TRANSTEORIA E ANÁLISE ESTRATÉGICA NO CONTROLE LOCAL DO TABAGISMO

ZARZAL-COLOMBIA, 1999.

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

GUSTAVO ALONSO CABRERA ARANA

Tese de Doutorado em Saúde Pública

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Departamento de Prática de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo

Orientadora:
PROFA.DRA. NELLY MARTINS FERREIRA CANDEIAS

SAO PAULO
1999

RESUMO

Cabrera G. **Transteoria e análise estratégica no controle local do tabagismo, Zarzal-Colômbia, 1999.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

O consumo de tabaco é uma escolha comportamental globalmente disseminada cujos riscos e efeitos na saúde têm sido largamente demonstrados. No controle global, regional, nacional e local do tabagismo, teorias e modelos do comportamento individual, organizacional, comunitário e social têm sido incorporados nas intervenções. **Objetivo** Aplicar os modelos Transteórico dos Estágios de Mudança-MT e de Análise Estratégica em Promoção da Saúde-MAEPS da OMS, para orientar um levantamento de dados e o planejamento de uma intervenção de controle local do tabagismo.

O MT foi proposto em 1979 por James Prochaska para explicar a mudança comportamental de dependentes químicos e adictos ao cigarro; hoje é usado para explicar mudanças individuais, em relação aos comportamentos com efeitos na saúde, segundo cinco variáveis: estágios e processos de mudança, tentação, balanço decisório e auto-eficácia. O MAEPS/OMS é uma matriz instrumental produto das discussões técnicas da III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Sundsvall-Suécia, 1991; sintetiza as estratégias discutidas com vistas a se criar ambientes favoráveis, de suporte à saúde: políticas públicas, regulamentação, reorientação organizacional, advocacia, mediação, facilitação da mudança, empoderamento e mobilização comunitária.

Método Mediante inquérito domiciliar probabilístico, foi realizado levantamento de dados com 138 residentes urbanos do município de Zarzal-Colômbia, experientes no consumo regular de cigarro. Foram estudadas as variáveis gênero, idade, estado civil, escolaridade, iniciação, consolidação, duração e freqüência do consumo. Com base no MT, classificou-se à amostra populacional segundo estágios de mudança e caracterizou-se o histórico e freqüência de recaídas e tentação para fumar, o balanço decisório e a auto-eficácia para abandonar o cigarro. **Resultados** O 42 % dos participantes foram pre-contempladores, 50 % contempladores, 1 % preparavam-se para mudar, 2 % foram classificados no estágio de ação e 5 % no de manutenção da condição de ex-fumante. O nível de escolaridade e a tentativa de abandono do cigarro nos últimos doze meses foram as variáveis associadas à intenção atual de mudança no consumo. O forte desejo de fumar (44 %), as rotinas do grupo social (26 %) e o stress (19) foram as causas mais frequentes de recaída no consumo. Levando em conta o levantamento de dados e subsídios conceituais orientadores do uso do MAEPS/OMS, planejou-se uma proposta multi-estratégica de intervenção para o controle local do tabagismo.

Descritores: Modelo transteórico. Estágios de mudança. Tabagismo. Promoção da saúde. MAEPS.
Descriptores: Modelo transteórico. Etapas de cambio. Tabaquismo. Promoción de salud. MAEPS.
Key words: Transtheoretical model. Stages of change. Smoking. Health promotion. HELPSAM.

SUMMARY

Cabrera G. **Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo, Zarzal-Colômbia, 1999.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

Smoking is a worldwide choice spreaded whose risks and effects in health have been showed. In Zarzal, Columbia, one of the main causes of death and lost of healthy life of population is the smoking habit. In a global, nationàl, regional and local of smoking epidemy control, theories and models of individual behavior and organizational, communitary and social changes have been applied to support many interventions.

The axis of health promotion, nowadays, are multi-strategics approaches, participatory interventions, focused in people and, principally, supported in theories and models. Therefore, in this work, two models where used: theTranstheoretical to guide a survey and the Health Promotion Strategy Analisys Model-HELPSAM, to plain a local smoking control proposal.

The first Transtheoretical model version was proposed by James Prochaska in 1979 to explain the chemical dependents and smokers behavior changes. Nowdays this model explain individual changes in relation to behavior with effects in health, according to five constructs or variables: stages and processes of change, temptation, decisional balance and self-efficacy. The empiric validation of model by several groups of North American researches and in some european countries is a basis to showed as the most important theorethical and conceptual innovation in relation to several behaviors and health and to plain some health promotion interventions. The HELPSAM/WHO is a product of technical discussions at III International Conference in Health Promotion, held in Sundsvall-Sweden, 1991; is indicated to strategic planning in health promotion interventions at local, national or global level. Summarize strategies reviewed in Sundsvall to create supporting environments to health: public policy, regulation, organizational reorientation, advocacy, mediation, helping people change, empowerment and community mobilization. Empirical contrastation of HELPSAM/WHO has been made and disseminated principally in Europe.

The survey was made based on a probabilistic domiciliar sample with 138 urbans inhabitants with expierence in regular somking. Gender, age, marital status, study, initiation, consolidation, frequency and duration of smoking was studied in sample people. Based on the Transtheoretical model, the population interviewed was classified according to stage of change; also was characterized in this sample the history and frequency in smoking relapse, the temptation to smoking, the decisional balance and self-efficacy to stop of smoke. Base on data and following orientations to use HELPSAM/WHO, a multi-strategical local plain to smoking control intervention was proposed.

Key words: Transtheoretical model. Stages of change. Smoking. Health promotion. HELPSAM.
Descriptores: Modelo transteórico. Etapas de cambio. Tabaquismo. Promoción de salud. MAEPS.
Descritores: Modelo transteórico. Estágios de mudança. Tabagismo. Promoção da saúde. MAEPS.

RESUMEN

Cabrera G. **Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo, Zarzal-Colômbia, 1999.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

El consumo de tabaco es una opción comportamental globalmente difundida cuyos riesgos y efectos en la salud han sido ampliamente demostrados. En el control global, regional, nacional y local de la epidemia de tabaquismo, teorías y modelos del comportamiento individual, organizacional, comunitário y social han sido incorporados en las intervenciones. **Objetivo** Aplicar los modelos Transteórico de Etapas de Cambio-MT y el de Análisis Estratégica en Promoción de la Salud-MAEPS/OMS, para orientar un levantamiento de datos y planear el control local del tabaquismo.

El MT fué propuesto en 1979 por James Prochaska para explicar el cambio comportamental de dependientes de drogas y adictos al cigarrillo; hoy es usado para explicar cambios individuales en relación a comportamientos con efectos en la salud, segun cinco variables: etapas y procesos de cambio, tentación, balance decisional y auto-eficácia. El MAEPS/OMS es producto de las discusiones técnicas de la III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Sundsvall-Suecia en 1991. Sintetiza las estratégias discutidas con el propósito de crear ambientes favorables, de soporte para la salud: políticas públicas, reglamentación, reorientación organizacional, advogacia, mediación, facilitación del cambio, empoderamiento y movilización comunitária.

Método Mediante entrevistas domiciliares probabilisticas fué realizado um levantamiento de datos con 138 residentes urbanos del município de Zarzal-Colombia, experientes en el consumo regular de cigarrillo. Fueron estudiadas las variables genero, edad, estado civil, escolaridad, iniciación, consolidación, duración y frecuencia del consumo. Con base en el MT se clasificó la muestra poblacional en etapas de cambio y se caracterizó a los participantes segun la história-frecuencia de relapso y de tentación para fumar, segun su balance decisional y su auto-eficacia para abandonar el cigarrillo. **Resultados** 42 % de participantes fueron pre-contempladores, 50 % contempladores, 1 % se preparaban para cambiar, 2 % fueron clasificados en la etapa de acción y 5 % en la de mantenimiento de la condición de ex-fumador. El nivel de escolaridad y la tentativa de abandono del cigarrillo en los últimos doce meses fueron variables asociadas a la intención actual de cambiar el comportamiento de consumo. El fuerte deseo de fumar (44 %), las rutinas del grupo social (26 %) y el estres (19) fueron las causas mas frecuentes de relapso en el consumo. A partir de orientaciones conceptuales del uso en la práctica del MAEPS, se planeó una propuesta multi-estratégica de control local del tabaquismo.

Descriptores: Modelo transteórico. Etapas de cambio. Tabaquismo. Promoción de salud. MAEPS.
Descritores: Modelo transteórico. Estágios de mudança. Tabagismo. Promoção da saúde. MAEPS.
Key words: Transtheoretical model. Stages of change. Smoking. Health promotion. HELPSAM.

Agradecimentos

À professora titular da FSP/USP, Dra. Nelly MF Candeias

À fundação W.K.Kellogg e ao seu programa de bolsas internacionais

À Dra. Carolina Wiesner Ceballos, do Conselho Nacional de Cigarro e Saúde
Instituto Nacional de Cancerologia/Ministério da Saúde da Colômbia

À Comissão Estadual de Prevenção e Controle do Tabagismo-CETAB, SES/SP
especialmente ao seu coordenador Dr. Marco Antônio de Moraes

Ao Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE, professor Alexandre Vranjac
Divisão de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT/SES/SP

Ao Instituto Nacional de Câncer-INCA/Ministério da Saúde do Brasil

Aos participantes do levantamento que colaboraram para a realização deste trabalho

Ao professor Mario Couto da Silva pela correção do Português

Dedicatória

A Elide

TABELAS

I. Distribuição por faixa etária de uma amostra de 138 residentes urbanos experientes no consumo de cigarro do município de Zarzal-Colômbia, 1999 42

II. Distribuição do inicio de consumo de cigarro segundo faixa etária de 138 residentes urbanos de Zarzal-Colômbia, 1999 43

III. Distribuição dos anos acumulados de consumo regular de cigarro em uma amostra de 138 residentes urbanos de Zarzal-Colômbia, 1999 45

IV. Distribuição nos estágios de mudança do modelo Transteórico de 138 indivíduos experientes no consumo de cigarro, Zarzal-Colômbia, 1999 47

V. Distribuição da escolaridade e intenção de mudar de 127 indivíduos fumantes de uma amostra de residentes de Zarzal-Colômbia, 1999 49

VI. Tentativa de abandono de cigarro em doze meses em uma amostra de 138 fumantes regulares de Zarzal-Colômbia, 1999, segundo o sexo 50

VII. Tentativa de abandono de cigarro nos últimos doze meses e intenção atual de mudar em uma sub-amostra de 127 fumantes de Zarzal-Colômbia, 1999 51

VIII. Distribuição do sexo e a intenção de mudança de 127 indivíduos fumantes em uma amostra de residentes de Zarzal-Colômbia, 1999 52

IX. Causas das recaídas no consumo de cigarro de 138 residentes urbanos de Zarzal-Colômbia, 1999, após tentativas de abandono 53

E GRÁFICOS

1. Percentagens dos níveis de escolaridade em 138 indivíduos de uma amostra populacional de consumidores de cigarro de Zarzal, Colômbia 1999 42

2. Cigarros consumidos por dia em relação às faixas de idade de 138 experientes no consumo regular em Zarzal, Colômbia, 1999 45

3. Cigarros consumidos por dia em relação a faixas de anos de consumo regular acumulados de 138 indivíduos em Zarzal, Colômbia, 1999 46

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TABAGISMO

1.1.1 Um histórico do tabaco 02
1.1.2 O tabaco e os seus efeitos na saúde 03
1.1.3 O controle da epidemia: Tabaco ou Saúde 08

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE E A SUA PROMOÇÃO

1.2.1 O conceito e definição de saúde 12
1.2.2 O conceito e as abordagens da promoção da saúde 13

1.3 TEORIAS E MODELOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.3.1 Teorias e modelos 16
1.3.2 Aplicação em promoção da saúde 17

1.4 MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL-MT

1.4.1 Antecedentes 22
1.4.2 Componentes do MT 24

1.5 MODELO DE ANÁLISE ESTRATÉGICA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE-MAEPS/OMS

1.5.1 Antecedentes 29
1.5.2 Componentes do MAEPS/OMS (HELPSAM/WHO) 30

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL 34

2.2 ESPECÍFICOS

3 METODOLOGIA

3.1 LEVANTAMENTO DE DADOS, do Modelo Transteórico.

3.1.1 Local, área e população do estudo 35
3.1.2 Unidade de análise e critérios de inclusão 36
3.1.3 Variáveis do levantamento 37
3.1.4 Unidades amostrais e tamanho da amostra 37
3.1.5 Procedimento de amostragem 38
3.1.6 Método, técnica e instrumento de coleta de dados 39

3.2 LEVANTAMENTO DE DADOS, do Modelo MAEPS/OMS. 41

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 42

5 CONTROLE LOCAL DO TABAGISMO 54

6 CONCLUSÕES 57

7 REFERÊNCIAS 58

1 INTRODUÇÃO

O nível de saúde de indivíduos e populações decorre de complexas interações de variáveis individuais, ambientais e estruturais. Estas interações influem nas escolhas comportamentais e no estilo de vida das pessoas, que, por sua vez, podem ser favoráveis ou não à própria saúde e à de outros membros da comunidade (WHO 1997b,1984).

Pelas suas implicações individuais e os seus desdobramentos ambientais, econômicos e sociais, o uso de tabaco, nas suas diversas apresentações, é um dos principais determinantes das tendências globais da saúde humana (ROSEMBERG 1988). Pela sua natureza epidêmica e morbi-mortalidade atual e projetada, o consumo de tabaco em cigarros comerciais é hoje o mais importante problema global de saúde pública em relação às escolhas do comportamento (CDC 1998; WHO 1997a). Fumar cigarro é a maior causa evitável de doença e morte prematura em todo mundo (WHO 1998), no mundo desenvolvido (PETO et al 1994), no hemisfério ocidental e vários países das Américas (CDC 1998; OPS 1997,1992; MS/INCA 1996a; BECOÑA et al 1994). Apesar do reconhecimento mundial e nacional da magnitude do problema, nesta última década do século XX, os cigarros manufaturados consolidaram-se como a forma de consumo de tabaco em 1,1 bilhão de pessoas, ou 33 % da população maior de 15 anos do planeta (WHO 1998).

Historicamente o controle do tabagismo tem tido como ponto de partida a quantificação da incidência, da prevalência, a caraterização dos padrões de consumo de produtos derivados do tabaco nas populações, o registro de dados epidemiológicos dos efeitos na saúde dos expostos ao tabaco e, em menor grau, o estudo dos fatores individuais e ambientais relevantes para iniciar, manter ou modificar o consumo no indivíduo e nas populações (WHO 1997a,1998). As intervenções têm sido focadas em que indivíduos fumantes parem de fumar, abandonem o consumo de cigarro e, em que não fumantes não iniciem o consumo, mas, a abordagem médica e comportamental subjacente tem se mostrado limitada e pouco eficaz (WHO 1998; OPS 1997; CVE/DCNT 1997; MS/INCA 1997,1996a).

A pesquisa relatada a seguir descreve a incorporação na prática de dois modelos teóricos que levam em conta que as pessoas e os seus ambientes têm um potencial de mudança e mobilização conducente à saúde, um potencial até hoje pouco explorado na prática da promoção da saúde na América Latina.

1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TABAGISMO

1.1.1 Um histórico do Tabaco.

A planta de tabaco -*Nicotiana tabacum*, pertence ao gênero Nicotiana, da família botânica das Solanáceas. É a única planta do reino vegetal capaz de sintetizar e armazenar nas suas folhas secas um potente alcalóide chamado nicotina. Dentre as mais de 60 variedades do gênero, a *Nicotiana tabacum* é a de maior interesse comercial por concentrar quantidades particulares da substância responsável pela dependência química do consumidor habitual de produtos derivados do tabaco (BECOÑA et al 1994). Segundo sua forma de apresentação, o tabaco pode ser usado de diversas maneiras. Inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha). Aspirado (rapé) ou mascado (fumo-de-rolo). O cigarro é hoje a forma mais estendida do seu uso, mas sob todas as formas é maléfico à saúde. Embora os produtos derivados do tabaco sejam consumidos há séculos, neste último observou-se um acentuado aumento, ainda crescente, na sua comercialização e consumo global. (MS/INCA 1996a; ROSEMBERG 1988).

O uso do tabaco surgiu aproximadamente no ano 1.000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, como um elemento chave de rituais mágico-religiosos. Acredita-se que seu uso se estendeu ao sul das Américas pela migração de tribos centro-americanas, e ao território brasileiro pela migração de tribos tupis-guaranis (MS/INCA 1996a). Nas anotações da primeira viagem de Cristóvão Colombo às "Índias Ocidentais" registra-se que, ao chegar a San Salvador, nas ilhas menores do Caribe, no dia 12 de outubro de 1492, entre os presentes oferecidos pelos nativos aos Espanhóis descobridores, encontravam-se folhas secas de tabaco (BECOÑA et al 1994). Colombo, em Cuba, viu índios fumando rolos feitos de folhas (ROSEMBERG 1988). Em 1.500, descobridores portugueses tiveram experiências semelhantes nos territórios descobertos ao sul do Equador.

Os indígenas das Américas usavam a palavra *"caoba"* para a planta e *"tabaco"* para se referir ao canudo empregado ao aspirar as folhas picadas em combustão (ROSEMBERG 1988), folhas que, para eles, tinham um caráter cerimonial, curativo, sagrado, mágico e religioso. Enroladas e acesas de ambos os lados, com ajuda de um utensílio, os nativos conseguiam aspirar a fumaça liberada, direto pelo nariz, onde colocavam as duas pontas do utensílio. Também, usavam pedaços de cana, ocos, nos quais introduziam o tabaco. Colocavam fogo num extremo e aspiravam com força pelo outro. Com ambas as técnicas, era freqüente a perda da consciência pelo efeito das profundas aspirações da fumaça (BECOÑA et al 1994; MS/INCA 1996a).

Introduzido na Europa, após as viagens iniciais de Colombo e Pedro Álvares Cabral, o uso do tabaco passou por diversas fases. Jean Nicot -a quem se deve a origem da palavra *Nicotiana* do gênero-, na época arquivista e embaixador francês em Portugal, introduziu o consumo da planta na França no ano de 1560, ao enviar à rainha Catarina de Médicis poeira, folhas e sementes de tabaco para suas freqüentes dores de cabeça. Isto levou à rápida popularização desta espécie vegetal nas cortes européias (BECOÑA et al 1994; ROSEMBERG 1988).

1 De acordo com: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Guia de apresentação de tese. São Paulo:Serviço de Biblioteca e Documentação FSP/USP; 1998.

Nos séculos XVI a XVIII, foram amplas as explorações terapêuticas da planta e, particularmente, seu consumo em forma de poeira. No século XIX ocorreu o auge da mastigação e o início do consumo, na América e Europa, em forma de charutos ou *havaneros* -pela zona de origem desta variedade do produto na Ilha de Cuba. Experimentou-se, portanto, a aceitação progressiva dessa variedade de cultura e a sua disseminação em diversas regiões do planeta, com definidos fins comerciais e notórios avanços na qualidade da matéria prima produzida. Graças à patente da primeira maquina manufaturadora de tabaco, em 1881 e, portanto, à aparição do cigarro fabricado industrialmente houve no final do século um salto qualitativo e quantitativo no consumo do produto.

À medida que aumentava o consumo de cigarros diminuía o de charutos e a luta entre as duas industrias nos Estados Unidos tornou-se aguda; aos poucos o cigarro dominou o mercado e em 1910 a sua produção, nos EUA, era o dobro de 1896. Esta fase teve, nos anos da primeira guerra mundial, entre 1914 e 1918, e logo depois dela o seu ponto máximo de disseminação, de expansão do hábito de fumar cigarros neste século. A partir da segunda guerra mundial, pelas diversas transformações sócio-econômicas decorrentes, as mulheres participaram maciçamente no consumo de cigarros comerciais, repetindo os padrões já fortemente estabelecidos nas populações masculinas da América do norte e Europa (BECOÑA et al 1994; ROSEMBERG 1988).

Assim, o tabaco já fora comercializado e consumido em folhas, poeira, charutos, cachimbos e pedaços mastigáveis, mais a maior novidade, em termos de inovação da industria, é uma forma refinada e alternativa de tabaco sem fumaça, mastigavel, absorvível por via nasal em forma de poeira, ou como cigarro "sem" combustão. Muito aceito por jovens dos Estados Unidos e Europa, este cigarro é denominado pelos comercializadores como "cigarro ecológico" ou "limpo". Contudo também é aditivo, mortal, embora contamine menos o ambiente (BECOÑA et al 1994).

O alarmante crescimento global no consumo dos derivados do tabaco, nos últimos 50 anos, revela a natureza poderosamente aditiva da nicotina, assim como a capacidade sem paralelo das indústrias do tabaco para impor agressivamente seus produtos (WHO 1998).

1.1.2 O tabaco e os seus efeitos na saúde

A produção e consumo de produtos derivados do tabaco assim como o efeito do produto na saúde é um dos assuntos mais amplamente documentados no que diz respeito à saúde pública e às escolhas comportamentais. Milhares de publicações, relatórios, congressos, dentre outros, concordam unanimemente quanto aos prejuízos para a saúde causados pelo uso do tabaco (ROSEMBERG 1988). Da sua limitada utilização ocasional em cerimônias e rituais indígenas, o tabaco transformou-se no maior agente isolado gerador de doenças e mortes prematuras da história humana (CDC 1998; OPAS 1997; MS/INCA 1997,1996). A difusão global do consumo de tabaco, e os seus efeitos na saúde, notadamente neste século, constitui uma das mais sérias pandemias criadas pelo próprio homem (ROSEMBERG 1988; WHO 1998).

A primeira advertência científica do efeito nocivo do fumo e sobre os perigos do tabaco para a saúde surge em 1859, quando Bousson, clínico francês, elabora o primeiro estudo bem documentado de 68 doentes do hospital Montpellier, com câncer dos lábios, da mucosa bucal e da língua, dos quais 66 fumavam cachimbo. As demonstrações científicas irrefutáveis e convincentes da nocividade do tabagismo só se estabeleceram a partir de 1930 (ROSEMBERG 1988). O consumo de tabaco enfrentou historicamente inimigos poderosos como papas e monarcas, mas só foi no começo da década de 50 que apareceram as primeiras evidências científicas irrefutáveis do risco de fumar e dos seus efeitos na saúde humana (BECONA et al 1994; WHO 1998). Foram os clássicos estúdos epidemiológicos de DOLL e HILL (1950,1952), e de WYNDER e GRAHAM (1950), os que revelaram à humanidade a relação causal entre tabaco e certas doenças, especialmente o câncer do pulmão e fundamentaram o combate moderno da epidemia de tabagismo.Os efeitos do consumo de cigarros sobre a saúde, portanto, têm sido demostrados com evidências desde meados deste século (DOLL, HILL 1950,1952; WYNDER, GRAHAM 1950), tendo sido enfatizados regularmente em relatórios posteriores (PHS 1964,1989,1994; OPS 1992; WHO 1997a,1998).

A magnitude da produção e consumo O Brasil é o terceiro maior produtor e o primeiro maior exportador de tabaco não manufaturado do mundo; detem mais de 15 % do comércio global de tabaco não processado. A Colômbia ocupa a 23a posição entre os 25 maiores exportadores desta variedade de produto (MS/INCA 1996a; WHO 1997a). Entre os produtores de cigarros manufaturados, o Brasil ocupa o 6° lugar e a Colômbia o 13° posto no mundo. O Brasil é o 6° maior exportador e a Colômbia o 20° nesta categoria (MS/INCA 1996a; WHO 1997a). Globalmente, o consumo de cigarros manufaturados passou de 2.8 trilhões em 1967 a 5.7 trilhões em 1992, e o consumo per capita aumentou aproximadamente 25 % durante esse período (WHO 1998). O número de cigarros consumidos cada dia tem hoje uma media global de 15 cigarros/dia. Nos países desenvolvidos a media é de 22 cigarros fumados/dia; na região das Américas é 18 cigarros/dia, acima da media de 14 cigarros/dia dos países em desenvolvimento. As tendências indicam (WHO 1997a) que a região das Américas é a única com mudanças favoráveis na redução real do consumo anual per capita de cigarro:

Consumo per capita de cigarro, em maiores de 15 anos, para biênios escolhidos

	1970-1972	*1980-1982*	*1990-1992*	
Global	1410	1650	1660	
Americas	2580	2510	1900	
Brasil	1330	1750	1500	
Colômbia	1880	1790	1750	***Fonte***: WHO 1997a,p.25

Segundo a Organização Mundial da Saúde-OMS, 47% dos homens e 12% das mulheres no mundo fumam com regularidade. A prevalência do consumo nas populações é uma variável associada ao estilo de vida dos indivíduos e às condições estruturais do grupo social. Existem 1,1 bilhão de fumantes dos quais 300 milhões nos países industrializados. Nestes países, 20% a 40% do total de mulheres são fumantes (proporção com tendência definida a crescer, especialmente na faixa de 20 a 45 anos), e 30% a 40% de homens fumam. Nos países em desenvolvimento encontram-se os outros 800 milhões de fumantes regulares. Nestes países, 2% a 10% das mulheres e 40% a 60% dos homens são usuários regulares de cigarro (WHO 1997a,1995).

Na Colômbia, a prevalência de fumantes aumenta com a idade. Em ambos os sexos o hábito de fumar é relativamente maior em adultos de 45 a 60 anos de idade (33.8%). No Brasil, ao contrario, a maior concentração proporcional de fumantes ocorre em adultos mais jovens, atingindo o valor de 45.4% na faixa de idade entre 25-34 anos (WHO 1997a; OPS 1992). Estimada por zona e países de interesse, em fumantes maiores de 15 anos de idade, a prevalência é a seguinte:

Prevalência de fumantes na população maior de 15 anos de idade, segundo gênero

	Homens (%)	*Mulheres (%)*
Global	47	12
Americas	35	22
Brasil	40	25,4
Colômbia	35,1	19,2

Fonte:WHO 1997a,p.13

Inicio e abandono do consumo Um estilo de vida e/ou um comportamento de risco à saúde, como consumir cigarro, pode ser conseqüente à dificuldade que as pessoas enfrentam para fazer escolhas saudáveis e optar, assim, por comportamentos sadios. Fundamentos comportamentais e estruturais devem ser considerados na abordagem de qualquer comportamento objeto de análise e pesquisa em promoção da saúde, como é o caso do hábito de fumar (NAIDOO, WILLS 1996). Se as pessoas não adquirirem o hábito de fumar antes dos 20 anos de idade, é pouco provável que o façam na idade adulta. Cerca de 95 % das pessoas que nunca fumaram, antes dos 20 anos de idade, nunca passarão a ser fumantes regulares. Em muitos países, especialmente nos mais pobres e subdesenvolvidos, o uso de tabaco está aumentando entre jovens, sendo a idade de iniciação do consumo cada vez mais precoce (WHO 1998; OPS 1997; CDC 1998; MS/INCA 1996a; ROSEMBERG 1988).

Variados fatores influenciam a entrada no processo de consolidação e manutenção do comportamento de consumo do tabaco (WHO 1998; CDC 1998; OPS 1997; MS/INCA 1996a). Razões genéticas, psicológicas, socio-antropológicas, dentre outras, são invocadas para melhor compreensão do fenômeno da generalização progressiva do tabagismo (ROSEMBERG 1988). As pessoas começam a fumar influenciadas principalmente pela publicidade maciça da indústria do cigarro nos meios de massa; pais, ídolos e pares, em geral, também têm influência sobre a escolha de fumar (MS/INCA 1996a).

A experimentação, consolidação, manutenção e abandono do hábito de fumar têm portanto os seus predisponentes, facilitadores e reforçantes gerados em complexas interações do indivíduo e do seu ambiente, segundo processos largamente explicados e discutidos nas perspectivas genética, psico-farmacológica, comportamental e social (BECOÑA et al 1994; ROSEMBERG 1988). Fatores reconhecidos como relevantes na consolidação do consumo de tabaco são o gênero, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, ingresso, empregabilidade, moradia, religião, auto-imagem, habilidades cognitivas e psíquicas para enfrentar as pressões; sociais, nível de desenvolvimento sócio-econômico do país, recursos e infra-estrutura educacional, lazer, características dos serviços de saúde, cultura, propaganda e mídia (NAIDOO, WILLS 1996).

Da década de 60 até hoje, o processo que ocorre desde o início e consolidação até o abandono do hábito de consumir cigarros tem sido explicado segundo modelos que consideram estágios de mudança pelos quais passam os indivíduos (HORN, WAINGROW 1966; HORN 1976; PROCHASKA, PROCHASKA 1993). Apresenta-se a seguir um ressumo dessas propostas:

1960	1970	1980	1990
Aquisição	*Iniciação*	Desenvolvimento	*Iniciação e experimentação*
	Desenvolvimento	Consolidação	*Consolidação e dependência*
Abandono	*Redução*	Abandono	*Pré-contemplação, contemplação*
	Cessação	Relapso	*Preparação, ação, manutenção e recaída*

Agentes nocivos Os cigarros comerciais industrializados -os mais consumidos- assim como o fumo-de-rolo, cachimbos e charutos, produzem substâncias que são inaladas diretamente pelo fumante e que também se difundem no ambiente. O fumo do cigarro resulta da combustão incompleta do tabaco (ROSEMBERG 1988).

A fumaça liberada pelos cigarros contem de 4.000 a 5.000 componentes diferentes. Destes, os mais perigosos à saúde humana são a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono (WHO 1998; MS/INCA 1996a).

O alcatrão é altamente nocivo já que, como um dos principais componentes sólidos ou particulados do cigarro, contém algumas substâncias carcinogênicas ou suspeitas como tais: arsênio, níquel, benzopireno e cádmio. Liberado pela combustão do fumo e do papel de cigarro, acumula-se nos pulmões, causando obstruição. É o agente precursor do câncer de pulmão e de outros tipos dessa e de outras doenças relacionadas.

O monóxido de carbono é um gas incolor, muito tóxico, igual ao gerado pelos veículos a motor. Gerado na combustão do cigarro, tem como principal caraterística fisiológica o fato de associar-se à hemoglobina em forma de carboxihemoglobina, substância que disputa o oxigênio com os glóbulos sangüíneos e impede um adequado abastecimento de O_2 nos tecidos e órgãos (BECOÑA et al 1994; MS/INCA 1996).

A nicotina é o agente químico responsável pela tabaco-dependência, quando o sujeito está exposto regularmente ao produto (ROSEMBERG 1988). É atualmente reconhecida como uma droga que gera adição segundo a classificação internacional de doenças da OMS, na mesma categoria da heroína e a cocaína (WHO 1998). Nas suas propriedades fisiológicas e psicológicas é comparada a quaisquer outra substância ilegal pública e policialmente combatida (CDC 1998). A nicotina está relacionada ao infarto do miocárdio e ao câncer, mas seu papel mais importante é reforçar e potencializar a vontade de fumar (MS/INCA 1996a).

Sabe-se que os efeitos de fumar associam-se à ação biopatológica e tóxica dos componentes do fumo do tabaco (ROSEMBERG 1988), e à duração no tempo e a intensidade do consumo (CDC 1998).

A associação entre o hábito de fumar cigarros e o câncer de pulmão está bem definida. O tabaco está associado ao câncer de pulmão, e a males como ateroesclerose, doenças cardiovasculares, doenças obstrutivas das vias respiratórias e do pulmão como o enfisema. As evidências científicas acumuladas demostram que mais de 25 doenças, a maioria consideradas como ameaçadoras da vida e com um peso importante na liderança de causas globais, regionais e nacionais de morbi-mortalidade, são ou estão fortemente suspeitas de serem geradas pelo fumo. Os custos desses efeitos na estrutura sócio-econômica das nações estão além das conseqüências à saúde (WHO 1998). Por estas razões o tabaco é reconhecido como o maior agente de doença e morte no mundo, sendo, no entanto, prevenível (WHO 1998; WYNDER 1997; BECOÑA et al 1994). Para o fumante, como já se disse, a magnitude do risco aumenta em função do tempo de duração do consumo. Em meados dos anos 80 estimou-se que, entre fumantes com 35 a 69 anos de idade, a taxa de mortalidade foi três vezes maior do que a de não fumantes na faixa etária. Os fumantes tinham o dobro de mortalidade para todas as causas nas idades mais avançadas, quando comparados com pessoas não fumantes da mesma faixa etária. Estimativas atuais indicam que no mínimo 50 % de fumantes regulares, que começaram a fumar desde a adolescência, irão eventualmente morrer pelos efeitos decorrentes do consumo do tabaco (PETO et al 1994; WHO 1998,1997a). A exposição involuntária ao fumo coloca os não fumantes em maior risco de apresentar câncer pulmonar e outras doenças crônicas (WHO 1998).

A partir dos dados disponíveis, estimou-se que globalmente, para cada ano da década de 90, o tabaco causa uma morte a cada 10 segundos. Por ano, 3 milhões de óbitos são atribuídos exclusivamente ao consumo do cigarro. Um milhão dessas mortes anuais ocorrem nos países em desenvolvimento. No Brasil, 80 mil pessoas por ano morrem precocemente devido aos efeitos do tabaco, número com tendência a aumentar. Estima-se que 8 brasileiros morram por hora pelos efeitos nocivos do cigarro (WHO 1998; MS/INCA 1996a).

Nas populações onde o consumo de cigarro se estabeleceu mais cedo, especialmente nos países desenvolvidos, cerca de 90-95% dos canceres de pulmão, 80-85% das bronquites crônicas e enfisemas e 20-25% das mortes por enfarte e doenças cérebro-vasculares, são atribuíveis ao tabaco. Nos países em desenvolvimento 40-45% de todas as mortes por câncer são causadas por esse mesmo agente. Nestes países o consumo per capita de cigarro aumentou em média 70% nos últimos 25 anos. Se a tendência global para estes países persistir, 5 milhões de mortes anuais em 2.015 e 7 milhões de óbitos associados ao cigarro na década do 2.020 a 2.030 deverão ocorrer. Esperar-se-ia, portanto, segundo projeções atuais, um dramático incremento da morbi-mortalidade nos países em desenvolvimento no futuro pelo aumento no consumo, pelas agressivas campanhas de comercialização das indústrias trasnacionais do fumo e pelas evidências científicas, que, na medida em que a população de fumantes, agora relativamente jovem dos países em desenvolvimento fique mais velha, esta terá uma necessidade media cada vez maior de tabaco em decorrência da tolerância crescente à nicotina (WHO 1998,1997a,1996).

1.1.3 O controle da epidemia: Tabaco ou Saúde

Logo após a publicação, nos anos 50, dos primeiros estudos associando consumo de fumo a doença e morte, e mais especificamente, ao câncer de pulmão, múltiplas medidas de Saúde Publica têm sido propostas e desenvolvidas. O efetivo controle do tabaco começa com a compreensão que ele é um produto poderosamente aditivo. A nicotina gera mais adição que a heroína, cocaína ou maconha, evidenciando a complexidade do processo de luta contra a iniciação, consolidação e abandono do tabaco (WHO 1998).

A liderança da Organização Mundial de Saúde em conjunto com os seus estados membros, visando a inibir ou modificar o padrão de comportamento do consumo das diversas apresentações do tabaco é globalmente reconhecido. As medidas têm sido orientadas tanto aos países que experimentam a epidemia, como também aos países onde a epidemia pode ainda ser prevenida parcialmente (WHO 1998). Levando-se em conta o período de tempo, de 30 a 40 anos, entre o início do consumo e o pico de doenças e mortes causadas pelo tabaco, a necessidade de uma ação efetiva global, regional, nacional e local contra a epidemia de doenças decorrentes do tabagismo continua vigente (WHO 1998; OPS 1997,1992; CVE/DCNT 1997; MS/INCA 1997,1996a; ROSEMBERG 1988).

O leque principal das medidas até agora adotadas estão representadas em ações políticas e legislativas de cunho normativo-repressivo-restritivo da produção, comercialização e promoção do tabaco e os seus derivados (WHO 1998; CLACCTA 1997; ROSEMBERG 1988). A publicidade da industria do tabaco, por exemplo, sabe aliar as demandas sociais e as fantasias dos diferentes grupos ao uso do cigarro; publicidade direta é feita por anuncios atraentes e bem produzidos e a indireta a través dos ídolos e modelos do comportamento (MS/INCA 1996a).

O moderno combate ao tabagismo desenvolve-se essencialmente em duas frentes: visando aos jovens, incluindo crianças e adolescentes, para que não comecem a fumar, e aos adultos fumantes para que abandonem o tabaco, mas nenhuma medida isolada pode resolver o problema do tabagismo (WHO 1998; ROSEMBERG 1988).

Programas preventivos com foco em escolares e jovens, visando ao desenvolvimento de habilidades individuais para enfrentar os apelos e pressões sociais a favor do fumo, especialmente aquelas da indústria de fumo pela propaganda e, campanhas informativas através de meios de comunicação em massa, articuladas com intervenções focadas em mudanças individuais e organizacionais, fazem parte da luta anti-tabagismo (WHO 1997a).

Medidas globais Refletindo a consciência da comunidade internacional sobre a epidemia de tabaco, a Assembléia Mundial de Saúde, corpo máximo de governo da OMS, adotou, desde 1960, 19 resoluções visando à implementação de medidas de controle ou redução da epidemia de tabagismo (WHO 1998). Entre 1986 e 1995, a Assembléia promulgou nove resoluções sobre "TABACO OU SAÚDE", reafirmando o compromisso político e programático para o controle da epidemia (WHO 1998).

Estas resoluções abrangem varias frentes de ação: Medidas legislativas de controle da produção, comercialização, venda do tabaco e seus subprodutos, assim como medidas econômicas orientadas a criar condições para a substituição de áreas de cultivo de fumo, via subsídios, impostos e incentivos para produtores, especialmente médios e pequenos (WHO 1996; 1997a).

Em maio de 1996, a Assembléia promulgou o seu plano de ação sobre "Tabaco ou Saúde", para o período 1996-2000, com o intuito de guiar as atividades globais visando ao controle da epidemia de tabagismo. Nesse plano, os objetivos a serem atingidos, as abordagens e as atividades a serem implementadas, foram propostas em três componentes:

a. Programas internacionais e nacionais de controle de tabaco para prevenir e diminuir o uso destes produtos;
b. Programas de advocacia e intervenção pública para promover sociedades livres de fumo;
c. Programas de pesquisa e informação sobre tabaco e saúde para coletar, preparar e disseminar informação válida sobre a epidemiología e estratégias de controle do consumo do tabaco (WHO 1998).

As estratégias básicas propostas aos estados membros da OMS, segundo as resoluções e o plano de ação sobre Tabaco ou Saúde, como ações mínimas incluem: medidas para que não fumantes recebam efetiva proteção frente à exposição involuntária ao fumo em espaços públicos fechados, como restaurantes, transportes coletivos, locais de trabalho e lazer; medidas para promover a abstenção do uso do tabaco e a proteção à criança e ao jovem para que não se tornem dependentes; medidas para que o pessoal do setor e dos centros e instituições de saúde dêem exemplo à população; medidas para eliminar progressivamente incentivos sócio-econômicos e comportamentais, entre outros, para manter e/ou promover o uso do tabaco; advertências evidentes ao consumidor e à população em geral, sobre os riscos à saúde e sobre o caráter aditivo do tabaco nas embalagens dos produtos derivados do tabaco; estabelecimento de programas de informação e educação pública sobre tabaco e saúde, incluindo propostas e programas de abandono do consumo, com participação ativa de profissionais da saúde e dos meios de comunicação de massa; monitoramento de tendências no consumo de cigarro e outras formas de uso de tabaco, das doenças relacionadas ao tabaco e da efetividade das ações nacionais no controle do problema; promoção de alternativas para a produção, comercialização e taxação de outros produtos que não o tabaco.

Para implementar estratégias de controle há que se considerar os aspectos individuais como auto-estima, auto-imagem e auto-eficácia, assim como fatores externos como pressão dos pares, preço e aceitabilidade social do consumo (WHO 1998).

Ações complementares consideram restrições no conteúdo de alcatrão e nicotina, assim como na disponibilidade dos produtos de tabaco a usuários menores de idade; políticas de proteção do não fumante e de criação de ambientes livres do fumo; redução e controle dos meios e horários de transmissão de propaganda estimulante da comercialização e consumo do cigarro, assim como da nítida apresentação das advertências no

produto dos riscos que assume o consumidor final. Ainda, estratégias de informação, educação e advocacia via mídia e meios massivos de comunicação, entrosados com programas preventivos para escolares e programas de cessação para já fumantes e com ações comunitárias para retardar o início ou dar suporte aos fumantes nos seus intentos de parar o consumo. Ensinar e desenvolver em crianças e jovens as habilidades cognitivas e comportamentais para enfrentar a pressão social que visa a iniciar o consumo de cigarro comercial, parece a estratégia mais apropriada frente à situação (BECOÑA et al 1994).

A aceitação social é o componente mais relevante e contraditório contra o efeito das mensagens de educação e promoção de saúde que tentam combater o seu uso. Sabe-se que os adolescentes apoiam-se nessa classe de ambivalências para iniciar a experimentação, e, de fato, começar a consolidar o hábito pela ação fisiológica da nicotina (WHO 1998).

Medidas regionais Na região das Américas, as parcerias representam a pedra fundamental do plano de ação inter-agências. Ações sobre tabaco e saúde na América Latina têm, como propósito, prover suporte técnico aos países membros participantes visando fortalecer os esforços nacionais de controle da epidemia. Entre os seus objetivos programáticos, está o estabelecimento de linhas de base diagnostica, assim como mobilização e otimização de coalizões nacionais que favoreçam propostas apropriadas de implementação intersetorial nos níveis nacional e local (WHO 1998). Propostas nacionais visam reduzir a morbi-mortalidade causada pelo uso dos produtos com tabaco. Metas poderão ser atingidas mediante ações que ajudam a quem não usa tabaco para que permaneça livre do seu consumo; promoção do abandono do uso de tabaco e proteção da saúde e do direito do não fumante, evitando sua exposição involuntária ao fumo ambiental (WHO 1998; OPS 1997,1992).

Em muitos países desenvolvidos começaram a aparecer os primeiros resultados dos esforços do controle. Os coeficientes de morte por câncer pulmonar nas nações em desenvolvimento ainda não experimentaram o pleno impacto da epidemia de câncer do pulmão e outras localizações, relacionados ao tabaco. Muitos mais e maiores esforços serão requeridos para combater o consumo e aplicar as intervenções e medidas necessárias de promoção da saúde (WYNDER 1997).

Vários países têm realizado programas e desenvolvido ações de educação e promoção de saúde visando informar às pessoas sobre os riscos do tabaco. Contudo as evidências acumuladas em cerca de 40 anos de luta da OMS e de seus escritórios regionais, apontam que tais ações, por si só, não são suficientes para combater e, muito menos, para controlar a situação, particularmente se o consumo é ainda percebido como socialmente permitido (WHO 1998). Está claro que se estão obtendo melhores resultados com a implementação de ações educativas e promotoras de saúde, articuladas estas com outras ações e medidas complementares em outros setores sociais que, entre outros objetivos, também visam reduzir a aceitação social do uso do tabaco (WHO 1998; OPS 1997).

Na prática, reconhece-se que no controle da epidemia são importantes os compromissos pessoais ou de pequenos grupos, pois a experiência demonstrou que muitos dos processos anti-tabagismo em andamento ficam restritos nessa esfera. Em outros casos, entretanto, o controle tem exigido amplas coligações e suportes financeiros notórios. Seja qual for o caso, para atingir sustentabilidade, o controle do tabaco nos níveis global, regional ou local exige sempre o apoio e a participação popular (WHO 1998; CETAB 1997).

As intervenções comunitárias têm como propósito central a extinção do tabaco na comunidade, a prevenção do seu uso e a facilitação para que as pessoas abandonem o hábito. Simultaneamente, tende a influenciar as atitudes individuais e as normas sociais referentes ao tabaco. Esse tipo de intervenções têm como caraterística básica a participação de atores locais, mediante a participação de associações de bairro, organizações não governamentais -ONGs-, empresas locais, autoridades municipais, serviços de saúde, setor educativo formal e informal, assim como os meios de informação e comunicação de massa (WHO 1998; OPS 1997,1992).

Programas e intervenções comunitárias podem abarcar medidas como restrições por idade, locais públicos e de trabalho, hospitais e prédios oficiais, meios de transporte sem tabaco, a participação dos meios informativos locais, assim como ações programáticas especificas a serem desenvolvidas em escolas e serviços sanitários. A diferença básica entre intervenções comunitárias e outras formas de luta anti-tabaco encontra-se no fato de que as ações locais estão orientadas ao conjunto da população mas não a pessoas ou grupos específicos. Está presente, portanto, a opção de receber o suporte de todos os recursos populacionais, a articulação, a mobilização e a capacidade de mudança de pessoas, instituições e setores (WHO 1998; OPS 1997; CETAB 1997).

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE E A SUA PROMOÇÃO

1.2.1 O conceito e definição de Saúde

Em uma perspectiva contemporânea, a saúde é vista como um direito humano e como um produto ou capital social. Reflete a capacidade do indivíduo, grupo, comunidade ou sociedade para satisfazer necessidades, realizar aspirações, aplicar o seu potencial no desenvolvimento de estilos de vida sadios, mudar os seus comportamentos e as suas situações ambientais de risco psicossocial. É a expressão de habilidades nos indivíduos e as comunidades para defrontarse proativamente com os determinantes e condições do ambiente visando manter e melhorar o seu bem-estar no transcorrer do processo de desenvolvimento econômico e social sustentável (WHO 1997b,1998; OPS 1996).

A saúde, no contexto desta proposta, é um recurso do cotidiano e não um objetivo da vida. É um produto gerado nas relações intra e interpessoais e nas suas interações sociais, mediante abordagens preventivo-curativas da doença, protetoras e promotoras da saúde e ações multi-estratégicas nos níveis individual, grupal, organizacional e ambiental que predispõem, facilitam e reforçam as mudanças desejáveis em diversas esferas da sociedade (WHO 1984,1998).

A noção tradicional da atenção curativa e de reabilitação em saúde é grandemente aceita pelo público e a sociedade, mas levando em conta que a saúde é parte dos processos do dia a dia, do cotidiano das pessoas (WHO 1996), ela pode ser melhorada mediante ações que estão além da assistência à incapacidade, à deficiência e ao tratamento da doença (ABELIN, BRZEZINSKI, CARSTAIRS 1987). Isto é feito mediante a prevenção, a proteção, a educação e a promoção dos sadios e/ou razoavelmente sadios (KATZ, PEBERDY 1997; RAPHAEL 1998; NUTBEAM, HARRIS 1998).

Os indivíduos e as sociedades modernas têm, portanto, uma nova perspectiva das formas e maneiras de manter ou melhorar a sua saúde e bem-estar (DOWNIE, FYFE, TANNAHILL 1996; SEEDHOUSE 1997; RAPHAEL 1998). Compreender as influências comportamentais, sócio-culturais e ambientais, favorece uma visão ampla, holística da saúde e do bem-estar (KATZ, PEBERDY 1997). Na visão holística, a saúde é vista como um estado positivo multi-dimensional (SEEDHOUSE 1997), não só como uma simples resposta individual, mas como um reflexo do ambiente físico, sócio-cultural, político e econômico da comunidade, a nação e do mundo (TONES, TILFORD 1994).

Comportamentos voluntários e escolhas individuais socialmente aceitas como o fumar, com riscos à saúde, requerem de ações estratégicas dirigidas às práticas dos sujeitos junto com o estabelecimento dos suportes organizacionais e ambientais predisponentes, facilitantes e reforçantes das mudanças desejáveis nos padrões de iniciação e abandono do consumo (NUTBEAM, HARRIS 1998; WHO 1997a,b; CANDEIAS 1997; OPS 1996).

1.2.2 O conceito e as abordagens da Promoção da Saúde

A promoção da saúde é vista, no plano paradigmático, ideológico ou doutrinário, como uma forma de pensamento ou uma filosofia em relação à saúde pública, como um dos eixos de uma nova forma de aproximação, reflexão e expressão paradigmática da saúde coletiva (BUNTON, MacDONALD 1992; SIDHOUSE 1997; NUTBEAM, HARRIS 1998; CANDEIAS 1999). No nível ideológico mais simples, também representa que tanto é aplicada uma abordagem individual ou estrutural da saúde, pois elementos individuais como por exemplo o estilo de vida e, elementos estruturais como o ambiente e a ecologia, são parte crítica de qualquer intervenção estratégica promotora da saúde (BUNTON, MacDONALD 1992; SEEDHOUSE 1997). É, antes de mais nada, um movimento social e de profissionais de saúde que surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (BUSS et al 1998).

A promoção da saúde é o conceito unificador de diversos campos de estudo e de prática com implicações na saúde, que têm como propósito básico facilitar a obtenção dos mais elevados níveis de saúde nas pessoas (RAPHAEL 1998; SEEDHOUSE 1997; BUNTON, MacDONALD 1992). O conceito de promoção da saúde reflete principalmente os assuntos básicos do movimento de Saúde para Todos e da Atenção Primária em Saúde (WHO 1997b; OPS 1996). Desenvolveu-se dentro do marco analítico das ciências sociais e comportamentais (WHO 1998; OPS 1996; GREEN, KREUTER 1991; KAR 1989; WHO 1984). Surgiu nos anos 80 (ABELIN, BRZEZINSKI, CARSTAIRS 1987) e consolidou-se conceitualmente nos 90 e os seus fundamentos primários estão na psicologia, sociologia, epidemiologia, política social e na educação (TONES, TILFORD 1994; BUNTON, MacDONALD 1992), dentre outras diversas ciências e disciplinas do conhecimento humano (LEVIN, ZIGLIO 1997; NAIDOO, WILLS 1996; MCQUEEN 1996).

Diversas agências e autores têm definições da promoção de saúde; as que são usadas por técnicos ou organizações podem estar determinadas por considerações ideológicas, políticas, técnicas, sociais e econômicas, dentre outras (BUNTON, MacDONALD 1992; RAPHAEL 1998). Lato senso, promoção da saúde é o nome das atividades orientadas à prevenção da doença, à proteção da saúde e, ao aumento do nível de saúde e do bem-estar da comunidade (JONES 1997; KEMM, CLOSE 1995). São as ações individuais e sociais que visam a prevenção dos riscos e à obtenção do bem-estar, pela consecução e manutenção de ótimos níveis nos determinantes comportamentais, sociais, ambientais e biomédicos da saúde (KAR 1989).

Segundo CANDEIAS (1997), uma das definições operacionais mais amplamente aceita por técnicos e especialistas na área, é a proposta por GREEN e KREUTER (1991): "a promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais nas ações e condições de vida conducentes à saúde". NUTBEAM (1998) afirma que a promoção da saúde é o processo de facilitar que indivíduos e comunidades tenham mais controle sobre os determinantes da sua saúde e possam, consequentemente melhora-la. Representa um processo participante, político e social orientado a fortalecer capacidades e habilidades dos indivíduos e a gerar mudanças nas condições sociais, individuais e econômicas com impacto sobre a saúde das pessoas e da comunidade.

Como descrito nos documentos técnicos das conferências internacionais que acompanham e registram o desenvolvimento conceitual, estratégico e operacional da promoção da saúde de indivíduos e populações, as ações promotoras da saúde legitimam ampla variedade de processos nos espaços da atenção primária em saúde, no desenvolvimento de habilidades pessoais, na reorientação dos serviços, na participação social e na implementação de políticas públicas e de ambientes saudáveis (WHO 1984,1998). Representam uma ampla estratégia mediadora entre as pessoas, as comunidades e os seus ambientes, entre escolhas individuais e responsabilidades sociais (WHO 1986a,1991,1997b; OPS 1996).

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20 anos, apresenta-se como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam às populações humanas e os seus contextos. Partindo, portanto, de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS et al 1998). Propõe desenvolver intervenções multidisciplinares, multi-estratégicas e multisetoriais que não repousam nas formas médica e institucional de atenção à saúde (ABELIN, BRZEZINSKI, CARSTAIRS 1987; BUNTON, MacDONALD 1992). Aplica abordagens integradas e processuais na procura dos seus objetivos (NYAMWAYA 1997; WHO 1998). Apoia-se em teorias e modelos das ciências comportamentais e sociais (MCQUEEN 1996; OPS 1998) que, levadas à prática, visam o desenvolvimento individual, organizacional e comunitário e, à construção de alianças e parcerias entre setores, agências e atores nos níveis local, nacional ou global (GILLIES 1998).

Da aplicação das macro estratégias de promoção da saúde propostas na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, largamente disseminadas pela carta de Ottawa-Canada (WHO 1986b) e, dos avanços conceituais e operacionais decorrentes das discussões técnicas das conferências posteriores efetuadas em Adelaide-Australia em 1988, Sundsvall-Suécia em 1991 e, Jakarta-Indonesia em 1997, tem sido gerado um acúmulo de evidências de que efetivas intervenções promotoras da saúde ocorrem quando existem no mínimo certas condições (WHO 1995,1997b,1998). Condições reconhecidas como relevantes para o sucesso da prática de promoção da saúde refletem a necessidade que: 1. As abordagens usadas sejam combinadas ou complementares e, estejam apoiadas em teorias e modelos explicativos do comportamento humano e da mudança social; 2. As intervenções visem contextos específicos, definidos geográfica e temporalmente, pelas oportunidades para a implementação das estratégias; 3. As pessoas, como indivíduos ou grupos, sempre estejam no centro das decisões; 4. Se vise, como meta final, a consolidação, implementação e disseminação de alianças ou esforços colaborativos entre dois ou mais setores, agências e/ou atores com metas comuns em saúde e bem-estar social (NUTBEAM, HARRIS 1998; GILLIES 1998; WHO 1997b; LEVIN, ZIGLIO 1997).

Segundo CERQUEIRA (1997), atingir as metas globais e regionais de saúde para todos, que apoiam-se radicalmente nas estratégias da promoção, passam pelo aumento em número e a qualificação das ações e intervenções que fomentam estilos de vida sadios, investimentos, políticas e ambientes saudáveis, a participação social e o fortalecimento das comunidades. Para LEVIN e ZIGLIO (1997), o sucesso da estratégia

global, nacional e local de promoção da saúde depende de práticas profissionais apoiadas nas teorias e modelos próprias das ciências sociais e comportamentais assim como do desenvolvimento organizacional e comunitário. O desafio enfrentado pela promoção da saúde é o de construir uma abordagem estratégica testável para o desenvolvimento da saúde. Portanto, o compromisso moderno e central da promoção de saúde é envolver a comunidade no desenho e implementação de investimentos, políticas, estratégias e intervenções favoráveis à sua própria saúde, para a criação de ambientes e entornos saudáveis e o estabelecimento de estilos de vida sadios (CERQUEIRA 1997; LEVIN, ZIGLIO 1997; PROMOTION & EDUCATION 1997; WHO 1997b,1998; GILLIES 1998; BUSS et al 1998).

Na perspectiva integral revista a saúde de indivíduos e grupos pode ser promovida através de abordagens diversas, aplicadas isolada ou complementarmente, dentre as quais se destacam a biomédica, a comportamental, a educacional, a empoderante, a centrada no cliente, a organizacional e, a ecológica (CANDEIAS 1997; KATZ, PEBERDY 1997; NAIDOO, WILLS 1996; TONES, TILFORD 1994; LABONTE 1992; McLEROY et al 1988). Embora cada abordagem tenha prioridades, pressupostos e objetivos diferentes, é aceito que qualquer um deles é válido (KATZ, PEBERDY 1997; GLANZ et al 1997). O trabalho dos técnicos é mais efetivo se há combinações racionais das abordagens (OPS 1998; KATZ, PEBERDY 1997; CANDEIAS 1997). Idealmente, num senso filosófico e ético da promoção da saúde, a intervenção de problemas comportamentais, como por exemplo o de consumir cigarro, é proposta em dimensão dupla. Inclui a facilitação de mudanças nas práticas individuais e de mudanças organizacionais, nos ambientes em que as pessoas vivem (CANDEIAS 1997; MCQUEEN 1996; TONES, TILFORD 1994). Facilitar a mudança das pessoas não é só adotar uma técnica certa e/ou aprender habilidades cognitivas e/ou comportamentais específicas já que o comportamento está firmemente enraizado nos laços psicossociais, culturais e ambientais das pessoas (KATZ, PEBERDY 1997; GREEN, KREUTER 1991).

A mudança comportamental, sua dinâmica e velocidade, depende basicamente de três fatores característicos, que têm de ser levados em conta à frente da sua abordagem: caraterísticas do comportamento alvo, do indivíduo e/ou população como o potencial de mudança e, do contexto social onde o comportamento se manifesta (MCQUEEN 1996,p.29; HEA 1995). Intervenções de promoção da saúde que visam mudanças individuais e organizacionais, nas escolhas comportamentais e nas condições sócio-ambientais determinantes das escolhas em saúde de pessoas, grupos e populações focalizadas, como propostas, poderão e deverão vir a ser de natureza educacional e estrutural (CANDEIAS 1997; GREEN & KREUTER 1991; McLEROY 1988).

Plenos benefícios das intervenções propostas têm maior probabilidade de ocorrer quando orientadas por teorias ou modelos que auxiliam ao promotor de saúde durante as fases em que identificam-se metas, atores, recursos, alvos comportamentais, organizacionais e ambientais, métodos e processos de mudança em diversos níveis (OPS 1998; NUTBEAM, HARRIS 1998; LEVIN, ZIGLIO 1997; SOTO et al 1997; MCQUEEN 1996; HAGLUND et al 1996; GLANZ et al 1997; CHAPMAN 1994; GREEN, KREUTER 1991; McLEROY et al 1988; GREEN 1984).

1.3 TEORIAS E MODELOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.3.1 Teorias e Modelos

Todos os programas e intervenções de promoção da saúde não são igualmente eficazes nem têm o mesmo sucesso para atingir os seus objetivos e metas. Muitos processos ditos como promotores da saúde são formulados e implementados sem referência a uma teoria ou um modelo conceitual ou tecnico-operacional. Há hoje evidencia científica suficiente na literatura que sugere que o uso de teorias ou modelos melhora significativamente as probabilidades de sucesso das intervenções assim embaçadas (NUTBEAM, HARRIS 1998; SEEDDHOUSE 1997; DOWNIE, FYFE, TANAHILL 1996; GREEN 1984).

Um marco teórico sólido oferece a base requerida para a prática com sucesso de qualquer atividade humana (LEWIN 1935). É igual na educação para a saúde (NYSWANDER 1967; GREEN 1984) e, na sua promoção (KAR 1989; GREEN, KREUTER 1991; CANDEIAS 1997; O'DONELL 1997; WHO 1997b; OPS 1998). O principal requerimento do marco teórico na área é ajudar a explicar como, por exemplo, as pessoas fazem/constróem e/ou modificam suas decisões e ações individuais e/ou em massa. O uso de uma teoria ou modelo conceitual ajuda a entender melhor a natureza do problema enfrentado, as necessidades e motivações das pessoas envolvidas e as caraterísticas e dinâmica do contexto das intervenções (NUTBEAM & HARRIS 1998). A compreensão teórica e/ou um embasamento num modelo, dos fatores e caraterísticas do comportamento humano em relação à saúde, gera uma posição muito favorável para a incorporação e desenho de estratégias que levem a atingir metas educacionais e promotoras de saúde (GREEN 1984; ABELIN, BRZEZINSKI, CARSTAIRS 1987; TONES, TILFORD 1994; SEEDHOUSE 1997).

Uma teoria é um conjunto de elementos conceituais das variáveis, definições e proposições interrelacionadas que expressam uma visão sistemática de um fenômeno, e que especifica relações entre variáveis no propósito de explicá-lo (KERLINGER 1979). VAN-RYN e HEANY (1992) definem uma teoria como o conhecimento sistematicamente organizado aplicável em uma variedade relativamente ampla de circunstancias para analisar, prever ou explicar a natureza ou comportamento de um fenômeno, e que pode ser usado como a base para a ação. A teoria envolve o uso de abstrações, geralmente depois que as suas aplicações na prática têm sido demonstradas. Freqüentemente representa uma ou várias hipóteses que recebem apoio empírico num processo em que de alguma proposição podem ser deduzidas observações empíricas. Mas às vezes, as teorias podem ser construídas a partir de postulados que ainda não estão demostrados empiricamente ou que são impossíveis de demonstração (MARX, HILLIX 1995). A teoria tem características particulares; é sempre um discurso complexo e profundo acerca de um corpo de conceitos subjacentes, que converte traços chave da conceituação de base em generalizações. Portanto, teorias podem vir a constituir-se em leis empíricas universais, mas, os construtos ou elementos próprios dos modelos não tem essa qualidade (MARX, HILLIX 1995; TONES 1990).

O termo "modelo" é as vezes usado de maneira casual mas ele é especificamente uma formulação conceitual com elementos essenciais representativos de um aspecto da realidade (TONES, TILFORD 1994). Modelos são geralmente derivados da teoria e apresentamse como uma simples descrição verbal, um desenho tridimensional

ou uma representação lógica, abstrata e matemática para oferecer uma explicação de algo sem procurar replicá-lo (GREEN 1984). "In micro", os modelos oferecem uma representação parcial e simplificada de um processo, como poderia ser a mudança social ou comportamental dos individuos (TONES, TILFORD 1994). Modelos conceituais são representações flexíveis da realidade, como subclasses da teoria. Assim, os modelos podem ser facilitadores das intervenções ao abrirem novas possibilidades à prática e oferecer oportunidades para a revisão de paradigmas, idéias e ações (NUTBEAM, HARRIS 1998). Bons modelos são analogias amplas e coerentes dos fenômenos, dos fatos; podem ser ideológicos, pragmáticos ou técnicos. São citados como ideológicos os modelos médico, prevencionista, empoderante e o radical-social da educação e promoção da saúde (TONES, TILFORD 1994; GREEN 1984). Um bom modelo incorpora a essência do construto ou elemento teórico e também representa a realidade de forma simplificada. A simplificação deve trazer clareza à reflexão e facilidade ao planejamento (TONES, TILFORD 1994). Num modelo tem-se ferramenta facilitadora da explanação, a previsão e intervenção do mundo (MARX, HILLIX 1995; TONES 1990).

1.3.2 Aplicação em Promoção da Saúde Teorias e modelos conceituais tem como função central a derivação de teoremas e a formulação de previsões da realidade já que sua utilidade maior repousa na facilitação da representação e intervenção do mundo. Todas as abordagens teóricas e de modelos são válidas, especialmente quando levam em conta o contexto e as interações existentes (MARX, HILLIX 1995; TONES, TILFORD 1994). Na área de saúde, é reconhecido historicamente o uso de dois grandes marcos da teoria e prática, dois modelos maiores tradicionais: o biomédico e o sócio-ecológico (CATFORD 1996; NAIDDO, WILLS 1996; TONES 1990; ABELIN et al 1987). Recentemente, o salutogênico (ANTONOVSKY 1996) e o sócio-estrutural (KATZ, PEBERDY 1997), dentre outros, tem sido discutidos.

Em educação e promoção da saúde, os avanços na pesquisa e teorização que dão suporte as intervenções práticas tem ocorrido direta ou indiretamente pela aplicação no campo de teorias e modelos conceituais desenvolvidos nas mais diversas áreas do conhecimento e no âmbito de múltiplas disciplinas e profissões, como tem sido o caso, especialmente, com os modelos originados nas áreas comportamentais e psicossociais (NUTBEAM, HARRIS 1998; GLANZ et al 1997; KATZ, PEBERDY 1997; DOWNIE, FYFE, TANAHILL 1996; NAIDOO, WILLS 1996; TONES, TILFORD 1994; GREEN, KREUTER 1991; ABELIN, BRZEZINSKI, CARSTAIRS 1987; GREEN 1984).

Esta diversidade é um reflexo claro que a prática da promoção de saúde não só é expressão de elementos individuais mas também das formas de organização social e do rol das estruturas e das políticas sociais. Mas, muitos dos corpos teóricos e dos modelos conceituais usados em promoção da saúde não estão plenamente desenvolvidos nos termos em que ocorre com as ciências puras como a física e por isso são mais exatamente chamados de marcos ou modelos teóricos (NUTBEAM, HARRIS 1998). A seguir apresenta-se uma listagem de teorias e modelos historicamente usados na educação e promoção da saúde, citados na bibliografia referencial da presente pesquisa:

TEORIAS	*Autor(es) e principal ano(s) de divulgação identificado(s)*
Condicionamento clássico e instrumental	Thorndike E 1898; Paulov I 1925; Watson J 1925 Tolman E 1932; Skinner B 1935-1953
Campo dinâmico da personalidade e o comportamento	Lewin K 1935-1953
Motivacional do comportamento	Hull C 1943
Imitação e aprendizado social	Miller N & Dollar J 1941-1950
Cognitiva das expectativas e conseqüências	Rotter J 1950
Decisões comportamentais	Edwars W 1952
Aprendizagem social	Rotter J 1954; Bandura A 1962-1977
Necessidades humanas	Maslow A 1954
Análise comportamental	Tolman E 1955
Determinantes de risco comportamental	Atkinson L 1956
Dissonância cognitiva	Festinger L 1957
Da motivação e as decisões na incerteza	Feather N 1958-1965
Da coligação dos grupos	Gamson W 1961
Da difusão de inovações	Rogers E 1962-1995
Das expectativas e o locus de controle	Rotter J 1966
Atribuições	Kelley H 1967
Ação racional	Fishbein M & Ajzen I 1970-1991
Atitudes	Triandis H 1971
Motivação-proteção em saúde	Rogers R 1975-1985
Tomada de decisões	Janis I & Mann L 1977
Comportamento em saúde dos jovens	Jessor R & Jessor S 1977
Auto eficácia	Bandura A 1977-1997
Processamento de informação	Bettman J 1979
Comunicação de massa	McGuire W 1981
Comportamento social	Triandis H 1985
Prevenção da recaída	Marlatt G & Gordon J 1985
Comportamento planejado	Ajzen I 1985-1995
Do comportamento do consumidor em saúde	Wilkie W 1986
Informação e comportamento em saúde	Winett R 1986
Cognitivo social do comportamento	Bandura A 1986
Empoderamento	Freire P 1969; Rappaport J 1981; Bernstein E, Wallerstein N Labonte R, Israel B & Zimmermam M anos 1984-1998

MODELOS	*Autor(es) e ano(s) de divulgação identificado(s)*
Da análise existencial	Binswanger L 1957-1973
Preventivo em saúde	Leavell H & Clark E, 1958
Crenças em saúde	Hochbaum G, Rosenstok I et al. 1958-1988
Mudança organizacional	Bennis W, Benne K, Chin R 1961-1991
Sociedades abertas e educação em saúde	Nyswander D 1967
Territórios da saúde	LaFramboise H 1973
Campo de saúde	Lalonde M 1974
Escolha comportamental em saúde	Horn D 1976
Locus de controle em saúde	Wallston B & Wallston K 1976-1992
Psicossocial do comportamento em saúde	Kar S 1978-1989
Serviços preventivos comunitários em saúde	Am Public Hlth Assoc 1978-1985
Ação em saúde	Tones K 1979-1995
Redes e comunidades de suporte	Leighton B & Wellman B 1979
Médico-preventivo da educação em saúde	Vouri H 1980
Planejamento em educação de saúde PRECEDE	Green L, Kreuter M et al 1980
Indicadores positivos de saúde	Catford J 1983
Salutogênico	Antonovsky A 1979-1996
Abordagem planejada da saúde comunitária PATCH	Kreuter M (CDC-USA) 1983
Intervenções comunitarias multinivel MATCH	Simons-Morton D et al. 1985
Mercadologia social e saúde	Kotler P 1982; Manoff R 1985; Jack L 1992
Trifásico da educação e a promoção da saúde	French J & Adams L 1986
Ecológico da saúde	Hancock T 1984; McLeroy K et al. 1988
Quatro dimensões de mundo e promoção da saúde	Pilon AF 1987-1998
Sociedades abertas e promoção da saúde	Minkler M 1989
Dos indicadores de promoção da saúde	Kar S 1989
Radical-regulatorio da promoção da saúde	Caplan R & Holland R 1990
Determinismo reciproco das mudanças	Baranowski T 1990
Das três esferas da promoção da saúde	Tannahill A 1990
Quadridimensional da promoção da saúde	French J 1990
Educativo-politico da promoção da saúde	Tones K 1990
De planejamento PRECEDE-PROCEED	Green L & Kreuter M 1991
Comportamento em promoção da saúde	Pender N & O'Donell M 1994
Empoderamento individual e comunitário	Tones K 1994
Alianças Promotoras de Saúde	Gillies P (HEA-UK)1995
Transteórico de Mudança Comportamental	Prochaska J et al. 1979-1998
Analise Estratégica em Promoção de Saúde HELPSAM	Haglund B et al. (ROE-WHO) 1991-1996

Nas origens dos precoces e modernos modelos comportamentais desenvolvidos e incorporados na prevenção, educação e promoção da saúde, encontram-se os trabalhos pioneiros de LEWIN (1935,1951), HOCHBAUM (1956), HOCHBAUM, ROSENSTOCK e KEGELES (1960) e ROSENSTOCK (1966).

Estes trabalhos foram as bases, dentre outros, do modelo de conhecimentos, atitudes e práticas-CAP, do modelo do comportamento em saúde (HOCHBAUM 1970), de crenças em saúde (BECKER 1974) e o das ações em saúde (TONES 1987; TONES, TILFORD 1994).

No comportamento em saúde do indivíduo, uma das mais aplicadas propostas é o modelo de crenças em saúde (BECKER 1974; SOTO et al 1997), mas, uma das mais inovadoras propostas teóricas em pleno processo de disseminação global é o chamado modelo transteórico (OPS 1998; NUTBEAM, HARRIS 1998; GLANZ et al 1997; KATZ, PEBERDY 1997; O'DONELL 1997; NAIDOO, WILLS 1996; COOMBES, MacPHERSON 1996; HEA 1995).

Na explicação e facilitação das mudanças individuais favoráveis à saúde, nos anos 80, têm destaque os aportes decorrentes do marco PRECEDE que no seu momento representou os avanços relevantes na abordagem educacional da promoção da saúde (GREEN et al 1980; GREEN 1984).

No contexto acadêmico e operacional, principalmente na América do Norte e na Europa, a nível do sistema social, da estrutura organizacional macro, por exemplo, uma das mais avançadas e aplicadas teorias é a de comunicação de inovações, proposta por Everett Rogers nos anos 60, ainda em contínua validação empírica (NUTBEAM, HARRIS 1998; GLANZ et al 1997; MacDONALD 1997; TONES, TILFORD 1994).

Mais recentemente, graças aos avanços da teoria e prática na área, aos ganhos na consolidação mundial da estratégia de promoção em saúde, numa perspectiva educativa, ambiental e ecológica mais abrangente e integral (CANDEIAS 1997; GLANZ et al 1997; NAIDOO, WILLS 1996), têm destaque os aportes decorrentes da aplicação na prática dos modelos de planejamento em promoção de saúde PRECEDE-PROCEED (GREEN, KREUTER 1991), de Análise Estratégica em Promoção da Saúde HELPSAM-Health Promotion Strategy Analisys Model, e o de Ambientes de Suporte à Saúde, SESAME -Supportive Environment Model (HAGLUND et al 1996). O modelo PRECEDE-PROCEED tem sido maciça e amplamente validado no contexto da prática e da pesquisa, principalmente na América do Norte (GREEN, KREUTER 1991; CANDEIAS 1997). Com menor expressividade o modelo HELPSAM tem sido utilizado em diversos países, principalmente europeus, na frente de varios problemas em saúde pública, mas espera-se uma maior validação na prática na medida de sua disseminação ao interior de grupos técnicos e acadêmicos (HAGLUND et al 1996).

Em países em desenvolvimento tem sido reconhecida a dificuldade para que as intervenções promotoras de saúde possam atingir os seus fins com a participação articulada, racional e coerente das abordagens disponíveis, especialmente pela falta de domínio, pouca incorporação e/ou embasamento, nos mais diversos níveis de intervenção política, acadêmica e técnico-profissional, de teorias e modelos explicativos das mudanças individuais, organizacionais, sociais ou ambientais (GILLIES 1998; GLANZ et al 1997; CANDEIAS 1997; NYAMWAYA 1997; DOWNIE, FYFE, TANAHILL 1996).

A aplicação na prática de teorias e modelos para observar, diagnosticar, descrever e explicar os comportamentos individuais em saúde devem ser acompanhados de ações complementares para oferecer as condições sócio-ambientais que facilitem escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e a manutenção no tempo dos comportamentos sadios desejáveis (WHO 1986a,1991; OPS 1996,1998; COOMBES, MacPHERSON 1996; CANDEIAS 1997; NUTBEAM, HARRIS 1998).

Nesta pesquisa aplicaram-se as versões mais aprimoradas do Modelo Transteórico de Mudanças Comportamentais em Saúde (PROCHASKA, VELICER 1997) e do Modelo de Análise Estratégica em Promoção da Saúde -Health Promotion Strategy Analysis Model, HELPSAM/OMS (HAGLUND et al 1996).

Os modelos orientaram o levantamento de dados comportamentais e o planejamento de uma intervenção multi-estratégicas local orientada a gerar mudanças individuais e ambientais em relação aos padrões de iniciação no consumo e de abandono do cigarro da população de um município Colombiano de pequeno porte, que já identificara como uma das suas prioridades em saúde o planejamento e implementação de intervenções inibidoras e modificadoras dos padrões de uso de tabaco.

1.4 MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

1.4.1 Antecedentes

Um estudo analítico executado em 1979 por James O Prochaska nos Estados Unidos de América teve como meta sistematizar o campo da psicoterapia das dependências, então fragmentado, segundo o autor, em mais de 300 propostas teóricas. O Modelo transteórico-MT foi o produto central da análise comparativa de 29 das teorias e modelos relevantes e disponíveis até fins da década do 70 para explicar mudanças no comportamento. Assim, o modelo ganhou o seu nome da integração dos princípios e componentes teóricos dos diferentes sistemas de intervenção terapêutica analisados (PROCHASKA 1979).

Análises complementares destas e outras teorias e modelos do comportamento humano, observações da mudança espontânea e induzida no comportamento de consumidores de tabaco e validações empíricas de propostas de intervenção para facilitar o abandono de consumo de substâncias geradoras de dependência, foram reportadas posteriormente como evidências e conclusões preliminares sobre a natureza dos estágios e processos que subjazem à mudança comportamental (PROCHASKA, DiCLEMENTE 1982; DiCLEMENTE, PROCHASKA 1982; PROCHASKA, DiCLEMENTE 1983). Estes estudos e relatos preliminares de aplicações na prática do MT, especialmente no que diz ao consumo habitual de cigarro, da dependência à nicotina e, sobre como as pessoas mudavam o seu comportamento de fumar por si mesmas ou como efeito de intervenções externas planejadas terapeuticamente, tentaram isolar e descrever com maior precisão os componentes e estágios básicos do ainda parcialmente desconhecido processo de mudança individual deste comportamento de risco à saúde (PROCHASKA, DiCLEMENTE 1984; DiCLEMENTE, PROCHASKA 1985).

Em meados dos anos 80, avanços na teoria e na prática, gerados por diversos grupos com interesse na aplicação de modelos explicativos do comportamento de fumar e dos comportamentos relacionados à saúde, levaram à incorporação no MT dos elementos de auto-eficácia, tentação e balanço decisório, visando reforçar a capacidade dos estágios e processos de mudança para avaliar e prever o "status" e as mudanças espontâneas e induzidas no comportamento de consumo de cigarro (DiCLEMENTE, PROCHASKA, GIBERTINI 1985; VELICER, DiCLEMENTE, PROCHASKA, BRANDENBERG 1985). Nos primeiros anos da década de 90, nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, o MT foi incorporado progressivamente na pesquisa e intervenção de um amplo número de comportamentos típica e largamente conhecidos como de risco em saúde (PROCHASKA 1991; PROCHAKA, DiCLEMENTE 1992; GRIMLEY et al 1993; PROCHASKA, VELICER, ROSSI et al 1994; PROCHASKA et al 1994; BECOÑA et al 1994), pela sua capacidade de descrever e explicar os diversos estágios que são comuns à maioria de processos de mudança comportamental (NUTBEAM, HARRIS 1998; GLANZ et al 1997; COOMBES, McPERSON 1996).

O MT é baseado na premissa que a mudança comportamental é um processo no geral e que os indivíduos têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar, uma perspectiva que permite planejar intervenções e programas que atendem às necessidades particulares dos indivíduos dentro do seu grupo social e contexto organizacional ou comunitário natural (PROCHASKA, VELICER 1997; GLANZ et al 1997; TESSARO et al

1997; NUTBEAM, HARRIS 1998; JOSEPH et al 1999). Mais recentemente, o MT começou a ser usado no desenho de intervenções facilitadoras do desenvolvimento de comportamentos sadios como o consumo de dietas saudáveis (NI, MARGETTS, SPELLER 1997; GLANZ et al 1994), a adoção de práticas esportivas (PROCHASKA, MARCUS 1994), dentre as mais diversas (TONES, TILFORD 1994; COOMBES, McPHERSON 1996; GLANZ et al 1997; KATZ, PEBERDY 1997; NUTBEAM, HARRIS 1998; JOSEPH et al 1999). Por exemplo, o diagnóstico comportamental de uma intervenção considerada pioneira no mundo, o programa "Agita São Paulo", no Brasil, e as orientações da intervenção dirigidas ao público, para incrementar a regularidade na prática de atividade física moderada, estão embasadas no MT (MATSUDO 1997a,b). Estas e outras experiências de um número crescente de centros e grupos de pesquisa, geraram um acúmulo de trabalhos acadêmicos e evidencias que permitiram uma versão cada vez mais validada e aprimorada do MT (PROCHASKA, PROCHASKA 1993; PROCHASKA, VELICER 1997). O modelo é hoje visto como um recurso inovador na área de educação e promoção da saúde, em forte processo de difusão no mundo todo (JOSEPH et al 1999; OPAS 1998; KATZ, PEBERDY 1997; GLANZ et al 1997; COOMBES, McPHERSON 1996; NAIDOO, WILLS 1996; HEA 1995; TONES, TILFORD 1994). É considerado a mais importante inovação na prática da promoção da saúde nos últimos dez anos (O'DONELL 1997; GLANZ et al 1997).

O MT está apoiado em uma série de pressupostos que dizem respeito à natureza da mudança comportamental e das caraterísticas das intervenções que podem facilitar esta mudança (PROCHSAKA, VELICER 1997). Orientadores da teoria, da pesquisa e da aplicação na prática do MT, estes pressupostos indicam que:

1. Nenhuma teoria ou modelo responde a todas as complexidades da mudança comportamental.
2. A mudança comportamental é um processo que se fundamenta e apresenta numa seqüência de estágios.
3. Os estágios são estáveis, mas abertos à mudança, ao igual que os fatores de risco comportamental.
4. A maioria das populações de risco não estão preparadas para agir e, por isso, não serão beneficiadas pelos tradicionais programas preventivos, informativos ou educativos, orientados a ações em relação à saúde.
5. Sem intervenções planejadas, as populações, grupos e indivíduos permanecem encerrados nos estágios iniciais do processo, sem motivação nem disposição para se engajar em intervenções ou programas.
6. A prevenção, educação e promoção em saúde podem vir a ter impactos nunca antes experimentados se incorporarem um paradigma de estágios, diferente do clássico paradigma de ação.
7. Processos e princípios específicos de mudança necessitam ser aplicados a estágios específicos; as intervenções são desenhadas segundo os estágios de mudança próprios de cada indivíduo ou grupo de pessoas.
8. Padrões comportamentais estão sob alguma combinação de fatores biológicos, sociais e de autocontrole.
9. As intervenções e programas precisam mudar de um recrutamento reativo a um recrutamento proativo dos participantes.
10. O desafio é progredir em direção a programas e intervenções da saúde comportamental, de base populacional, com apoio de estratégias individualizadas e interativas e, estratégias que suportem ambientalmente as mudanças esperadas.

1.4.2 Componentes do Modelo Transteórico

O MT tem cinco construtos teóricos ou variáveis intervenientes e explicativas da mudança natural ou induzida do comportamento em saúde: estágios, processos de mudança, balanço decisório para mudar, tentação e auto-eficácia para agir(PROCHASKA, VELICER 1997). Eles são apresentados a seguir:

COMPONENTES (CONSTRUTOS) DO MT

ESTÁGIOS DE MUDANÇA Pré-contemplação Contemplação Preparação Ação Manutenção Termo	*BALANÇO DECISÓRIO* Prós e contras para mudar
	TENTAÇÃO Situação emocional negativa Situação emocional positiva Impulso/vontade
AUTO-EFICÁCIA	COMPORTAMENTO ALVO

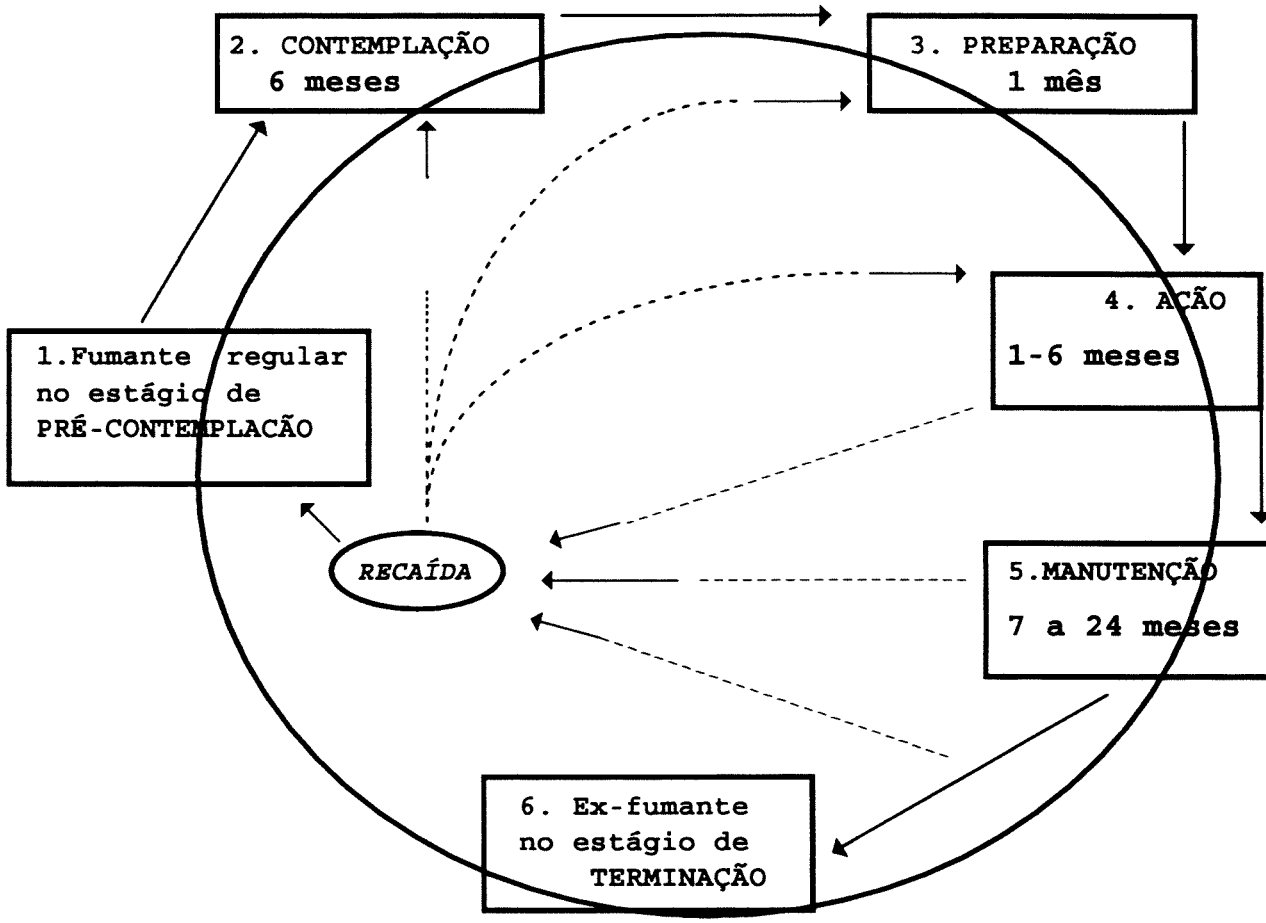
PROCESSOS DE MUDANÇA
Conscientização, Auto-avaliação, Catarse, Auto-afirmação, Reavaliação ambiental, Liberação social, Condicionamento, Controle de estímulos, Relações de apoio e Administração de eventos.

Estágios de Mudança: A mudança comportamental é um processo com manifestações implicitamente ligadas ao tempo, mas surpreendentemente nos construtos teóricos ou elementos conceituais de modelos como o de crenças e atitudes em saúde, de auto-eficácia, de locus de controle, dentre outros amplamente usados na área, faltava uma dimensão temporal ou uma dinâmica ou senso de continuidade, de direcionalidade seqüencial da mudança.

O conceito de estágios desenvolvido e incorporado pelo MT é fundamental para compreender como ocorrem as mudanças no comportamento dos indivíduos. O MT desdobra a mudança individual num processo que ocorre através de seis estágios: pré contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e termo (PROCHASKA, VELICER 1997).

Estágios têm como caraterística serem estáveis e abertos a mudança, estáveis mas dinâmicos na sua natureza, ou igual à natureza da maioria dos comportamentos de risco à saúde (PROCHASKA, MARCUS 1994). A seguir apresenta-se uma representação gráfica dos estágios de mudança no MT, construída segundo síntese das propostas revistas na literatura consultada.

REPRESENTAÇÃO GRAFICA DOS ESTAGIOS DO MT



A Pré contemplação é o estágio no qual as pessoas não tem intenção de tomar uma ação específica de mudança de seu comportamento de risco no futuro próximo, usualmente no lapso de tempo de seis meses a dois anos. Um subgrupo dessas pessoas pode estar nesta etapa por falta de informação ou por desinformação sobre as conseqüências a curto, médio e longo prazos do seu comportamento; outro subgrupo pode ter tido prévios e fracassados intentos de mudar e agora estão desmoralizados em relação a sua capacidade de faze-lo, sendo freqüente observar que ambos os subgrupos de pessoas evitam ler, falar e pensar sobre seus comportamentos de risco; estão na defensiva em parte pelas pressões sociais para mudar e, caracteristicamente não estão preparados nem motivados para participar de programas de educação ou promoção em saúde. O fato é que programas de promoção de saúde tradicionais não atingem estes indivíduos pela incoerência dos propósitos das intervenções em relação as necessidades particulares das pessoas.

A Contemplação é o estágio no qual a pessoa tem a intenção e potencialmente fará um intento formal para mudar o seu comportamento nos próximos 6 meses. Contempladores estão conscientes dos prós de mudar se comparados com os indivíduos pré-contempladores, mas o peso dos fatores desfavoráveis (contras) da mudança ainda é muito grande. Contempladores começam a considerar uma mudança mas ainda não têm um compromisso específico para agir nesse sentido. Por causa desse balanço tão equilibrado entre custos e benefícios de mudar pode-se produzir uma ambivalência profunda, radical, que leva a manter uma pessoa estacionada neste estágio por longos períodos de tempo; as observações empíricas indicam que essa situação

pode levar aos indivíduos a permanecer contemplando a opção de mudar até por 2 anos, falando para si mesmas que algum dia vão mudar e expressando constantemente sua ambivalência para mudar, situação que leva à condição de contempladores crônicos ou procastinadores comportamentais. Indivíduos com estas características também não são aptos nem alvo dos programas preventivos ou de promoção tradicionais orientados a agir.

A preparação é o estágio em que as pessoas já tomaram uma decisão de mudança e têm um compromisso para agir; começam a fazer pequenas mudanças comportamentais e estarão tentando efetivamente uma ação evidente no futuro imediato, usualmente nos próximos 30 dias. Pessoas em preparação, em geral, tiveram já experiências concretas em relação a mudar no passado, particularmente no ultimo ano e tem uma consciência definida dos prós de mudar. São pessoas que geralmente já têm um plano para agir e/ou para participar de alguma experiência de educação ou orientação em saúde e freqüentemente já experimentaram pequenas mudanças no seu comportamento de risco. Pessoas no estágio de preparação têm grande potencial para participar em programas de saúde orientados à ação e são as tipicamente recrutadas pelas intervenções. É um estágio instável; as pessoas podem se tornar relapsas ou simplesmente entrar no estágio seguinte, da ação, muito rapidamente.

Ação é o estágio no qual as pessoas estão realizando mudanças e fazem modificações objetivas, exteriorizadas e mensuráveis nos seu comportamento, num período de tempo que varia de 1 até 6 meses. Já que o estágio de ação é observável, a mudança comportamental tem sido histórica e simplisticamente equiparada ao agir, mas diferenciadamente dos outros modelos, no transteórico, a ação é só um dos seis estágios do processo de mudança comportamental. Em geral as pessoas têm uma valorização muito forte dos prós de mudar, com um peso decisório regularmente maior que o dos contras e têm também um maior sentido de auto-eficácia, como nunca antes experimentado e com tendência a ser cada vez maior em tanto o indivíduo seja capaz de manter a mudança. Neste estágio ocorre a maior aplicação e uso sistemático dos diversos processos de mudança, sendo também o estágio no qual ocorrem os maiores níveis de recrutamento de sujeitos ante as intervenções divulgadas e orientadas ao público em geral. A ação é reconhecida como um estágio instável no tempo pelo potencial de recaída ou a rápida progressão ao estágio de manutenção.

A Manutenção é o estágio seguinte, caraterizado pelas tentativas de estabilização da mudança comportamental. É um período de no mínimo seis meses após a experimentação da mudança específica, no qual as pessoas trabalham ativamente na prevenção da recaída ou relapso, graças a uma reduzida mas específica variedade de processos de mudança. As pessoas tem menos tentações e progressivamente incrementam sua autoconfiança para manter as mudanças comportamentais. Este estágio regularmente dura de 6 meses a 2 anos. O relapso ou recaída é uma forma de regressão; é tipicamente o retorno do estagio de ação ou manutenção a um estágio comportamental prévio qualquer. *O Termo* é o estágio no qual as pessoas não têm tentação para executar de novo o antigo comportamento de risco e têm 100 % de confiança, de auto-eficácia, na frente das situações previamente tentadoras. Como o termo tem poucas implicações práticas em relação aos outros estágios, não tem recebido maiores aplicações na pesquisa.

O Balanço Decisório: Reflete o peso relativo que o indivíduo outorga aos prós e aos contras de mudar o seu comportamento de risco. A partir das teorias explicativas da tomada de decisões, o BD foi proposto originalmente com base no modelo das decisões de Janis e Mann, modelo que incluía quatro categorias de prós e quatro categorias de contras, representados em oito construtos centrais: benefícios para si e outros, custos para si próprio e outros, aprovação de si e outros e, desaprovação de si e outros (JANIS, MANN 1977). A pesquisa acumulada fez com que estes oito fatores fossem simplificados em uma estrutura de duas dimensões ao se avaliar os prós ou benefícios e os contras ou custos de mudar ou praticar um comportamento específico, dimensões determinantes da compreensão e previsão das transições nas três primeiros estágios.

A Auto-eficácia: É a confiança de uma pessoa de que pode enfrentar uma situação de risco sem ter uma recaída aos seus comportamentos nocivos ou de risco à saúde. Este é um componente do MT incorporado da teoria cognitivo social de BANDURA (1977,1986,1997). A auto-eficácia é um preditor estável da progressão nos estágios de ação e manutenção. No processo de mudança, a auto-eficácia aumenta linearmente e os escores de tentação decrescem linearmente da pré contemplação até a manutenção dos comportamentos; na pré contemplação a eficácia é muito baixa e a tentação é muito alta; o distância entre esses dois elementos se reduz entre os estágios de contemplação e preparação.

A Tentação: Reflete a intensidade ou urgência experimentada pelo indivíduo para executar uma prática ou comportamento habitual específico, especialmente na presença de fatores condicionantes ou contextos complexos. As pesquisas e evidências acumuladas sobre este componente do MT revelam que são três os fatores ou tipos mais comuns relacionados a situações tentadoras: situações afetivas negativas ou de perturbação e estresse emocional, situações sociais positivas e, a presença de impulsos.

Os Processos de Mudança : São as estratégias e técnicas cognitivas, afetivas, experimentais e comportamentais que as pessoas usam regularmente para mudar o seu comportamento e, na perspectiva das intervenções promotoras de saúde, as que podem e devem ser incorporadas pelos responsáveis das intervenções no embasamento de suas propostas orientadas às comunidades. Os processos de mudança representam os princípios básicos que diversos e reconhecidos sistemas de psicoterapia indicam como os responsáveis pela mudança comportamental dos indivíduos. São os catalisadores das transições de um estágio até um outro qualquer da seqüência. São o fundamento conceitual do modelo a ser aplicado no desenho de intervenções e programas de promoção da saúde que visam à mudança comportamental. Os processos que subjazem à mudança e que são dependentes do estágio no qual o indivíduo se encontra, mais estudados e com maior suporte empírico até hoje são: conscientização, auto-reavaliação, liberação dramática (catarse), auto-liberação, reavaliação social-ambiental, liberação social, administração dos reforços, modificação progressiva de apoios comportamentais, substituição comportamental, relacionamento colaborativo e de suporte, administração de contingências e controle de estímulos situacionais (PROCHASKA, VELICER 1997).

Tradicionalmente o comportamento e mais concretamente o comportamento com efeitos na saúde, tem sido freqüentemente visto como um evento, um fato, mas não como um processo e muito menos como uma seqüência de estágios; tem sido assim com a maioria das intervenções reportadas para largar o fumo, parar de beber e/ou usar camisinha (PROCHASKA, VELICER 1997).

A abordagem processual subjacente ao MT é uma das mais novidosas já propostas e aplicadas para planejar e executar intervenções em educação e promoção da saúde, tendo como base a classificação de estágios, características e necessidades específicas da população-alvo das intervenções (NAIDOO, WILLS 1996). A força do modelo está na sua já demonstrada capacidade e particularidade dinâmica para acelerar a velocidade das mudanças comportamentais nas populações intervindas com esta proposta, mediante programas adaptáveis a diversas intervenções (OPS 1998; GLANZ et al 1997; COOMBES, McPHERSON 1996; HEA 1995).

Numa perspectiva de estágios, observações, diagnósticos, propostas e avaliações de intervenções do comportamento em saúde focam-se em cinco transições claramente definidas: da pré- contemplação à contemplação, da probabilidade de agir; da contemplação à preparação; da preparação à ação, da ação à manutenção do comportamento e ao estágio de término, onde o risco de relapso é zero e a auto-eficácia para manter um comportamento sadio é 100% (NAIDOO, WILLS 1996; GLANZ et al 1997; O'DONELL 1997).

Os padrões populacionais de distribuição de estágios de mudança, as caraterísticas a favor ou contra no balanço decisório e os níveis de auto-eficácia de indivíduos fumantes e ex-fumantes, têm portanto, diversos e importantes efeitos no desenho e seguimento de intervenções preventivas, educativas ou promotoras de saúde, visando a modificação ou cessação do hábito de fumar. Até a aparição do MT, as intervenções em consumo de tabaco foram tipicamente desenvolvidas tendo como foco à ação única e específica de parar de fumar, de abandonar o consumo, sem levar em conta a natureza processual dessa ação comportamental (MARLATT, GORDON 1985; BROWNELL et al 1986; GLANZ et al 1997).

O modelo oferece uma abordagem inovadora no planejamento e implementação das intervenções por enfatizar que as mudanças comportamentais são uma progressão de mudanças, que as variáveis subjacentes são intervenìveis e que o desenho das intervenções tem que responder a características particulares levantadas com a população-alvo (NAIDDO, WILLS 1996; GLANZ et al 1997; PROCHASKA, VELICER 1997). Uma vez que a distribuição dos estágio de mudança dos indivíduos tem sido determinado, há uma clara idéia de qual ou quais processos precisam ser enfatizados para facilitar a mudança ou progressão pela seqüência de estágios (JOSEPH et al 1999).

1.5 ANÁLISE ESTRATÉGICA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
(The Health Promotion Strategy Analisis Model HELPSAM/WHO).

1.5.1 Antecedentes A noção do ambiente para a saúde é tão antiga como a humanidade. O conceito atual do ambiente favorável à saúde, já discutido previamente por diversos grupos acadêmicos, foi revisto na I Conferência Internacional em Promoção da Saúde celebrada em Ottawa-Canadá em novembro de 1986 (WHO 1986). Foi apresentado como a base de uma das estratégias críticas a serem adotadas pelos países participantes para promover a saúde de seus povos. Mais tarde, o conceito e as suas abordagens estratégicas e operativas foram discutidas a rigor na III Conferência Internacional, em Sundsvall, em 1991 (WHO 1993).

A Conferência de Sundsvall faz parte da seqüência de eventos relevantes para a saúde humana que começaram em 1977 com o compromisso da Organização Mundial da Saúde pela Saúde para Todos no ano 2.000, continuaram em 1978 com as orientações da Conferência Internacional UNICEF-OMS sobre Atenção Primária em Saúde, celebrada em Alma-Ata, e que desembocaram na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde dos países industrializados em Ottawa no ano de 1986 e nos encontros de Adelaide-Australia sobre políticas saudáveis em 1988 e, o de Genebra-Suiça sobre promoção da saúde nos países em desenvolvimento em 1989 (NAKAJIMA 1996; WHO 1993).

Em junho de 1991, organizada em conjunto pela Organização Mundial de Saúde, os Países Nórdicos e o Programa Ambiental das Nações Unidas, foi celebrada então a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Sundsvall-Suecia, focada especificamente sobre o conceito, a estratégia e as abordagens dos ambientes favoráveis à saúde. A Conferência de Sundsvall, a diferença das duas conferências internacionais anteriores, em Ottawa e Adelaide, foi a primeira com um perfil global sobre Promoção da Saúde. Contou com a participação de 81 países e de 350 representantes, metade do mundo em desenvolvimento (HAGLUND et al 1996; WHO 1993). Na preparação da conferência de Sundsvall foram revistos mais de 1.000 relatos e experiências enviadas de diversas partes do mundo. As estórias foram exemplos de como estimular e gerar mudanças individuais, organizacionais e/ou refletir esforços na criação de ambientes favoráveis à saúde (HAGLUND 1996). Três foram os produtos centrais da conferência: A declaração de Sundsvall sobre ambientes de suporte, o relatório técnico da conferência, e um manual operacional titulado "We Can Do It".

O "We Can Do It" contém as estratégias operativas do modelo de Análise Estratégica em Promoção de Saúde MAEPS ou HELPSAM, pelas suas siglas em inglês -Health Promotion Strategy Analysis Model. A segunda parte desse manual descreve diversas experiências segundo os temas chave da conferência: educação, alimentação e nutrição, vivenda e vizinhança, trabalho, transporte, ambiente e saúde e, suporte social, revistas com base na Pirâmide de Ambientes de Suporte SPOSE -Sundsvall Pyramid of Supportive Environments. E, por fim, apresenta-se um segundo modelo de ação operacional para se criar ambientes de suporte, o SESAME - Supportive Environments Action Model (HAGLUND et al 1996).

As estórias e os modelos foram apresentados e propostos como uma caixa de ferramentas para que técnicos com interesse na área viessem a propor mudanças, estimular, gerar, criar e consolidar ambientes locais, nacionais e internacionais de suporte à saúde, baseados nas evidências que demostraram que o trabalho em promoção de saúde poderia ser feito mediante o planejamento estratégico por diversas abordagens, setores e atores (HAGLUND et al 1996).

O MAEPS ou HELPSAM é indicado como um modelo instrumental para descrever, analisar e compreender problemas de saúde em relação ao ambiente ou contexto das pessoas, e/ou planejar soluções de intervenção. A pirâmide de Sundsvall é tida como a ajuda conceitual para guiar a compreensão dos seis tópicos da conferência (alimentação, trabalho, educação, moradia, transporte e suporte social). O modelo SESAME é apresentado como um modelo orientado à ação mediante uma seqüência lógica e universal de oito passos a ser seguida na implementação das ações promotoras de saúde (HAGLUND 1996).

Segundo HAGLUND e colaboradores, coordenadores do grupo de trabalho responsável pela sistematização dos relatos técnicos e da edição do "We Can do It", o MAEPS especificamente oferece vantagens ao: 1. Estimular o pensamento intersetorial; 2. Definir papéis dos agentes e atores sociais em áreas específicas; 3. Indicar pontos chave a serem priorizados nas intervenções; 4. Gerar novo conhecimento, ao examinar uma estratégia de intervenção em perspectivas diferentes e, 5. Destacar padrões estruturais e sistêmicos comuns favoráveis ou desfavoráveis às mudanças desejáveis (HAGLUND et al 1996).

Para CANDEIAS, participante e delegada técnica pelo Brasil na conferência, do ponto de vista da evolução histórica dos conceitos de educação e promoção em saúde, os produtos técnicos de Sundsvall evidenciaram os mecanismos de intervenção que podem ser utilizados na prática da promoção, com o objetivo de passar da teoria à prática. O modelo representa um valioso instrumento analítico para identificar as estratégias acessíveis e outros elementos essenciais à implementação de ações concretas no que diz respeito à promoção em saúde. Oferece, ainda, uma visão panorâmica sobre a combinação de diferentes estratégias que, planejadas concomitantemente, favorecem as mudanças e resultados esperados das intervenções a serem implementadas e avaliadas e, permite o registro da informação necessária para orientar mudanças desejáveis (CANDEIAS 1997).

1.5.2 Componentes do MAEPS

O MAEPS ou HELPSAM é uma matriz instrumental que sintetiza os elementos estratégicos das estórias e experiências revistas na conferência de Sundsvall sobre a criação de ambientes de suporte para a saúde. É um instrumento de análise, descrição e intervenção de um problema no ambiente das pessoas; um recurso estratégico na formulação e planejamento de soluções, que permite a análise, a descrição e compreensão de um problema na perspectiva ambiental em distintos níveis, inclusive o local.

Sete estratégias de ação em saúde pública foram especificamente resumidas no MAEPS como ferramenta analítica numa intervenção específica, sendo que todas ou algumas delas podem vir a ser implementadas simultaneamente a nível internacional, nacional, regional e/ou local. São apresentadas verticalmente na matriz: Desenvolvimento de política, Regulamentação, Reorientação organizacional, Advocacia, Conscientização/Alianças; Facilitação e Mobilização/Empoderamento da comunidade (HAGLUND et al 1996; WHO 1993). Da esquerda para direita, o MAEPS descreve essas estratégias em função dos seguintes pontos: tipo de enfoque para atingir as mudanças, atores envolvidos, alvos nos quais a mudança é pretendida, níveis ou areias onde as mudanças acontecem, procedimentos e instrumentos a serem usados e, por fim, resultados desejáveis e esperados. A matriz do modelo, é apresentada a seguir:

Matriz instrumental do MAEPS/OMS

IMPLEMENTAÇÃO / *ESTRATÉGIAS*	ABORDAGENS	ATORES	ALVOS	ARENA	PROCEDIMENTOS	RESULTADOS
DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICA						
REGULAMENTAÇÃO						
REORIENTAÇÃO ORGANIZACIONAL						
ADVOCACIA						
MEDIAÇÃO E ALIANÇAS						
FACILITAÇÃO DE MUDANÇAS						
EMPODERAMENTO						
MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA						

As estratégias para criar ambientes de suporte para a saúde são descritas brevemente a seguir (WHO 1991-1995).

A estratégia de **Política Pública** está fundamentada na intenção dos governantes e outros atores sociais que podem participar ativamente na formulação da mesma. Está fundamentada em valores políticos e morais específicos. Uma política com efeitos na saúde é uma ferramenta para melhorar a saúde do público e reduzir as diferenças nos níveis de saúde de indivíduos e grupos. Uma política pública de suporte para a saúde define as direções e ações a serem tomadas e explica as razões pelas quais tais ações são tomadas. Segundo HAGLUND e colaboradores (1996), a formulação e implementação de políticas a partir do grosso da população, da massa social, é pouco freqüente nos países em desenvolvimento, mas para os autores, comunidades pequenas, quando estimuladas e fortalecidas tem levado governos a apoiar ações de suporte especificas a certas necessidades.

A **Regulação** em saúde abrange leis e normas escritas e não escritas que afetam a saúde do público. O estabelecimento de padrões específicos jogam um rol normativo na sociedade. Isoladamente, porém, as leis e normas não trazem mudanças esperadas e desejáveis no comportamento dos cidadãos. Mas, quando combinadas com processos educacionais, empoderantes e outras estratégias certas, com freqüência trazem impactos importantes e notórios na sociedade.

A **Reorientação Organizacional** ora das estruturas, ora dos serviços em saúde pública, muito freqüentemente decorre de iniciativas individuais ou da própria organização como um todo, mas as mais eficientes tem sido aquelas apoiadas pelas populações e que no medio e longo prazos trazem as mudanças esperadas, levando a processos definidos de institucionalização de ações.

A **Advocacia** é usualmente um processo que antecede à mudança, seja qual for a sua natureza. Assim, a advocacia pode falar com muitas vozes e assumir muitas formas no intuito de criar ambientes favoráveis à saúde e para que as pessoas possam fazer escolhas comportamentais saudáveis mais facilmente. Pode surgir das camadas populares ou do topo de organizações e instituições. As mídias de comunicação de massas, por exemplo, são muito freqüentemente elementos chave na advocacia e a ação pela saúde.

Após a identificação do problema ou da situação com efeitos na saúde, um passo crítico a seguir é criar uma consciência, baseada na dispersão de informação e comunicação, com processos de **Mediação** e geração de **Alianças** entre os atores e agências envolvidas na superação do problema. Assumindo a dificuldade para se mudar o comportamento das pessoas é fundamental dirigir uma estratégia de intervenção até as opções que podem ser tomadas. Tanto o problema como suas soluções devem ser apresentadas como portas e janelas par que as pessoas possam agir.

A **Facilitação** de mudanças envolve, por exemplo a criação de ambientes e locais livres de fumo e a oferta de atividades ou opções para que as pessoas possam praticar atividades sadias durante o seu lazer e tempo livre.

A estratégia de **Mobilização e Fortalecimento da comunidade** orienta-se até um ativo envolvimento e participação daqueles direta ou indiretamente afetados pelos problemas ou com interesse no assunto com impacto na saúde. a participação comunitária com base nos princípios da democracia promovem a qualidade de vida; ações desta natureza são freqüentemente poderosas e sustentáveis no tempo. As atividades empoderante apresentam-se nas mais diversas formas e nomes.

As dimensões ou elementos da implementação das estratégias do MAEPS podem ser (WHO 1991,1993,1995):

Em relação às estratégias para se criar ambientes para a saúde, as **abordagens** podem vir a ser: políticas de bem-estar social como o pleno emprego, de seguro saúde ou de ambientes livres de fumo; legislação para proteção dos direitos dos não fumantes; vigilância epidemiológica de prevalência, incidência de consumo ou efeitos do tabagismo; programas de identificação precoce de certas doenças; atividades educacionais, conselheira e, até processos derivados de pesquisas participantes.

Os **atores** diversos que podem estar envolvidos podem ser entidades políticas como o congresso, a assembléia legislativa ou a câmara de vereadores do município; setores estruturais e funcionais do estado como saúde, educação; sindicatos, comerciários, bancários, empregadores, dentre outros; produtores e consumidores em geral e as delegacias de proteção destes últimos; comunidades estrito e lato senso; organizações e instituições voluntárias e não governamentais; associações de profissionais.

As medidas são adotadas para o benefício de **grupos alvo** tais como a população como um todo, mulheres, crianças ou grupos específicos da população segundo idade, sexo, etc. As ações são implementadas em vários **níveis ou arenas da sociedade**: internacional, regional ou localmente, em nível de grupos ou especificamente em nível de indivíduos. Os **procedimentos ou ferramentas** usadas para implementar as ações podem incluir impostos e taxas, controle de preços, supervisão e controle de processos, desenvolvimento organizacional, informação, comunicação e educação, negociações e trabalho em rede, dentre outros.

Os **resultados** esperados das ações desenvolvidas podem incluir a criação de ambientes livres de fumo, incremento na auto-eficácia e no controle das pessoas sobre sua saúde e certas escolhas voluntárias, redução do consumo, modificação de hábitos, melhoramento do ambiente social.

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Oferecer subsídios para intervenção nos padrões de iniciação e abandono do consumo de cigarro na população do município de Zarzal,Colômbia

2.2 ESPECÍFICOS

Descrever as variáveis gênero, idade, estado civil, escolaridade, iniciação, consolidação, duração e freqüência do consumo de cigarro na população

Quanto ao Modelo Transteórico:

Caracterizar o histórico e freqüência das tentativas de abandono de cigarro da população;

Classificar à população estudada segundo estágios de mudança comportamental para consumo de cigarro;

Caracterizar a freqüência e causalidade das recaídas para consumo de cigarro;

Hierarquizar o contexto das situações referidas pela população como tentadoras ao consumo de cigarro;

Caracterizar o balanço decisório dos fumantes segundo sua intenção de abandonar o consumo de cigarro;

Caracterizar o nível da auto-eficácia de indivíduos ex-fumantes para enfrentar situações tentadoras do consumo de cigarro

Quanto ao Modelo de Análise Estratêgica em Promoção da Saúde:

Identificar atores locais que potencialmente possam cumprir um papel no controle local do cigarro;

Usar a matriz instrumental do modelo no planejamento de uma proposta de intervenção multi-estratégica para o controle local do tabagismo

3 METODOLOGIA

Duas fases foram seguidas para atingir os objetivos. A primeira foi o levantamento que diz respeito às variáveis de interesse na aplicação dos construtos do modelo transteórico de mudança comportamental. Foi feito um levantamento ocasional e transversal de dados de natureza primária, obtidos mediante inquérito domiciliar, segundo amostragem probabilística de base populacional. Os resultados desta fase, o levantamento dos atores locais e o uso da matriz instrumental do MAEPS subsidiaram a segunda fase, na qual, planejou-se uma proposta multi-estratégica para o controle local do tabagismo.

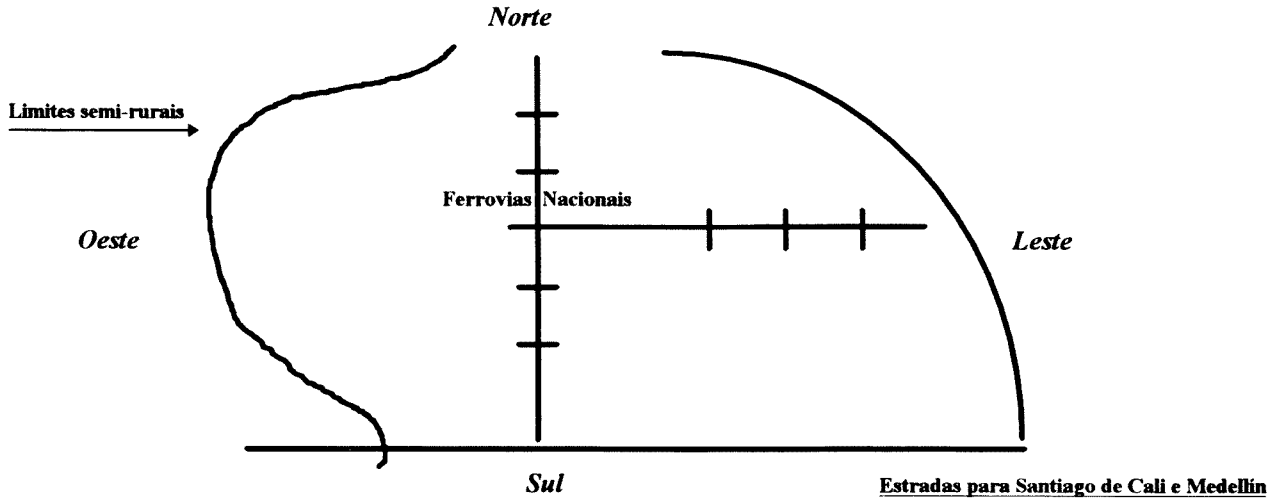
3.1. LEVANTAMENTO DE DADOS, do modelo Transteórico.

3.1.1 Local, área e população de estudo A Colômbia é um estado republicano e unitário da sub-região latino-americana, que compartilha fronteiras com cinco repúblicas: Panamá, Venezuela, Brasil, Peru e Equador. Seus 37.000.000 de habitantes estão distribuídos em 1.141.750 km^2 de extensão territorial, nas cinco regiões geográficas naturais do país: Atlântica, Pacífica, Andina, Orinoquia e Amazônica. Política e administrativamente a República da Colômbia está dividida em 32 departamentos e um distrito capital, o de Santa Fé de Bogotá. Um dos Departamentos é o Valle del Cauca, localizado no sudoeste do país, e que tem como capital a Santiago de Cali, fundada por espanhóis conquistadores no ano de 1536, hoje com 2.500.000 habitantes, sendo a segunda mais populosa do pais, atrás somente da capital, Santa Fé de Bogotá.

Ao norte de Cali, a 120 km de distância, localiza-se o município de Zarzal, um dos 42 distritos administrativos e geopolíticos que integram o departamento do Valle del Cauca. Zarzal, local da presente pesquisa, abrange uma extensão territorial total de 130 Km^2, 22 Km^2 de áreas urbanas e 108 Km^2 rurais e/ou semi-rurais. Está constituído por: uma área central de natureza residencial, comercial e de serviços denominada genericamente cabeceira municipal, com a maior densidade populacional do município; cinco vilas ou concentrações urbanas periféricas, residenciais, de menor densidade populacional e nove subdistritos rurais de vocação agrícola e/ou pecuária, ocupados principalmente por propriedades particulares. A estrutura administrativo-política de Zarzal fundamenta-se na prefeitura, na câmara dos vereadores e em secretarias, como as de obras públicas, educação e saúde. É sede de um hospital regional da rede pública com capacidade para atender demandas de internação e serviços cirúrgicos de média complexidade. Outros recursos sociais existentes são: duas instituições públicas de ensino de segundo grau e uma privada; quinze centros educativos de primeiro grau e uma sede satélite da Universidade del Valle.

A área de estudo compreendeu um subtotal de 12 Km^2 urbanos do município, que correspondem à superfície ocupada por aproximadamente 90 quadras da denominada "cabeceira municipal". Essa área tem como eixos referenciais os trilhos das estradas de ferro que percorrem o distrito municipal no sentido norte-sul e leste-centro e, como limites geográficos naturais, duas estradas nacionais no sudeste e diversos lindeiros de propriedades agrícolas e/ou pecuárias semi-rurais particulares no oeste, como é ilustrado na figura 1:

Figura 1: Plano ilustrativo da cabeceira municipal de Zarzal-Colômbia, sem escala



Segundo os dados projetados para 1999 do último censo populacional nacional (DANE 1995), o número de habitantes do distrito municipal de Zarzal está próximo de 30.000 pessoas, 20.000 residentes na área urbana central já descrita e os restantes 10.000 indivíduos distribuídos nas 5 vilas e nos 9 sub-distritos rurais. O subtotal de habitantes da cabeceira, cujas idades variam entre 20 e 59 anos de idade (aproximadamente 40 % da população urbana), é de 8.000 indivíduos de ambos os sexos. Com uma prevalência média de fumantes de 35 % entre os homens e de 19 % entre as mulheres maiores de 15 anos de idade na Colômbia (WHO 1997a) e estimativa de 10 % (precisão de +/- 5%) de experientes no consumo de cigarro segundo os critérios de inclusão propostos neste estudo, o grupo populacional alvo do levantamento foi aproximadamente de 800 indivíduos, tendo como limite superior estimado um máximo de 1.200 e como limite inferior um número mínimo de 400 indivíduos.

3.1.2 Unidade de análise e critérios de inclusão

Foram unidades de informação e análise os indivíduos pertencentes à população de estudo já descrita que, localizados aleatória e probabilisticamente no seu domicílio, mediante amostragem sistemática, atenderam aos critérios de inclusão propostos, aceitaram participar voluntariamente e responderam às perguntas do instrumento de coleta de dados.

Levando em conta diretrizes da OMS para o registro e monitoramento global da epidemia de tabaco, para que as comparações dos dados dos levantamentos e estudos, dentro e entre países possam ser feitas, utilizou-se como definição de experientes no consumo, a mais recentemente descrita e proposta pela OMS (WHO 1998). Foram considerados experientes de consumo de cigarro os sujeitos que, no momento da coleta domiciliar de dados, reconheceram livre e esclarecidamente ter, ou ter tido, a prática contínua durante no mínimo 6 meses de consumo de no mínimo um cigarro por dia, nos dois últimos anos. Foram critérios de inclusão do levantamento: caracterizar a condição de experiente no consumo de cigarro como antes descrita, estar livre, esclarecida e voluntariamente disposto a responder às perguntas do instrumento de coleta de dados, ter capacidade comunicativa apropriada para responder verbalmente ao inquérito e não ter diagnóstico prévio de doenças relacionadas ao tabaco, como por exemplo, doenças pulmonares e/ou cardiovasculares.

3.1.3 Variáveis do levantamento

Os dados de interesse que dizem respeito a caraterísticas sócio-demográficas, o comportamento de consumo de cigarro da população e à aplicação na prática dos construtos teóricos de tentativa, estágio, recaída, tentação, balanço decisório e auto-eficácia do modelo Transteórico, foram capturados segundo as variáveis seguintes:

Variável	Definição	Dimensões	Indicador Operacional	Mensuração
Gênero	Dicotomia biopsicossocial da espécie humana	Sexo	Fenotipo masculino ou feminino	Nominal
Idade	Tempo vivido por um indivíduo	Cronológica	Anos completos na entrevista	De razão
Estado civil	Forma das relações dos cidadãos segundo as leis	Marital	Condição marital na entrevista	Nominal
Escolaridade	Representação do processo educativo formal	Séries Níveis	Máxima série aprovada Patamares de escolaridade	De razão Ordinal
Consumo de cigarro	Prática voluntária de consumo de cigarros comerciais	Iniciação Consolidação Duração Freqüência	Idade de início do consumo Idade do consumo regular Anos de consumo regular Média de cigarros consumidos/dia	Ordinal Ordinal De razão De razão
Tentativa de Mudança	Ação dirigida ao abandono do cigarro	História Freqüência	Reporte de tentativa prévia Número de tentativas em <12 meses	Nominal De razão
Estágio de Mudança	Dimensão temporal do Modelo Transteórico indicativa do estágio de mudança na que um indivíduo pode ser classificado segundo sua intenção ou comportamento presente	Pré contemplação/Prc Contemplação/Cc Preparação/Prp Ação/Ac Manutenção/Mc	Sem intenção em deixar o cigarro nos próximos 6 meses Intenção em deixar de fumar nos próximos 6 meses Propósito para deixar de fumar nos próximos 30 dias Abandono do cigarro entre 1 e 6 meses Abandono do cigarro entre 7 e 24 meses	Nominal
Recaída	Regressão do estágio de Ac ou Mc ao de Prc/Cc/Prp	Freqüência Causalidade	Número de recaídas em <12 meses Causas referidas da(s) recaída(s)	De razão Nominal
Tentação	Desejo de praticar um comportamento	Contexto	Situação identificada pelo sujeito como tentadora para consumir cigarro	Nominal
Balanço decisório	Dimensão do MT que reflete avaliações internas em relação à mudança	Escore	Produto das avaliações de sujeitos nos estágios de Prc/Cc /Prp respeito da sua intenção de abandonar o cigarro	Intervalar
Auto-eficácia	Percepção da confiança dos sujeitos em Ac/Mc para enfrentar situações tentadoras	Nível de confiança	Patamar identificado pelo sujeito como representativo da sua auto-eficácia para nunca mais voltar a fumar	Ordinal

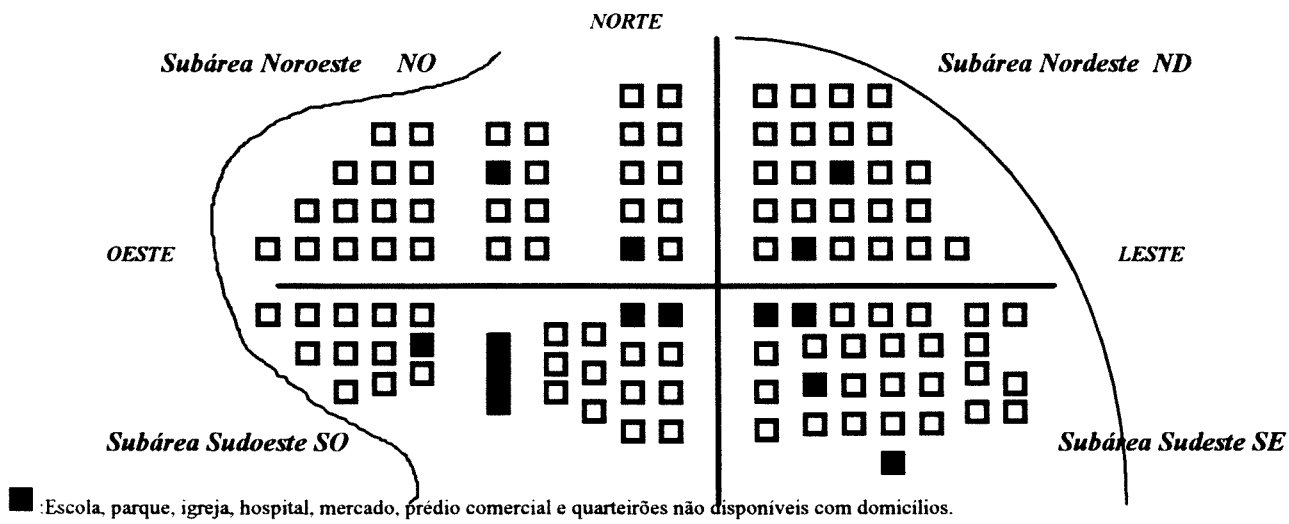
3.1.4 Unidades amostrais e tamanho da amostra

As unidades de amostragem do levantamento de dados foram 3.600 domicílios residenciais, existentes nas ruas das 90 quadras urbanas contidas na área descrita em item anterior. Com um nível de confiança de 95 %, uma proporção prevista de 10% de moradores de 20 a 59 anos experientes no consumo segundo critérios de inclusão e uma precisão absoluta de +/- 5 pontos percentuais, uma amostra de 138 sujeitos foi considerada suficiente para estimar, representativamente, os valores paramétricos das variáveis de interesse na população em estudo (OMS 1991).

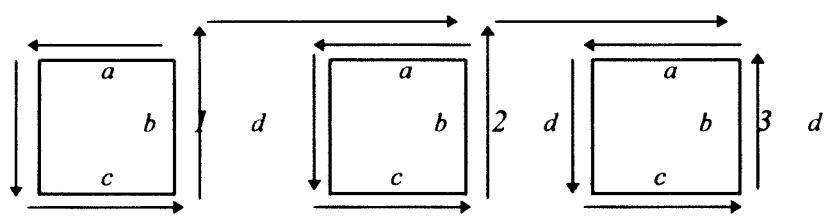
3.1.5 Procedimento de amostragem

Por não ser prática e nem economicamente viável a elaboração de uma listagem detalhada e numerada de cada unidade de informação e análise potencialmente a ser entrevistada, e no intuito de consolidar uma amostra probabilística, a área de estudo, antes apresentada, foi dividida em 4 sub-áreas, cada uma com um número equivalente de quadras, como se ilustra a seguir na figura 2:

Figura 2: Proposta de subdivisão da área de estudo, sem escala



Cada quadra contida na área de pesquisa teve um número ordinal único, de 1 até 90. Segundo a orientação geográfica norte-sul e leste-oeste, a cada quarteirão aplicou-se um padrão com as letras a (norte), b (oeste), c (sul) e d (leste). A numeração ordinal e a padronização com letras permitiram programar o percurso no campo, na procura das unidades de informação, assim como o controle de qualidade na coleta de dados ao facilitar a identificação específica de um domicílio, caso for requerida a procura em segunda instância de um entrevistado. O percurso foi definido previamente, com base em um plano detalhado da área de pesquisa, com o intuito de viabilizar a participação de todas as unidades da amostragem domiciliar. Os deslocamentos foram feitos segundo o esquema que se apresenta a seguir:



Para identificar as unidades de amostragem que, aleatoriamente, em cada quadra foram envolvidas, utilizou-se o seguinte recurso metodológico:

Número total domicílios/quarteirão	Domicílio a ser envolvido				
<5 e 5	2	4			
6 a 8	2	4	7		
9 a 11	2	5	7	9	
10 a 12	2	4	6	8	10

3.1.6 Método, técnica e instrumento de coleta de dados

O método de coleta de dados foi a entrevista, com aplicação de um formulário aplicado por um único entrevistador em procedimento padronizado. Para identificar e envolver as unidades de informação no estudo, o entrevistador deslocou-se segundo o plano de percurso. Localizou o domicílio inicial de cada quarteirão com base na tabela antes citada. Bateu na porta do domicílio, informou o propósito da visita, visando identificar a presença no domicílio de alguém que cumprira com os critérios de inclusão apresentados previamente. No caso em que se obteve uma resposta negativa no domicílio procurado, seja de colaboração ou de não disponibilidade de alguma unidade de análise, o entrevistador despediu-se e passou a procurar na moradia seguinte, segundo a orientação de deslocamento previamente determinado. Uma entrevista foi feita por domicílio, com o indivíduo que a rigor cumprira com os critérios. Nos casos em que houve vários indivíduos nessa condição, um sorteio foi feito na hora, com um dado, para definir o entrevistado. Caso fora identificado, no mínimo um participante potencial, esse foi informado com detalhe do tipo e caráter do estudo e foi verbalmente convidado a participar, mediante suas respostas verbais às perguntas formuladas, após assinar o termo de consentimento apresentado a seguir:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR NA PESQUISA

De acuerdo con la resolucion CNS de Brasil 196 del 10.10.1996

Yo, _____ acepto libre, voluntária y esclarecidamente participar de la investigación "Los modelos Transteórico e MAEPS/OMS en el planeamiento de una alianza local de control del cigarrillo en Zarzal, Colombia" bajo la responsabilidad de Gustavo Alonso Cabrera Arana, alumno del programa de Doctorado en Salud Publica de la Facultad de Salud Publica de la Univesidad de Sao Paulo, Brasil y que se realiza bajo la coordinacion de la profesora titular Dra. Nelly Martins Ferreira Candeias de la FSP/USP.

O formulário foi consolidado com base em exemplos publicadas na literatura sobre a aplicação do modelo transteórico (PROCHASKA, VELICER 1997), após dois fases de pre-teste e aprimoramento. Uma série de 17 itens específicos capturaram informação do gênero, idade, estado civil escolaridade das pessoas e de variáveis do padrão de consumo de cigarro na população pesquisada. O levantamento também visou identificar o estágio de mudança para consumo de cigarro dos indivíduos, a freqüência e causas das suas recaídas no comportamento de fumar, as categorias das situações estimuladoras ou tentadoras para fumar, o balanço decisório individual para a mudança no consumo dos pre-contempladores, contempladores e em preparação, o tempo da condição de ex-fumante e nível referido de auto-eficácia para a manutenção dessa condição nos indivíduos ex-fumantes, classificados portanto nos estágios de ação e de manutenção do abandono de cigarro. Depois de coletados e processados, os dados foram analisados com apoio do coeficiente de Yule e o test Qui quadrado.

Apresenta-se a seguir o formulário aplicado para o levantamento de dados.

Confidencial

INVESTIGACION SOBRE ABANDONO DEL CIGARRILLO

ID:____ **Subaerea**: ND/ SD/ NO/ SO **Quadra**: ___ **Calle**: a/ b/ c/ d **No. Domicílio**: _____

---

1 ☐ Sexo: M (1) F (2) 2 ☐ Anos completos 3 ☐ Soltero (1) Casado (2) Viudo (3) Separado (4)

4 ☐ Grado maximo de escolaridad 5 ☐ Nível máximo: Basico (1) Medio (2) Tecnico (3) Superior (4) Ninguno (5)

---

6 ☐ Inicio consumo en años 7 ☐ Edad de consumo regular 8 ☐ Años de consumo regular

9 ☐ Numero medio de cigarrillos fumados por dia en la epoca de consumo regular

---

10 ☐ "Respecto del consumo de cigarrillo, usted.....":

Piensa en dejar de fumar en los próximos 6 meses: No (1) Si (2)
Se propuso y decidió dejar de fumar en los proximos 30 dias: Si (3)
Dejó de fumar: hace 1 a 6 meses (4) entre 7 y 24 meses (5)

11 ☐ "Usted ya intento alguna vez dejar de fumar (y dejo de fumar >1 dia) ?": No (1) Si (2

12 ☐ "En los ultimos 12 meses usted intento dejar de fumar (y dejo de fumar >1 dia)?": No (1) Si (2)

13 ☐ "Cuantas veces paro de fumar por 1 dia o mas en los ultimos 12 meses ?"

14 ☐ "Cual cree usted que fue la causa principal por la que despues de parar volvió a fumar cigarrillo?":

__El habito en si __Situacion personal dificil __Situacion personal agradable __Fumantes en casa
__Rutinas de grupo al trabajar o divertirse __Otro, cual ?:_____ .

15 ☐ "Su tentacion por fumar es mayor cuando ?": __Triste/Preocupado __Alegre/Tranquilo __Constante/invariable
__Otro, cuando ? : _____.

---

16 ☐ "Voy a leer varias frases; usted debe decir si está o no de acuerdo"

a Siente culpa por fumar ___
b Dejar de fumar es posible ___ En desacuerdo/no (1) De acuerdo/si (3)
c Fumar hace mal a su salud ___
d Fumar reduce su capacidad fisica ___
e Es agradable imaginarse sin fumar ___
f Esta informado sobre los riesgos de fumar ___
g Su família se molesta por su habito de fumar ___
h Sus allegados se preocupan porque usted fuma ___
i Siente que es flojo por no parar de usar cigarrillos ___
j Su capacidad de concentrarse es independiente de fumar ___
k Fumar puede afectar la salud de su família y otras personas ___
l Sus familiares van a sufrir si se enferma por su habito de fumar ___
m Lo afectan las criticas de personas allegadas hacia su habito de fumar ___
n Su capacidad de relacionarse con otras personas es independiente de fumar___
o Le gustaria tomar en cuenta las advertências sobre los riesgos del habito de fumar ___
p Es considerado con otras personas cuando decide fumar en un lugar publico o cerrado ___

Contras: itens a+c+e+g+i+k+m+o :____ Pros: itens b+d+f+h+j+l+n+p :____ BD:___

---

17 ☐ "Su nivél de confianza en nunca mas fumar es ?": Ninguno (1) Bajo (2) Medio (3) Alto (4) Total (5)

Comentarios de interes durante la entrevista:

_____

_____.

3.2. LEVANTAMENTO DE DADOS, do modelo MAEPS/OMS.

No local e área de estudo já descritos, foi feito um levantamento dos atores locais potenciais participantes da implementação na prática da proposta de controle local do tabagismo. Apresenta-se a seguir a listagem deles, segundo nome genérico do ator e/ou a agência local e, entre aspas, o número de atores e/ou agências existentes na localidade com potencial de participação na implementação da proposta:

Potenciais atores da aliança local de controle de cigarro no município de Zarzal-Colômbia segundo requerimentos do MAEPS/OMS

Prefeito (1) Vereador (12) e Secretario Municipal (6)

Diretor hospital regional (1) e de clínica privada (3)

Profissional setor saúde:
Médico (22) Enfermeiro (86) Dentista (11)
Psicólogo (6) Outros (12)

Diretor:
Núcleo educativo (1)
Centro pre-escolar (4)
Escola primeiro grau (9)
Escola de segundo grau (3)
Sede universidade regional (1)

Professor nos quatro níveis de formação (135)

Lideranças:
Comunitária (20) Estudantil (20) Sindical (6)

Páraco igreja católica (2) Pastor igreja protestante (1) evangélica (1)

Radialista (6) e jornalista de meios impressos (3)

Comandante unidade local de polícia (1) bombeiros (1) e exercito (1)

Líder comerciários (2) tendeiros (2) ambulantes (2) e bares-boates (2)

Grupos não governamentais:
Idosos (2)
Escotismo (1)
Defesa civil (1)
Cruz vermelha (1)
Lions internacional (1)

Associação de pais de família (1) e mães comunitárias do ICBF (1)

Empresa local de televisão (1) telefonia (1) água (1) e eletricidade (1)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados em seus domicílios 138 residentes urbanos de um município colombiano de pequeno porte, 76 (55.1%) do sexo masculino e 62 (44.9%) do feminino. A media de idade na amostra estudada foi de 44.5 (D.P.:6.4) anos. A distribuição da variável é apresentada na tabela I, onde observa-se que quase metade dos indivíduos entrevistados tinham entre 50 e 59 anos:

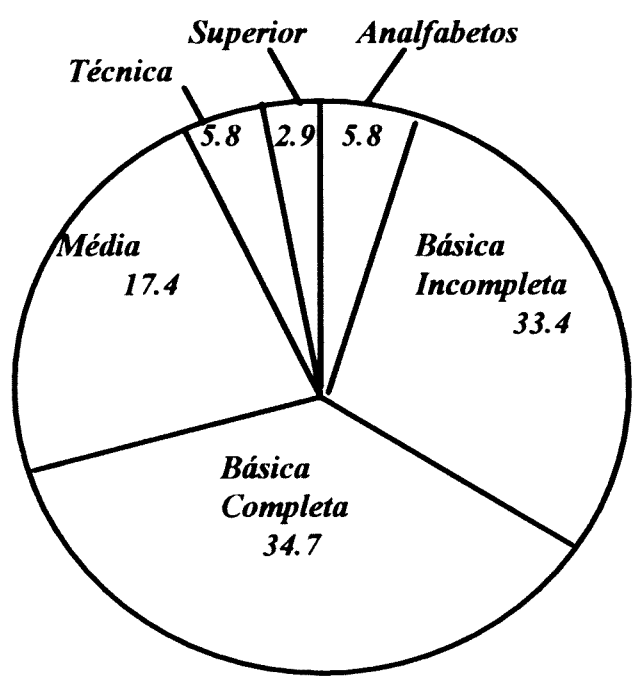
TABELA I. ***Distribuição por faixa etária de uma amostra de 138 residentes urbanos experientes no consumo de cigarro do município de Zarzal-Colômbia, 1999.***

IDADE	*n*	*%*	*% acumulada*
20-29	10	7.2	7.2
30-39	32	23.2	30.4
40-49	28	20.3	50.7
50-59	68	49.3	100.0
Total	*138*	*100.0*	

O estado cívil dos participantes, segundo condição conjugal reportada no momento da entrevista, revelou que 100 (72.5%) eram casados, 16 (11.6%) separados, 12 (8.7%) solteiros e 10 (7.2%) viúvos.

A escolaridade na amostra populacional, obtida segundo séries escolares aprovadas, variou de 0 a 16, com média de 4.0 (D.P.:1.2) series. Segundo os níveis de formação atingidos, 8 entrevistados reportaram ser analfabetos; 46 indivíduos não completaram a escolaridade básica; 48 disseram ter formação básica; 24 tinham escolaridade meia; 8 técnica e, 4 formação superior ou universitária, como representado no gráfico.

GRÁFICO 1. ***Percentagens dos níveis de escolaridade em 138 indivíduos de uma amostra populacional de consumidores de cigarro de Zarzal, Colômbia 1999.***



O início do consumo de cigarro na amostra da população ocorrera a partir dos 7 e até os 40 anos. A média da idade de iniciação foi de 16 (D.P.:1.9) anos. Aproximadamente 50% dos indivíduos relataram ter iniciado o seu consumo de cigarro antes dos 15 anos; até os 19 anos, 85% já tinham começado a fumar. 15% dos participantes o fez após a idade de 20 anos, uma percentagem consideravelmente pequena levando em conta que se distribuiu numa amplitude de idade muito maior, de 20 até 40 anos.

A tabela II resume a distribuição dos dados por faixas de idade.

TABELA II. ***Distribuição do inicio de consumo de cigarro segundo faixa etária de 138 residentes urbanos de Zarzal-Colômbia, 1999.***

IDADE	*n*	*%*	*% acumulado*
< 10	8	5.8	5.8
10 ate 14	62	44.9	50.7
15 ate 19	48	34.7	85.4
20 ate 24	16	11.7	97.1
> 25	4	2.9	100.0
Total	*138*	*100.0*	

Enquanto que a iniciação precoce no consumo de cigarro é um forte fator preditivo de elevada probabilidade de dependência da nicotina, do maior tempo de consumo e da maior freqüência de cigarros fumados por dia, a probabilidade de abandonar o consumo regular eleva-se significativamente à medida em que aumenta a idade de iniciação do consumo (JACKSON et al 1998; GREENLUND, JOHNSON 1997; BRESLAU, PETERSON 1996).

STEWIEN (1977), em um estudo pioneiro sobre adolescentes e o fumo em São Paulo, Brasil, encontrou em uma amostra de 1001 escolares da 5a à 8a serie, que a idade de experimentação do primeiro cigarro variou em torno dos 8 até os 9 anos.

A autora relatou que os motivos para iniciar o consumo, reportados pelos adolescentes foram, em ordem de importância, a curiosidade, a imitação dos colegas da mesma série e de séries superiores, o exemplo de consumo de fumo dos pais e de irmãos mais velhos, assim como o fato de se sentirem adultos pela nova condição de fumantes. Estes motivos, junto com outros fatores como a idade, levariam ao aumento claramente observado da maior proporção de fumantes entre 12 (típica da 6a série) e 13 anos de idade (típica da 7a série).

No relato de IVANOVIC, CASTRO e IVANONIC (1997), em um estudo para determinar a prevalência de tabagismo em escolares urbanos no Chile, a iniciação entre escolares de educação básica e media de regiões metropolitanas, foi reportada como decorrente do grau de prazer e de rebeldia, da falta de recreação do grupo familiar e de uma freqüência menor à escola.

Corroborando tendências previamente discutidas por STEWIEN (1977) sobre o aumento observado em diversos países do número de escolares e adolescentes que fumam, WIJGA (WIJGA et al 1994), NELSON (NELSON et al 1995), e IVANOVIC, CASTRO e IVANONIC (1997) relataram, respectivamente, as definidas tendências de surgimento de novos fumantes cada vez mais precoces em regiões metropolitanas da Holanda, Estados Unidos e Chile, dentre outros países do mundo e América Latina (WHO 1997; OPS 1992).

JACKSON e colaboradores (1998), assim como BRESLAU e PETERSON (1996), indicaram que, já que a iniciação precoce no consumo de cigarro prediz fortemente o risco de se converter rápida e cronicamente em fumante regular e em um fumante de grande número de cigarros por dia, com forte dependência à nicotina, a simples postergação da idade de iniciação seja considerada como estratégia preventiva focal das intervenções com crianças e adolescentes, assim como o modelamento do comportamento dado por padres e amigos, tido esse como suficiente para determinar a iniciação.

STEWIEN (1977) já tinha sugerido a idade de 12 anos como a mais relevante para dirigir esforços educacionais em adolescentes escolares, visando inibir o hábito. BRESLAU e PETERSON (1996) verificaram em adultos jovens, consumidores regulares de cigarro, que a idade de 13 anos era o ponto crítico para aumentar ou diminuir a probabilidade de largar o fumo. Isto foi corroborado mais recentemente por GREENLUND e JOHNSON (1997) com estudantes da 3a até 6a serie, sobre atitudes frente ao tabagismo e ao consumo do primeiro cigarro.

A idade de consolidação do consumo regular na amostra variou dos 8 até os 35 anos. Os 18 anos foi o valor modal (n:16) e a media de 18.6 (D.P.:2.0) anos.

Segundo STEWIEN (1977), 70% dos adolescentes paulistanos experientes no consumo de cigarro, passaram a fumar regularmente entre os 12 e os 16 anos incompletos, base sobre a qual a autora constatara achados prévios na literatura, segundo os quais o hábito de fumar levaria em media 2 anos para se estabelecer no sujeito. As idades medias de início do consumo regular em populações escolares urbanas no Chile agrupou-se maioritariamente entre os 13 e 14 anos (IVANOVIC et al 1997).

PALLOVEN e colaboradores (1998), estudando os estágios de hábito e abandono do cigarro em adolescentes de segundo grau, relataram que os jovens, que nunca fumaram, revelaram uma tentação maior de fazê-lo en função da imagem que o consumo de cigarro projeta como ajuda às pessoas que enfrentam situações emocionais ou pessoais estressantes, negativas ou difíceis. Entre adolescentes fumantes, a maior tentação e freqüência do consumo regular esteve associada à disponibilidade e facilidade de compra do produto, à oferta de colegas e às situações negativas como, por exemplo, época ou dias de provas escolares.

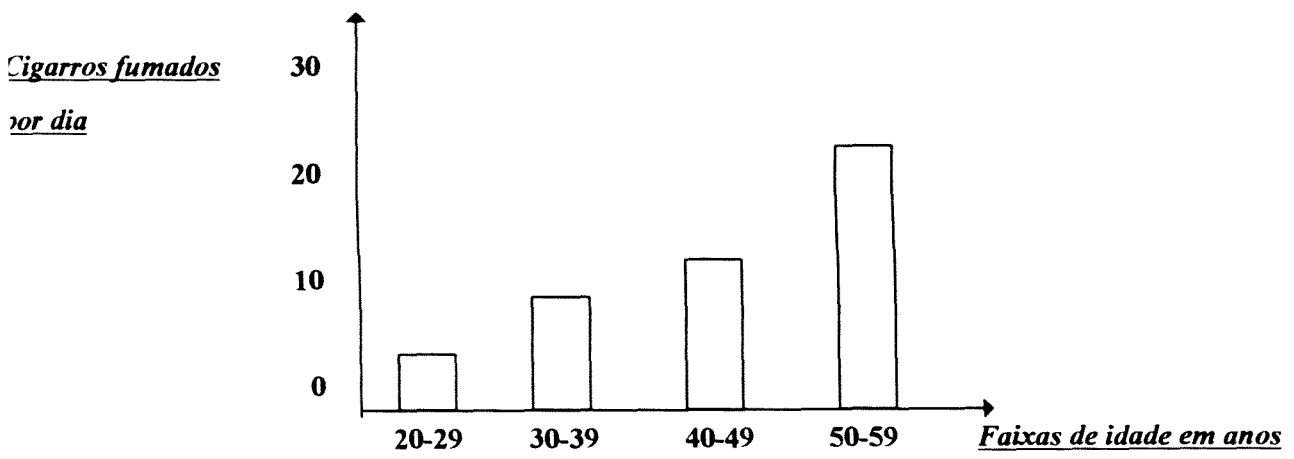
O tempo acumulado de consumo regular de cigarro na população variou de 1 a 50 anos, como apresentado na tabela III. O valor da média foi de 22.6 (D.P.:4.4) anos.

TABELA III. ***Distribuição dos anos acumulados de consumo regular de cigarro em uma amostra de 138 residentes urbanos de Zarzal, Colômbia em 1999.***

ANOS DE CONSUMO	*n*	*%*	*% acumulado*
1 a 10	16	11.6	11.6
10 a 14	18	13.0	24.6
15 a 19	22	15.9	40.5
20 a 24	16	11.6	52.1
25 a 29	24	17.4	69.5
30 a 34	26	18.9	88.4
35 a 50	16	11.6	100.0
Total	***138***	***100.0***	

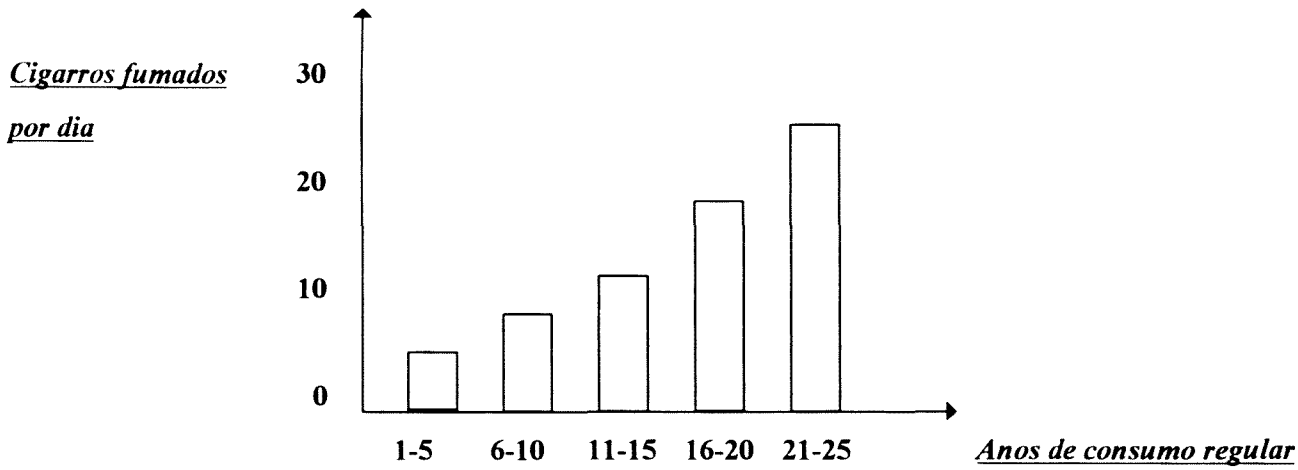
A freqüência de cigarros consumidos/dia variou de 1 a 40. A distribuição teve dois valores modais (n:33) em dez e vinte cigarros/dia e uma média de consumo de 12.4 (D.S.:4.3) cigarros/dia. A análise da freqüência do consumo de cigarros por dia em relação às faixas de idade confirmou que a maior idade do fumante regular o número de cigarros é crescente:

GRÁFICO 2. ***Cigarros consumidos por dia em relação às faixas de idade de 138 experientes no consumo regular em Zarzal, Colômbia, 1999.***



A análise da freqüência do consumo de cigarros por dia em relação às faixas dos anos de consumo regular apresentou um comportamento semelhante:

GRÁFICO 3. *Cigarros consumidos por dia em relação a faixas de anos de consumo regular acumulados de 138 indivíduos em Zarzal, Colômbia, 1999.*



Das variáveis do modelo transteórico

Modelos de estágios têm sido descritos e contrastados empiricamente nos últimos 20 anos no contexto da promoção da saúde (SANDERSON et al 1996). O abandono do cigarro e a mudança no comportamento tem sido recentemente considerados como um processo, como uma série de estágios, mais do que um evento (NUTBEAM, HARRIS 1998). No que diz respeito à mudança do comportamento, o modelo transteorico de estágios de mudança comportamental de James Prochaska e colaboradores é hoje tido como o de maior suporte empírico, sendo amplamente aceito que uma das variáveis chaves para o planejamento de intervenções de abandono de consumo de cigarro é o estágio de mudança e a distribuição das proporções desses estágios na população (DIJKSTRA, ROIJACKERS, DEVRIES 1998; GLANZ et al 1997; NI, MARGETTS, SPELLER 1997; VELICER et al 1995; GRIMLEY, RILEY, BELLIS 1993).

A variável de estágios utiliza a intenção e o comportamento atual para caraterizar a prontidão individual para mudar. Os padrões de distribuição das proporções de estágios numa população têm, portanto, definidas implicações no planejamento das intervenções promotoras da saúde. Do leque de intervenções disponíveis, as focadas em populações têm revelado baixa eficácia, em parte pelo fato que a intervenção é dirigida, erradamente, a todos os fumantes como se eles estivessem no mesmo estágio ou mesma fase de prontidão para mudar o seu comportamento (NUTBEAM, HARRIS 1998; VELICER et al 1995).

Segundo a dimensão de estágios do modelo transteórico de mudança, a amostra da população apresentou a seguinte distribuição:

TABELA IV. ***Distribuição nos estágios de mudança do modelo Transteórico de 138 indivíduos experientes no consumo de cigarro, Zarzal-Colômbia, 1999.***

ESTAGIO DE MUDANCA	*n*	*%*	*% acumulado*
Pré contemplação	58	42	42
Contemplação	69	50	92
Preparação	2	1	93
Ação	3	2	95
Manutenção	6	5	100
Total	*138*	*100.0*	

Pesquisas sobre a distribuição de fumantes segundo estágios de mudança comportamental, semelhantes à aqui relatada, têm sido realizadas por parte de diversos grupos de pesquisa, principalmente com populações da América do Norte e de alguns países da Europa (PICKETT, BAINS 1998; DIJKSTRA et al 1998; TESSARO et al 1997; ETTER, PERNEGER e RONCHI 1997; UNGER 1996; VELICER et al 1995; SCHORLING 1995; FAVA, VELICER e PROCHASKA 1995; RUSTING, TATE 1993).

SCHORLING (1995), por exemplo, usando o modelo Transteorico, realizou 556 entrevistas domiciliares com fumantes regulares em uma comunidade de afro-americanos classificando 51% deles no estágio de pré contemplação, 28% em contemplação, 17% em preparação e 4% no estágio de ação para abandonar o consumo de cigarro.

Discutindo o uso da distribuição da população nos estágios de mudança, como ferramenta para o planejamento das intervenções, VELICER e colaboradores (1995) compararam três amostras representativas de populações urbanas, com relação ao sexo, idade, origem hispânica, raça e nível educacional. Para as três amostras, a distribuição de estágios foi quase idêntica: 40% dos indivíduos foi classificado no estágio de pré contemplação, 40% como contempladores e o 20% restante como em preparação para mudar.

ETTER, PERNEGER e RONCHI (1997) relataram um levantamento feito pelo correio com duas amostras de residentes urbanos da cidade de Genebra na Suíça, em 1996. Uma das amostras foi constituída por 742 adultos fumantes e a outra por 2.270 estudantes universitários. Segundo os estágios do modelo, a distribuição de fumantes na amostra com residentes da cidade, foi 74% de pré contempladores, 22% contempladores e 4% em estágio de preparação para mudar. Entre universitários, 72% foram pré contempladores, 20% contempladores e 8% em estágio de preparação para mudar.

Observaram que as proporções da distribuição estão associadas de forma direta à variação na prevalência do hábito de fumar das populações; indicaram a hipótese que a distribuição das proporções têm se mostrado mais favorável às intervenções anti-tabágicas na América do Norte do que nos países da Europa onde a proporção de indivíduos em preparação é notoriamente menor. No mesmo estudo, internacional e comparativo da distribuição de fumantes segundo estágios de mudança, demostraram que a prevalência de consumo de cigarro na população geral, urbana e rural, e na população segundo o sexo é uma variável que pode modificar a distribuição das proporções dos estágios de mudança nas populações (ETTER, PERNEGER e RONCHI 1997).

SHORLING (1995) já tinha feito sugestões específicas da importância de diferenciar as populações de fumantes pela sua natureza rural e urbana no intuito de planejar e implementar ações anti-tabagismo. Assim, a maior prevalência do habito de fumar na população em geral leva à presença de uma proporção de fumantes significativamente maior nos estágios de pré contemplação, com pouca ou nenhuma prontidão para abandonar o consumo. Prevalências menores de tabagismo estariam associadas à maior proporção de contempladores e fumantes em preparação para mudar.

Com base nos seus achados, ETTER, PERNEGER e RONCHI (1997) sugeriram testar uma hipótese, segundo a qual, a mudança na distribuição das proporções dos estágios na população geral tem efeito favorável nos resultados no que diz respeito às taxas de recrutamento e retenção dos fumantes que são alvo dos programas de abandono do consumo, assim como no número de tentativas de abandono e no tempo de manutenção da condição de ex-fumante dos que largaram o tabaco.

Levando-se em conta que a distribuição por sexo da população colombiana tem proporções equivalentes e que a prevalência estimada de tabagismo em áreas urbanas no país é de 35% nos homens e de 19% nas mulheres (WHO 1998, OPS 1992), a participação feminina (44.9%) na amostra populacional do levantamento pode ter sido maior que a percentagem prevista. É possível que as horas de coleta da informação, embora diversas, visando evitar um viés dessa natureza, tenham facilitado a participação na amostra de indivíduos com maior permanência nos domicílios e de idades relativamente mais avançadas. Isto poderia ser uma manifestação do incremento já observado na Colômbia da prevalência de tabagismo segundo incremento na faixa etária (WHO 1997; OPS 1992).

DIJKSTRA e colaboradores (1998) classificaram uma amostra de fumantes em estágios, segundo sua prontidão para mudar o seu comportamento de consumo: pré contemplação, contemplação, preparação. Segundo os autores, no inicio do estudo não houve diferenças estatisticamente significativas entre a prontidão para mudar dos indivíduos segundo o número de cigarros consumidos

por dia ou anos acumulados de consumo regular. Mas, após 3 e 14 meses dos pré-testes, com base em um seguimento longitudinal, demostrou-se que o estágio de prontidão foi altamente preditor de tentativas e/ou mudanças posteriores no consumo.

PICKETT e BAINS (1998) descrevem, segundo o modelo transteorico, a distribuição de fumantes adultos em uma coorte. Compararam mudanças na proporção de estágios após 1 ano de uma intervenção educacional sobre tabagismo e saúde e observaram crescimento da proporção de adultos no estágio de ação de 2% até 14%.

Na população estudada observou-se que a proporção relativa de contempladores da mudança, de indivíduos com intenção de mudar, aumentou à medida que elevou-se a escolaridade. Comprovou-se a associação entre as variáveis (Qui quadrado corrigido: 27.51). A tabela de contingência apresenta os dados comentados:

TABELA V. ***Distribuição da escolaridade e intenção de mudar de 127 indivíduos fumantes de uma amostra de residentes de Zarzal-Colômbia, 1990.***

	Intenção de Mudança		
Escolaridade	Não	Sim	*Total*
Nenhuma e Incompleta	37	15	52
Básica	17	28	45
Media	3	16	19
Técnica e Superior	1	10	11
Total	58	69	127

VELICER e colaboradores (1995), na sua comparação de 3 amostras representativas de populações urbanas da América do Norte, com relação ao sexo, idade, origem hispânica, raça e nível educacional, concluíram que a distribuição em estágios mostrou-se estável através dos diferentes grupos de idade, grupos nos que em geral houve uma maior participação de indivíduos do sexo masculino, refletindo a maior prevalência de fumantes segundo o sexo. Na comparação, a variável sócio-demográfica que mais afetou a prontidão para mudar foi o nível de escolaridade. Observou-se que com maior educação, a proporção de pré contempladores diminui e aumenta a de contempladores da mudança no

comportamento de fumar, afirmação posteriormente reforçada pelos achados de BRESLAU e PETERSON (1996), e por CLARK, KUIZ, CRITTENDEN e WARNECKE (1998), que demostraram que a diminuição do nível educacional transformou-se em incrementos da probabilidade de dependência da nicotina e, em conseqüência, na manutenção de estágios iniciais da prontidão para mudar.

Cento e vinte (87%) dos indivíduos envolvidos relataram ter feito tentativas de abandono do consumo regular de cigarro durante sua história de fumantes, definidas as tentativas pela ação de parar de fumar por, no mínimo, 1 dia completo.

Nos 12 meses prévios ao momento da entrevista, 60 indivíduos (43.5%) reportaram que fizeram tentativas de abandono do cigarro. Um subtotal de 36 (60%) destes 60 tentaram abandonar uma vez, 18 (30%) tentaram duas e 6 (10%) fizeram até três tentativas de parar o seu consumo regular.

A tabela seguinte apresenta os dados correspondentes ao estudo da associação entre a presencia de tentativa prévia de abandono do consumo e o sexo dos 138 participantes do levantamento:

TABELA VI. ***Tentativa de abandono de cigarro em doze meses em uma amostra de 138 fumantes regulares de Zarzal, Colômbia, 1999, segundo o sexo.***

	Tentativa prévia		
Sexo	Sim	Não	*Total*
Masculino	42	34	76
Feminino	18	44	62
Total	60	78	138

O análise feito com o coeficiente de Yule, revelou que há associação de intensidade media e em sentido positivo (Q:0.5) entre o sexo e a presencia ou não de tentativa de abandono nos 12 meses prévios. O qui quadrado corrigido (X^2:6.18) corroborou essa observação.

SCHORLING (1995) afirmara que os preditores mais confiáveis da prontidão para mudar, na população por ele estudada, foram a idade, o número de tentativas de abandono, a expectativa de se tornar um não fumante, a percepção do desejo de outros para que o fumo seja abandonado e a autoconfiança em efetuar uma tentativa de mudar com sucesso.

Com os dados do levantamento estudo-se também a associação entre a tentativa previa e a intenção atual de mudar o comportamento de consumo de cigarro. Observou-se uma boa intensidade e sentido positivo da associação segundo o coeficiente (Q:0.85), comprovando uma definida associação entre estas variáveis, tal como apresentadas na tabela de associação:

TABELA VII. ***Tentativa de abandono de cigarro nos últimos doze meses e intenção atual de mudar em uma sub-amostra de 127 fumantes de Zarzal, Colômbia, 1999****

	Tentativa prévia		
Intenção de mudar	Sim	Não	Total
Sim	50	19	69
Não	10	48	58
Total	60	67	127

**Só participantes nos estágios de pré contemplação e contemplação*

TESSARO e colaboradores (1997) examinaram os preditores da prontidão para mudar o comportamento de consumo de cigarro em uma amostra de fumantes de um centro de saúde comunitário. Pelos resultados, o gênero masculino, as tentativas prévias de abandonar o consumo, a percepção do risco de câncer pulmonar, o desejo de largar o fumo, a lembrança de advertências recebidas do pessoal de saúde sobre os riscos de fumar e o auto-reporte de baixa saúde foram preditores da prontidão para mudar. Os autores destacaram o peso na prevenção e promoção da saúde de elevar a conscientização dos indivíduos sobre os riscos de fumar, de garantir o fornecimento de mensagens claras por parte dos membros das equipes de saúde, especialmente do pessoal médico dos serviços de atenção.

PROKHOROV, HUDMON e GRITZ (1997) sugerem também a importância da participação dos médicos e do pessoal dos serviços de saúde em geral na orientação dos fumantes, ainda daqueles que adoecem de doenças graves como o câncer. Estes autores destacaram o forte suporte empírico acumulado do uso do modelo transteórico no contexto da clínica médica e afirmaram a relevância de usar guias de orientação a pacientes individuais segundo estágios de mudança, pela sua prontidão para mudar.

O coeficiente de Yule e o qui quadrado corrigido revelaram que, nos participantes do levantamento, não ha associação entre sexo e a intenção atual de mudar o seu comportamento (Q:0,04 e X^2 :0,0034).

TABELA VIII. ***Distribuição do sexo e a intenção de mudança de 127 indivíduos fumantes em uma amostra de residentes de Zarzal-Colômbia, 1999*.***

	Intenção de Mudança		
Sexo	Não	Sim	*Total*
Masculino	34	39	73
Feminino	24	30	54
Total	58	69	127

**Só participantes nos estágios de pré contemplação e contemplação*

Segundo CLARK e colaboradores (1998) o mais claro preditor de mudança no consumo é o nível de educação segundo anos de escolaridade e, em menor grau, a força de vontade de parar, ter tentativas prévias de abandono e ter um plano definido no tempo para abandonar o consumo. Os autores propõem dois subgrupos alvo para serem levados em consideração no planejamento de intervenções: os que nunca tentaram parar e os que tiveram tentativas, mas recaíram.

Para 60 dos 138 entrevistados (43.5%) o desejo de fumar é mais forte em situações pessoais negativas, nas que o stress e as preocupações são desencadeadas. Outros 60 indicaram que o seu desejo ou tentação para fumar é auto-percebido como constante e independente de fatores desencadeantes ou de situações positivas e/ou negativas a nível pessoal, interpessoal ou social. Vinte indivíduos (14.5%) indicaram, espontaneamente, que o consumo das refeições, gerava um desejo incontrolável por fumar. Oito (5.8%) reportaram que situações pessoais positivas (festas e celebrações) são as diretamente responsáveis pela sua maior tentação para consumir cigarro.

UNGER (1996) afirmara que as práticas comportamentais com efeitos na saúde estão freqüentemente inter-relacionadas. Sugeriu que estas são manifestações das atitudes subjacentes que os indivíduos tem face a saúde. Na sua pesquisa com 929 indivíduos, encontrou que a diminuição no consumo de álcool e o aumento na quantidade de exercício se associavam diretamente com uma probabilidade maior de mudança no consumo de cigarro e, por tanto, a uma maior prontidão para mudar.

Segundo a causalidade referida como responsável pelas recaídas ou relapsos na prática do consumo regular de cigarro, após tentativas de abandono, a tabela seguinte resume as respostas dos entrevistados:

TABELA IX. ***Causas das recaídas no consumo de cigarro de 138 residentes urbanos de Zarzal, Colômbia, 1999 após tentativas de abandono.***

CAUSAS	*n*	*%*
Forte desejo de fumar	60	43.5
Rotinas do próprio grupo	36	26.1
Stress e preocupações	26	18.8
Fumantes em casa	12	8.8
Situações positivas (festa)	4	2.8

Na exploração do balanço decisório, dos prós e dos contras para abandonar o cigarro, evidenciou-se pouca variabilidade nos escores dos indivíduos, independentemente do seu estágio de mudança comportamental, variáveis sócio-demográficas ou de consumo de cigarro. As pontuações levantadas pelo instrumento de coleta de dados agruparam-se maioritariamente entre 42 e 44 pontos, no extremo superior da escala de pontuação construída, indicando uma variabilidade mínima da avaliação que os indivíduos participantes da pesquisa fazem dos pontos favoráveis ou desfavoráveis de parar de fumar. s resultados dos escores indicariam, a priori, que todos estariam suficientemente informados sobre os benefícios de parar e sobre os riscos para si próprio e para outros ao continuar fumando.

AUDRAIN e colaboradores (1997) estudaram 330 fumantes regulares com idades entre 18 e 75 anos, residentes urbanos de uma cidade norte-americana. Encontraram que a confiança referida para abandonar o cigarro foi maior nos homens (53%) do que nas mulheres participantes (30%), grupo este que também reportara um maior número de prós, de benefícios de continuar fumando. Entre indivíduos com maior tempo acumulado de consumo regular de cigarro e com maior freqüência diária de consumo (n:10), a preocupação com a própria saúde diminui assim como o interesse ou a atitude para levar em conta as pressões de outros, para parar de fumar.

Por fim, dos nove classificados nos estágios de ação (n:3) e manutenção (n:6), oito referiram ter um grau de confiança total em nunca mais fumar e para enfrentar situações tidas como tentadoras para consumir cigarro. O sujeito restante, no estágio de ação, reportou um grau baixo de confiança na sua eficácia para manter a condição de ex-fumante. Este tinha o menor tempo, em meses, de abandono do consumo.

5 CONTROLE LOCAL DO TABAGISMO

Até o começo da década de oitenta, as ações anti-tabagismo na Colômbia estiveram limitadas à realização de campanhas isoladas, lideradas na maior parte dos casos por organismos não governamentais e com menor freqüência pelo próprio Ministério de Saúde do país. Tais campanhas visavam fundamentalmente a chamar atenção da população em datas especiais, como o dia do não fumante, mas sem responder a uma política de caráter nacional.

Reconhecendo o tabagismo como um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde da Colômbia criou, em 1984, o Conselho Nacional sobre Cigarro e Saúde CONALCI, sediado no Instituto Nacional de Cancerologia na cidade de Santa Fé de Bogotá, com o objetivo primordial de orientar as políticas para o controle do tabagismo e iniciar ações para a prevenção do consumo. Em 1990 o Ministério da saúde ratificou o Instituto Nacional de Cancerologia como o órgão reitor e diretor dos programas de detecção e prevenção do câncer no país. Um pouco mais tarde, em 1994, e como conseqüência da regulamentação nacional da lei 100 de 1993 que diz respeito da reforma do sistema nacional de saúde e da seguridade social na Colômbia, o Instituto sofreu sua reestruturação mais recente. Como ente coordenador do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, desde aquele ano, o instituto tem definido objetivos e linhas de ação para a execução de programas, projetos e atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da pesquisa científica na área.

O objetivo geral do programa de controle e vigilância do tabagismo na Colômbia visa diminuir a incidência e a prevalência de fumantes ativos de cigarro, mediante o desenvolvimento de estratégias de prevenção, educação e comunicação no território da República (INC/MS 1997a). Uma das políticas e estratégias mais relevantes do programa de controle no país tem sido a municipalização dos programas e ações visando a consolidação de municípios livres de tabaco (INC/MS 1997b). Atualmente, portanto, a política nacional e o programa nacional de controle do tabagismo na Colômbia é definida e implementada pelo Ministério da Saúde, via o Instituto Nacional do Câncer com base nas normas e leis anti-tabagismo vigentes no país (INC/MS 1998). Com base no marco legal da nação no que diz respeito do tabagismo, as políticas de controle do tabaco do INC/MS e as orientações programáticas do CONALCI, os dados levantados e as orientações conceituais e estratégicas próprias do MAEPS, apresenta-se a seguir uma proposta planejada para o controle local do tabagismo no município de Zarzal, Colômbia. Na fase final do planejamento foram contempladas quatro estratégias básicas do MAEPS, duas orientadas à criação ou mudança do ambiente para o controle do problema, tendo assim possibilidade de um ambiente favorável à implementação e desenvolvimento das outras duas estratégicas, direcionadas mais especificamente à mudança comportamental.

ESTRATÉGIA 1: ***POLÍTICA PÚBLICA com uma Abordagem Participante e Advocatícia***

Atores: População em geral, prefeito, grupos diversos organizados da comunidade, vereadores, profissionais do setor da saúde, representantes do setor educação, lideranças da comunidade, empresas locais e outras associações e/ou grupos não governamentais da localidade.

Alvos: População. Não fumantes. Fumantes com e sem intenção do abandono do consumo. Ex-fumantes.

Nível: Local.

Processos: Incremento da visibilidade política e social da relação tabaco e saúde no município, advocacia pela saúde, mobilização e participação dos atores locais, negociação, legislação.

Resultados: Discussão, formulação e implementação de uma política local de ambientes e de pessoas livres do tabaco, do cigarro e da sua fumaça. Criação do comitê local de controle de tabaco. Estruturação de uma rede de repartições, espaços e locais livres de fumo, que inibem proativamente o consumo de cigarro.

ESTRATÉGIA 2: ***REGULATÓRIA com uma Abordagem Normativa***

Atores: Prefeito, vereadores, secretários municipais, representantes do setor da saúde, educação e de grupos organizados da comunidade, comandantes das unidades locais de polícia, corpo de bombeiros e exército, diretores de hospital e clínicas particulares, lideranças da comunidade, radialistas e jornalistas, dentre outros.

Alvos: População de menores de 18 anos. População adulta. Servidores públicos e privados. População em geral.

Níveis: Local, organizacional, institucional e grupal.

Processos: Articulação, mediação, alianças, legislação, difusão e comunicação, controle social e fiscalização

Resultados: Normatizar a venda de cigarro a menores de 18 anos; a venda de cigarro no interior e no perímetro das escolas do primeiro e segundo grau; o consumo de cigarro em recinto fechado, oficial, público, repartições públicas e instituições do tipo comercial e bancário.

ESTRATÉGIA 3: *CONSCIENTIZADORA com uma Abordagem Educativa para a Saúde*

Atores: População. Profissionais de diversos setores. ONG e grupos organizados da comunidade. Párocos e pastores, radialistas, jornalistas, lideranças, associações e empresas locais.

Alvos: Não fumantes. Fumantes. Ex-fumantes. Tentadores de abandono e recaidores no consumo.

Níveis: Organizacional, institucional, grupal e individual.

Processos: Educacionais, empoderantes e mobilizadores.

Resultados: Padronizar estímulos de controle do tabagismo no município sobre riscos à saúde e sobre áreas e locais de consumo e não consumo. Redução da aceitação social do comportamento de consumo. Aumento da pressão social frente ao consumo de cigarro. Aumento do suporte social ao ex-fumante e ao fumante com intenção de abandono do cigarro. Redução da incidência e prevalência do tabagismo.

ESTRATÉGIA 4: *FACILITADORA DE MUDANÇAS com uma Abordagem Empoderante*

Atores: População em geral. Sociedade civil e poder público. ONG e outros atores/agências locais.

Alvos: Fumantes com/e sem intenção de abandono do cigarro. Ex-fumantes e não fumantes. Tentadores.

Níveis: Organizacional, institucional, grupal e individual.

Processos: De mudança organizacional e comportamental.

Resultados: Ambientes predisponentes, facilitantes e reforçantes do abandono de consumo. Mudanças nas proporções dos estágios de mudança na população do município. Incremento das percentagens de nunca fumantes e ex-fumantes na população. Mudanças no balanço decisório e na auto-eficácia de não fumantes, fumantes e ex-fumantes. Incremento do número de tentativas de abandono do cigarro em fumantes.

Incrementar a aceitação social dos prós de não iniciar o consumo de cigarro, de parar de fazê-lo ou reduzi-lo e dos contras, de continuar fumando e usando tabaco.

6 CONCLUSÕES

1. As variáveis sócio demográficas mais relevantes na população estudada, no que diz respeito do planejamento de intervenções de controle do tabagismo são a idade e a escolaridade. Dentre as variáveis referidas ao consumo de cigarro o destaque deve ser outorgado à idade de iniciação e ao número de cigarros fumados por dia.

2. A intenção e prontidão para abandonar o cigarro mostrou-se relacionada ao histórico de tentativas de cessação.

3. A proporção de contempladores do abandono do consumo de cigarro no grupo estudado foi maior do que nos outros estágios respecto das proporções relatadas por pesquisas com populações de Norte América e Europa.

4. A grande maioria dos indivíduos que se encontravam no estágio de ação e manutenção referiram ter uma alta auto-confiança em não recair no consumo de cigarro.

5. As causas mais referidas pelos participantes deste estudo, como responsáveis pela recaída, foram: forte desejo de fumar (dependência), rotinas sociais e situações estressantes.

6. O construto ou variável de Balanço Decisório não se mostrou relevante na diferenciação da prontidão e intenção de mudança em indivíduos ainda fumantes. Em geral, encontrou-se muito pouca variabilidade nos escores dos indivíduos entrevistados.

Assim, as intervenções programáticas de controle do tabagismo no nível local podem ser planejadas segundo abordagens multi estratégicas, multi setoriais e multi disciplinares e devem orientarse a metas como:

-Inibir a experimentação ou postergar a idade de iniciação e consolidação do consumo de cigarro.
-Reduzir a incidência e prevalência de fumantes regulares na população.
-Incrementar na população as tentativas de abandono com apoio do contexto facilitador o reforçante da mudança.
-Incrementar a proporção de contempladores da mudança no hábito de consumo de cigarro e, da proporção de indivíduos nos estágios de ação e manutenção da condição de ex-fumantes.
-Responder às necessidades diversas dos indivíduos e grupos da população no que diz respeito das ações educativas para a saúde e das intervenções organizacionais e ambientais que dão suporte as mudanças esperadas nas pessoas.

7 REFERÊNCIAS[1]

Abelin T, Brzezinski Z, Carstairs V, editors. **Measurement in health promotion and protection**. Copenhagen:ROE WHO;1987. (WHO Regional Publications, European series, 22).

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Prom** 1996;11:11-8.

Audrian J, Gomez A, Robertson A, Boyd R, Orleans C, Lerman C. Gender and ethnic differences in readiness to change smoking behavior. **Womens Health** 1997;3:139-50.

Bandura A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs(NJ):Prentice-Hall;1977.

Bandura A. **Social foundations to thought and action**. Englewood Cliffs(NJ):Prentice Hall;1986.

Bandura A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York:WH Freeman;1997.

Becker M, editor. The health belief model and personal health behavior. **Health Educ Mon** 1974;2:324-508.

Becoña E, Palomares A, Garcia M. **Tabaco y salud: guia de prevencion y tratamiento del tabaquismo**. Madrid:Piramide;1994.

Brownell K, Marlatt G, Lichtenstein E, Wilson C. Understanding preventing relapse. **Am Psychol** 1986;41:765-82.

Breslau N, Peterson E. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarrette smoking. **Am J Public Health** 1996;86:214-20.

Bunton R, MacDonald G. **Health promotion: disciplines and diversity.** London:Routledge;1992.

Buss P, Carvalho A, Silva D, Stotz E, Rivera F, Ferreira J et al. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública: Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina.** Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ;1998.

Candeias N. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e organizacionais. **Rev Saúde Pública** 1997;31:209-13.

Candeias N. Promoção em saúde, a nova ciência normal. **Rev Saude Publica**. no prelo 1999.

Catford J. Moving in to the next decade-and a new dimension ? [editorial] **Health Prom** 1996;11:1-3.

[CDC] Center for Diseases Control and Prevention. Tobacco use among high school students in United States, 1997. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 1998;47:229.

Cerqueira M. Promocion de la salud y educacion para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo H, Cerqueira M, editores. **La promocion de la salud y la educacion para la salud en América Latina**. San Juan(PR):Editorial de la Universidad de Puerto Rico;1997. p.7-48.

[CETAB] Comissão Estadual de Prevenção e Controle do Tabagismo. **Legislação sobre tabagismo no Estado de São Paulo: proposta de lei municipal padrão**. São Paulo:CETAB;1997.

Chapman L. Awareness strategies. In: O'Donell M, Harris J, editors. **Health promotion in the workplace**. 2nd ed. Albany(NJ):Delmar;1994.p.163-84.

[1]De acordo com USP. Guia de apresentação de tese. São Paulo:Serviço de Biblioteca e Documentação FSP/USP; 1998.

[CLACCTA] Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo. **Bol Inf** 1997;23.

Clark M, Kuiz F, Crittenden K, Warnecke R. Psychosocial factors and smoking cessation behaviors among smokers who have and have not ever tried to quit. **Health Educ Res** 1998;13:145-53.

[CVE/DCNT] Centro de Vigilância Epidemiologica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Comissão Estadual de Prevenção e Controle do Tabagismo-CETAB. De Moraes MA, elaborador. **Guia de ações municipais para o controle do tabagismo** São Paulo (SP):IMESP;1997.

Coombes Y, McPherson K. **Review of health related models of behaviour change: a report prepared for the Department of Health in England**. London:Health Promotion Sciences Unit of London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1996.

[DANE] Departamento Nacional de Estadistica. **Proyecciones del censo para los años 90**. Bogotá (DC);1995.

Diclemente C, Prochaska J. Processes and stages of self-change in smoking behavior change. In:Shiffman S, Wills T, editors. **Coping and substance use**. New York (NJ):Academic Press;1985.p.319-43.

Diclemente C, Prochaska J. Self change and therapy change of smoking behavior. **Addict Behav** 1982;7:133-42.

Diclemente C, Prochaska J, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of change of smoking cessation. **Cognit Ther Res** 1985;9:181-200.

Dijkstra A, Bakker M, DeVries H. Subtypes within a sample of precontemplating smokers:a preliminary extension of the stage of change. **Addict Behav** 1997;22:327-37.

Dijkstra A, Roijackers J, DeVries H. Smokers in four stages of readiness to change. **Addict Behav** 1998;23:339-50.

Doll R, Hill B. Smoking and carcinoma of the lung: a preliminary report. **BMJ** 1950;2:739-48.

Doll R, Hill B. A study of the aetiology of carcinoma of the lung. **BMJ** 1952 ii;1271-86.

Downie R, Fyfe C, Tannahill A. **Health promotion: models and values.** Oxford:Oxford University Press;1996.

Etter J, Perneger T, Ronchi A. Distribution of smokers by stage:international comparison and association with smoking prevalence. **Prev Med** 1997;26:580-5.

Fava J, Velicer W, Prochaska J. Applying the transtheoretical model to a sample of smokers. **Addict Behav** 1995;20:189-203.

Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. **Health Promot Int** 1998;13:99-120.

Glanz K, Patterson R, Kristal A, DiClemente C, Heimendinger J, Linnan L et al. Stages of change in adopting healthy diets. **Health Educ Q** 1994;21:499-519.

Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. 2nd ed. San Francisco (CA):Jossey Bas;1997.

Green L, Kreuter M, Deeds S, Pertridge K. **Health education planning: a diagnostic approach**. Palo Alto (CA):Mayfield;1980.

Green L, Kreuter M. **Health promotion planning: an educational and environmental approach**. 2nd ed. Mountain View (CA):Mayfield;1991.

Green L. Models in health education. In: Matarazzo J, Weiss S, Herd A, Miller N, Weiss S, editors. **Behavioral health: a handbook for health enhancement and disease prevention**. New York:Wiley;1984.

Greenlund K, Johnson C. Cigarette smoking attitudes and first use among third through sixth grade students: the Bogalusa heart study. **Am J Public Health** 1997;87:1345-8.

Grimley D, Riley G, Bellis J, Prochaska J. Assessing the stage of change for contraceptive use for the prevention of pregnancy, STD and AIDS. **Helath Educ Q** 1993;20:455-70.

Haglund B, Petterson B, Finer D, Tillgren P, editors. **Creating supportive environments for health**. Geneva: World Health Organization; 1996. (Public Health in Action Series 3).

[HEA] Health Education Authority. **Helping people change.** London;1995.

Hochbaum G. **Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study** Washington (DC):US Government Printing Office; 1956. (Public Health Service Publications-Publication No. 572).

Hochbaum G, Rosenstock I, Kegeles S. **Determinants of health behaviour**. White House Conference on Children and Youth. Washington (DC);1960.

Hochbaum G. **Health bevavior: basic concepts**. Belmont (CA):Wadsworth;1970.

Horn D, Waingrow S. Some dimensions of a model for smoking behaviour change. **Am J Public Health** 1966;56 (Suppl part i):21-6.

Horn D. A model for the study of personal choice health behaviour. **Int J Health Educ** 1976;19:89-98.

[INS/MS]. Instituto Nacional de Cancerologia/Ministerio de Salud Colombia. **Programa de control y vigilância de Tabaquismo en Colombia 1990-1996.** Santa Fé de Bogotá; 1997a.

[INS/MS]. Instituto Nacional de Cancerologia/Ministerio de Salud Colombia. Municípios livres de Tabaco: El gran reto de los alcaldes. **Hechos & Acciones** 1997b;5:1-12.

[INS/MS]. Instituto Nacional de Cancerologia/Ministerio de Salud Colombia. **Programa de control y vigilância de Tabaquismo en Colombia 1996-1997.** Santa Fé de Bogotá; 1998.

Ivanovic D, Castro C, Ivanovic R. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación básica y media de Chile. **Rev Saúde Pública** 1997;31:30-43.

Jackson C, Henriksen L, Dickinson D, Messer L, Robertson S. A longitudinal study predicting patterns of cigarrette smoking. **Health Educ Behav** 1998;25:436-47.

Janis I, Mann L. **Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment**. New York:Free Press;1977.

Jones L. Promoting health: everybody's bussines ? In: Katz J, Peberdy A, editors. **Promoting health: knowledge and practice**. London:Macmillan;1997.p.3.

Joseph J, Breslin C, Skinner H. Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In: Tucker J, Donovan D, Marlatt A, editors. **Changing addictive behavior**. New York:Guilford;1999.p.160-90.

Katz J, Peberdy A, editors. **Promoting health: knowledge and practice**. London:Macmillan;1997.

Kar S, editor. **Health promotion indicators and actions**. New York:Springer;1989.

Kemm J, Close A. **Health promotion: theory and practice.** London:Macmillan;1995.

Kerlinger FN. **Behavioral research: a conceptual approach**. New York:Holt Rinehart & Wiston;1979.

Labonte R. **Community health and empowerment**. Toronto:Health Promotion Center-University of Toronto;1992.

Levin L, Ziglio E. Health promotion as an investment strategy for the 21st century. In: Sidell M, Jones L, Katz J, Peberdy A, editors. **Debates and dilemmas in promoting health: a reader**. London:Macmillan & Open University;1997.p.363-9.

Lewin K. **Dynamic theory of personality**. New York:McGraw Hill;1935.

Lewin K. The nature of field theory. In: Marx M, editor. **Psychological theory**. New York:MacMillan;1951.p.86-95.

MacDonald G. Innovation diffusion and health education in schools. In: Sidell M, Jones L, Katz J, Peberdy A, editors. **Debates and dilemmas in promoting health: a reader**. London:MacMillan;1997.p.74-86.

Marlatt G, Gordon J. **Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change**. New York:Guilford Press;1985.

Marx MH, Hillix M, editors..**Sistemas e teorias em Psicología**. 2 ed. São Paulo:Cultrix;1995.

Matsudo V. Pasaporte para la salud. **Salud Mundial** 1997a;50:16-7.

Matsudo V. Histórico do programa. In: **Programa educação mais saúde.** São Paulo:Imprensa Oficial;1997b;p.5.

McQeen D. Theory in health promotion: the search for theory in health behavior and health promotion. **Health Prom** 1996;11:27-32.

[MS/INCA] Ministerio da Saúde. Instituto Nacional de Cancer-CONTAPP. **Falando sobre tabagismo**. 2ª ed. Rio de Janeiro (BRA);1996a.

[MS/INCA] Ministerio da Saúde. Instituto Nacional de Cancer-CONTAPP. **Bases para a implantação de um programa de controle do tabagismo**. Rio de Janeiro (BRA);1996b.

[MS/INCA] Ministerio da Saúde. Instituto Nacional de Cancer-CONTAPP. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro (BRA);1997.

McLeroy K, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. **Health Educ Q** 1988;15:351-77.

Naidoo J, Wills J. **Health promotion: foundations for practice**. London:Bailliere Tindal;1996.

Nakajima H. Preface. In: Haglund B, Petterson B, Finer D, Tillgren P, editors. **Creating supportive environments for health-the HELPSAM model**. Geneva: World Health Organization; 1996. p.vii. (Public Health in Action Series no.3).

Nelson D, Giorino G, Shopland D, Mowery P, Mills S, Eriksen M. Trends in cigarette smoking among US adolescents 1974 through 1991. **Am J Public Health** 1995;85:34-40.

Ni M, Margetts B, Speller V. Applying the stage of change model to dietary change. **Nutrition Reviews** 1997;51:10-6.

Nutbeam D. Health promotion glossary. **Health Prom** 1998;13:349-64.

Nutbeam D, Harris E. **Theory in a Nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion**. Sydney:National Center for Health Promotion;1998.

Nyswander D. The open society: implications for health education. **Health Educ Mon** 1967;22:3-13.

Nyamwaya D. Health promotion practice: the need for an integrated and processual approach. [editorial] **Health Prom** 1997;12:179-82.

O'Donell M. The transtheoretical model of health behavior change. [editorial]. **Am J Health Promot** 1997;12:4.

[OMS] Organización Mundial de Salud. **Determinación del tamaño de las muestras en los estúdios sanitarios: manual práctico**. Ginebra;1991.

[OPS] Organizacion Panamericana de Salud. **Tabaco o salud: situacion en las americas**. Washington D.C.: 1992. (Publicacion Cientifica no. 536).

[OPS] Organizacion Panamericana de Salud. **Promocion de la salud: una antología**. Washington D.C.;1996.

[OPS] Organizacion Panamericana de Salud. **Tabaquismo: una amenaza constante para la salud**. Washington D.C.;1997.

[OPS] Organizacion Panamericana de Salud. La aplicacion de teorias y técnicas de las ciências sociales a la promocion de la salud. **Rev Panam Salud Publica** 1998;4:142-8.

Palloven U, Prochaska J, Velicer W, Prokhorov A, Smith N. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking. **Addict Behaviour** 1998;23:303-24.

Peto R et al. **Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000**. Oxford:Oxford U Press;1994.

[PHS] Public Health Service. United States Department of Health and Human Services. **Smoking and health: a report of the surgeon general**. Washigton (DC):US Goverment Printing Office;1964. (PHS Publication 1103).

[PHS] Public Health Service. United States Department of Health and Human Services. **The health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of the surgeon general**. Rockville (MD): USDHHS;1989.

[PHS] Public Health Service. United States Department of Health and Human Services. **Preventing tobacco use among young people: a report of surgeon general**. Atlanta (GA):USDHHS;1994.

Pickett W, Bains N. Staging of adult smokers according to the transtheoretical model of behavioural change:analysis of an eastern ontario cohort. **Can J Public Health** 1998;89:37-42

Prochaska J. **Systems of psychoterapia: a transtheoretical analisys**. Homewood (IL):Dorsey;1979.

Prochaska J, Diclemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research & practice** 1982;19:276-88.

Prochaska J, Diclemente S. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **J Consult Clin Psychol** 1983;51:390-5.

Prochaska J, Diclemente C. **The Transtheoretical approach**. New York:Dow Jones;1984.

Prochaska J. What causes people to change from unhealthy to health enhancing behavior. **Câncer Prevent** 1991;2:30-4.

Prochaska J, Diclemente C. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen H, et al. editors. **Progress in behavior modification**. Sycamore (IL):Sycamore;1992.p.134-47.

Prochaska JO, Prochaska JM. El modelo transteórico del cambio para conductas adictivas. In: Gossop M, Casas M, editores. **Recaídas y prevencion del recaidor**. Sitges (ESP):Citran;1993.p.85-136.

Prochasca J, Redding C, Harlow L, Rossi J, Velicer W. The Transtheoretical model and HIV prevention: a review. **Health Educ Q** 1994;21:471-86.

Prochaska J, Marcus B. The transtheoretical model: applications to exercise. chapter 6. In: Dishman R. **Advances in exercise adherence**. Champaign (IL):Human Kinetics;1994.p.161-80.

Prochaska J, Velicer W, Rossi J, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychol** 1994;13:39-46.

Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. **Am J Health Promot** 1997;12:38-48.

Promotion & Education. The Jakarta declaration on health promotion into the 21st century. **Prom Educ** 1997;iv: 54.

Prokhorov A, Hudman K, Gritz E. Promoting smoking cessation among cancer patients:a behavioral model. **Oncology** 1997;11:1807-14.

Raphael D. Emerging concepts of health and health promotion. **J School Health** 1998;68:297-300.

Rosemberg J. **Tabagismo:sério problema de saúde pública**. São Paulo:ALMED/EDUSP;1988.

Rosenstock I. Why people use health service. **Milbank Mem Fund Q** 1966;44:94-127.

Rusting T, Tate J. Measuring stages of change in smokers. **J Substance Abuse Treatment** 1993;10:209-20.

Sanderson C, Haglund B, Tillgren P et al. Effect and stage models in community intervention programmes; and the development of the Model for Management of Intervention Programme Preparation (MMIPP). **Health Prom** 1996;11:143-156.

Stewien G. **O adolescente e o fumo**. Sao Paulo:1977.[Dissertação de Mestrado FSP/USP].

Seedhouse D **Health promotion: philosophy, prejudice and practice.** New York:Wiley;1997.

Shorling J. The stages of change of rural african americans smokers. **Prev Med** 1995;24:401-11.

Shorling J, Roach J, Siegel M, Batunka N, Hunt D, Gutenbock T, Stewart H. A trial of church-based smoking cessation interventions for rural african americans. **Prev Med** 1997;26:92-101.

Soto F, Lacoste J, Papenfuss R, Gutiérrez A. The health belief model: a theoretical approach to the prevention of AIDS. **Rev Esp Saúde Publica** 1997;71:335-41.

Tessaro I, Lyna P, Rimer B, Heisler J. Readiness to change smoking behavior in a community health center population. **J Community Health** 1997;22:15-32.

Tones K. Devising strategies for preventing drug misuse: the role of the health action model. **Health Educ Res** 1987;2:197-203.

Tones K. Why theorise ? [editorial]. **Health Educ J** 1990;49:2.

Tones K, Tilford S. **Health education: effectiveness, efficiency and equity.** 2nd ed. London:Chapman & Hall;1994.

Unger J. Stages of change of smokinf:relationships with others health behaviours. **Am J Prev Med** 1996;12:134-8.

Van-Ryn M, Heany C. What's the use of theory. **Health Educ Q** 1992;19:315-30.

Velicer W, Diclemente C, Prochaska J, Brandenberg N. A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. **J Personal Soc Psychol** 1985;48:1279-89.

Velicer W, Fava J, Prochaska J, Abrams D, Emmons K, Pierce J. Distribution of smokers by stage in three representative samples. **Prev Medicine** 1995;24:401-11.

[WHO] World Health Organization. **Health promotion: a discussion document on the concept and principles**. Copenhagen:ROE WHO;1984.

[WHO] World Health Organization. Lifestyles and health. **Soc Sci Med** 1986a;22:117-24.

[WHO] World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. **Health Prom** 1986b; 1:iii-v.

[WHO] World Health Organization. **Supportive environments for health: conference working paper**. Geneva;1991.

[WHO] World Health Organization. **The Sundsvall handbook: "We can do it"**. [From the 3rd International Conference on Health Promotion Sundsvall, Sweden June 9-15, 1991] Geneva;1993.

[WHO] World Health Organization. **Supportive environments for health: Sundsvall Statement**. Geneva;1995.

[WHO] World Health Organization. **Evaluating tobacco control activities:experiences and guiding principles**. Geneva;1996.

[WHO] World Health Organization. **Tobacco or health: a global status report**. Geneva;1997a.

[WHO] World Health Organization. The Jakarta declaration: preamble. **Health Promot** 1997b 12:261-4.

[WHO] World Health Organization. **Guidelines for controlling/monitoring tobacco epidemic**. Geneva; 1998.

Wijga A, Smith H, Kromhout D. Trends in smoking prevalence from 1974 to 1986 in young adults in the Netherlands. **Rev Epide Santé Publique** 1994;45:542-7.

Wynder E, Graham E. Tobacco smoking as a possible etiological factor in bronchiogenic carcinoma. **JAMA** 1950;143:329-36.

Wynder E. Tobacco as a cause of lung câncer. **Am J Epidemiol** 1997;146:687-94.