

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TATIANE DA SILVA CAMPOS

**CESSAÇÃO DO TABAGISMO: O IMPACTO DAS IMAGENS DE
PROPAGANDAS NOS MAÇOS DE CIGARRO**

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MG
2013**

TATIANE DA SILVA CAMPOS

**CESSAÇÃO DO TABAGISMO: O IMPACTO DAS IMAGENS DE
PROPAGANDAS NOS MAÇOS DE CIGARRO**

Monografia apresentada ao Curso Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Anadias Trajano Camargos

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MG
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Campos, Tatiane da Silva

CESSAÇÃO DO TABAGISMO: O IMPACTO DAS
IMAGENS DE PROPAGANDAS NOS MAÇOS DE CIGARRO
[manuscrito] / Tatiane da Silva Campos. - 2013.

41 p.

Orientador: Anadias Trajano Camargos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do
título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais
de Saúde.

1.imagens maços de cigarro. 2.propagandas de cigarro.
3.cessação do tabagismo. I.Camargos, Anadias Trajano.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

Tatiane da Silva Campos

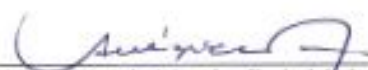
**“CESSAÇÃO TABAGISMO: O IMPACTO DAS IMAGENS DE
PROPAGANDAS NOS MAÇOS DE CIGARRO”**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Anadias Trajano Camargo (Orientador)



Prof. Anézia Moreira Faria Madeira

Data de aprovação: 14/12/2013

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar esse trabalho aos meus pais, Tania e Jorge, pois sem eles eu não estaria aqui, jamais teria alcançado esse título e é graças ao incentivo e educação deles que busquei sempre me aprimorar pessoal e profissionalmente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem sua benção e iluminação jamais teria chegado a qualquer lugar.

Aos meus pais, Tania e Jorge, por todo amor, carinho e dedicação. Por me aguentarem nos momentos de stress, onde eu pensei que não conseguiria chegar à realização de mais esse sonho. Vocês são tudo para mim...

Ao meu irmão, Rodrigo, especialmente por ter me acompanhado no dia da seleção. Graças a você eu fui a Lafaiete pela primeira vez de carro, fui aprovada neste curso... e assim tomei coragem para continuar.

A minha professora e orientadora Anadias por toda ajuda e apoio durante o curso e em especial neste TCC.

A minha querida família: primas, primos, tias, tios e avós por acreditarem em mim. Em especial às primas Rejane, Karina, Fernanda e Raiane... AMO TODOS VOCÊS.

A minha amiga Flavia, por ter me enviado o edital deste curso... Sem você eu não teria ficado sabendo e nada disso teria acontecido.

As minhas amigas, em especial Karla, Lívia, e Priscila, deixo aqui minhas sinceras desculpas por meu afastamento durante esse período de formação acadêmica. Era impossível manter a vida acadêmica e nossas baladas.

A amiga Ana Flávia e seu pai “Camarão” pela hospedagem e todo carinho às minhas idas em Lafaiete.

Aos meus amigos de Lafaiete que reencontrei neste momento de estudo. Foi tudo perfeitooo!

A toda equipe da Fundação IMEPEN, e em especial à minha equipe de enfermagem por ter me apoiado neste momento.

As minhas queridas companheiras Darcilia e Arise por todo incentivo e apoio.

RESUMO

O tabagismo é uma das maiores causas evitáveis de morte prematura e incapacidade no mundo. Ajudar os fumantes a parar de fumar é uma das mais rentáveis intervenções disponíveis na prática clínica. Assim, promover a cessação do tabagismo deve ser prioridade principal em todos os países e para todos os profissionais de saúde. A partir de 2003 o Brasil implantou a política que torna obrigatória a presença de imagens nos maços de cigarro, demonstrando grande parte dos problemas que o cigarro pode causar. Delineou-se como objetivo do estudo analisar os artigos que descrevem o impacto das imagens de propaganda nos maços de cigarro e que contribuem para a cessação do tabagismo. Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa. Inicialmente houve uma busca e foram selecionados 7 artigos disponíveis nas bases de dados do Bireme, Lilacs, e Scielo, na língua portuguesa, que tratam a temática proposta e que foram publicados nos últimos 10 anos (2003 a 2012). Os dados que emergiram da pesquisa foram analisados e incluídos na revisão aqueles que atenderam ao objetivo do estudo. Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que os autores ainda que se contradizem, e que não existe uma opinião formada sobre os reais impactos que as imagens trazem para a cessação do tabagismo. Com base nos estudos realizados podemos concluir que será necessário realizar novos estudos e obter maiores conhecimentos a respeito de como utilizar as políticas públicas para melhorar a assistência prestada aos usuários de tabaco e promover qualidade de vida à população.

Palavras-chave: “imagens maços de cigarro”, “cessação do tabagismo” e “propagandas de cigarro”.

ABSTRACT

Smoking is a major preventable cause of premature death and disability worldwide. Helping smokers to quit smoking is one of the most cost-effective interventions available in clinical practice. Thus promote smoking cessation should be top priority in all countries and for all health professionals. Since 2003 Brazil implemented a policy that mandates the presence of images on cigarette packs, showing most of the problems that smoking can cause. Was outlined as a goal of the study is to analyze the articles that describe the impact of advertising images on cigarette packs that contribute to smoking cessation. This is a study of Integrative Review. Initially there was a search and 7 articles were available in selected databases Bireme, Lilacs and SciELO, in Portuguese, which treat the subject proposal and that were published in the last 10 years (2003-2012). The data that emerged from the survey were analyzed and included in the review who met the study objective. The results of this study allow us to conclude that the authors still contradict, and that there is an opinion about the real impact that the images bring to smoking cessation. Based on the studies we conclude that further studies will be needed and get more knowledge about how to use public policies to improve assistance to tobacco users and promote quality of life for the population.

Key-words: "Pictures cigarette packs", "smoking cessation" and "cigarette advertisements."

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1 – população e amostra do estudo	28
2 – códigos de identificação e títulos dos artigos incluídos na presente revisão	31
3 – classificação dos estudos	32
4 – características metodológicas dos estudos	33

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico	Página
1 - Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade usuária de Tabaco fumado ou não fumado, por sexo, segundo as Grandes Regiões – 2008	21

SUMÁRIO

	Página
1 – Introdução	13
2 – Objetivo	16
3 – Revisão de literatura	17
1.1 Tabagismo	17
3.2. Dados epidemiológicos do Tabagismo	18
3.3 Tabagismo X o Sistema Único de Saúde	23
3.4 Dispositivos Legais que Tratam do Anti Tabagismo no Brasil	24
4 – Referencial metodológico	26
5 – Discussão dos resultados	31
6 – Considerações finais	35
Referências	37
Anexo	41

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde consiste numa situação de bem-estar físico, psíquico e social. O tabagismo leva o seu usuário ao prejuízo de todas estas esferas, com associação de diversas doenças provocadas pelo tabaco, além de desenvolver dependência física e emocional do cigarro, que por si só já representa uma doença. O cigarro possui mais de 4.700 substâncias nocivas, porém, somente uma vicia: a nicotina (WHO, 2008).

No mundo, 47% dos homens e 12% das mulheres fumam. No Brasil: 12,9 a 25% da população são fumantes. Atualmente, mais de 200 mil mortes por ano estão ligadas às conseqüências do uso do tabaco. Países em desenvolvimento, como o Brasil, têm dois terços dos fumantes do mundo, que aumenta o risco de morbi-mortalidade, e reduz a expectativa de vida (BRASIL, 2011). Projeta-se que, em 2030, mais de 8 milhões de pessoas morrerão pelo tabagismo por ano e que 80% destas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento (WHO, 2008).

A cessação do fumo é medida não farmacológica e farmacológica recomendada no tratamento de diversas doenças crônicas de alta morbi-mortalidade (VI DIRETRIZ HAS, 2010; ADA, 2011; II DIRETRIZ DPOC, 2004; BREGMAN, 2004). O tabagismo é uma das maiores causas evitáveis de morte prematura e incapacidade no mundo. Ajudar os fumantes a parar de fumar é uma das mais rentáveis intervenções disponíveis na prática clínica. Neste sentido, promover a cessação do tabagismo deve ser prioridade principal em todos os países e para todos os profissionais de saúde, em serviços de atenção primária, secundária e terciária (DIAS, 2004; EDWARDS, 2004; UNAL, 2005).

Assim, todo profissional de saúde precisa saber que deixar de fumar é um processo que leva tempo, que necessita em média de 3 a 4 tentativas para parar de fumar para se ter êxito; que em apenas 15% dos casos terão sucesso na primeira tentativa (REICHERT, 2008). Corroborando com a idéia do autor, Doll, (2004) ressalta que parar de fumar em qualquer idade é medida benéfica e aumenta a expectativa de vida. A prevalência do tabagismo é geralmente mais alta entre a população mais pobre; para reduzir a prevalência do tabagismo, morbidez e mortalidade, torna-se imperativo identificar estratégias que possam aumentar o acesso ao tratamento entre fumantes de baixa renda. Para serem eficientes e sustentáveis, as estratégias devem ser ajustadas aos valores, recursos e sistemas de saúde de cada país (ROGERS, 2004).

Embora seja o segundo maior exportador de tabaco no mundo (atrás da China), o Brasil foi um dos primeiros a assinarem o tratado da Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo (Framework Convention in Tobacco Control – FCTC) e é líder mundial em iniciativas de saúde pública de controle do tabagismo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo instituiu, nos pacotes de cigarro, alertas altamente sofisticados sobre os riscos do fumo à saúde, lançou campanhas de cessação e prevenção intensas e produziu avaliações econômicas dos custos da epidemia do tabagismo (BRASIL, 2011).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão responsável, no Brasil, por todas as medidas preventivas e de intervenção quanto ao tabagismo, tem implementado métodos eficazes de controle desse vício, bem como realizado treinamento sistemático e assistência técnica para profissionais de serviços de saúde. O plano do INCA consiste na disponibilidade de tratamento em grupo e acesso gratuito à medicação de cessação através do sistema universal de saúde do Brasil (Sistema Único da Saúde – SUS) (BRASIL, 2011).

O tratamento do tabagismo no Brasil é norteado por dois documentos importantes: Portaria n° 1.035/GM e Portaria SAS/MS n° 442, os quais foram adotados nacionalmente em maio e agosto de 2004, respectivamente. Estas portarias orientam o tratamento comportamental, baseado em terapia de grupo, princípios cognitivo-comportamentais e inclui pelo menos quatro sessões interativas, nas quais as experiências dos pacientes são solicitadas, informações e estratégias para deixar de fumar são fornecidas, avalia-se o progresso, promove-se a discussão em grupo, e novos objetivos são estabelecidos para a sessão seguinte (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para o tratamento medicamentoso através do INCA que incluem a bupropiona, o adesivo de nicotina e a goma de mascar de nicotina. A participação em grupos e a medicação são fornecidos sem onerar o fumante, se receitados pelas unidades de saúde pública do SUS, incluindo Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), clínicas ambulatoriais, instituições de saúde mental e hospitais (BRASIL, 2011).

O treinamento de profissionais, o material educativo e a dispensação de medicamentos para controle e tratamento da cessação do tabaco, são disponibilizados mediante o compromisso das instituições que oferecem tratamento se tornarem centro de tratamento do tabagista. Tal medida consiste em se fazer um projeto, encaminhá-lo à Coordenação Municipal de Controle e Tratamento do Tabagismo para municípios acima de 100 mil habitantes ou diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, para municípios com menor número de habitantes. Uma vez aprovado o projeto, aquela unidade fica compromissada em

seguir as orientações dadas pelo INCA, a fazer relatórios periódicos da situação de cada tabagista em tratamento (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde realizou enquetes de prevalência de tabaco para a população, e constatou que pessoas com idade acima de 15 anos, em 15 capitais estaduais e no Distrito Federal, são tabagistas. No Brasil, como em outros países, a prevalência do tabagismo e as taxas de cessação variam amplamente entre regiões geográficas e grupos demográficos. Em geral, a prevalência do tabagismo foi de 17%, embora a prevalência por região tenha variado, tendo sido de 12,9% em Aracaju e 25,2% em Porto Alegre. Em Belo Horizonte, a capital do Estado de Minas Gerais, a prevalência do tabagismo foi de 20,4% e quase um em cinco (19,8%) dos não fumantes relatou exposição à fumaça do cigarro em suas próprias residências (PETAB, 2008).

Nesse sentido, justifica-se a elaboração deste estudo sobre a situação do impacto das imagens nos maços de cigarro para tabagistas, de modo a fornecer dados que possam auxiliar na sua assistência integral, melhorando assim, a oferta de ações para o tratamento dos usuários, e sensibilizando os profissionais da área de saúde quanto à necessidade de intervenções ao uso do tabaco, garantindo melhoria na qualidade de vida dos sujeitos contribuindo para redução do alto percentual da taxa de morbimortalidade causada pela manutenção do vício do tabagismo.

2. OBJETIVO

Analisar os artigos que descrevem o impacto das imagens de propaganda nos maços de cigarro e que contribuem para a cessação do tabagismo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Em abril de 2011, a OMS realizou a primeira reunião para avaliar todas as evidências, análises estatísticas e estudos referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O enfoque de atuação está na prevenção das doenças e seus fatores de risco. No centro, ou seja, como fatores principais a serem abordados, estão as Doenças Cardiovasculares (DCV), Doenças Respiratórias Crônicas, Câncer e Diabetes, doenças essas que precisam ser abordadas com atenção especial, sua prevenção e tratamento. No entorno, para se atingir essas metas e obter resultados significativos quanto à redução de mortalidade, a atuação deve ser feita primeiramente para combater os fatores de risco modificáveis que necessitam ser avaliados constantemente nos serviços de Atenção à Saúde. Os principais fatores que devem receber atenção especial são o uso de tabaco, álcool, dieta e sedentarismo (WHO, 2011).

Ressalta-se, ainda, que o tabagismo é um importante fator de risco para a população, por desenvolver complicações de doenças crônicas não transmissíveis. Portanto, deve-se identificar a necessidade de melhor entender o perfil de usuários de tabaco e, assim, traçar melhores tratamentos.

3.1 Tabagismo

Desde 1993, a dependência à nicotina, causada pelo consumo do tabaco, está classificada como doença crônica pela OMS no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2004).

Segundo relatório da OMS, a taxa de fumantes ultrapassa 1 bilhão de pessoas em todo o mundo e o número de mortes anuais devido ao tabagismo chega aos 5 milhões, evidenciando uma séria ameaça à saúde pública global (WHO, 2008). Esse mesmo levantamento destaca que a dependência de tabaco é responsável atualmente por um alto percentual das mortes entre homens de 35 a 69 anos de idade. Nos países desenvolvidos, o consumo de tabaco está relacionado com 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), aproximadamente 20% das mortes por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares (WHO, 1999). Esta epidemia de proporção mundial propiciou a

ação mundial para controle do tabagismo.

Destacamos como marco histórico das ações relacionadas ao Tabagismo a “*Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT)*”, que ocorreu em maio de 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), envolvendo a participação dos estados membros das Nações Unidas. A partir desta convenção, originou-se o primeiro tratado internacional de saúde pública propondo ações, principalmente relacionadas à redução da demanda da oferta do tabaco. A CQCT considerou o tabagismo uma epidemia global e apresentou o consumo e a exposição à fumaça do tabaco como um problema de saúde pública, com conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas que determinaram a implementação de medidas para “reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco” (BRASIL, 2011).

O Brasil foi um dos primeiros países a assinar o tratado e é líder mundial em iniciativas de saúde pública para controle do consumo de tabaco com as intensas campanhas de cessação e prevenção do tabagismo. Cabe destacar o papel fundamental do INCA que coordena e executa, em âmbito nacional, o programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco para o câncer, visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e outras doenças relacionadas ao tabaco. O INCA tem implementado métodos eficazes de controle do consumo de tabaco, bem como realizado treinamento sistemático e oferecido assistência técnica para trabalhadores de serviços de saúde envolvidos no controle do tabagismo.

3.2 Dados epidemiológicos do tabagismo

De acordo com a OMS, o tabagismo é uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. Os dados publicados em 2008 mostraram que o uso do tabaco causa aproximadamente 5 milhões de mortes todos os anos. A estimativa é de que um terço da população mundial adulta seja fumante, sendo que, nos países em desenvolvimento, os tabagistas constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina. Já nos países desenvolvidos, a participação das mulheres mais do que triplica (WHO, 2008). Nos Estados Unidos, cerca de 440.000 mortes anuais são causadas em consequência do tabagismo. Um estudo realizado no período de 2005 a 2010 mostrou que, em 2010, 19,3% da população

adulta se declarava como tabagista, número esse inferior ao declarado em 2005, que correspondia a 20,9%. A porcentagem de tabagistas que utilizavam de 1 a 9 cigarros por dia aumentou de 16,4% para 21,8% enquanto que a proporção de fumantes “pesados” (>30 cigarros dia) caiu de 12,7% para 8,3%, mostrando, assim, que a prevalência de tabagismo nos Estados Unidos vem diminuindo com o passar dos anos. O número de homens e mulheres tabagistas está bem semelhante, sendo que 21,5% dos homens se declararam tabagistas, enquanto que 17,3% das mulheres fizeram o mesmo relato (KING, 2011).

Na Europa, segundo dados de um estudo publicado em 2002, são mais de meio milhão de mortes anuais em consequência do tabagismo, caracterizando assim que 30 em cada 100 europeus adultos são fumantes diários. Essas mortes têm causas e características bem diferentes dependendo da região, uma vez que a epidemiologia do tabagismo é bem distinta em todos os países da Europa.

A mortalidade por câncer de pulmão e doenças isquêmicas do coração é de 5 a 6 vezes maior nos países do Norte e Centro Europeu se comparados com os países do Sul da Europa (França, Espanha, Portugal e Itália). A maioria dos tabagistas na Europa são do sexo masculino, mas desde a década de 80, o número de usuários de tabaco vem diminuindo, cerca de 30% até a década de 90, levando assim ao aumento das pessoas tratadas para cessação do vício e a diminuição do número de jovens usuários. Vale ressaltar, ainda, que o tabagismo passivo esteve presente em 30 a 50% das residências onde foram colhidos dados para estudos (FERNÁNDEZ, 2002). Os países da Europa vêm criando muitos incentivos para a prática do ambiente livre do tabaco e, assim, diminuir os riscos e danos para a saúde da população.

Apesar disso, a Europa é responsável por uma grande produção de tabaco, uma vez que 10 entre os 25 principais produtores de tabaco no mundo estão nesse continente. Podemos citar a Alemanha, Rússia, Reino Unido, Polônia, Países Baixos, Espanha, Grécia, Itália, Bulgária e França (FERNÁNDEZ, 2002). O consumo de tabaco vem diminuindo na maioria dos países da União Europeia, mostrando que apesar da sua grande produção, este produto não está sendo exportado para outros países (FERNÁNDEZ, 2002).

Concluindo, vale lembrar que o risco de desenvolver um evento cardiovascular em consequência do tabagismo existe para qualquer raça e idade quando se faz uso de produtos de tabaco.

No Brasil, um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde (MS), em 2008, apontou um percentual de 17,2% de brasileiros usuários de produtos derivados do tabaco na faixa etária de 15 ou mais anos de

idade. Dentre estes, 21,6% (14,8 milhões) eram homens e 13,1% (9,8 milhões) mulheres. Vale ressaltar que, entre os 82,8% dos participantes que se declararam não fumantes, 26 milhões afirmaram ser ex-usuários de tabaco (IBGE, 2009).

Ainda em 2003, uma pesquisa nacional realizada identificou um declínio da prevalência de tabagistas no Brasil quando comparada com outro levantamento publicado em 1989. A frequência estimada de fumantes entre a população adulta diminuiu de 34,8% em 1989 para 22,4% em 2003. Por outro lado, a porcentagem de fumantes pesados (que fumam 20 ou mais cigarros por dia) aumentou de 28,6% no ano 1989 para 32,1% em 2003 (MONTEIRO, 2007). Além disso, entre os fumantes brasileiros que passaram por profissionais de saúde em 2008, 57% foram incentivados a cessar o uso do tabaco (U.S. DHHS, 2004). Este cenário justifica os esforços que vêm sendo realizados pelo programa brasileiro de controle do tabagismo em aumentar o suporte e a qualidade dos serviços públicos especializados em ajudar os fumantes a cessar o uso do tabaco (MONTEIRO, 2007).

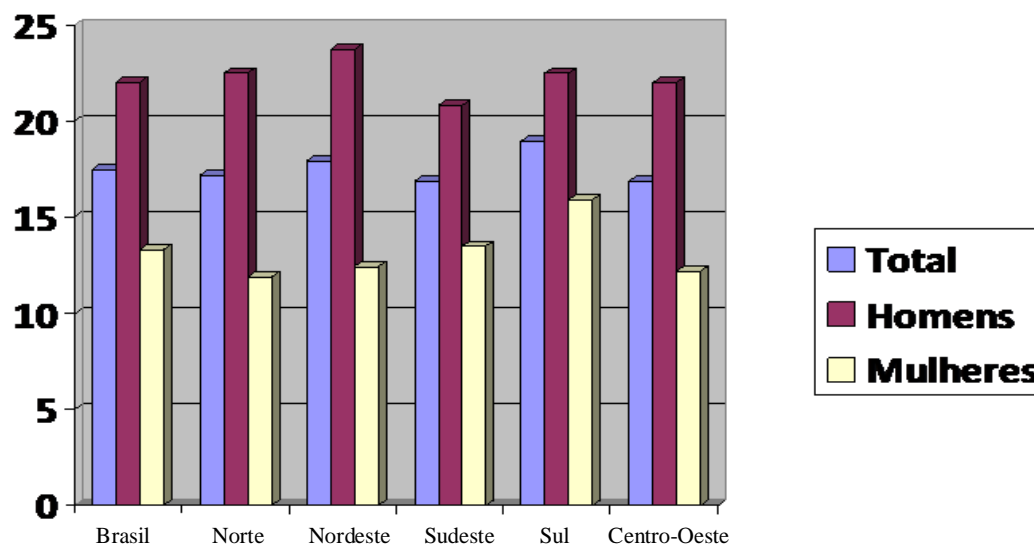
Dentre os adultos, 18,9% dos fumantes do sexo masculino relatam consumo diário de tabaco e dentre as mulheres, 11,5% relatam o mesmo hábito. Cabe destacar que 78,4% dos homens e 86,9% das mulheres declararam ser não fumantes. Mencionamos ainda que 64,7% dos adultos pesquisados relataram nunca ter consumido derivados de tabaco. As mulheres ocuparam a maior parte desta porcentagem (71,7%) e os homens com 15 anos ou mais de idade ocuparam 57,0% (IBGE, 2009). Sabemos que as mulheres procuram mais serviços de saúde com a intenção de obter ajuda para cessação do tabagismo, mas alguns estudos sugerem que as mulheres têm maior dificuldade em parar de fumar devido a uma maior probabilidade de depressão, ao controle do peso e a alterações hormonais do ciclo reprodutivo (FIORE, 2008).

Em 1989, um levantamento nacional apontou 2,7 milhões de adolescentes fumantes na faixa etária entre 10 e 19 anos (INAN, 1989). Outro estudo realizado entre 1187 adolescentes em Pelotas (RS) no ano de 2003, apontou que a maioria dos adolescentes (55%) iniciou o uso entre 13 e 15 anos, e 22,5% entre 7 e 12 anos. Cabe destacar que 56% dos entrevistados fumavam mais de cinco cigarros por dia. Este estudo evidencia que a idade do primeiro uso está cada vez mais precoce, dado que nos chama atenção devido à maior probabilidade dos adolescentes fumantes se tornarem adultos tabagistas (MALCONA, 2003).

As análises regionais do uso do tabaco por pessoas com 15 anos ou mais evidenciam que o percentual mais elevado de usuários está na Região Sul (19,0%) e os menores na região Centro-Oeste e Sudeste (16,9%). Apesar de a região Sudeste apresentar uma menor

prevalência, por ser a região mais populosa do país, apresenta um número maior de fumantes totalizando 10,5 milhões de usuários. As parcelas de homens usuários de tabaco foram maiores (comparados aos índices de mulheres) em todas as regiões, se aproximando do dobro nas regiões Norte e Nordeste. Entre os homens, os números mais elevados de fumantes foram no Nordeste (4,2 milhões de fumantes) e no Sul (2,3 milhões de fumantes). O Sul e o Sudeste apresentam os maiores percentuais de mulheres fumantes: 15,9% e 13,5%, respectivamente (IBGE, 2009).

Gráfico1: percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade usuária de Tabaco fumado ou não fumado, por sexo, segundo as Grandes Regiões – 2008



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, tabagismo 2008; Rio de Janeiro, 2009.

No Brasil, o tabagismo é até duas vezes mais prevalente entre as pessoas com pouca ou nenhuma educação, em comparação com as pessoas com mais anos de escolaridade (FIORE, 2008).

Ainda não temos dados referentes a outras populações que apresentam alta prevalência de tabagismo em estudos, como nas pessoas com transtornos psiquiátricos, incluindo abuso de outras substâncias, portadores de HIV e também entre comunidades com laços históricos ou culturais relacionados à produção e utilização de tabaco (FIORE, 2008).

Em 2011, o VIGITEL - Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico (2006 a 2011), identificou que 16,2% dos entrevistados se declararam sendo tabagista. Em 2011, essa

prevalência caiu para 14,8%. Dentro desta população, em 2011, foi observado que 18,1% eram do sexo masculino e 12% do sexo feminino, mostrando que ainda a prevalência entre homens é maior que em mulheres (VIGITEL, 2012).

Segundo o DATASUS, as prevalências de fumantes para o VIGITEL 2006 foi de 16,2%, ex-fumantes 22,1% e fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia foi de 4,6% (VIGITEL, 2007), mostrando uma pequena redução desses valores da coleta realizada para o ano de 2006 em relação à coleta de 2011. Não foi relatado no VIGITEL 2006 o índice de fumantes passivos no domicílio e no trabalho.

Vale destacar, ainda, que o Brasil apresenta um mercado ativo na produção e consumo de outras formas de tabaco como cigarro de palha, cachimbo, charuto, rapé e fumo. A prevalência do consumo desses produtos alternativos de tabaco não é bem conhecida, pois a grande maioria das pesquisas não inclui perguntas sobre estes diferentes tipos de uso, e alguns estudos consideram essas formas de consumo menos prejudiciais à saúde. No entanto, sabe-se que mesmo as formas alternativas de consumo contêm outras substâncias que são prejudiciais à saúde como, por exemplo, o monóxido de carbono. O uso de produtos de tabaco sem fumaça como o rapé aumenta muito o risco de lesões cancerosas na mucosa oral e boca (leucoplasia). Assim, as formas alternativas de consumo também apresentam risco de desenvolvimento de câncer e necessitam ser tratadas com estratégias de prevenção. Os profissionais de saúde devem orientar também esses pacientes a cessar o uso e estabelecer planos terapêuticos (CRITCHLEY, 2003; EBBERT, 2004; CRITCHLEY, 2004).

Segundo o Petab-2008, Minas Gerais, num total de 15270 pessoas entrevistadas com 15 anos ou mais de idade, 7324 eram do sexo masculino e 7946 do sexo feminino. O percentual das pessoas que trabalhavam em locais fechados e foram expostas à fumaça do tabaco no trabalho, na população de 15 anos ou mais de idade foi de 28,1%, sendo que 27,2% eram de não fumantes (BRASIL 2011), ou seja, levando a grande porcentagem de não fumantes à exposição ao tabagismo passivo e seus possíveis malefícios.

Os dados do Petab 2008 mostram que em Minas Gerais, 75,4% da população entrevistada de 15 anos ou mais de idade que observaram informações anticigarro nos 30 dias anteriores à data da entrevista, destes 41,8% relataram ser em jornais e revistas, 67,5% televisão ou rádio e 34,4% em outros meios de divulgação. Dentre os que se declaram fumantes, 92,4% relataram ter observado as fotos ou advertências sobre os malefícios do cigarro que estão impressas nos maços de cigarro e 72% pensaram em parar de fumar devido

à visualização dessas fotos e advertências contidas nas embalagens de cigarro (BRASIL, 2011).

Um dado muito interessante descrito no Petab-2008 sobre o estado de Minas Gerais é que 96,7% dos entrevistados acreditavam que poderiam ter doenças graves causadas por cigarro, 70,6% acreditavam que poderiam sofrer um derrame, 87,3% sofrer um ataque cardíaco e 95,1% ter câncer de pulmão (BRASIL, 2011).

Em 2008, o MS no seu relatório por estados mostrou que, no Brasil, a prevalência de tabagismo foi de 16,1% e em Belo Horizonte a frequência do hábito tabágico era 19,2%, sem diferenças entre os sexos (SNVS, 2009). Já o VIGITEL 2011 mostrou que Belo Horizonte tem um dos maiores índices de tabagistas maiores de 18 anos em todo o Brasil, com 16% da população se declarando como tabagista ativo, colocando-a assim em 5º lugar entre todas as capitais (VIGITEL, 2012).

3.3 Tabagismo X sistema de saúde

A prevenção e tratamento do tabagismo estão entre as intervenções de melhor custo-efetividade, contribuindo para a economia de um país e de um sistema de saúde. Deve-se levar em conta que os tratamentos das complicações, como exemplo o câncer de pulmão, são muito mais caros e aumentam em muito pouco a sobrevida desses pacientes (RIGOTTI, 2011). Uma simples abordagem do profissional de saúde durante seu contato com o paciente fumante pode levar de 2,7 a 3,7% desses pacientes a deixar de fumar, reduzindo assim os gastos com o tratamento das condições crônicas e dos agravos advindos pelo uso do cigarro (BRASIL, 2004; CRITCHLEY, 2003; RIGOTTI, 2011; ERHARDT, 2009).

Os gastos que o sistema de saúde tem com tratamento para hipertensão arterial sistêmica (HAS), elevações dos níveis de colesterol e infarto agudo do miocárdio (IAM) são muito maiores que as despesas com as medicações para terapia de reposição à nicotina nos pacientes com maior dependência. Assim, os gastos do sistema para tratamento das complicações advindas do tabagismo poderão ser investidos em recursos para outras áreas ou até mesmo para o tratamento de outras condições de saúde (BRASIL, 2004; CRITCHLEY, 2003; RIGOTTI, 2011; ERHARDT, 2009).

Os custos relacionados ao tabagismo, muitas vezes, não são gastos diretos, sendo a maioria advinda de complicações causadas por esse, ou seja, gastos indiretos. No Brasil, um estudo mediu esses gastos indiretos no ano de 2005, com o custo do tratamento das principais

doenças tabaco-relacionadas para indivíduos com mais de 35 anos (PINTO, 2010).

Para o sistema de saúde, o custo-efetividade com tratamentos para cessação do tabagismo é grande, pois o seu tratamento tem gastos muito menores que a liberação de verbas para tratar todas as complicações advindas, após o uso prolongado do produto (RIGOTTI, 2011). Um paciente ex-tabagista, depois de 5 anos de cessação, possui a normalização dos marcadores inflamatórios estimulados pelo consumo do tabaco inalterados como de uma pessoa que nunca fumou, reduzindo assim em 36% seu risco de um evento coronariano (ERHARDT, 2009). Apesar de existir o programa de tratamento na atenção primária a saúde, muito pouco tem sido feito no Brasil no nível de atenção secundária e terciária, para combater ou alcançar a cessação.

3.4 Dispositivos legais que tratam do anti tabagismo no Brasil

Apesar de todo nosso conhecimento científico sobre o tabagismo, como fator de risco para desenvolvimento de doenças graves e muitas vezes fatais, e também sobre a sua própria caracterização como condição crônica ligada à dependência da nicotina, após anos o governo brasileiro adotou medidas para a proibição das propagandas estimulando o uso. Com isso, iniciou-se com as anti-propagandas que mostram os malefícios causados pelos produtos derivados do tabaco através de fatos verídicos em ilustrações nos maços de cigarro (SILVA, 2006).

A Lei 9294/96 proibiu veiculação de propagandas de cigarro, justificando-se pelos malefícios que o seu uso pode causar à saúde. O Ministério da Saúde implementou as anti-propagandas que começaram a mostrar à população que o cigarro mata. A indústria, por sua vez, começou a recorrer, pois suas propagandas estimulavam o consumo demasiadamente.

Além disso, pouco antes da implementação dessa lei, em 1994, na época Presidente da República, Itamar Franco, iniciou com a política anti-tabagismo, proibindo a veiculação de imagens e falas de incentivo na televisão, rádio e nas ruas. No ano de 2000, Fernando Henrique Cardoso e o Ministério da Saúde, voltaram a atuar com novo Projeto de Lei, sendo este muito mais restritivo e praticamente suprimindo a propaganda de cigarros e tabaco no país. Mas somente em 2003, tornou-se obrigatória a presença de imagens nos maços de cigarro que mostravam grande parte dos problemas que o cigarro pode causar. Vale ressaltar, ainda, que as fotos são pequenas, quase ilegíveis e que a mídia, principalmente, a TV não mostra as imagens e não trabalha a real importância dessas informações (SILVA, 2006).

Após a implantação da lei anti-fumo no Brasil, as propagandas e divulgações sobre os malefícios e problemas adquiridos com o uso de cigarro vêm sendo altamente mostrados na mídia. Ainda, 91,5% dos entrevistados acreditavam que respirar a fumaça liberada pelo cigarro de uma pessoa que estivesse fumando próximo a ela, poderia lhe causar doenças graves (BRASIL, 2011).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A revisão integrativa da literatura, de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), é a mais ampla abordagem metodológica e permite a inclusão de estudos experimentais ou não, para compreensão completa do fenômeno analisado.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), “inclui a análise de pesquisas relevantes” que vão subsidiar a tomada de decisão para prestar uma melhor assistência durante a prática. Possibilita conhecer um determinado assunto mais profundamente e aponta deficiências no conhecimento que precisam ser estudadas para melhoria da prestação de cuidados. Este tipo de pesquisa, através da análise de vários estudos publicados, nos possibilita obter as melhores conclusões a respeito de um determinado assunto. É muito utilizado pela enfermagem, pois assim os profissionais podem realizar a leitura de vários materiais sobre um determinado conhecimento científico que está disponível.

De acordo com Bastos, et al (2012) apud Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa é composta por 8 fases, descritas resumidamente a seguir:

✓ Fase 1 - **identificação do problema:** elaborar a pergunta chave que norteará sua pesquisa. Deve-se também estabelecer os critérios de inclusão no estudo, as variáveis de interesse, a população alvo e a estrutura da amostra dos estudos elegíveis. Criar o Protocolo de Revisão.

✓ Fase 2 - **levantamento da literatura:** procurar nas principais bases de dados da saúde, dentre elas Scielo, Lilacs, Medline com os descritores de interesse os artigos que poderão compor sua amostra.

✓ Fase 3 - **avaliação crítica dos estudos:** análise crítica dos estudos elegíveis para sua revisão. Definição das informações que serão extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos.

✓ Fase 4 - **análise de dados:** ordenação, codificação e categorização, resumo dos dados coletados e uma conclusão unificada sobre o problema de pesquisa.

✓ Fase 5 - **Redução dos dados:** classificação dos estudos em subgrupos, de acordo com as metodologias e seus níveis de evidência; cronologia; características da amostra; ou uma classificação conceitual pré-determinada.

✓ Fase 6 - **Apresentação dos dados**: através de gráficos, fluxo, o que possibilitar uma melhor visualização de padrões e relações entre os dados dos diferentes estudos, facilitando a interpretação das informações.

✓ Fase 7 - **Comparação dos dados**: identificar as relações podendo ser construído por conceitos ou ordem temporal. Interpretação dos resultados.

✓ Fase 8 - **Conclusões**: são identificadas evidências que assemelham ou diferem os estudos. Devem ser explicitados os limites da revisão realizada sob o ponto de vista metodológico.

O presente estudo foi desenvolvido a partir da análise de artigos que tratam a temática do tabagismo pela associação com a alteração da imagem do maço de cigarro. O estudo pretende analisar se as imagens colocadas nos maços de cigarro tiveram algum impacto sobre o consumo e conseqüente redução do uso do tabaco. Para isto, serão selecionados os artigos disponíveis nas bases de dados do Bireme, Lilacs, PUBmed e Scielo que tratem da temática proposta e que foram publicados nos últimos 10 anos (2003 a 2012).

Para visualizar melhor as fases da pesquisa, descreveremos a seguir todas essas etapas e como elas foram realizadas.

Fase 1 - Identificação do Problema

A pergunta norteadora que direciona o estudo destaca a inquietação da autora que vem aumentando ao longo da sua atuação profissional. Assim sendo, elaborou-se a pergunta norteadora para a qual deseja-se obter resposta: “Qual o impacto que as imagens nos maços de cigarro causam aos consumidores de tabaco?”

Será de extrema importância realizar esta análise, pois percebemos que muitos usuários não se importam com as imagens trazidas nas propagandas. Acreditamos que essa resposta será encontrada na literatura levantada e isso poderá contribuir com os usuários do tabaco. Nesse sentido, pretendemos saber o que os estudiosos discutem sobre o assunto publicaram nos últimos 10 anos sobre essa temática.

Fase 2 – Levantamento da Literatura

Para iniciar essa fase foi necessário identificar e selecionar os estudos que fizeram parte da amostra da pesquisa e para isso optou-se pelos descritores: “imagens maços de

cigarro”, “cessação do tabagismo” e “propagandas de cigarro”. Foi realizado a pesquisa nos principais bancos de dados de artigos constantes do quadro 1.

Para seleção dos estudos, foi feita a leitura dos títulos e resumos de cada publicação, cuja estratégia de busca foram os descritores do estudo e, através disso foram feitas as adequações dos critérios de inclusão. Cada estudo selecionado foi nomeado com um código em sequencial, de acordo com a ordem de busca, para melhor identificação e organização dos estudos.

Para que se obtivesse um controle das referências utilizadas, realizou-se o download dos estudos pré-selecionados na íntegra, salvando-os em um arquivo pessoal da pesquisadora, facilitando o acesso aos dados sempre que necessário. Posteriormente, procedeu-se a leitura de cada estudo pré-selecionado na íntegra.

Não foram encontrados artigos com os descritores “imagens maços de cigarro AND cessação do tabagismo” e “imagens maços de cigarro AND propagandas de cigarro”. Nenhum artigo foi encontrado no PUB MED;

QUADRO 1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA/ DESCRITORES	População	Amostra
BIREME	“imagens maços de cigarro” or (imagens maços de cigarro) [Descritor de assunto]	13 artigos completos	7
SciELO	“imagens maços de cigarro” or (imagens maços de cigarro) [Descritor de assunto]	3 artigos completos	2*
LILACS	“imagens maços de cigarro” or (imagens maços de cigarro) [Descritor de assunto]	9 artigos completos	6*
	TOTAL	25	7*

Fonte: dados do estudo

*Os artigos encontrados para amostra no SciELO e Lilacs estavam disponíveis também na BIREME e, portanto, foram contabilizados apenas uma vez. A amostra final do trabalho em questão está representada por 7 artigos.

Os critérios de inclusão considerados para seleção de artigos que atenderam ao objetivo do trabalho foram:

- artigos publicados em português;
- que no título ou resumo mostrassem relação com a temática pesquisada;
- que tenham sido publicados nos últimos 10 anos (2003 a 2012);
- que atenderam ao objetivo do trabalho.

Fase 3 - avaliação crítica dos estudos

Para levantar os dados foi utilizado um questionário específico (anexo 1), que contém informações importantes para classificação dos trabalhos de acordo com o tema de interesse.

Para uma melhor análise dos dados e identificação dos estudos a serem utilizados, realizamos a criação dos códigos, que se deu a partir da inclusão dos artigos no estudo. Após análise criteriosa do assunto referido nos artigos encontrados, criamos o código de A1 a A7 para identificação. Esse identificador foi utilizado consecutivamente de 1 a 7, de acordo que a leitura e coleta de dados foram realizadas.

As características dos estudos analisados foram registros conforme o questionário modelo, elaborado para este fim (anexo 1). Os dados avaliados foram:

- Identificação: Título do artigo, base de dados, nomes dos autores, país de publicação, idioma e o ano de publicação do estudo.
- Local de realização do estudo: Nome da instituição de ensino onde foi realizado o estudo e quais as outras instituições incluídas no estudo.
- Tipo e nome da revista onde foi publicado: se as publicações estavam em revista de enfermagem, médica, área da educação ou outras áreas da saúde.
- Características metodológicas dos estudos: Delineamento da pesquisa e o objetivo do estudo.
- Avaliação do rigor metodológico: foi avaliado se o estudo possuía clareza no rigor metodológico.

Após essa coleta de dados passamos para os próximos passos da revisão integrativa, descritos como fase 4 e 5 (análise de dados e redução dos dados). Após leitura minuciosa, e realização da seleção, os dados foram analisados pela pesquisadora.

Ao todo, foram encontrados 25 estudos, dos quais 9 foram excluídos por repetição em bases de dados e 9 por não se adequarem aos critérios de inclusão. Do total de publicações

obtidas, apenas 7 delas atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos e abordavam à temática do presente estudo.

As fases 6 e 7 (apresentação dos dados e comparação dos dados) serão apresentadas a seguir, no item discussão dos resultados. A fase 8, conclusões, serão apresentadas nas considerações finais.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta revisão integrativa, analisou-se sete estudos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente na metodologia e a seguir apresentam-se em quadros utilizadas para coleta e análise dos estudos.

A quadro 2 apresenta os códigos de identificação e os títulos dos estudos analisados. Vale ressaltar que, como encontramos um numero muito restrito de trabalhos para análise foi utilizado uma dissertação de mestrado. Todos os artigos analisados atendiam ao objetivo e respondiam a pergunta norteadora do presente estudo, e contribuiram para a elaboração de conhecimento sobre o impacto real que as imagens nos maços de cigarro causam nos usuários tabagistas.

QUADRO 2 – CÓDIGOS DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA PRESENTE REVISÃO

Código de identificação	Título do artigo
A1	Representação social das advertências sanitárias entre alunos universitários fumantes e não fumantes
A2	Sinais de fumaça: narrativas de risco nas imagens das advertências sanitárias de maços de cigarro
A3	Imagens aversivas veiculadas nos maços de cigarros: significados atribuídos por universitários da área da saúde de uma universidade pública estatal
A4	Imagens de advertências impressas nos maços de cigarros brasileiros: a busca da anti-propaganda
A5	Impacto das imagens de prevenção do uso de tabaco veiculadas em maços de cigarro na perspectiva de adolescentes
A6	Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros
A7	Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro

Fonte: dados do estudo

Dos 7 trabalhos analisados, 100% constavam na base de dados BIREME; 85,7% no LILACS; e 28,6% no ScIELO. Nenhum trabalho estava indexado no PUBMED. Vale ressaltar que 2 estudos encontravam-se em 3 bases de dados, 5 estudos estavam em 2 bases de dados e 1 estudo em apenas 1 base de dados.

Os 7 artigos foram publicados recentemente, o que mostra uma deficiência nas publicações sobre a temática. A Lei antitabágica é recente (2003), a partir de 2009 que

iniciaram-se as publicações: 1 (14,3%) dos artigos foram publicados no ano de 2009; 1 (14,3%) no ano de 2010; 3 (42,8%) no ano de 2011; e 2 (28,6%) no ano de 2012, conforme apresentado na quadro 3.

Conforme descrito na metodologia, todos os artigos foram escritos no idioma português. Todos foram realizados em instituições brasileiras, e 3 estudos (42,8%) realizados em parceria entre instituições. Todos os estudos tiveram os locais de realização identificados. Apenas 1 estudo não foi realizado em instituição de ensino (FIOCRUZ).

Os estudos foram publicados em diversos tipos de revistas, sendo 2 (28,6%) em revistas de enfermagem, 1 (14,3%) publicado em revista na área de educação, e 4 (57,1%) em revistas de outras áreas de saúde. Nenhum estudo sobre a temática foi publicado na área médica.

QUADRO 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

ID	Ano de publicação	Instituição de ensino	Nome da Revista	Tipo de Publicação	Clareza/rigor metodológico
A1	2012	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Poços de Caldas	Revista da rede de enfermagem do nordeste	Enfermagem	Sim
A2	2011	FIOCRUZ; ENSP	Dissertação	outras áreas da saúde	Sim
A3	2011	Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)	Ver. Eletrônica de saúde mental, álcool e drogas	outras áreas da saúde	Sim
A4	2011	Fiocruz	Sociedade Interdisciplinar de Comunicação	área da educação	Não
A5	2012	Duas escolas no município de Belo Horizonte-MG	Revista Mineira de Enfermagem	Enfermagem	Sim
A6	2010	UFRJ	História, Ciência de Saúde	outras áreas da saúde	Não
A7	2009	Unicamp	Ciência e saúde coletiva	outras áreas da saúde	Sim

Fonte: dados do estudo

A quadro 3 descreve ainda sobre a clareza metodológica dos estudos, reforçando que 2 estudos não apresentam detalhes sobre a metodologia utilizada para realização do estudo.

A quadro 4 descreve os estudos quanto ao tipo de abordagem metodológica e ao objetivo do estudo. Destes, 4 estudos (57,1%) da amostra não apresentaram qual tipo de abordagem utilizada na metodologia e 1 estudo (14,3%) não apresentou objetivo. Um mesmo estudo não apresentou nenhuma característica metodológica em sua descrição.

QUADRO 4 – CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DOS ESTUDOS

Código de identificação	Delineamento metodológico	Objetivo do estudo
A1	Pesquisa qualitativa por representação social	identificar a representação de universitários fumantes e não fumantes acerca das advertências sanitárias nos maços de cigarro.
A2	Não definida	identificar como as estratégias antitabagistas podem se constituir como estratégias de governamentalidade e quais são os elementos utilizados por ela. Para chegar a esses elementos nos detivemos num caso específico – as advertências sanitárias com imagens nas embalagens de cigarros.
A3	Metodologia qualitativa, especificamente o estudo de caso	analisar as características e significados atribuídos por estudantes universitários tabagistas, da área de saúde, mediante as imagens e mensagens aversivas, estampadas no verso dos maços de cigarro, e sua consequente influência sobre esse comportamento e hábitos de fumar.
A4	Não definida	descrever o processo de construção das imagens de advertências sanitárias impressas nos maços de cigarros brasileiros desta década, como uma busca pela anti-propaganda.
A5	Abordagem qualitativa, com emprego da técnica do estudo de caso definido	apresentar os resultados da pesquisa intitulada “Uso de tabaco entre adolescentes em escolas da rede pública de Belo Horizonte” para avaliar a efetividade das imagens publicitárias de cigarro, especificamente as fotos de advertência nos maços de cigarro, utilizadas no país entre 2008 e 2009, para a prevenção do consumo de tabaco na adolescência.
A6	Não definida	Não definido.
A7	Não definida	analisar artefatos pedagógicos culturais - imagens veiculadas nas embalagens de cigarros - e que fazem parte das estratégias do Ministério da Saúde no combate ao tabagismo, disponibilizadas no <i>site</i> do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Fonte: dados do estudo

A quadro 4 mostra dados bem consistentes sobre o objetivo de cada estudo, ou seja, sempre direcionam o foco principal; a importância que essas imagens têm na abordagem ao fumante. Além disso, uma avaliação muito interessante foi expressa ao observar as conclusões dos estudos que compõem a presente revisão integrativa. Vale ressaltar um resumo dessas

colocações. Sendo assim, a análise nos leva as considerações a seguir.

O estudo A1 avaliou as representações das imagens para 25 universitários, que cursavam fisioterapia, enfermagem e psicologia, e concluiu que as pessoas apresentam sentimentos negativos em relação às imagens expressas nas embalagens e preferem não olhar para elas.

Já o estudo A2 trata-se de uma dissertação, que apesar de diferir dos demais trabalhos, foi de suma importância para aprimoramento desta revisão. A conclusão interessante do estudo foi que as imagens veiculadas aos maços de cigarro não trazem nenhuma menção a uma vida saudável sem o cigarro, como acontecia anteriormente com as propagandas que mostravam a vida com o cigarro de forma saudável. As figuras mostram sempre o fracasso, sofrimento e letalidade do produto.

Quanto ao A3, também foi analisado as representações para estudantes universitários, sendo 4 do curso de enfermagem, 4 do curso de medicina e 2 de fonoaudiologia. O estudo também concluiu que a presença das imagens não apresenta grande influência na população estudada e que são necessários outros estudos para definir qual o real impacto psicológico e as singularidades envolvidas no processo de percepção das imagens.

O estudo A4 trata-se de uma descrição dos dados importantes quanto às imagens, sem metodologia bem definida e conclui que estamos no momento propício para discutir sobre a eficácia na proteção da saúde da população.

Estudo A5 avaliou 92 estudantes de 12 a 17 anos. A conclusão foi que as propagandas não se mostraram inibidoras na cessação e início do uso nesta população e que até os dias atuais o cigarro é visto como um produto sedutor, sinal de liberdade e prazer. Além disso, propôs ao estado intervenções que aconteçam na linguagem dos jovens e com intervenção das cores e sabores liberados atualmente.

O artigo A6 também trata-se de uma descrição dos dados importantes quanto às imagens, sem metodologia e conclui que as imagens têm alto impacto de relevância emocional e que o Brasil é um pioneiro nas ações de combate e prevenção às conseqüências do uso do tabaco.

O trabalho A7 retrata aspectos importantes sobre as leituras feitas das imagens impressas nos maços de cigarro. Sua conclusão foi que as imagens expressam pedagogias culturais, contradizendo às mensagens anteriores do uso do tabaco, onde agora o tabagismo é visto como algo indesejável e vergonhoso do ponto de vista social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou-nos conhecer o que os estudiosos já publicaram a respeito do impacto das imagens de propaganda nos maços de cigarro e que contribuem para a cessação do tabagismo. Durante a pesquisa observamos que os malefícios que os produtos de tabaco provocam ao organismo, demonstrado nessas imagens impressas nos maços de cigarro ainda não apresentam número de estudos disponíveis em bases de dados suficientes para a verificação de sua eficácia.

Alguns dos estudos concluíram que seria muito mais interessante que o governo brasileiro mostrasse os malefícios de fumar e não as conseqüências que o tabaco causa à saúde, pois essa realidade apesar de chocar, ainda demonstra resistência e desinteresse dos usuários, favorecendo assim o processo de negação do que se é apresentado nas embalagens.

Os resultados mostraram, ainda, a alta prevalência dos fatores de riscos ao ser humano e em especial, aos dependentes físicos e emocionais do tabaco, além disso criticam as políticas que deveriam focar os benefícios de não fumar, mostrando como a vida pode apresentar qualidade e sucesso sem a utilização de substância que traz dano à saúde do ser humano, deixando-o viciado, pois assim seria muito mais fácil atingir as diversas populações, em especial os jovens, evitando o início do uso dos produtos.

Assim, podemos concluir que os estudos ainda se contradizem, e que não existe uma opinião formada pelos autores sobre os reais impactos que as imagens trazem para a cessação do tabagismo. Devemos, assim, realizar novos estudos para obter melhor conhecimento sobre a eficácia dessa política pública, de forma a melhorar a assistência prestada aos tabagistas e promover qualidade de vida à toda população.

O estudo foi de suma importância para formação pessoal e profissional visto que ainda necessitam de mais informações para melhorar a assistência prestada aos tabagistas. Atuando em um centro de tratamento às condições crônicas, o tratamento do tabagismo necessita ser visto como prioridade. Assim, as políticas de saúde implantadas pelo INCA para tratamento desta doença, ainda necessitam ser avaliadas para verificar se todo investimento está sendo realmente válido, e está contribuindo para a cessação, ou se novas estratégias necessitam ser feitas para abordagem mínima do fumante, seja em consultório ou nas embalagens dos maços de cigarro.

Finalmente, o intuito foi provocar uma reflexão a respeito do tabagismo e a dependência do sujeito usuário de produto do tabaco, porém é preciso que gestores, universidades e sociedade civil, bem como os profissionais de saúde que exercem papel de

educadores reavaliem essas políticas de atenção ao tabagismo no Brasil. A implementação de ações educativas dentro das escolas de formação na área de saúde são de extrema importância. A conclusão desse curso em formação pedagógica me tornou capaz de perceber o quanto importante seria a mudança dos currículos e o início de atividades educativas em todos os níveis de educação. O planejamento administrativo dessas ações pode nos trazer melhores resultados de todas as ações ligadas as políticas públicas para controle e cessação do tabagismo.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical Care in Diabetes 2011. **Diabetes Care**, 2011;34(supl1):1-51;
- Bastos, M. A. R.; Caldeira, V. P.; Magalhães, Z. R.; Silqueira, S. M. F. Módulo 7: Investigando Questões Da Educação Na Área Da Saúde. **CEFPEPS**. Belo Horizonte, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **PNSN: estatísticas sobre hábitos de fumo no Brasil**. Brasília, DF, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Ação Global para o Controle do Tabaco – **1º Tratado Internacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 52 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Vigitel. Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil, DF: Ministério da Saúde, 2007. 92 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: Relatório de Situação: Minas Gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Convenção-Quadro para o controle do Tabaco**. Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil, DF: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Diretoria de Pesquisas; Coordenação de Trabalho e Rendimento. **PETAB - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008**; Rio de Janeiro, 2009
- CRITCHLEY, J. A.; CAPEWELL, S. Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients with Coronary Heart Disease - A Systematic Review. **JAMA**, v. 290, n. 1, p. 86-97, July, 2003.
- CRITCHLEY, J. A.; UNAL, B. Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review. **Thorax**, London, v. 58, n. 5, p. 435-443, 2003.
- CRITCHLEY, J. A.; UNAL, B. Is smokeless tobacco a risk factor for coronary heart disease? A systematic review of epidemiological studies. **European Journal of Preventive Cardiology**, France, v. 11, n. 2, p. 101-112, 2004.
- DIAS, I. N. B.; GALIL, A.G.S.; SOUSA, S.M.C.; ROCHA, L.M.; FERREIRA, M.A.; SIMAS, R.C.V.; SILVA, M.L.V.; ROCHA, A.J.N. Análise de fatores de risco cardiovasculares e complicações de hipertensos e diabéticos tabagistas num serviço do SUS. **Revista Diabetes Clínica**, 2004; 8(5): 366-370;

DIRETRIZ. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC-2004. **J Bras Pneumol** 2004;30(supl3):s1-s42;

DIRETRIZ.VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Revista Hipertensão** 2010;13(1):1-68;

DIRETRIZ. BREGMAN R. Prevenção da Progressão da Doença Renal Crônica. **J Bras Nefrol** 2004; 3(supl 1):11-14;

DIRETRIZES. REICHERT, J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C.M.C.; GODOY, I.; CHATKIN, J.M.; SALES, M.P.U.; SANTOS, S.R.R. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia- Diretriz para Cessação do Tabagismo- 2008. **J Bras Pneumol** 2008;34(10):845-880;

DOLL, R; PETO, R; BORECHANM, J; SUTHERLAND, J. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. **BMJ** 2004;328:1519–1527;

EBBERT, J.O.; CARR, A. B.; DALE, L.C. Smokeless tobacco: an emerging addiction. **Med Clin North Am**, v. 88, n. 6, p. 1593-1605, 2004.

EDWARDS, R. The problem of tobacco smoking. **BMJ** 2004; 328(24):217-219;

ERHARDT, L. Cigarette smoking: An undertreated risk factor for cardiovascular disease. **Atherosclerosis**, v. 205, n. 1, p. 23–32, 2009.

FERNÁNDEZ, E.; SCHIAFFINO, A.; BORRÁS, J. M. Epidemiología del tabaquismo en Europa. **Rev. salud pública de México**, v. 44, p. 11-19, 2002. Suplemento 1.

FIORE, M. C. et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. **Public Health Service**. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KING, B. et al. Vital Signs: Current Cigarette Smoking Among Adults Aged ≥ 18 years – United States, 2005-2010. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, v. 60, n. 35, p. 1207-1212, set. 2011.

MALCONA, M. C.; MENEZES, A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2003.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto **Contexto Enferm, Florianópolis**, v.17, n.4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MONTEIRO, C. A. et al. Population based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 85, n. 7, p. 527-534, 2007.

NASCIMENTO, Billy E.M. et al. Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, jul. 2010, p.243-252

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Custos de doenças tabaco relacionadas para o SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, jun. 2010.

RIGOTTI, N. A. et al. Offering Population-Based Tobacco Treatment in a Healthcare Setting - A Randomized Controlled Trial. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 41, n. 5, p. 498–503, 2011.

ROGERS, E.M. A prospective and retrospective look at the diffusion model. **J Health Commun.** 2004;9 Suppl 1:13-19

REINALDO, A.M.S.; GOECKIN, C.C.; SILVEIRA, B.V. Impacto das Imagens de Prevenção do Uso de Tabaco Veiculadas em Maços de Cigarro na Perspectiva de Adolescentes. **REME – Rev. Min. Enferm.**;16(3): 364-372, jul./set., 2012

RENNÓ CSN; LEITE TMC. Representação social das advertências sanitárias entre alunos universitários fumantes e não fumantes. **Rev Rene.** 2012; 13(4):909-18

RENOVATO RD *et al.* Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1599-1608, 2009

RUAS, E.C.M.; ESTELLITA-LINS, C. Imagens de advertências impressas nos maços de cigarros brasileiros: A busca da anti-propaganda. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Recife, PE – 2 a 6 de setembro de 2011**

SILVA, A.S.; CASTIEL, L.D. Sinais de fumaça: narrativas de risco nas imagens das advertências sanitárias de maços de cigarro. **FIOCRUZ / ENSP.** Rio de Janeiro, junho de 2011.

SILVA, D. F; GOBBI, C. S.; TOSCANO, A. L. F. C.; Mito e Verdades: O Efeito da Propaganda na Sociedade em Relação ao uso do Cigarro. UNI-FACEF; Centro Universitário de Franca; Portal de periódicos eletrônicos; **revista eletrônica de comunicação.** v. 1, n. 2 (2006); ISSN 1809-9696

SOUZA, A.S.; CAMPOS, C.J.G. Imagens aversivas veiculadas nos maços de cigarros: Significados atribuídos por universitários da área da saúde de uma universidade pública estatal. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) jan-abr 2011;7(1).

SOUSA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-06, 2010.

UNAL, B.; CRITCHLEY, A.; CAPEWELL, S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. **BMJ** 2005;doi:10.1136/bmj.38561.633345-8F.d-6;

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General.** Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

WHITTEMORE, R.; KNALF, K.. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oregon, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. **The World Health Report 199: making a difference.** Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. **Report on the global tobacco epidemic: the mpower package.** Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Noncommunicable Diseases Country Profiles.** Geneva, 2011. 209 p.

ANEXO 1

Instrumento para a coleta de dados

1- Identificação

- Título do artigo _____
- Código de identificação _____
- Base de dados _____
- Autores: nome; graduação _____
- País _____
- Idioma _____
- Ano de publicação _____

2- Local de realização do estudo

- Instituição de ensino _____
- Outras instituições _____
- Não identificado o local _____

3- Nome da revista onde foi publicado _____

Tipo de Publicação:

Enfermagem () Publicação médica ()

área da educação () outras áreas da saúde ()

4 - Características metodológicas dos estudos

- Tipo de publicação e abordagem da mesma _____
- Objetivo do estudo _____
- outros. etc. _____

5- Avaliação do rigor metodológico

- Clareza no rigor metodológico _____

Fonte: do autor.