externa, causando desconforto em seu ambiente profissional.
- 25 cigarros /dia - grau de dependência elevado.

Sujeito 3: sexo masculino, 51 anos, fumante 37 anos, apresentava diabetes tipo 1, dificuldade de mobilidade e concentração.

- Motivação para cessação do tabagismo: aumentar sua disposição física para realizar suas atividades diárias. Desejava parar de fumar para

atender uma solicitação feita pelo filho, que freqüentemente solicitava que parasse de fumar, desejando uma melhora em sua saúde.

- 60 cigarros /dia - grau de dependência muito elevado.

Sujeito 4: sexo masculino, 47 anos, fumante 20 anos, apresentava cansaço físico para desenvolver tarefas diárias.

- Motivação para cessação do tabagismo: melhorar sua condição de saúde. Desejava parar de fumar porque não podia fumar em seu local de trabalho, sentia vontade de fumar e essa situação estava causando constrangimento no seu cotidiano.
- 30 cigarros / dia – grau de dependência elevado.

Sujeito 5: sexo feminino, 46 anos, fumante 34 anos, apresentava apnéia do sono.

- Motivação para cessação do tabagismo: melhorar sua respiração. Estava atrapalhando o seu sono e do seu companheiro, prejudicando o seu relacionamento conjugal.
- 20 cigarros / dia – grau de dependência moderado.

Sujeito 6: sexo feminino, 45 anos, fumante 30 anos, apresentava cansaço físico.

- Motivação para cessação do tabagismo: melhorar sua disposição para realizar suas atividades diárias. Estava apresentando tosse contínua, dificultando a sua respiração e conseqüentemente, o cansaço estava ficando mais acentuado.
- 30 cigarros / dia – grau de dependência elevado.

Foram adotados os seguintes critérios para a admissão dos sujeitos para essa pesquisa:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Indivíduo participante do Programa de Controle do Tabagismo do Centro de Saúde Santa Odila - Campinas SP.
- Idade 30 a 70 anos.
- Fumante a mais de 05 anos.
- Fumar 10 ou mais cigarros por dia.
- Estejam aptas clinicamente para participarem do programa de atividade física.
- Indivíduos sedentários.
- Aptos para a leitura.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Indivíduos ativos.
- Ter 03 ou mais faltas. Esse número de faltas foi previamente estabelecido pelo grupo, sendo uma das regras para a permanência no Programa de Controle do Tabagismo e Programa de Atividade Física.

4.2 DIVULGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS

Uma divulgação inicial do Programa de Controle do Tabagismo (PCT) foi elaborada pelo Centro de Saúde Santa Odila através de faixas e cartazes, para que os usuários pudessem fazer suas inscrições em uma lista específica.

Em seguida, os usuários do Centro de Saúde inscritos no Programa de Controle do Tabagismo foram convidados para participar do Programa de Atividade Física que seria realizado paralelamente ao PCT.

Inicialmente os sujeitos dessa pesquisa foram submetidos a uma entrevista para identificação e constatação de sua elegibilidade ao estudo, em seguida houve a explicação do programa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 10).

O Programa do Controle do Tabagismo do Centro de Saúde Santa Odila, foi desenvolvido por uma equipe interdisciplinar do Centro de Saúde Santa Odila (01 médico, 01 enfermeira e 01 assistente social). Este programa teve a duração de 01 ano, sendo que o seu cronograma foi constituído por 08 encontros semanais, 08 encontros quinzenais e 06 mensais até

seu término e foi baseado no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas – SP.

Durante o desenvolvimento do PCT, foi disponibilizado um acompanhamento medicamentoso para o grupo, conforme o surgimento de problemas decorrentes do processo de abstinência. A equipe de saúde, liderada pelo médico, disponibilizou toda uma estrutura clínica para que o sujeito não desistisse do processo de cessação do tabagismo.

O Programa de Atividade Física (PAF) foi desenvolvido por uma professora de Educação Física, a própria pesquisadora. Foram 16 encontros, 01 vez por semana, com 60 minutos cada, durante 04 meses consecutivos. Os encontros aconteceram em uma sala cedida pelo próprio Centro de Saúde Santa Odila - Campinas, sendo realizados paralelamente ao PCT, às quartas-feiras no horário das 09h às 10h, em seguida, das 10h às 11h, aconteciam os encontros do Programa de Controle do Tabagismo.

Antes do início do PAF, todos os sujeitos realizaram uma avaliação clínica executada pelo médico lotado no Centro de Saúde, que também aplicou o Histórico Tabagístico e o Teste de Fagerstrom. Posteriormente, esses dados foram disponibilizados para que fosse elaborado e desenvolvido um programa de atividade física adequado às condições físicas dos sujeitos.

Essas informações e as preferências dos participantes por alguma atividade física específica foram registradas e incluídas. A prática de uma atividade prazerosa pode influenciar favoravelmente na adesão ao programa (NAHAS, 2001).

Em cada encontro do PAF, os sujeitos dessa pesquisa, recebiam um texto de apoio relacionando tabagismo, atividade física e outros temas sugeridos pelo grupo. Também foram disponibilizados panfletos com informações e orientações sobre exercícios de alongamento e respiratórios para que pudessem praticá-los em suas residências e /ou empregos (ANEXOS 04-09).

O encontro do PAF foi dividido em duas partes. A primeira parte era constituída por uma leitura e discussão do texto de apoio, em seguida acontecia uma parte prática, onde optamos por desenvolver seqüências de exercícios respiratórios e de alongamento. Foi solicitado ao grupo, a execução dos exercícios realizados no encontro, também no decorrer da semana.

O tabaco prejudica o sistema respiratório do indivíduo, diminuindo o processo de oxigenação (NAHAS, 2001). Para melhorar esse processo, sugerimos a realização de uma atividade aeróbia e a escolhida pelo grupo, foi um programa de caminhada, esse programa foi adequado às condições físicas de cada sujeito.

Eles realizaram a caminhada, três dias na semana, com duração mínima de 30 minutos, podendo ser dividida em 3 períodos de 10 minutos, dependendo da disposição do sujeito, durante os quatro meses do desenvolvimento do programa. O bairro Santa Odila, situado na cidade de Campinas, favoreceu essa proposta. Os sujeitos tiveram acesso às ruas arborizadas e pavimentadas, que serviram como percurso, todos já tinham realizado uma avaliação clínica prévia e estavam aptos para a realização dessa atividade.

4.3 DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DO PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA

Após o período de divulgação e inscrições, o PAF teve seu início paralelamente ao PCT do Centro de Saúde Santa Odila:

1º encontro: Coleta de dados: foram aplicados os instrumentos de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL -Bref (Anexo 1), Teste de Fagerstrom (Anexo 2) e o Histórico Tabagístico (Anexo 3) na avaliação clínica inicial e seus dados foram disponibilizados pelo Centro de Saúde. Nesse encontro também solicitamos sugestões de temas de interesse do grupo, para que esses fossem pesquisados e entregues panfletos informativos durante o desenvolvimento do PAF.

2º encontro: Texto de apoio: Osteoporose e atividade física (Anexo 4). Sequência de exercícios respiratórios com utilização de língua de sogra e bexigas.

3º encontro: Texto de apoio: A respiração (Anexo 5). Sequência de exercícios de alongamento.

4º encontro: Texto de apoio: A importância de calçados adequados para a prática da atividade física (Anexo 6). Sequência de exercícios respiratórios.

5º encontro: Texto de apoio: Fumante Passivo (Anexo 7). Sequência de exercícios de alongamento.

6º encontro: Texto de apoio: Síndrome de Abstinência e a importância da atividade física (Anexo 8). Sequência de exercícios de alongamento.

7º encontro: Trombose Venosa Profunda (TVP) e a importância da atividade física (Anexo 9). Seqüência de alongamento e exercícios respiratórios.

8º encontro: A partir desse encontro, o grupo solicitou que os encontros do PAF fossem constituídos somente por seqüências de exercícios de alongamento e respiratórios, para que eles pudessem obter maiores orientações sobre as atividades dadas, podendo assim, praticá-las com maior conhecimento e segurança após o término da pesquisa. Os temas previamente sugeridos foram disponibilizados à equipe interdisciplinar do Centro de Saúde para que pudessem adequá-los ao seu cronograma e dar continuidade aos esclarecimentos. Seqüência de exercícios respiratórios com língua de sogra e bexigas.

9º encontro: Seqüência de exercícios de alongamento com materiais (bolinhas de tênis e corda).

10º encontro: Seqüência de exercícios de alongamento.

11º encontro: Seqüência de exercícios de alongamento e respiratórios.

12º encontro: Seqüência de exercícios de alongamento.

13º encontro: Seqüência de exercícios respiratórios com língua de sogra e bexigas.

14º encontro: Seqüência de exercícios de alongamento e exercícios respiratórios.

15º encontro: Seqüência de exercícios de alongamento com materiais (corda, toalha, bola).

16º encontro: Coleta de dados: aplicação do WHOQOL-Bref e Teste de Fagerstrom.

4.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

O presente estudo utilizou o questionário WHOQOL-Bref (Anexo1) e o Teste de Fagerstrom (Anexo2). Foram aplicados antes (pré-teste) e depois (pós-teste) do desenvolvimento do PAF. Também foram utilizados os dados obtidos através do Histórico Tabagístico (Anexo3) coletados pelo médico do Centro de Saúde no início da pesquisa, onde obtivemos uma explanação da condição física e emocional dos sujeitos.

4.4.1 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida tem sido estudada de maneira ampla e dentro de uma visão internacional levando em conta os vários domínios que a compõem como: as realidades sociais, ambientais e a própria percepção física e psicológica do indivíduo. A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. Desenvolveu-se então um instrumento, o WHOQOL-100 que consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade-religiosidade-crenças pessoais.

Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 1999).

Ao proporcionar uma avaliação detalhada das 24 facetas que compõem a qualidade de vida, o WHOQOL pode tornar-se extenso para algumas aplicações; por exemplo, em grandes estudos epidemiológicos em que a avaliação de qualidade de vida é apenas uma das variáveis em estudo. A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse as características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-Bref.

A versão abreviada – WHOQOL-Bref (anexo 1) consta de 26 questões, onde duas são questões gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Pela aplicação deste instrumento, a subjetividade pode ser mensurada e a percepção de cada indivíduo preservada, considerando as concepções individuais baseadas nas próprias crenças, experiências, expectativas e sensações (FLECK, 2000).

Todos os sujeitos foram convidados a preencher o questionário no início do programa (pré-teste) e outro ao final do programa (pós-teste). Participaram desta avaliação, 03 sujeitos vinculados ao PCT de um centro de saúde. A análise dos dados foi realizada por uma

estatística, de acordo com os preceitos da OMS (WHO, 1996), sendo apresentado os índices médios para cada domínio no pré e pós-teste.

4.4.2 DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL- Bref (Abreviado)

- **Domínio I – Domínio Físico:**

Dor e desconforto;
Energia e fadiga;
Sono e Repouso;
Atividades da vida cotidiana;
Dependência de medicação e tratamentos;
Mobilidade;
Capacidade de trabalho.

- **Domínio II – Domínio Psicológico:**

Sentimentos positivos;
Pensar, aprender, memória e concentração;
Auto-estima;
Imagem corporal e aparência;
Sentimentos negativos;
Espiritualidade, religião, crenças pessoais.

- **Domínio III – Relações Sociais:**

Relações pessoais;
Suporte (apoio) social;
Atividade sexual.

- **Domínio IV – Ambiente:**

Segurança física e proteção;
Ambiente no lar;

Recursos financeiros;
Cuidados com a saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;
Participação em oportunidades de recreação / lazer;
Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima);
Transporte.

4.4.3 PROCEDIMENTOS PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO WHOQOL- Bref:

Como o WHOQOL-Bref é um instrumento de auto-avaliação, sendo auto-explicativo, para a sua aplicação alguns cuidados e orientações ao avaliado são necessários:

- a) O indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
- b) Uma situação de privacidade deve ser buscada, o avaliado não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, acompanhante, cônjuge, amigos etc.
- c) Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre.
- d) O questionário, a princípio, é de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o paciente na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Insistir que é importante a interpretação do paciente da pergunta proposta.

- e) Ao término do questionário, verificar se o avaliado não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

A avaliação da Qualidade de Vida tem sido utilizada nos últimos anos, como uma medida para avaliar o impacto tanto do tabagismo quanto das doenças associadas na vida do sujeito.

Essa medida pode ter um papel mais imediato na motivação desses indivíduos, uma vez que as patologias associadas ao tabaco, as quais, muitas vezes, levam o indivíduo a contemplar uma possibilidade de mudança do hábito de fumar, só costumam ocorrer após um longo tempo de exposição ao fumo (CASTRO, 2007).

4.4.4 AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO TABACO

O Teste de Fagerstrom avalia o grau de dependência física dos fumantes à nicotina, sendo um conjunto de seis questões com respostas múltiplas. A pontuação das respostas oscila entre 0 e 10 pontos. Se a pontuação total do teste for de 0 a 3 pontos classifica-se o grau de dependência baixo, se for de 4 a 6 pontos, o grau é moderado e se for de 7 a 10 o grau de dependência é severo (FAGERSTROM & SCHNEIDER, 1989).

O Teste de Fagerstrom foi realizado pelo médico lotado no Centro de Saúde juntamente com a avaliação clínica antes de iniciarmos essa pesquisa. No último encontro do PAF foi reaplicado para obtermos um levantamento do número de cigarros consumidos por dia pelos sujeitos naquele momento. No término dessa pesquisa, o PCT encontrava-se na fase dos encontros mensais e não havia sido concluído.

5 Resultados

Nos 02 primeiros encontros, compareceram 06 sujeitos, a partir do terceiro encontro até o final da pesquisa, permaneceram os sujeitos 1, 2 e 3.

Os 03 sujeitos excluídos da pesquisa, sujeitos 4, 5 e 6, desistiram do PAF e também do PCT. Foram dois os motivos citados para justificar essas desistências: incompatibilidade de horários e por opção de não passar pelo processo de cessação do tabagismo.

No final de cada encontro, os sujeitos verbalizavam impressões e experiências sobre as atividades desenvolvidas e alguns relatos foram transcritos pela pesquisadora:

1º encontro: Apresentação do projeto de pesquisa e aplicação do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).

2º encontro: Sujeito 1:... “é bom sentir o ar”.

Sujeito 2:... “às vezes me falta ar”.

Sujeito 3:... “soprar bexiga era tão fácil”.

3º encontro: Sujeito 1:...”nossa, como estou dura”.

Sujeito 2:... “tenho que fazer bastante isso”.

Sujeito 3:... “é bom sentir a minha perna”.

4º encontro: Sujeito 1:...“o meu ar está fraco”.

Sujeito 2:... “como essa coisa (cigarro) faz mal (tosse)”.

Sujeito 3:... “eu estou gostando daqui”.

5º.encontro: Sujeito 1: ausente

Sujeito 2:...“parece que o meu corpo está mais mole”.

Sujeito 3:...“gosto de fazer esses exercícios”.

6º encontro: Sujeito 1:... “sabe que senti falta. Gosto de esticar meu corpo”.

Sujeito 2:...“é bom sentir a minha respiração”.

Sujeito 3:...“hoje consegui esticar o braço sem esforço”.

- 7º encontro: Sujeito 1:...”hoje consegui fazer todos os exercícios”.
 Sujeito 2:...”têm horas que nem parece meu corpo”.
 Sujeito 3:...”sabe que às vezes venho só por causa da aula”.
- 8º encontro: Sujeito 1:...”parece que meu sopro está mais longo”.
 Sujeito 2:...”estou feliz por conseguir encher essa bexiga”.
 Sujeito 3:...”que coisa difícil de fazer” (língua de sogra).
- 9º encontro: Sujeito 1:...”adorei esticar a perna”.
 Sujeito 2:...”cada vez está mais fácil fazer alongamento”.
 Sujeito 3: ausente
- 10º encontro: Sujeito 1:...”consigo fazer coisa que nem imaginava”.
 Sujeito 2:...”que momento bom é esse quando me percebo”.
 Sujeito 3:...”sabe que quando alongo, me acalmo”.
- 11º encontro: Sujeito 1:...”hoje a aula me fez leve”.
 Sujeito 2:...”como estou melhor de que quando comecei”.
 Sujeito 3:...”já melhorei bastante, estou até mais alto”.
- 12º encontro: Sujeito 1:...”quero continuar com o alongamento, é bom”.
 Sujeito 2:...”como o meu corpo está mais solto”.
 Sujeito 3:...”consegui sentir o meu corpo mais largado”.
- 13º encontro: Sujeito 1:...”não é que esses exercícios funcionam”.
 Sujeito 2:...”que diferença percebo em mim”.
 Sujeito 3:...”faço com mais facilidade os movimentos”.
- 14º encontro: Sujeito 1:...”sinto meu corpo melhor”.
 Sujeito 2:...”estou mais descontraída”.
 Sujeito 3:...”está mais fácil sentar e levantar”.
- 15º encontro: Sujeito 1:...”quero continuar com os exercícios”.
 Sujeito 2:...”os exercícios me deixaram mais feliz”.
 Sujeito 3:...”gostei muito de participar desse programa”.
- 16º encontro: Coleta de Dados: Aplicação dos Instrumentos WHOQOL-bref e Teste de Fagerstrom.

Segundo Nahas (2001), a motivação pode ser definida como um impulso para alcançar algum objetivo. No desenvolvimento do PAF, houve um constante reforço sobre a

importância da prática da atividade física associada às necessidades apresentadas pelos sujeitos, visando aumentar a motivação para uma permanência no processo de diminuição e cessação do tabagismo.

5.1 TESTE DE FAGERSTROM (GRAU DE DEPENDÊNCIA DO TABACO)

Mediante a aplicação do Teste de Fagerstrom, verificamos que todos os sujeitos aumentaram o tempo de consumo do primeiro cigarro após acordar, também apresentaram uma redução do número de cigarros consumidos por dia, uma diminuição na pontuação e alteração na classificação do grau de dependência. Através da figura 1, podemos observar esses resultados.

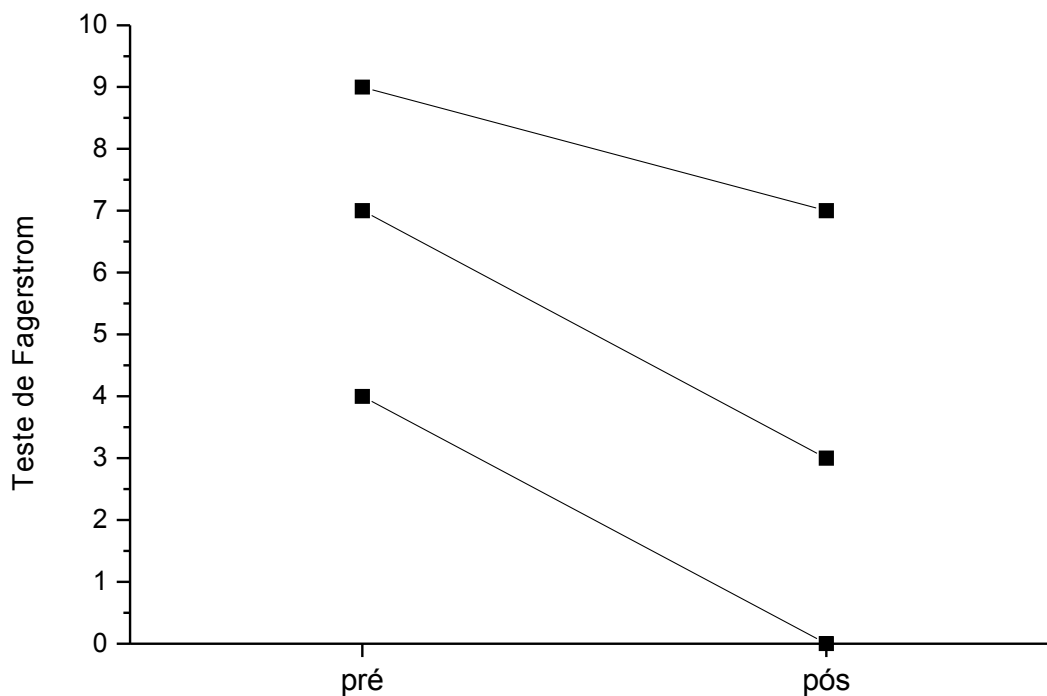


Figura 1: Dispersão da pontuação no Teste de Fagerstrom (grau de dependência do tabaco) para cada sujeito, antes e após o programa de atividade física.

As tabelas 2, 3, 4 são referentes aos dados coletados através das questões do Teste de Fagerstrom, onde foi avaliado o grau de dependência do tabaco dos sujeitos 1, 2 e 3:

Tabela 2 : Resultados do Teste de Fagerstrom - Sujeito 1

Questões	Pré-teste	Pós-teste
1 ^a) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	6 e 30 min	Após 60 min
2 ^a) Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	Não	não
3 ^a) Qual cigarro dia que traz maior satisfação?	manhã	outros
4 ^a) Quantos cigarros você fuma por dia?	11 a 20	menos 10
5 ^a) Você fuma mais no período da manhã?	não	não
6 ^a) Você fuma mesmo quando está acamado por doença?	não	não
Grau de dependência	baixo	muito baixo
Pontuação	4	0

Tabela 3: Resultados do Teste de Fagerstrom - Sujeito 2

Questões	Pré-teste	Pós-teste
1 ^a) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	6 e 30 min	31 e 60 min
2 ^a) Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	sim	não
3 ^a) Qual cigarro dia que traz maior satisfação?	outros	outros
4 ^a) Quantos cigarros você fuma por dia?	21 a 30	menos 10
5 ^a) Você fuma mais no período da manhã?	sim	sim
6 ^a) Você fuma mesmo quando está acamado por doença?	sim	não
Grau de dependência	elevado	baixo

Pontuação**7****3****Tabela 4: Resultados do Teste de Fagerstrom – Sujeito 3**

Questão	Pré-teste	Pós-teste
1 ^a) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	5 min	6 e 30 min
2 ^a) Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	sim	sim
3 ^a) Qual cigarro dia que traz maior satisfação?	outros	outros
4 ^a) Quantos cigarros você fuma por dia?	mais 31	21 a 30
5 ^a) Você fuma mais no período da manhã ?	sim	sim
6 ^a) Você fuma mesmo quando está acamado por doença?	sim	sim
Grau de dependência	muito elevado	elevado
Pontuação	9	7

5.2 WHOQOL-bref : AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Avaliamos o perfil da qualidade de vida do grupo obtido com a utilização do instrumento WHOQOL-Bref, onde analisamos a variação da amostra em cada domínio.

A análise do questionário WHOQOL-Bref (Abreviado) foi realizada de acordo com os preceitos da OMS (WHO, 1996). Foram avaliados 04 domínios, físico, psicológico, social e meio ambiente, sendo apresentados os índices médios para cada domínio no pré e pós-teste. Os resultados serão apresentados em seus índices reais e em uma escala de 0 a 100.

A questão 1 do WHOQOL-Bref faz parte dos aspectos gerais e avalia o grau de satisfação da qualidade de vida do indivíduo. Através da figura 2, verifica-se um aumento no grau de satisfação da qualidade de vida nos sujeito 2 e 3, enquanto o sujeito 1 manteve o mesmo grau.

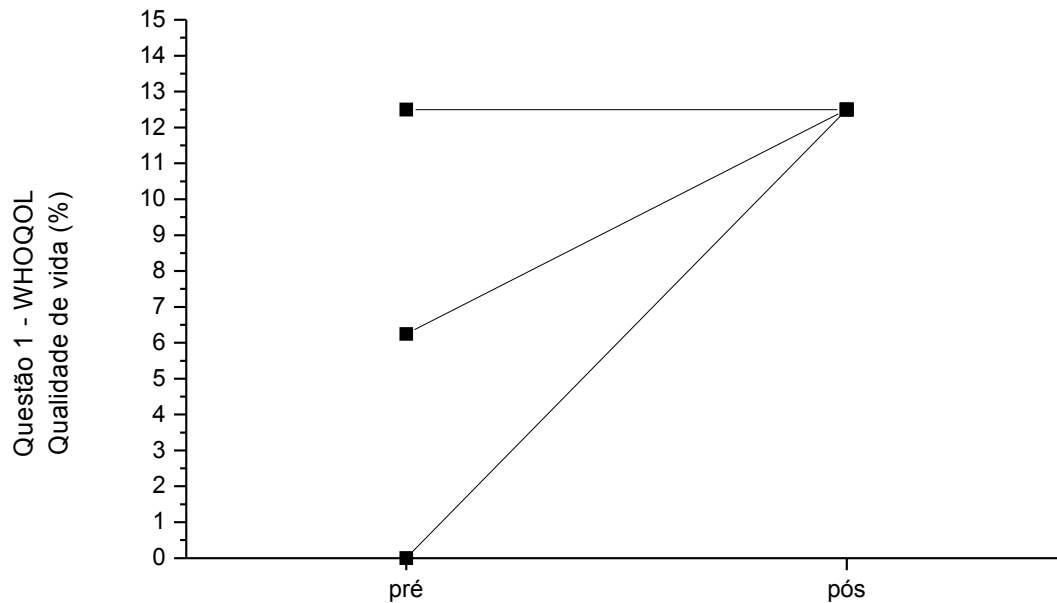


Figura 2: Dispersão do escore na questão 1 do WHOQOL-Bref para cada sujeito antes e após o programa.

A questão 2 do WHOQOL-Bref faz parte da avaliação dos aspectos gerais e verifica quão satisfeito o indivíduo está com a sua saúde.

A figura 3 indica que os sujeitos 2 e 3 apresentaram um aumento da satisfação com relação à saúde, enquanto o sujeito 1 manteve o mesmo grau.

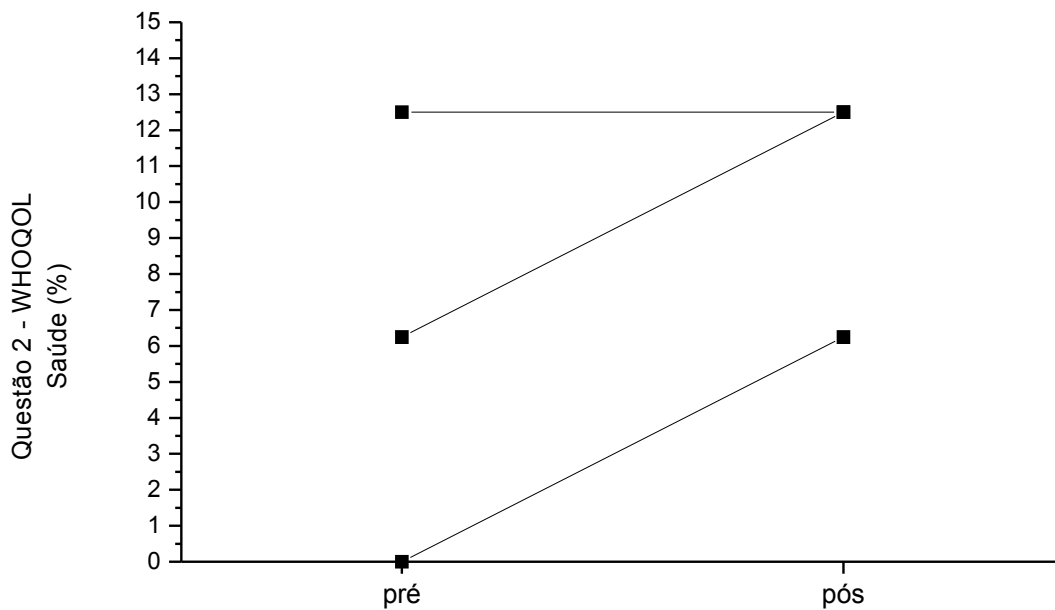


Figura 3: Dispersão do escore na questão 2 do WHOQOL Bref (saúde), para cada sujeito, antes e após programa.

O domínio físico foi avaliado através das questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. Verificamos um índice de melhora principalmente nas questões sobre fadiga, sono e capacidade de desempenhar as atividades diárias.

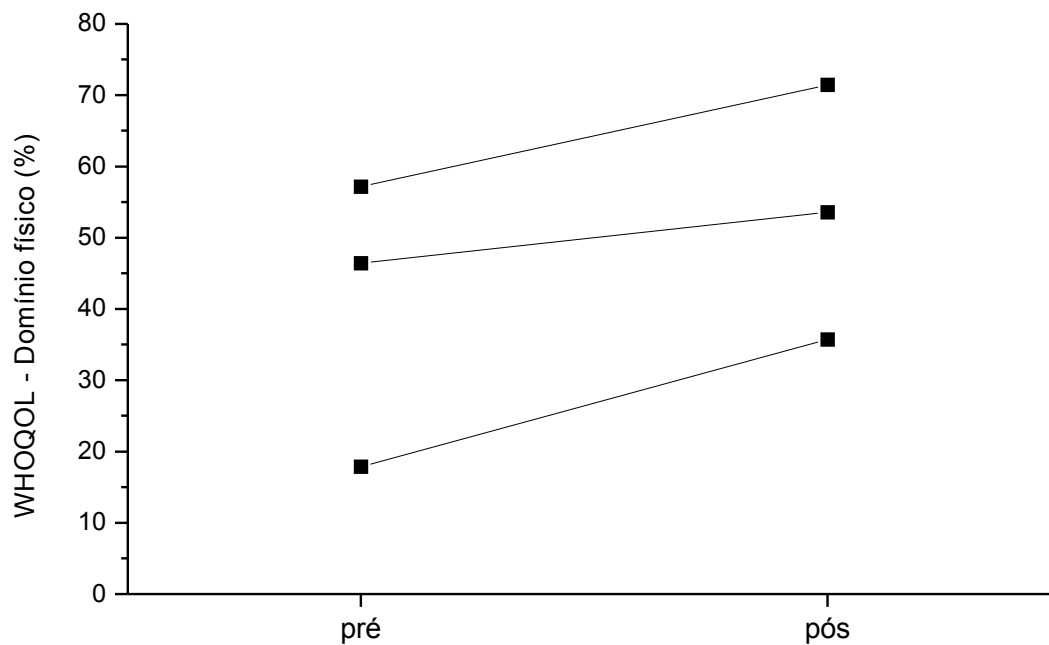


Figura 4: Dispersão do escore no domínio físico do WHOQOL-Bref para sujeito, antes e após programa.

O WHOQOL-Bref avalia o domínio psicológico através das questões 6, 7, 11, 19 e 26.

O domínio psicológico apresentou grande melhora em seu índice. Nele estão contidas duas questões de saliente melhora. A questão 11, a qual pergunta o quanto o indivíduo aceita sua aparência física, e a questão 19, que indaga sobre a satisfação pessoal.

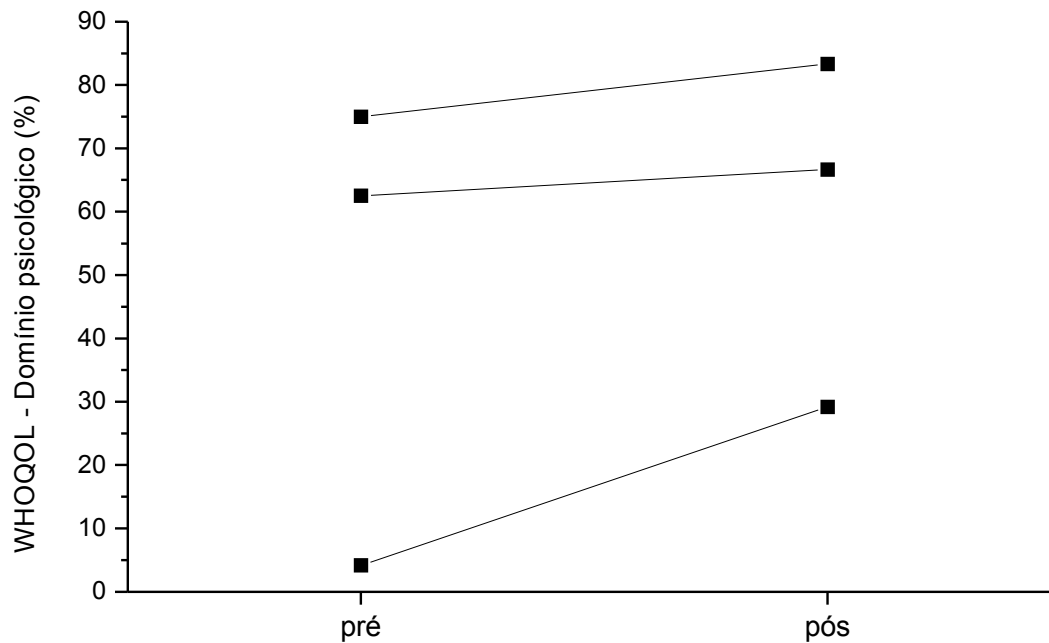


Figura 5: Dispersão do escore no domínio psicológico do WHOQOL-Bref para cada sujeito, antes e após programa.

O domínio social foi avaliado através das questões 20, 21 e 22. Os dados coletados demonstraram que o sujeito 1 manteve seu grau de satisfação em suas relações sociais, o sujeito 2 apresentou uma redução na questão 22 que é referente ao apoio social, já o sujeito 3 apresentou uma melhora significativa em todas as questões sociais.

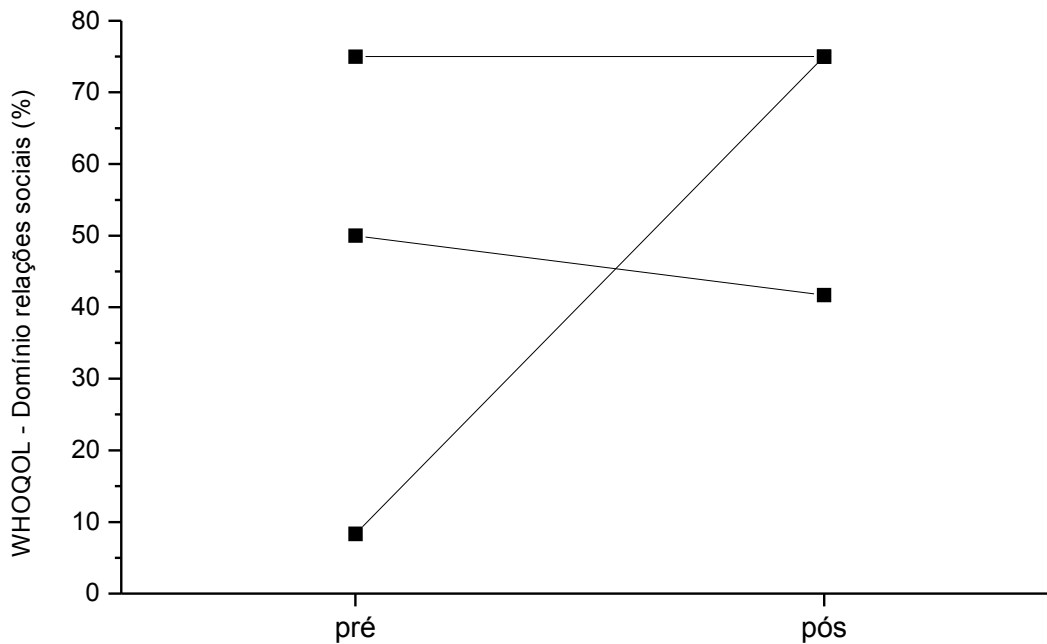


Figura 6: Dispersão do escore no domínio relações sociais do WHOQOL-Bref para cada sujeito, antes e após programa.

O domínio ambiental foi avaliado pelas questões 5, 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25.

Esse domínio avalia os aspectos sobre segurança, poluição, condição financeira, moradia, acessibilidade às informações, ao lazer, aos serviços de saúde e transporte. Verificamos que houve uma melhora do grau de satisfação de todos os sujeitos referente ao acesso às informações e lazer. Quanto ao acesso à saúde, moradia, transporte e segurança houve uma redução da satisfação nos três sujeitos. No aspecto financeiro os sujeitos 2 e 3 mantiveram o mesmo grau de satisfação, já o sujeito 1, apresentou uma redução.

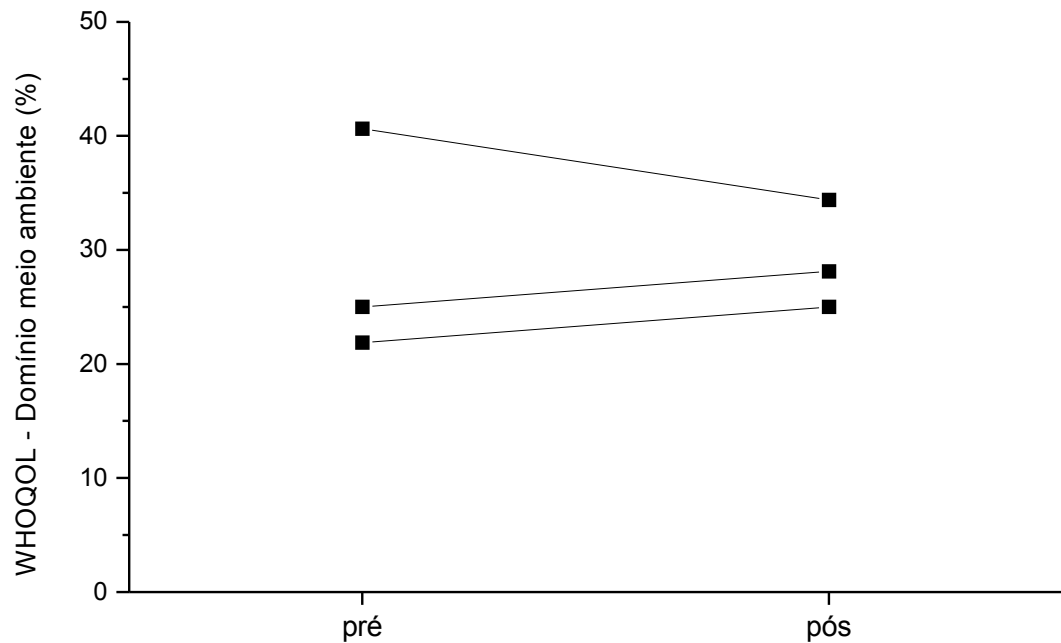


Figura 7: Dispersão do escore no domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref, para cada sujeito, antes e após programa.

Pela análise descritiva percebe-se que houve melhora em todos os escores dos instrumentos aplicados, exceto no domínio de meio-ambiente do WHOQOL-Bref.

Não foi possível a aplicação de um teste estatístico para comprovação de que esta melhora é significativa, devido ao número de sujeitos da amostra.

Baseado nos resultados dos domínios do WHOQOL para comparação entre as avaliações, um número mínimo necessário seria de 50 participantes.

6 Discussão

Cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém, apenas 3% conseguem sem ajuda. O restante necessita de apoio formal para obter êxito, evidenciando a importância da abordagem pelos profissionais de saúde no processo de cessação (MEIRELES, 2006).

No período de divulgação do PCT foram feitas 20 inscrições. No início dos programas, apenas 06 sujeitos compareceram ao Centro de Saúde. Após o terceiro encontro, 50% dos sujeitos desistiu do processo de cessação. Dois aspectos foram relatados pelos sujeitos desistentes para justificar esse fato: incompatibilidade entre os horários de trabalho e das atividades dos programas e também a falta de desejo em participar do processo de cessação do tabaco.

Os sujeitos que permaneceram nessa pesquisa participaram do PCT e PAF. Anteriormente, já tinham feito várias tentativas para parar de fumar e não obtiveram sucesso. Por esse motivo, buscaram ajuda com profissionais da saúde.

Para Moraes (2006), os profissionais da saúde têm um papel decisivo na redução do uso do tabaco, sendo que, até mesmo conselhos simples e breves fornecidos pelo profissional de saúde nas suas consultas clínicas, podem aumentar a taxa de cessação do tabagismo.

Uma estratégia utilizada para estimular a permanência dos sujeitos nessa pesquisa foi o desenvolvimento de textos de apoio sobre assuntos sugeridos por eles, relacionando saúde, atividade física e tabagismo. Outro aspecto relevante, foi a participação dos sujeitos na elaboração e desenvolvimento do programa de atividade física, alinhando seus interesses e expectativas ao conteúdo desenvolvido.

Na avaliação final do Teste de Fagerstrom, verificamos uma diminuição do grau da pontuação, conseqüentemente, uma diminuição na avaliação do grau de dependência dos sujeitos. Não ocorreu nenhum caso de cessação do consumo de cigarros, mas houve uma redução significativa da quantidade de cigarros consumidos por dia e um aumento do tempo de

acendimento do primeiro cigarro pelos sujeitos. Segundo Laranjeiras (2002), a redução da quantidade de cigarros consumidos por dia, pode ser um caminho para a cessação do tabagismo.

Segundo os dados obtidos através dos históricos tabagísticos, todos os sujeitos iniciaram o tabagismo na adolescência buscando uma auto-afirmação, uma aceitação pela sociedade na busca para suprir a necessidade de integração. Todos os sujeitos apresentaram um intervalo maior de 30 anos entre o período de iniciação e a decisão de parar de fumar.

Segundo Moraes (2001), a adolescência é um momento oportuno para a realização de ações de controle do tabagismo, pois a grande maioria dos fumantes começa a fumar nessa fase da vida, coincidindo com a crise da adolescência, da auto-estima, da formação da consciência crítica, das crenças e das incorporações de hábitos que, geralmente, estarão presentes por toda a vida.

Em virtude das condições físicas, principalmente pelos problemas respiratórios apresentados pelos sujeitos, optamos pelo desenvolvimento de seqüências de exercícios de alongamento, exercícios respiratórios e caminhadas leves. Os sujeitos foram orientados para inserir a caminhada às suas atividades da vida diária, como idas ao supermercado, ao banco e descer em um ponto de ônibus anterior ao destino, visando aumentar o percurso da atividade solicitada.

Através dos relatos sobre o aumento da distância percorrida pelos sujeitos durante suas caminhadas associada com a execução dos exercícios respiratórios e de alongamentos, ficou evidente a melhora no sistema respiratório e da disposição física dos mesmos.

Muitas são as evidências que mostram que a atividade física proporciona uma melhor disposição física e na diminuição da fadiga (OCONNOR, 2005).

Ussher (2007), em estudo semelhante, observou que a atividade física combinada com um programa de cessação do tabaco, tornando-se mais efetiva que a intervenção isolada do programa de cessação.

Para Castro (2007), a qualidade de vida é um constructo que vem ganhando importância como uma forma de acessar o impacto tanto de uma patologia quanto de uma estratégia terapêutica na vida dos sujeitos. Este parâmetro tem sido pesquisado nas mais variadas áreas, entre as quais o tabagismo.

O WHOQOL-Bref demonstra ser um instrumento adequado e de aplicação fácil e rápida para aferição da qualidade de vida em tabagistas (CASTRO, 2007).

Os resultados apresentados nesta pesquisa sobre a avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Bref, no que diz respeito às facetas da aparência física e satisfação pessoal, apontaram um aumento entre os valores obtidos no pós-teste em relação ao pré-teste. Segundo Vilarta et al. (2007), um programa de atividade física quando é desenvolvido respeitando o indivíduo em todo o contexto ao qual está inserido, pode fazer com que a saúde seja promovida através de informações e ações mais precisas, favorecendo a qualidade de vida.

Durante a pesquisa, principalmente nos dois primeiros meses, os sujeitos relataram um desconforto nos membros inferiores e superiores, uma sensação de formigamento nas mãos e nos pés, aumento da ansiedade, aumento da insônia, maior irritabilidade. Segundo o parecer clínico, possivelmente, esses sintomas foram decorrentes da abstinência do cigarro.

Com o desenvolvimento do PAF, os relatos sugeriram que a atividade física influenciou benéficamente na melhora desse quadro. Outro aspecto constatado, foi a melhora da qualidade de vida relacionada com o domínio físico, em especial sobre a diminuição da fadiga. Acreditamos que esse resultado possa estar relacionado com a abordagem que estimulou a prática da atividade física.

O exercício pode liberar quantidades extremamente pequenas de adenosina trifosfato (ATP). Essas substâncias funcionam como vasodilatadoras e aumentam a circulação no cérebro. Essa liberação de ATP e de beta-endorfinas tem uma característica semelhante à da morfina e podem agir como analgésico, atuando para evitar a transmissão da dor (ALLSEN et al., 2004).

Os sujeitos freqüentaram assiduamente os encontros do PAF, sendo oportunizado um espaço para dúvidas e esclarecimentos, o que, segundo nossa interpretação, favoreceu a integração e envolvimento do grupo. É possível que a melhora da qualidade de vida possa estar relacionada com o engajamento dos sujeitos na mudança de seus comportamentos através do PCT e PAF.

Destaca-se na pesquisa, a mudança positiva no domínio psicológico, em especial sobre a aceitação da aparência física e sobre o quão satisfeito o indivíduo está consigo mesmo. Segundo Tavares (2003), o desenvolvimento satisfatório da imagem corporal guarda relação com as

sensações corporais e a consciência de muitos aspectos afetivos, sociais e fisiológicos referentes ao seu corpo, onde o indivíduo confronta-se com suas possibilidades e aceita suas limitações.

Pudemos perceber, ao longo do desenvolvimento do PAF, este dilema entre possibilidades e limites em relatos auto-referenciados pelos tabagistas. Quando um indivíduo tabagista decide participar de processo de diminuição e cessação do uso do tabaco, normalmente, já existem alguns aspectos psicológicos que merecem atenção como a auto-estima, a dificuldade de adaptação a novos hábitos e autoconfiança (DOREA et al., 2004).

No início do PAF os sujeitos relataram a não aceitação do tabagismo pela família, principalmente pelos filhos. Em vários encontros, os sujeitos também relataram suas frustrações e sentimento de exclusão pela família e pela sociedade. A melhora da auto-estima é um dos benefícios que pode ser adquirido através da prática da atividade física (NAHAS, 2001). A permanência no processo de cessação do tabagismo e a participação no PAF foram aspectos muito valorizados pela equipe de saúde.

A educação em saúde procura desencadear mudanças positivas de comportamento individual, organizando programas para serem desenvolvidos nas escolas, nos locais de trabalho, ambientes clínicos e na comunidade. Já a promoção em saúde, muito embora inclua a educação em saúde em seu contexto, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém, não de forma exclusiva, por meio da legislação. Atitudes como promoção em saúde e educação em saúde devem ser enfatizadas, visando promover resultados satisfatórios na prevenção e no tratamento do tabagismo (MODENEZE, 2004).

Segundo Minkler (1985), o suporte social tem por definição qualquer informação, falada ou não, auxílio material, oferecidos por grupos ou pessoas que se conhecem e resultam em efeitos emocionais e ou comportamentos positivos.

Segundo Castro (2007), a qualidade de vida é uma área importante a ser estudada e a constatação de sua associação com a gravidade do tabagismo pode ser um caminho para sensibilizar os dependentes dessa substância a interromperem esse consumo.

Sabendo que a sensibilização é um dos estágios para alcançar uma mudança no comportamento, recorreremos de informações e orientações sobre prática da atividade física no processo de controle do tabagismo, o que favoreceu a obtenção de alguns resultados positivos.

7 Conclusões

Analisando os dados observados no texto desta dissertação, confrontados com os objetivos propostos, expressam-se as seguintes considerações:

- a) A aplicação do WHOQOL-Bref permitiu a observação de uma melhora da qualidade de vida dos sujeitos participantes.
- b) A aplicação do Teste de Fagerstrom favoreceu a observação da diminuição do grau de dependência do tabagismo, através do aumento do tempo de acendimento do primeiro cigarro do dia consumido e diminuição do número de cigarros consumidos pelos sujeitos.
- c) Os sujeitos participantes do PAF envolveram-se ativamente no programa estruturado por caminhadas e seqüências de exercícios respiratórios e de alongamento.
- d) Houve interesse especial por parte dos sujeitos sobre as informações, orientações e esclarecimentos, relacionando a qualidade de vida, atividade física e tabagismo.
- e) O mesmo interesse foi observado pela equipe interdisciplinar do Centro de Saúde.
- f) O presente estudo de caso, apontou considerações que sugerem a atividade física como uma importante ferramenta no processo de controle do tabagismo e na obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Referências

ALLSEN, P.E.; HARRISON, J.M.; VANCE, B. **Exercício e Qualidade de vida**: uma abordagem personalizada. 6ª ed. São Paulo: Manole, 2001. 294p.

BERLIM, M.T.; FLECK M.P.A. Qualidade de Vida: um novo conceito para a pesquisa e prática em Psiquiatria. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.25, nº 4, p.249-252, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle de hipertensão arterial**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1993. 232p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer –INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Implantando o Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco na escola**. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer –INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil**: Avanços, Desafios e Reafirmação de Princípios e Diretrizes. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer –INCA. **Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**: modelo lógico e avaliação. 2ª edição, Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e Pobreza, um círculo vicioso**. Brasília: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer –INCA. Pesquisas Científicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro: INCA, vol 53, nº 01, p.55-62, 2007.

CANDEIAS, N. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, nº 2, p.209-213, 1997.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**, v.100, nº 2, p.126-131, 1985.

- CASTRO, M.G., OLIVEIRA, M.S. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.43, n.2, p. 3-5, 2007.
- CAVALCANTE, J.S. **O impacto mundial do tabagismo**. Fortaleza: Realce Editora & Ind. Gráfica Ltda, 2002.
- COSTA, V.L. A questão do tabagismo em alguns hospitais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 32, nº 3, p.32- 43, 1986.
- COSTA E SILVA, L. **Uso e controle do tabagismo**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Brasília: INCA, 2004.
- DATASUS. www.datasus.gov.br, acessado em dez, 2006.
- DEHEINZELIN, D. A ação do fumo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, nº6, p.516 -22 2005.
- DÓREA, A.J.P.; BOTELHO C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, nº2, p.41- 45, 2004.
- FAGERSTROM, K; SCHNEIDER, N. Measuring nicotine dependence. **Journal of Behavioral Medicine**, nº 12, p.159-82, 1989.
- FALLOWFIELD L. - Quality of life: the missing measure in health care. **Souvenir Press**, New York, 1990.
- FLECK, M.P.A.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich E.; Vieira G.; Santos, L.; Pinzon, V. - Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública** 33 (2): 198-205, 1999.
- FLECK, M.P.A. O Instrumento de Avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100-WHOQOL-bref): Características e Perspectivas. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v.5. nº1, p.33-38, 2000.
- FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, nº2, p.178-183, 2000.
- GONÇALVES, A. VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri, SP: Manole, 2004. 300p.
- GUIDON, G.E. **Past, current and future trends in tobacco use. Health, Nutrition and Population**. Discussion Paper_Economics of Tobacco Control Paper nº 6. The World Bank. Washington; 2003.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

HORTZ, Z.M.A.A . **Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

LAPIERRE, A. **A Reeducação Física**. São Paulo: Manole, 1982. 458p.

LARANJEIRAS, R. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2002. 120p.

LEITÃO MB, LAZZOLI JK, OLIVEIRA MAB, NÓBREGA ACL, SILVEIRA GG, CARVALHO T. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde da mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v.6, p.215-220, 2000.

MATSUDO, S.M.M. **Avaliação do Idoso – Física e Funcional**. São Paulo: Porto Editora, 2000. 125p.

MATSUDO S.M.M.; MATSUDO V.K.R; ARAÚJO T. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: Análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**, v.10, p.41-50, 2002.

MAHAN, K.; KRAUSE, E.S. **Alimentos , nutrição e dietoterapia**. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARTINEZ, J.A.B.; Motas, G.A.; Vianna, E.S.; Oliveira, J.T. **Impaired quality of life of healthy young smokers**. *Chest* v.125, nº 2 p. 425-428, 2004.

MARTINS, R. M.; CAMPOS, V.C. **Guia prático para pesquisa científica**. Rondonópolis: Unir, 2003.

MEIRELES, R.H.S. Controle do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.32, nº1, p. 2-3, 2006.

MENEZES, A.M.B. Epidemiologia do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, nº 2, p.3-7, 2004.

MINKLER, M. **Building supportive ties and sense of community among the innercity elderly**. *Health Educational Quartely*. 1985.

MODENEZE, D. M. **Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico**. (Dissertação de Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

- MOISÉS, M. P. **Exercícios Respiratórios**. Rio de Janeiro: Editora Sprint, 1996.
- MONTEIRO, M. F. Exercício físico e controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v.10, nº.6, p. 24-33, 2004.
- MORAES, M. A. A prevenção e controle do tabagismo na idade escolar: uma responsabilidade da promoção e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.35, nº 2, p. 150-158, 2001.
- MORAES, J.F.D; AZEVEDO E SOUZA, V.B. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 4, nº 27, p.302-308, 2005.
- MORAES, M. A. **Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo**. (Tese de Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.
- NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001. 238p.
- NIEMAN, D. C **Exercise prescription for health**. American Academy of Kinesiology and Physical Education. USA: Ed. Quest, 1995.
- CONNOR, P. J. Chronic physical activity and feelings of energy and fatigue. **Med. Sci. Sports Exerc**, v.37, nº.2, p 299-305, 2005.
- OLIVEIRA, M.V.C. Tabagismo Passivo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, nº2, p.65-71, 2004.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Memoria de la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud**. Serie Promoción de la Salud, Washington, D.C.: OPS, nº 11, p. 214-218, 2006.
- PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P.A. Qualidade de Vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.9, supl.1, p. 4-6, 2007.
- PARGA, M. **Tabaco: Patologia e Terapia**. Santiago de Compostela: Imprenta Universitária, 1995.
- PIMENTA, A.P.A.; PALMA, A. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**.v. 9, nº 19, p.19-24, 2001.
- PIRES, G; MATIELO, E.; GONÇALVES, A. Alguns olhares sobre aplicações do conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/ Ciência do Esporte. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, vol.20, nº 01, p.10-18, 1998.

PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. São Paulo: Phorte, 2004. 176 p.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, nº 3, p.66-74, 2005.

POLLOCK, M. L; GAESSER, G. A.; FRANKLIN, B.A. The Recommended Quantity and Quality of exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Health Adults. **Med. Sci. Sport. Exerc.** vol.30, nº6, p.975-91, 1998.

PRIETSCH, S. O. M. Doenças agudas das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. **Jornal Brasileiro de Pediatria**, Supl. 78, p.22-35, 2002.

RIESTRA, I. A. **1.004 exercícios de flexibilidade**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 360p.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do Tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

ROSEMBERG, J. **Nicotina, Droga Universal**. São Paulo: SESC/CVE: 2004.

SCHALL, V. T. **Educação no contexto da Epidemia de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. 222p.

SILVA, C. R. Composição química da fumaça do cigarro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V.30, nº 12, p.176-185, 2004.

SKEVINGTON, S.M. - Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL **Development. Quality of Life research** 11:135-144, 2002.

SOUCHARD, E.P. **Respiração**. São Paulo: Summus, 1989. 120p.

TAVARES, M.C.G.C.F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri, SP: Manole, 2003. 147p.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref: quality of life assessment. **Journal Psychological Medicine**. Geneve, v.12, nº 28, p.551-58 1998.

THOMAS, J. R. NELSON, J.K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 419p.

TORRES, B. S.; GODOY, I. Doenças tabaco-relacionadas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V.30, nº 2, p. 45-51, 2004.

TRIVINOS. A.N.S. NETO. V.M. **A pesquisa qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas.** 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS / Sulina, 2004.

USSHER, M.; WEST, R.; McEWEN, A. Randomized controlled trial of physical activity counseling as an aid to smoking cessation: 12 month follow-up. **Addictive Behaviors.** v. 32, Issue 12, p. 3060-3064, 2007.

VIEIRA, S. L. M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Caderno de Saúde Pública,** v. 10, nº1, p.80-91, 1999.

VILARTA, R. **Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física.** Campinas, SP: Ipês Editorial, 2004. 156p.

VILARTA, R.; SONATI, J. G. **Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física na Funcamp.** Campinas, SP: IPES EDITORIAL, 2007.

WALKER. R. **Métodos de investigación para el profesorado.** Madrid: Ed. Morata. 1989.240 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Building blocks for tobacco control: a handbook.** Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World no tobacco day 2005 materials.** Geneva: WHO, 2005.

WHO - World Health Organization. **Health of elderly: background document.** Geneve, (WHO/HPR/HEE/95.1), 1995.

WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneve. WHO . **Technical Report Series,** nº 916, 2003.

ANEXOS

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2: TESTE DE FAGERSTROM

1. Quanto tempo, após acordar, você fuma o primeiro cigarro?
 - () de 1 a 5 minutos 3
 - () entre 06 e 30 minutos 2
 - () entre 31 e 60 minutos 1
 - () mais de 60 minutos 0
2. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos? (cinema, igreja..)
 - () Sim 1
 - () Não 0
3. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?
 - () Sim 1
 - () Não 0
4. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?
 - () Sim 1
 - () Não 0
5. Você fuma mesmo quando acamado por doença?
 - () Sim 1
 - () Não 0
6. Quantos cigarros você fuma por dia ?
 - () menos de 11 0
 - () de 11 a 20 1
 - () de 21 a 30 2
 - () mais de 30 3

Total de pontos = _____

Grau de Dependência:

0 a 2 pontos: muito baixo

3 e 4 pontos: baixo

5 pontos: médio

6 e 7 pontos: elevado

8 a 10 pontos: muito elevado

ANEXO 3: Histórico Tabagístico

Centro de Saúde Santa Odila
Programa Nacional de Controle do Tabagismo
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I. Identificação do Paciente

Nome:

No. do prontuário: Sexo: M/F Idade:

II. Histórico Tabagístico:

1. Com quantos anos você começou a fumar?

R. ____ Anos

2. Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (Pode escolher várias)

- Ao falar no telefone Após refeições Com bebidas alcoólicas
 Com café No trabalho Ansiedade
 Tristeza Alegria Nenhum
 Outros:

3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

- | Sim | Não | Às vezes | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Fumar é um grande prazer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Fumar é muito saboroso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - O cigarro te acalma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Acha charmoso fumar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Você fuma porque acha que fumar emagrece |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos |

4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?

- De 1 a 3 vezes
 Mais de 3 vezes
 Tentou, mas não conseguiu parar (seguir para a pergunta 7)
 Nunca tentou (seguir para a pergunta 8)

5. Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?

- 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes

6. Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

R.:

7. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

- Nenhuma Medicamento. Qual?
 Apoio de profissional de saúde Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, etc
 Outros

8. Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?

- Sim Não

9. Por que você quer deixar de fumar agora? (Pode escolher várias alternativas)

- Porque está afetando a minha saúde Porque não gosto de ser dependente
 Outras pessoas estão me pressionando Fumar é anti-social
 Pelo bem-estar da minha família Porque gasto muito dinheiro com cigarro

- () Eu estou preocupado com minha saúde no futuro
 () Fumar é mau exemplo para as crianças () Porque meus filhos pedem
 () Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados
 10. Você convive com fumantes na sua casa?
 () Sim, qual o grau de parentesco? () Não
 11. Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
 () Sim () Não

V – Avaliação do grau de motivação

- () Contemplativo – motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
 () Ação – já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
 () Recaído – retornou ao consumo habitual de cigarros

VI – Exame Físico

Peso: PA:

VII- Observações:

III.História Patológica Progressa

1. Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 2. Você tem diabetes mellitus?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 3. Você tem hipertensão arterial?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?
 () Sim () Não Se sim, qual? Está em tratamento? () Sim () Não
 5. Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?
 () Sim () Não Se sim, qual? Está em tratamento? () Sim () Não
 7. Você tem alergia respiratória?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 8. Você tem alergias cutâneas?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?
 () Sim () Não Se sim, qual? Está em tratamento? () Sim () Não
 10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
 13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?
 () Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
- Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão.
14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?
 () Nunca () Todos os dias () Finais de Semana () Raramente
 15. Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual?
 R:

16. Algum medicamento em uso atualmente?

Sim Não Qual?

17. Tem prótese dentária móvel?

Sim Não

Se for do sexo feminino

18. Está grávida?

Sim Não Quantos meses:

19. Está amamentando?

Sim Não

a. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Sim Não Se sim, qual?

b. No último mês você sentiu:

b.1 Tristeza Perda de interesse e prazer Energia reduzida ou grande cansaço

b.2 Concentração e atenção reduzidas Auto-estima e auto-confiança reduzida

Sentimento de culpa e inutilidade Pessimista ou deslocado

Idéias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio Sono alterado

Apetite diminuído Inquietação

c. Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Sim Não Quem?

d. O paciente apresentou durante a consulta:

Agitação Pensamento e fala lentificados ou acelerados

Falta de concentração Nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1 e b.2 das perguntas acima

Depressão Leve: Dois sintomas b.1 e dois sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada: Dois sintomas b.1 e três sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laboráveis ou domésticas.

Depressão Grave: Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

a. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim Não

b. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Sim Não

c. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Sim Não

d. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim Não

Três ou quatro respostas positivas, mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

Assinatura:

Data: / /

ANEXO 4: TEXTO DE APOIO: OSTEOPOROSE E ATIVIDADE FÍSICA.

Tabagismo e Osteoporose

A osteoporose é a mais comum patologia óssea e a que mais elimina a produtividade e qualidade de vida do indivíduo.

Os benefícios de ingestão de cálcio e outros nutrientes durante a vida adulta e no período idoso permanecem tão significativos como o período de desenvolvimento e crescimento ósseo no início da vida.

O tabagismo é um fator de risco para a osteoporose, provavelmente pelos efeitos tóxicos sobre os osteoblastos (célula óssea responsável pela formação do osso) prejudicando a absorção do cálcio.

O efeito antiestrogênico da nicotina concorre para explicar a relação da incidência de osteoporose e tabagismo (estrógeno: hormônio sexual feminino).

Verifica-se nas mulheres tabagistas aumento do metabolismo de estrógenos no fígado, com conseqüente redução da concentração sanguínea.

Outro mecanismo descrito na literatura é o de que os produtos nocivos do fumo são fatores para a deficiência de vitamina D, por meio do decréscimo do ácido fólico das hemácias, que contribui para a queda da hidroxivitamina D₃. Esta última está associada à alteração da densidade mineral dos ossos (MAHAN, 2002).

A incidência de fraturas pós-menopausa cresce nas mulheres fumantes e somente a abstinência total do fumo tem o poder de reduzir esse risco (JORNAL BRAS. PNEUMOL, 2004).

- Tragada = milhões radicais livres = envelhecimento precoce.
- Aumento da pressão arterial.
- Perda do tecido muscular, alteração óssea.
- Fator de risco para a osteoporose, prejudicando a absorção do cálcio = efeitos tóxicos sobre os osteoblastos (células responsáveis pela formação dos ossos).
- Mulheres fumantes = 01 maço por dia = déficit 05 a 10% na densidade óssea.
- Risco cumulativo (01 maço/dia) para fratura de quadril por volta dos 85 anos: 19% fumantes e 12% não fumantes.

A importância da Atividade Física

A prática regular da atividade física, trazem benefícios para a saúde causando modificações nas áreas cardiopulmonar, osteoarticular, psicológica e metabólica:

- Melhora da pressão arterial;
- Aumento do tônus muscular;
- Aumento da flexibilidade e elasticidade do tecido conectivo de ligamentos e articulações;
- Sensação de bem-estar (endorfina);
- Melhora da qualidade de vida (NAHAS,2001).

A principal explicação para o efeito da atividade física no aumento da densidade óssea seria o efeito “piezoelétrico”: é a transformação de energia mecânica em energia elétrica que acontece durante a contração muscular.

Essa energia é transmitida dos músculos para o osso através dos tendões. Isso provoca aumento na atividade dos osteoblastos, aumentando a incorporação do cálcio no osso (PITANGA, 2004).

Referências:

- MAHAN, k.; Krause, E.S. Alimentos , nutrição e dietoterapia. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.
- MENEZES, A.M.B. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jorn Bras Pneumol*, 30 (supl 2), agosto, 2004.
- NAHAS, M. V.. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.
- PITANGA, F.J.G. Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde. São Paulo: Phorte, 2004.

ANEXO 5: TEXTO DE APOIO: A RESPIRAÇÃO.

A respiração é vida. Nosso primeiro ato é respirar e respiramos até morrer. Por esse motivo, é que precisamos buscar momentos agradáveis, com tranquilidade e com um ritmo respiratório adequado, para um melhor aproveitamento da nossa respiração, favorecendo a nossa qualidade de vida.

Os principais órgãos do sistema respiratório são os pulmões, a traquéia, a glote e o nariz. Os pulmões contêm milhões de pequenos sacos cheios de ar, os alvéolos, minúsculos sacos aéreos localizados nos pulmões onde ocorrem as trocas gasosas entre os gases respiratórios (O₂ e Co₂) e o sangue. São conectados pelos bronquíolos e pela traquéia, depois com o nariz e com a boca. A cada inspiração, os alvéolos são expandidos, enquanto que, na expiração, o ar é forçado para fora dos alvéolos, até o exterior. Dessa forma, ocorre a renovação contínua do ar nos alvéolos, processo que é chamado de ventilação pulmonar, movimento do ar para dentro e fora dos pulmões, respiração externa.

A função do sistema respiratório é inicialmente de suprir oxigênio para os tecidos, e segundo, de remover o gás carbônico.

A respiração pode ser afetada por três fatores:

- Fator Fisiológico: Qualquer esforço ou enfermidade altera a respiração, e o próprio organismo ajusta automaticamente essa demanda adicional.
- Fator Emocional: As emoções alteram os padrões respiratórios, como a alegria, a tristeza, a ansiedade, o estresse, situação de perigo.
- Fator Voluntário: Como falar e cantar são atividades que prolongam a respiração e favorecem a ampliação do limite respiratório.

A função respiratória é fundamental para um melhor desempenho físico e mental, favorece aquisições do domínio de si mesmo.

A respiração é o único processo que sendo profundamente vegetativo, automático e inconsciente, pode, ao mesmo tempo, regular-se e dirigir-se conscientemente, de acordo com nossa vontade.

Referências:

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

MOISÉS, M. P. **Exercícios Respiratórios**. Rio de Janeiro: Editora Sprint, 1996.

SOUCHARD, E.P. **Respiração**. São Paulo: Summus, 1989.

ANEXO 6: TEXTO DE APOIO: A IMPORTÂNCIA DOS CALÇADOS.

A atividade física realizada de forma correta faz bem à saúde. A prática de atividade física beneficia o sistema respiratório e cardiovascular, fortalece os músculos, ajuda a perder peso e a prevenir de doenças. No entanto, sem acompanhamento profissional, a prática da atividade física de forma incorreta pode levar a sérios problemas de saúde. Entre os problemas mais comuns estão: inflamações musculares, de articulações dos joelhos e tornozelos.

Antes de qualquer indivíduo iniciar um programa de treinamento, deve-se fazer uma avaliação médica para ver se não há nenhuma restrição, especialmente no caso dos idosos. Um outro cuidado que se deve ter ao praticar esportes é em relação às roupas, que devem ser adequadas a cada modalidade esportiva e que não impeçam a transpiração. Atenção especial também deve ser dada aos calçados.

É importante escolher o calçado adequado para a atividade física que a pessoa pratica. Isso vai do tênis comum até produtos mais diferenciados. Em muitos casos, o pé é o principal ponto de contato do corpo com o ambiente externo. Um calçado com bom sistema de amortecimento, com uma boa distribuição de carga, que proteja dos impactos, pode prevenir a ocorrência de lesões e melhorar o desempenho de quem faz exercícios.

Hoje se atribui a redução das marcas de tempo em algumas modalidades esportivas à qualidade do calçado que foi desenvolvido para o atleta.

Na hora de comprar o calçado, é preciso ficar atento a alguns cuidados, como não levar marcas falsificadas e escolher o modelo mais adequado para a atividade física que você pretende fazer. Calçados para corrida ou caminhada têm que ter a parte de trás mais alta, mais gordinha. É o calcanhar do tênis que vai absorver o impacto da pisada e evitar lesões, que podem ser sérias à longo prazo.

Referência:

http://www.scf.unifesp.br/artigos/artigo_1_geriatria.htm

ANEXO 7: TEXTO DE APOIO: FUMANTES PASSIVOS.

A fumaça do cigarro exposta no ar, em ambientes fechados, coloca em risco a saúde das pessoas que não fumam, chamado de fumantes - passivos, e dividem o mesmo ambiente dos fumantes. Dependendo do ambiente e do tempo de exposição, os fumantes passivos podem estar inalando involuntariamente o equivalente a dez cigarros por dia. Esta fumaça que é inalada secundariamente consiste de uma fase gasosa e de uma fase particulada, que vão se modificando durante sua diluição e distribuição no ambiente (Jorn. Bras. Pneumol., 2004).

Dados da OMS (2003), as principais evidências de risco à saúde do fumante passivo são câncer de pulmão, tem 30% de risco de desenvolver a doença, já as doenças coronarianas equivalem a 24%, também pode apresentar irritação ocular, irritação das vias aéreas superiores, exacerbação da asma e otite média.

As crianças que convivem com pais fumantes têm maior frequência de resfriados, com maior risco de apresentar outras doenças respiratórias como bronquite e pneumonia (ROSEMBERG, 2002).

Exemplo típico de tabagismo passivo é o de feto de gestante tabagista que tem seu desenvolvimento alterado, nascendo em média com 200g a menos de peso, comparado com filhos de não fumantes. As crianças nascidas de mães que fumaram durante a gestação terão baixa densidade mineral e conseqüentemente menor desenvolvimento da massa óssea. Essas alterações ósseas são fatores de risco que estão relacionados com o baixo peso do recém-nascido e menor índice de crescimento quando comparado com crianças de gestantes que não fumaram na gravidez. Havendo inclusive maiores chances dessas crianças desenvolverem, na idade adulta, quadros de osteoartrite principalmente na coluna vertebral, mãos, joelhos e costelas (Jorn. Brs. Pneumol., 2004).

O cigarro é considerado pela OMS (2003) como maior agente de poluição doméstica e ambiental, tendo em vista que as pessoas passam 80% de seu tempo diário em locais fechados, como trabalho, residência e lazer (ROSEMBERG, 2004).

Onde quer que alguém esteja fumando, são encontradas partículas da fumaça do cigarro, principalmente em locais fechados, residenciais ou públicos. As concentrações das substâncias tóxicas da fumaça, rapidamente excedem os níveis considerados padrões para a qualidade do ar (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Referências:

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e reafirmação de Princípios e Diretrizes, 2002

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA 30 (Supl. 2), agosto de 2004.

ROSEMBERG, J. - Pandemia do Tabagismo: Enfoques Históricos e Atuais. São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

ANEXO 8: TEXTO DE APOIO: SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.

Existem substâncias no tabaco às quais o organismo sofre uma adaptação, o organismo tem um novo estado de equilíbrio. Uma ausência brusca dessas substâncias faz com que o indivíduo sinta um mal-estar físico e psicológico, o nível de ansiedade aumenta, acontece mudança do humor.

A dependência de uma droga acontece quando essa ocupa um espaço prioritário no pensamento, nas emoções e no cotidiano do indivíduo, que parar de utilizá-la torna-se difícil, como também prevalece uma vontade constante de consumi-la.

A síndrome de abstinência é um processo extremamente penoso, podendo surgir algumas reações como agitação, tremores, sudorese e culpabilidade após a decisão de parar de fumar. A intensidade e a duração desse quadro pode ser diferente em determinadas situações, mas as características são as mesmas.

Uma das estratégias utilizadas para combater o tabagismo é a redução de cigarros, como não fumar no período da manhã, já que o metabolismo é diferente do período da tarde. Após esse processo de 2 a 3 meses, deixar de fumar no período da tarde e após 2 a 3 meses não fumar a noite, tudo é progressivo para conseguir um resultado definitivo. Podem acontecer os lapsos, isto é, quando o indivíduo que está nesse processo de parar de fumar, acende um cigarro. Nesse processo é preciso uma tomada de decisão, uma conscientização dos malefícios do tabaco, uma percepção corporal, um apoio familiar, acompanhamento médico como psicológico, um grupo que promova motivação e atividades que preencham essa lacuna que a falta do cigarro causa.

Segundo o CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2002) a abstinência do cigarro:

- Após 20 minutos: a pressão arterial tende normaliza, a frequência do pulso tende normalizar e a temperatura das mãos e pés tende normalizar.
- Após 08 horas: nível de monóxido de carbono no sangue diminui, aumenta o nível de oxigenação no sangue.
- Após 24 horas: diminui riscos de problemas cardíacos.
- Após 48 horas: as terminações nervosas começam a regenerar, o olfato e o paladar tornam-se mais aguçados, ocorre diminuição do monóxido de carbono no organismo e diminuição em torno de 50% da chance de infarto.
- Após 72 horas: a árvore brônquica relaxa favorecendo a respiração, a capacidade pulmonar aumenta e a função pulmonar aumenta em até 30%.
- Após 02 semanas a 03 meses: a circulação sanguínea aumenta e a prática atividade física torna-se menos cansativa.
- De 1 a 09 meses: diminui a tosse, a congestão nasal, a fadiga e a dispnéia (falta de ar); movimento ciliar dos brônquios volta ao normal, purificando os pulmões e reduzindo os riscos de infecções respiratórias e aumento da capacidade física.

Referência:

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e reafirmação de Princípios e Diretrizes. Brasília, 2002.

ANEXO 9: TEXTO DE APOIO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA.

Sinônimos e nomes populares:

Trombose, flebite, tromboflebite, flebotrombose e doença tromboembólica.

O que é?

A trombose venosa profunda (TVP) é o desenvolvimento de um trombo (coágulo de sangue) dentro de um vaso sanguíneo venoso com conseqüente reação inflamatória do vaso, podendo, esse trombo, determinar obstrução venosa total ou parcial.

A TVP é relativamente comum (50 casos/100.000 habitantes) e é responsável por seqüelas de insuficiência venosa crônica: dor nas pernas, edema (inchaço) e úlceras de estase (feridas) e sua principal complicação precoce é a Embolia Pulmonar.

O que se sente?

Os sintomas da TVP variam muito, desde clinicamente assintomático (cerca de 50% dos casos de TVP passam despercebidos) até sinais e sintomas clássicos como aumento da temperatura local, edema (inchaço), dor, empastamento (rigidez da musculatura da panturrilha).

Como o médico faz o diagnóstico?

Quando a TVP se apresenta com sinais e sintomas clássicos são facilmente diagnosticada clinicamente. Na maioria das vezes isso não acontece e são necessários exames complementares específicos, tais como: flebografia, ecodoppler a cores e ressonância nuclear magnética.

Fatores de Risco:

A Trombose Venosa Profunda, hospitalar ou extra-hospitalar, ocorre com mais freqüência em pessoas portadoras de determinadas condições que podem facilitar a formação de coágulos no interior das veias das pernas - condições predisponentes. São elas:

- tabagismo;
- idade avançada;
- impossibilidade ou dificuldade de andar ou se movimentar normalmente;
- obesidade;
- presença de varizes grossas nas pernas;
- período pós-operatório;
- fase final da gestação e pós-parto;
- uso de anticoncepcionais orais e terapia de reposição hormonal;
- presença de insuficiência cardíaca;
- presença de doença maligna (câncer) em atividade;
- história anterior de outra trombose venosa;
- indivíduos com anormalidade genética do sistema de coagulação (trombofilia);

Como se previne?

O fato de a TVP ocorrer em pacientes hospitalizados que ficam muito tempo acamados ou em cirurgias grandes faz com que a prevenção seja necessária. Portanto, nestes casos, utilizam-se medicações anticoagulantes em baixas doses para prevenir a TVP.

Já para pessoas em geral o simples fato de caminhar já é uma forma de prevenção. Ficar muito tempo parado, sentado propicia o aparecimento de TVP. Portanto, sempre que possível, não ficar muito tempo com as pernas na mesma posição.

A prevenção em regime hospitalar gerou a criação do Protocolo Nacional de Profilaxia da

Trombose Venosa Profunda e sua implementação pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e, mais recentemente, o lançamento das diretrizes, que orientam a classe médica brasileira em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

A prevenção extra-hospitalar da doença, é caracterizada por uma série de medidas e posturas simples que devem ser adotadas pelos portadores de condições de risco.

Estas medidas devem facilitar o retorno do sangue venoso:

- realização de pequenas caminhadas rotineiramente a cada 2 horas
- movimentação ativa dos pés e pernas durante o período em que permanecem sentados;
- utilização de roupas confortáveis e mais largas durante as viagens;
- não utilizar ou utilizar com moderação as bebidas alcoólicas;
- evitar o uso de comprimidos para dormir;
- evitar o fumo;
- as pessoas com maior dificuldade de locomoção devem dar preferência às poltronas no corredor das aeronaves, ou mesmo dos ônibus, visando as caminhadas regulares, ou o deslocamento nas paradas rotineiras;
- utilização sob orientação e prescrição médica, de meias de compressão elástica, particularmente nas pessoas com insuficiência venosa e/ou varizes;
- em algumas circunstâncias, sob estrito controle e indicação médicas, pode ser necessária a utilização de substâncias anticoagulantes.

A utilização adequada destas medidas pelas pessoas portadoras de condições predisponentes ao aparecimento da Trombose Venosa Profunda com certeza irá contribuir para diminuir a incidência de episódios de tromboembolismo venoso em viagens.

Referência:

www.sbacv-nac.org.br (Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

ANEXO 10

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE UM GRUPO DE TABAGISTAS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA INTERDISCIPLINAR EM CENTRO DE SAÚDE:
A QUESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA**

Pretendemos, através desta pesquisa, avaliar a qualidade de vida e a influência de um programa de atividade física em indivíduos que participam do Programa de Controle do Tabagismo no Centro de Saúde Santa Odila, Campinas-SP.

Fica garantida ao participante da pesquisa, total liberdade de se recusar em participar ou retirar seu consentimento em qualquer período da pesquisa, sem penalização e prejuízo. Será respeitado o sigilo que assegura a privacidade do sujeito quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Reclamações ou perguntas ao comitê de ética em pesquisa através do telefone: (19) 3521-8936.

Esclarecimentos quanto à pesquisa podem ser obtidos com os pesquisadores através dos telefones citados a seguir.

Após ler atentamente e compreender as informações citadas,

eu, _____, portador do

RG: _____ concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura

Professor Orientador
Prof Dr Roberto Vilarta

Pesquisadora
Jane Domingues de Faria Oliveira