



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

BÁRBARA SORAYA DE MEDEIROS BRITO
CLARISSA DANTAS RIBEIRO

**Cessação do tabagismo como resultado de uma
abordagem inovadora de tratamento em Campina
Grande – PB**

Campina Grande
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

BÁRBARA SORAYA DE MEDEIROS BRITO

CLARISSA DANTAS RIBEIRO

**Cessação do tabagismo como resultado de uma
abordagem inovadora de tratamento em Campina
Grande – PB**

Orientadora Prof^ª Dr^ª Deborah Rose Galvão Dantas

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à Coordenação do
Curso de Medicina (CCBS-UFCG) em
atenção à resolução CCBS nº 04/2010.

Campina Grande
2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

B862c

Brito, Bárbara Soraya de Medeiros.

Cessação do tabagismo como resultado de uma abordagem inovadora de tratamento em Campina Grande - PB / Bárbara Soraya de Medeiros Brito, Clarissa Dantas Ribeiro. – Campina Grande, 2017.

51f.; gráf; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Deborah Rose Galvão Dantas, Dra.

1.Tabagismo. 2.Tratamento. 3.Multidisciplinar. 4.Bupropiona. I.Ribeiro, Clarissa Dantas.
II.Título

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 613.84(043.3)

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG

As 15 horas do dia 20/12/14, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: A sazonalidade do Tabagismo como resultado de uma abordagem inovadora de tratamento em Campina Grande - PB

de autoria do discente:

Barbara Souza de Medeiros Brito
Clarissa Dantas Ribeiro

sendo orientado(s) por:

Profa. Deborah Rose Galvão Dantas

e coorientado por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Wagner Monteiro Fragoso
Ligia Cristina Lopes de Farias
Valcineide Wanderley Pinto Brandão Marques

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora convocou o aluno:

Barbara S. de M. Brito / Clarissa Dantas Ribeiro passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou _____ minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, o discente retirou-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu ARQUIVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 20/12/14.

Orientador

Deborah Rose Galvão Dantas

Titular 1

Wagner

Titular 2

Ligia Cristina Lopes de Farias

Suplente

Ligia Cristina Lopes de Farias

Dedicamos este trabalho de conclusão de uma jornada aos pacientes do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo, com os quais tivemos a honra de aprender sobre perseverança e coragem.

AGRADECIMENTOS

Tantos são aqueles os quais contribuem com a caminhada até a linha de chegada – que nada mais é do que um reinício. Para todos esses, luz em forma de palavras, é o que temos a oferecer aqui.

Agradecemos, primeiramente, à banca examinadora, professoras Valéria Marquis, Dagjane Frazão, Lígia Lopes, que, escolhida com muito amor, foi composta por professoras, médicas, seres humanos nas quais nos inspiramos durante os seis anos de passos dados.

À nossa orientadora, a qual nos mostra, todos os dias, a beleza do ensino e da pesquisa realizada com rigor e cuidado, professora Deborah Dantas, mãe de todos os seus alunos, agradecemos pela atenção, carinho e esmero com os quais orientou o fruto da nossa jornada.

Àqueles os quais estiveram sempre presentes, para os quais continuamos a caminhar, pelos quais buscaremos ser, todos os dias, melhores, nossa família.

RESUMO

Objetivo: Analisar os percentuais de abandono do tabagismo ou diminuição do consumo entre usuários do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT), realizado em Campina Grande-PB, no período de fevereiro de 2013 a dezembro de 2016. **Método:** Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo. Os dados dos prontuários de pacientes foram tabulados em planilhas no programa *Microsoft Office Excel®*. Para a análise inferencial, foi utilizado o ambiente computacional R (versão 3.4.1), sendo adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) para aceitação da hipótese de nulidade. **Resultados:** A idade média dos participantes foi de 49,07 anos ($\pm 12,61$), sexo feminino (66,4%), estado civil *casado* (46%), etnia *parda* e a religião *católica*, em sua maioria (69,5%). Quanto à escolaridade, 26,1% tinham cursado entre 9 a 12 anos de estudo, resultado seguido pela faixa de 6 a 8 anos de estudo (18,2%). Com relação à ocupação, a maioria era de *autônomos* (23,4%) ou *aposentados* (18,4%). A maioria dos inquiridos não informou a sua *renda individual* (41,2%). Entre os que a referiram, 15,3% tinham renda entre R\$ 501 a 720 mensais. Da amostra, 44% não consumiam bebidas alcoólicas no momento da entrevista e 90% nunca haviam consumido outros tipos de drogas psicoativas. Quanto ao tabaco, 51% consumiam uma média de 21 (± 13) cigarros ao dia, sendo a média da idade do início do tabagismo, 15,1 anos ($\pm 5,78$). Durante o decorrer do PMTT, observou-se que a cada um dos 6 retornos (a cada 15 dias), o número de cigarros consumidos diminuía e o percentual de cessação do tabagismo aumentava, de forma que a partir do quinto retorno, não se observou consumo acima de 10 cigarros ao dia. O percentual de cessação do tabagismo, considerando-se os que abandonaram o tratamento como não abstinente (exceto os que deixaram de comparecer após cessação) e incluindo-os, foi de 37,9%. Excluindo-os, observou-se uma *cessação* de 28,1% e 85%, *diminuição do consumo sem cessação* de 71,4% e 15% e *aumento do consumo* de 0,5% e 0% no primeiro e sexto retornos, respectivamente. Utilizando-se uma análise de regressão logística, apenas dois fatores estiveram associados à cessação do tabagismo: *haver parado de fumar após a primeira palestra* (dia inicial do tratamento) que aumentava a chance de parar de fumar em 297% e o estado civil *solteiro*, que atuou de forma negativa, reduzindo a chance de parar de fumar em 45,6%. O percentual de pacientes que abandonaram o tratamento em algum momento, foi de 89%, incluindo-se os que pararam de fumar. Analisando-se as variáveis abandono *versus* persistência, percebe-se que o menor percentual de *abandono* encontra-se aos 60 dias do início do tratamento (26,8%), e o maior, aos 90 dias de tratamento (41,2%). **Conclusão:** A amostra estudada foi composta por mulheres de meia idade, casadas, autônomas ou aposentadas, que apresentavam baixa renda e baixa escolaridade e não utilizavam outras drogas que não o tabaco no momento da entrevista. O número de cigarros fumados por dia foi maior do que demonstra a literatura. O percentual de cessação, considerando-se os que abandonaram o tratamento como não abstinente e os incluindo, foi semelhante ou maior do que outros estudos que utilizaram a bupropiona, a não ser naqueles com metodologia muito diferente. Excluindo-se os que o abandonaram, observou-se um percentual de cessação maior do que o encontrado na literatura. Observou-se que entre os que continuaram com o tratamento, o percentual de cessação aumentava à medida que o tratamento progredia, ao passo que o de diminuição do consumo sem cessação, diminuía.

Palavras-chave: Tabagismo; Tratamento; Multidisciplinar; Bupropiona.

ABSTRACT

Aim: To analyze the percentages of smoking cessation or decrease in consumption among users of the Multidisciplinary Smoking Treatment Program (PMTT), conducted in Campina Grande-PB, from February 2013 to December 2016. **Method:** We conducted a cross-sectional, retrospective, descriptive and quantitative study. Data from patient charts were tabulated in spreadsheets in the *Microsoft Office Excel®* program. We performed the inferential analysis through the Computational Environment R (version 3.4.1) and adopted the significance level of 5% ($\alpha = 0.05$) for accepting the null hypothesis. **Results:** The mean age of participants was 49.07 years (± 12.61), *female sex* (66.4%), *married civil status* (46%), *brown ethnicity* and the *Catholic religion* (69,5%) were predominant. As for schooling, 26.1% had studied *between 9 and 12 years of schooling*, a result that was followed by a range of 6 to 8 years (18.2%). With regard to the occupation, the majority were *autonomous* (23.4%) or *retired* (18.4%). The majority of respondents did not report their *individual income* (41.2%). Among those who mentioned it, 15.3% had income between R \$ 501 and 720 monthly. Of the sample, 44% did not consume alcohol at the time of the interview, and 90% had never consumed other types of psychoactive drugs. As to tobacco, 51% consumed an average of 21 (± 13) cigarettes per day, with the mean age at onset of smoking being 15.1 years (± 5.78). During the course of the PMTT, we observed that for each of the 6 returns (every 15 days), the number of cigarettes consumed decreased and the percentage of smoking cessation increased, so that from the fifth return, we didn't observe consumption of more than 10 cigarettes a day. The percentage of cessation of smoking, considering those who abandoned treatment as non-abstinent (except those who stopped attending after cessation) and including them, was 37.9%. Excluding them, there was a 28.1% and 85% *cessation*, a 71.4% and 15% *decrease in consumption without cessation*, and an *increase in consumption* of 0.5% and 0% in the first and sixth returns, respectively. Using a logistic regression analysis, only two factors were associated with cessation of smoking: *stopping smoking after the first talk* (initial day of treatment) that increased the chance of quitting smoking by 297% and *single marital status*, which worked negatively, reducing the chance of quitting smoking by 45.6%. The percentage of patients who dropped out at some point was 89%, including those who stopped smoking. Analyzing the variables abandonment *versus* persistence, it can be seen that the lowest percentage of abandonment is found at 60 days after the start of treatment (26.8%), and the highest at 90 days of treatment. **Conclusion:** The sample was composed of middle-aged, married, autonomous or retired women, who had low income and low educational level and did not use drugs other than tobacco at the time of the interview. The number of cigarettes smoked per day was higher than the literature shows. The cessation rate, considering those who discontinued treatment as non-abstinent and those included, was similar to or greater than other studies using bupropion, except in those with very different methodology. Excluding those who abandoned it, a higher cessation percentage was observed than found in the literature. It was observed that among those who continued with treatment, the cessation rate increased as treatment progressed, while the decrease in cessation of consumption continued to decrease.

Keywords: Smoking; Treatment; Multidisciplinary; Bupropion.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo dos participantes.....	22
Gráfico 2: Etnia dos participantes.....	23
Gráfico 3: Estado civil.....	23
Gráfico 4: Religião.....	24
Gráfico 5: Anos de estudo.....	24
Gráfico 6: Atividade profissional dos participantes.....	25
Gráfico 7: Renda individual dos participantes.....	26
Gráfico 8: Número de cigarros fumados por dia.....	27
Gráfico 9: Idade de início do tabagismo.....	27
Gráfico 10: Consumo de bebida alcoólica.....	28
Gráfico 11: Consumo de drogas exceto tabaco e álcool.....	28
Gráfico 12: Consumo diário de cigarros ao longo dos seis retornos.....	29
Gráfico 13: Modelo logístico final.....	32
Gráfico 14: Abandono do Programa por retorno.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatísticas descritivas para a variável idade.....	22
Tabela 2: Variação do consumo diário de cigarros ao longo dos retornos.....	30
Tabela 3: Estimativas do modelo logístico.....	31
Tabela 4: Razão de chances do modelo logístico ajustado.....	31
Tabela 5: Frequências e porcentagens de abandono a cada retorno.....	33

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
JUSTIFICATIVA.....	13
REVISÃO DA LITERATURA.....	14
OBJETIVOS.....	19
Objetivo Geral.....	19
Objetivos Específicos.....	20
MÉTODO.....	20
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
ANÁLISE DOS DADOS.....	21
ASPECTOS ÉTICOS.....	21
RESULTADOS.....	21
DISCUSSÃO.....	34
CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta (cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas) seja fumante. Atualmente, dois terços desses vivem em países de baixa e média renda, onde a carga das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é ainda mais pesada. Estima-se que os fumantes atuais consumam cerca de seis trilhões de cigarros todos os anos (WHO, 2010). O tabagismo não somente afeta o usuário, mas também aqueles que se expõem à poluição tabágica ambiental, os fumantes passivos: dentre esses, são estimadas 600 mil mortes anualmente, devido a doenças relacionadas ao tabaco (WHO, 2010).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, atualizou os dados sobre a prevalência de adultos fumantes com 18 anos ou mais, em amostras domiciliares do Brasil. Assim, constatou-se que a região Nordeste agrupava 14,2% do total de fumantes, sendo 19,1% do sexo masculino e 9,9% do sexo feminino. A região Nordeste foi considerada a terceira região brasileira com o maior número de fumantes, perdendo para Sul (16,1%) e Sudeste (15,0%) (IBGE, 2014).

De acordo com a *Pesquisa Especial de Tabagismo* (PETab), realizada pelo IBGE e publicada em 2010 no Brasil, 24,6 milhões de habitantes fumavam e 21,5 fumavam todos os dias. O estado da Paraíba encontrava-se em terceiro lugar no Brasil com maior número de usuários (PETab, 2011). Dentre esses, 51,2% dos paraibanos usuários de qualquer derivado do tabaco, planejava ou pensava em parar de fumar.

Mais de 50 anos depois de os riscos do fumo para a saúde terem sido demonstrados cientificamente, e mais de 20 anos depois de as evidências confirmarem o risco da fumaça do tabaco para não fumantes, poucos países vêm aplicando estratégias eficazes para controlar a epidemia do tabagismo, sendo esse fato ainda menos provável nos países nos quais há um interesse econômico direto ou indireto no cultivo e na produção do tabaco (WHO, 2008).

A dificuldade em abandonar o tabagismo é bem conhecida, e se eleva quanto maior o tempo de consumo e a intensidade do mesmo. A dependência está associada a fatores tanto químicos – proporcionados por substância psicoativa –

como por fatores psicológicos – quando as atividades da vida cotidiana tornam-se associadas ao uso da droga (ISMAEL, 2007). Tendo em vista a dimensão do grave problema de saúde e econômico, o surgimento do Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), criado pelo Ministério da Saúde do Brasil na década de 90, responsabilizou-se na difusão de informações sobre os problemas acarretados à saúde pelos derivados do tabaco (INCA, 2011).

O governo brasileiro tem lançado, nas últimas décadas, várias medidas para contraporem-se às estratégias utilizadas pela indústria do cigarro, como: proibição à exibição de comerciais incentivando o seu uso, obrigação da presença de avisos informativos em carteiras de cigarro, proibição de fumar em ambientes fechados e transportes coletivos, proibição dos locais para fumar em ambientes fechados, entre outros (CAVALCANTE, 2005).

Analisando-se todos os dados anteriormente expostos, pensou-se em criar, inicialmente como Projeto de Extensão Universitária, posteriormente como Programa permanente da Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), o Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT).

O PMTT, vinculado ao Curso de Medicina do CCBS e respaldado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão (PROPEX) da UFCG, apresenta-se como uma proposta inovadora, atuando com uma equipe multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar, composta por docentes de diversos cursos da área da saúde da UFCG e de outras universidades parceiras. Iniciado em 2007, fornece assistência permanente a cerca de 400 usuários do tabaco da cidade de Campina Grande e regiões circunvizinhas, anualmente. O tratamento medicamentoso é feito com bupropiona, medicamento de primeira linha para tratamento do tabagismo no Brasil e no mundo, que é fornecido aos usuários gratuitamente.

Integram atualmente, como agentes do Programa, docentes e discentes do curso de Medicina do CCBS/UFCG, bem como dos cursos de Psicologia, Odontologia e Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e cursos de Nutrição e Educação Física das Faculdades Maurício de Nassau (FMN). O medicamento bupropiona vem sendo fornecido pela Secretaria de Saúde Municipal, em convênio com a UFCG.

O tratamento consiste em uma palestra inicial, que abrange os males associados ao tabagismo e explica todo o funcionamento do PMTT aos novos

usuários, cerca de 30 em cada novo grupo. Posteriormente, cada um deles será entrevistado e avaliado pelas equipes que integram o Programa, recebendo assistência multiprofissional.

Conforme a indicação, os usuários recebem o medicamento bupropiona, em quantidade suficiente para 15 dias, quando serão reavaliados por todas as equipes, nos retornos em grupo. O tratamento dura 12 semanas, sendo os usuários acompanhados e incentivados a participarem de todas as atividades. Os dados relativos à efetividade do tratamento são anotados em prontuários individuais.

Por tratar-se de um assunto de grande importância, no que tange à prevenção e preservação da saúde da população e por tratar-se de uma nova proposta de tratamento, esse estudo tem como objetivo analisar a sua efetividade, entre os usuários que fizeram o tratamento preconizado no PMTT.

JUSTIFICATIVA

Em um cenário ideal, o tratamento do tabagismo deve ser realizado pela atenção primária, através de equipe multidisciplinar. Porém, ainda que haja incentivo governamental, através do fornecimento de medicamentos para o tratamento farmacológico, são poucas as experiências relatadas com essa abordagem no país.

Um estudo espanhol (PEÑA *et al.*, 2013) acompanhou um grupo de fumantes que desejava cessar o hábito por três meses, e após esse período, com seguimento telefônico até haver finalizado um ano. A equipe de tratamento foi composta por médico, psicólogo e enfermeira. Dos 198 pacientes submetidos ao tratamento, 48,81% obtiveram cessação após acompanhamento por um ano.

Em outro estudo espanhol (RUIZ *et al.*, 2009), o tratamento farmacológico e psicológico foi também, proposto para pacientes, fosse individualmente ou em grupo. A amostra constou de 1.850 fumantes e o tratamento oferecido foi de dez consultas, mais acompanhamento por um ano. Houve abstinência após seguimento de um ano em 54,9% dos casos. Os métodos *individual* e *em grupo* obtiveram resultados semelhantes.

Uma revisão sistemática (STEAD; LANCASTER, 2005), após análise de 53 ensaios, dentre eles apenas um brasileiro, concluiu que a terapia em grupo é superior para o tratamento do tabagismo em comparação com técnicas individuais e outras intervenções menos intensivas.

Há poucos estudos os quais abordam a intervenção multidisciplinar sobre o tratamento do tabagismo no mundo, no Brasil e na Paraíba, nenhum em Campina Grande e os existentes, em sua maioria, abrangem psicoterapia e medicamentos, excluindo as outras abordagens incluídas no PMTT. Assim sendo, este estudo visa a conhecer, entre outros dados, os percentuais de cessação e diminuição do tabagismo após três meses de seguimento no Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo, realizado em Campina Grande-PB, no período de fevereiro de 2013 a dezembro de 2016.

REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo é a principal causa de morte prevenível no mundo, sendo responsável por cerca de seis milhões anualmente, sendo 7% delas entre mulheres e 16% entre homens (WHO, 2016). Mais de 1,1 bilhão de pessoas no mundo é tabagista, a maioria do sexo masculino. Ainda que a prevalência do tabagismo tenha declinado em algumas regiões, na África e Região Mediterrânea parece ter aumentado, além de continuar forte na Europa e Pacífico (WHO, 2015).

Ainda assim, a maior parte dos usuários desconhece os danos causados pelo uso crônico da droga, mesmo sabendo que quase a metade deles morrerá devido a alguma doença relacionada ao tabagismo (WHO, 2011). Até 2030, caso persistam as tendências atuais, oito milhões de mortes anuais serão associadas ao tabagismo, sendo 80% localizadas em nações em desenvolvimento, caso medidas de controle não sejam seriamente adotadas (WHO, 2015, 2016).

Durante o ano de 2008, quase 400 milhões de pessoas passaram a ser submetidas a pelo menos uma medida de controle do tabagismo, no entanto, esse número corresponde a menos de 10% no contexto mundial. Ainda nesse aspecto, os programas que visam à cessação são responsáveis por 8% das medidas de controle adotadas (WHO, 2009).

Entre as 100 maiores cidades do mundo, apenas 22 estão completamente livres do fumo. No Brasil, observou-se uma redução significativa do tabagismo entre o final dos anos 80 e o início dos anos 2000, o que coincide com medidas mais efetivas para o controle do tabagismo (BRASIL, 1996, 2000; MONTEIRO *et al.*, 2007). A partir de 2002 até 2011, no entanto, a variação da prevalência ano a ano não vem apresentando grandes variações, embora o percentual de ex-

tabagistas supere o de tabagistas (INCA, 2004; PNAD, 2009; VIGITEL, 2008, 2010, 2011, 2012).

Apenas em 2009, três grandes cidades brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador) passaram a adotar uma legislação abrangente contra o tabagismo (WHO, 2009). O estado da Paraíba, apesar de ser reconhecido pela OMS como havendo adotado a maioria das medidas de proteção contra a poluição tabágica ambiental (WHO, 2011) foi considerado, em estudo recente, como o terceiro estado brasileiro onde mais se fuma (PNAD, 2009).

O tabaco é o fator de risco mais importante para a gênese de mais de 50 doenças e, dentre as mais de 5.300 substâncias existentes na composição do cigarro, pelo menos 70 delas são cancerígenas (WHO, 2012). Os expostos ao fumo apresentam risco aumentado para doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas, entre outras menos difundidas (WHO, 2009). Cerca de 4.720 substâncias são liberadas na queima de um cigarro combinando-se em 15 funções químicas. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, citam-se amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, álcoois, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidritos, metais pesados e substâncias radioativas com origem nos fertilizantes fosfatados (Polônio 210, Carbono 14, Rádio 226) (MIRRA *et al.*, 2009).

Para os fumantes jovens, as consequências do hábito, em curto prazo, incluem redução da função pulmonar e do crescimento do pulmão, dispneia e expectoração frequentes, aumento do risco de câncer de pulmão. Os efeitos não respiratórios dizem respeito ao aumento da frequência cardíaca, redução da capacidade física, queixas psicológicas e emocionais, adição à nicotina e risco para uso de outras drogas (álcool, maconha, cocaína) (WHO, 1999, 2011).

A longo termo, desde que persista o hábito, doenças graves, como câncer do trato respiratório, digestório e urinário, do pâncreas, colo do útero, Leucemia Mieloide Aguda; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Acidente Vascular Encefálico, aneurisma da aorta, aterosclerose, doença coronariana; efeitos nocivos sobre a reprodução entre homens e mulheres; catarata e cegueira são também mais frequentes nos fumantes (WHO, 2011).

O fumo passivo expõe o indivíduo a toxinas em níveis mais elevados do que as jogadas no ambiente pelos escapes de automóveis, por exemplo, sendo a poluição tabágica ambiental responsável por várias doenças crônicas e irreversíveis

naqueles que convivem com fumantes em ambientes fechados, respirando a fumaça exalada pelos cigarros que fumam (WHO, 2009).

Nas crianças, são mais frequentes os sintomas respiratórios, a redução da função pulmonar e as doenças do trato respiratório; a otite média e a Síndrome da Morte Súbita Infantil. Entre os adultos, o câncer do pulmão, doença coronariana, irritação nasal e efeitos nocivos à reprodução em mulheres (recém-nascido de baixo peso) (WHO, 2010). Entre os adultos, estima-se que um terço estejam expostos ao fumo passivo. Na União Europeia, 14% dos habitantes são expostos à fumaça em seu domicílio e um terço em ambiente de trabalho. Quando avaliada a população infantil, 700 milhões (40% da população mundial pediátrica) são expostos ao tabagismo passivo em ambiente domiciliar. A média global de crianças que têm, pelo menos, um progenitor fumante é de 43%. Nas Américas, 41% das crianças entre 13 e 15 anos convive com um fumante em casa (WHO, 2009).

Os custos econômicos relacionados ao consumo de cigarros nos Estados Unidos (EUA) totalizam cerca de US \$ 193 bilhões por ano: US \$ 96 bilhões com cuidados de saúde e US \$ 97 bilhões com perdas de produtividade (WHO, 2009). No mundo, o total de impostos incidentes sobre cigarros representa 50% de seu preço médio, sendo o produto bastante propício à taxação, pois é produzido por pequeno número de manufaturas, tem poucos produtos substitutos e uma demanda relativamente inelástica (WHO, 2011).

No Brasil esse total chega a 58% do preço médio, sendo que os gastos governamentais com o controle do tabagismo são muito altos (WHO, 2009). Mais altos ainda, apesar dos bons resultados obtidos com as políticas de controle do tabagismo, são os custos social e econômico para o país: em 2008, os gastos com saúde relacionados a essa causa foi de R\$ 20,68 bilhões (R\$ 15,71 bilhões apenas para o sexo masculino). O tabaco foi causa de 13% do total de mortes no país, com redução da expectativa de vida para fumantes em cinco anos em relação aos não fumantes. Em relação à morbidade, a carga de doenças atribuídas ao tabagismo foi de 1.873.415, principalmente Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), câncer do pulmão e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (BRASIL, 2015).

Diante disso, em 2011 o Brasil assumiu o compromisso, na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) (UNITED NATIONS, 2011) de reduzir em dez anos a

prevalência do tabagismo de 14,8% para 9,1% até o ano de 2022 (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2014). Para tal, além da contrapropaganda, algumas campanhas e fortalecimento das leis antitabagismo, foi adotado no Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2002, o tratamento de apoio para a cessação do tabagismo, que consiste em terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia substitutiva de nicotina (TSN) e utilização de um fármaco não-nicotínico, a bupropiona (INCA, 2003, 2005; MARQUES *et al.*, 2001; MIRRA *et al.*, 2009). Além desse tratamento que se encontra disponível no SUS, alguns esforços não governamentais isolados também têm sido experimentados em diversos locais do Brasil.

As diferentes abordagens terapêuticas no tratamento do tabagismo podem ser classificadas como farmacológicas e não farmacológicas. O segundo grupo abrange métodos baseados na TCC, podendo ser utilizados individualmente ou em grupos de tratamento. O ideal é que sejam realizadas sessões semanais no primeiro mês, abordagem quinzenal durante os dois meses subsequentes (três meses de abordagem intensiva) e mensais até completar um ano (REICHERT *et al.*, 2008). Com o paciente na fase de ação, deve haver marcação de data para a cessação do tabagismo. Treinar as habilidades em reconhecer situações de risco de recaídas e desenvolvimento de estratégias de superação, dentro de uma abordagem intensiva, que implica contato pessoal reiterado, tem obtido bons resultados no tratamento do fumante (REICHERT *et al.*, 2008).

Quando a abordagem com TCC é insuficiente ou quando há alto grau de dependência à nicotina, pode ser instituído o tratamento farmacológico (REICHERT *et al.*, 2008). A combinação da terapia comportamental com o uso de medicamentos é recomendada, apresentando resultados ligeiramente melhores quando a abordagem comportamental é mais intensiva (STEAD; LANCASTER, 2012). A TCC juntamente aos métodos farmacológicos no Brasil, tem mostrado eficácia entre 23,5 e 50,8% após, pelo menos, seis meses do início do tratamento (OTERO *et al.*, 2006; SALES *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2012).

O tratamento medicamentoso pode ser dividido em TSN, feita com medicamentos de reposição substitutiva de nicotina: goma de mascar, adesivos transdérmicos, *spray* de nicotina entre outros, sendo disponíveis no Brasil apenas os dois primeiros, e medicamentos não nicotínicos, cujo mecanismo de ação principal é a competição pelos receptores colinérgico-nicotínicos. Dentre os últimos, a bupropiona e a vareniclina são considerados tratamentos de primeira linha,

enquanto nortriptilina e clonidina são os de segunda linha (REICHERT *et al.*, 2008). Uma revisão sistemática de 2006 (CAHILL *et al.*, 2013) demonstrou que nenhum dos tratamentos parecem ter uma incidência de efeitos adversos que contra-indique os respectivos usos.

A TSN tem como objetivo substituir a nicotina do cigarro por doses menores e mais seguras, reduzindo os sintomas de abstinência. Quando comparados ao placebo, esses medicamentos podem dobrar a cessação em longo prazo. Os medicamentos substitutivos da nicotina podem ser de liberação lenta (adesivos transdérmicos) ou de liberação rápida (goma, inalador, *spray* nasal e pastilhas), sendo a eficácia semelhante, mas a adesão maior com os primeiros (REICHERT *et al.*, 2008).

Dentre os medicamentos mais utilizados, a vareniclina e bupropiona são atualmente os medicamentos não nicotínicos de escolha para o tratamento do tabagismo, por apresentarem maior eficácia e menos efeitos colaterais. Embora a vareniclina apresente efeito superior à bupropiona, em estudos recentes realizados (40,8% de abstinência em quatro a sete semanas, contra 28,6% da bupropiona) (ISMAEL, 2007), seu custo é bastante superior ao desta última (PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A, 2005).

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo atípico de ação lenta, que age pela redução do transporte neuronal dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, ou do antagonismo aos receptores nicotínicos, levando à redução da compulsão pelo uso de cigarros. Seu efeito no tratamento do tabagismo não é explicado completamente, através do mecanismo antidepressivo (REICHERT *et al.*, 2008). A eliminação da bupropiona e de seus metabólitos, por via renal, não sofre diferenças significativas quando essa substância é ministrada isoladamente ou em combinação com adesivos cutâneos de nicotina (ISOLAN *et al.*, 2000; ISSA *et al.*, 2007).

Suas contraindicações absolutas são: epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do sistema nervoso central, anormalidade eletrencefalográficas, traumatismo craniano, uso de inibidor da monoaminoxidase nos últimos 15 dias. Deve-se evitar uso concomitante com carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticoides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral/insulina, sendo esta e hipertensão arterial sistêmica não controlada contra-indicações relativas (REICHERT *et al.*, 2008).

O tartarato de vareniclina foi desenvolvido para produzir efeitos semelhantes à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos. Como agonista parcial, causa ativação moderada dos receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, explicando o alívio dos sintomas da abstinência e da “fissura”. Ao bloquear a ligação da nicotina ao receptor, reduzem-se a satisfação ao fumar e o reforço positivo naqueles que continuam fumando quando em uso da droga, configurando suas propriedades antagonistas (REICHERT *et al.*, 2008).

Estudo de revisão sistemática (DANTAS *et al.*, 2016), comparou o tratamento com bupropiona e vareniclina isoladas e em terapias combinada entre seis pesquisas brasileiras. A bupropiona isolada se mostrou mais eficaz do que combinada com TRN. A vareniclina foi estudada em um trabalho, apenas, mostrando-se mais eficaz que a bupropiona, tanto isolada como quando combinada a outros medicamentos.

As terapias combinadas com comprovação de eficácia são: uso prolongado de adesivos de nicotina (>14 semanas) mais outra terapia de substituição de nicotina (goma ou *spray*); adesivos de nicotina mais inaladores de nicotina; adesivos de nicotina mais bupropiona (REICHERT *et al.*, 2008).

O tratamento para a cessação do uso do tabaco apresenta elevado custo-efetividade, sendo superior, inclusive, aos tratamentos direcionados à hipertensão arterial sistêmica leve a moderada, dislipidemia e infarto agudo do miocárdio, e aumenta significativamente as chances do usuário de tabaco alcançar abstinência definitiva (BRASIL, 2015). No entanto, há evidências de que o apoio ofertado aos tabagistas para cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda seja deficiente e insuficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar (BRASIL, 2015).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os percentuais de cessação do tabagismo ou diminuição do consumo após três meses de tratamento no PMTT, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de fevereiro de 2013 a dezembro de 2016.

Objetivos Específicos

- Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes usuários do PMTT;
- Verificar em qual etapa do Programa acontece o maior percentual de diminuição do consumo e abstenção;
- Verificar dados referentes à cessação do tabagismo;
- Avaliar dados referentes ao abandono do Programa.

MÉTODO

1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo.

2. Local do estudo

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

3. População e amostra

A população foi composta por todos os pacientes que foram atendidos no PMTT, no período de fevereiro 2013 a dezembro de 2016.

A amostra foi composta por todos os pacientes que tiveram prontuários digitalizados dentro desse período, totalizando um N de 593 participantes.

4. Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados os prontuários dos pacientes atendidos no PMTT (Apêndice 1) durante o período supracitado.

5. Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir do acesso aos prontuários dos pacientes do PMTT.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

1. Inclusão

Foram incluídos na pesquisa prontuários com todas as informações necessárias, legíveis e não rasuradas.

2. Exclusão

Foram excluídos os prontuários que não estavam de acordo com os critérios de inclusão.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel*®. Para a análise inferencial foi utilizado ambiente computacional R (versão 3.4.1). Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor de $p < 0,05$, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) para aceitação de hipótese de nulidade.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo deriva do PMTT, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), segundo o protocolo **20082912-050**. A pesquisa foi submetida ao CEP e só foi iniciada após sua aprovação. A análise foi realizada através de dados de prontuários, para a qual houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já que o PMTT também tem aval do CEP, além do que, todos os participantes assinam, inicialmente, TCLE em duas vias para ingressarem no tratamento.

RESULTADOS

Perfil Epidemiológico

A seguir são observadas, na **Tabela 1**, as estatísticas descritivas da variável *idade*. A idade média dos entrevistados foi de 49,07 anos com desvio padrão (d.p) de 12,61 anos. O coeficiente de variação percentual foi $CV = 25,69\%$, menor que 50%, o que indica que a média é representativa para os dados. As idades mínima e máxima dos entrevistados foram de 15 e 84 anos, respectivamente.

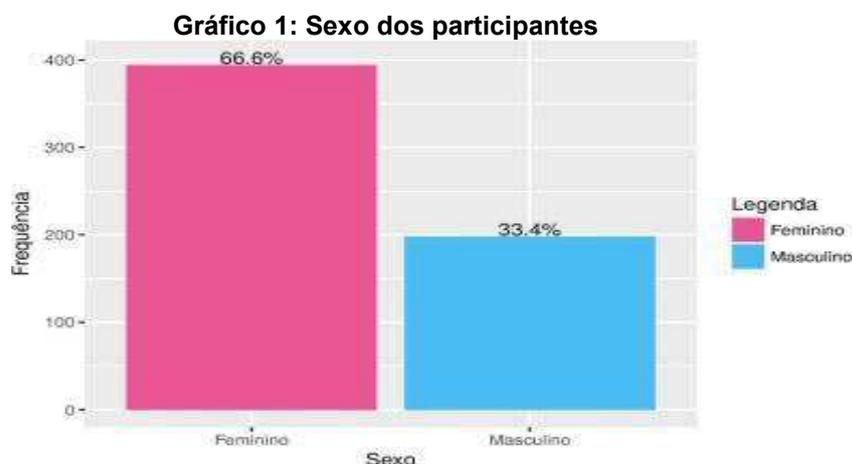
Observe-se que a mediana é próxima da média e a distância entre a mediana e o primeiro quartil (Q1) é bem próxima da distância entre a mediana e o terceiro quartil (Q3), indicando que distribuição da variável idade é simétrica.

Tabela 1: Estatísticas descritivas para a variável idade

Média	d.p	CV%	Min.	Q1	Mediana	Q3	Max.
49,07	12,61	25,69	15	40	50	57	84

Fonte: dados da pesquisa

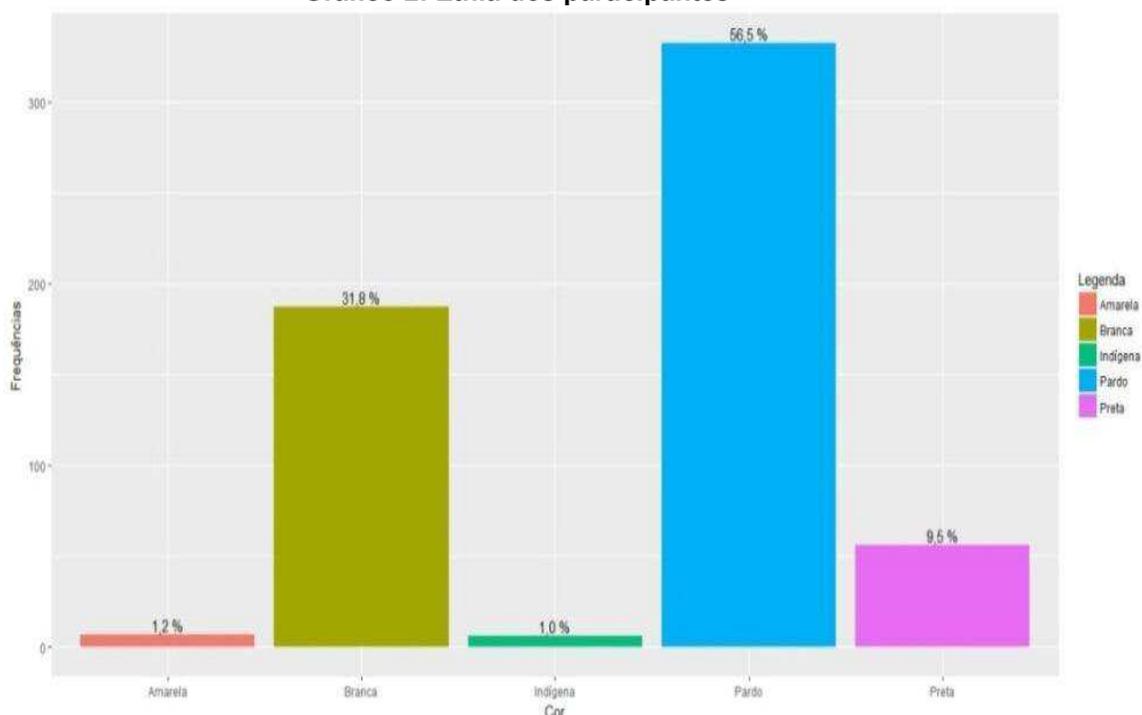
No **Gráfico 1** observa-se que um percentual de 66,4% dos entrevistados foi do sexo feminino, enquanto que 33,6% foi do sexo masculino.



Fonte: dados da pesquisa

O **Gráfico 2** apresenta colunas que representam a distribuição em frequências da variável etnia para todos os entrevistados. Vê-se que a *etnia parda* é a que possui maior frequência, ao passo que *indígena* é a classificação que possui menor frequência.

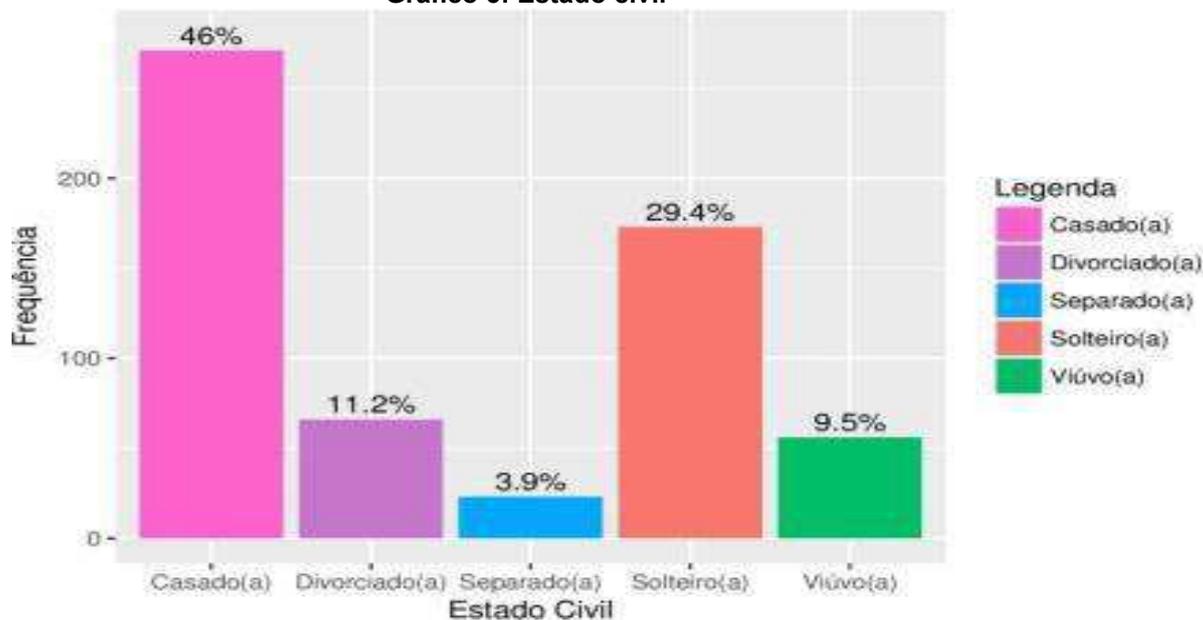
Gráfico 2: Etnia dos participantes



Fonte: dados da pesquisa

Estado civil é representado pelo **Gráfico 3**. Houve grande discrepância entre a classe de maior frequência, *casado(a)*, com 46% e aquela de menor frequência, *separado(a)*, com 3,9%.

Gráfico 3: Estado civil

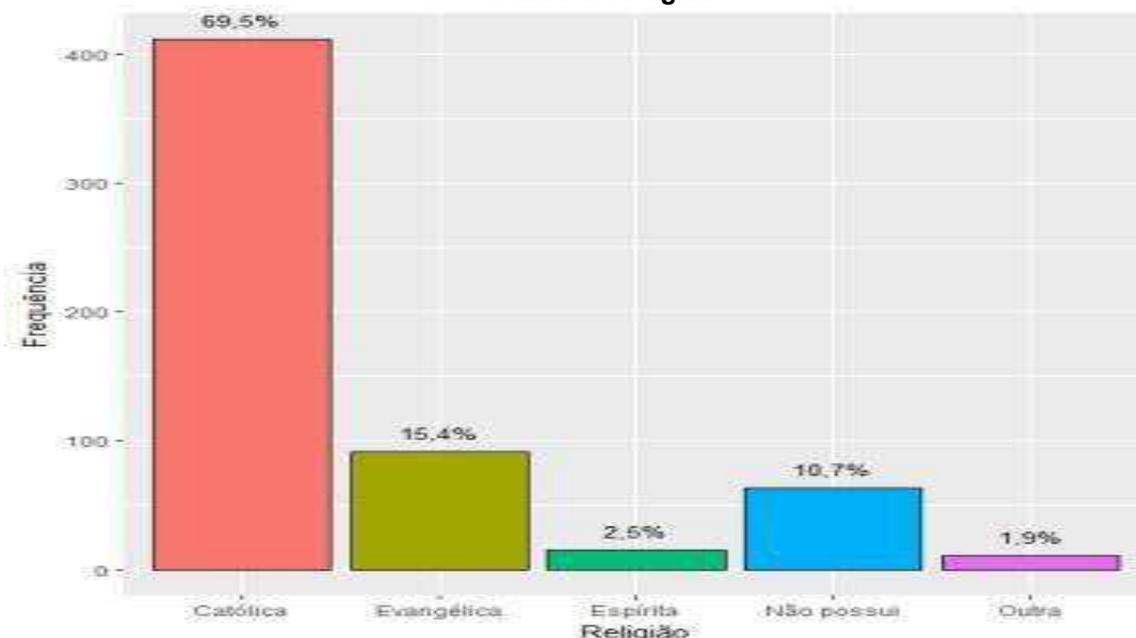


Fonte: dados da pesquisa

A distribuição de frequências para a variável *Religião* encontra-se representada no **Gráfico 4**. Observou-se que o percentual de 69,5% dos pacientes

era de *católicos*, 15,4% era de *evangélicos*, 2,5% de *espíritas*, 10,7% *não possuíam religião* e 1,9% professavam *outras religiões*.

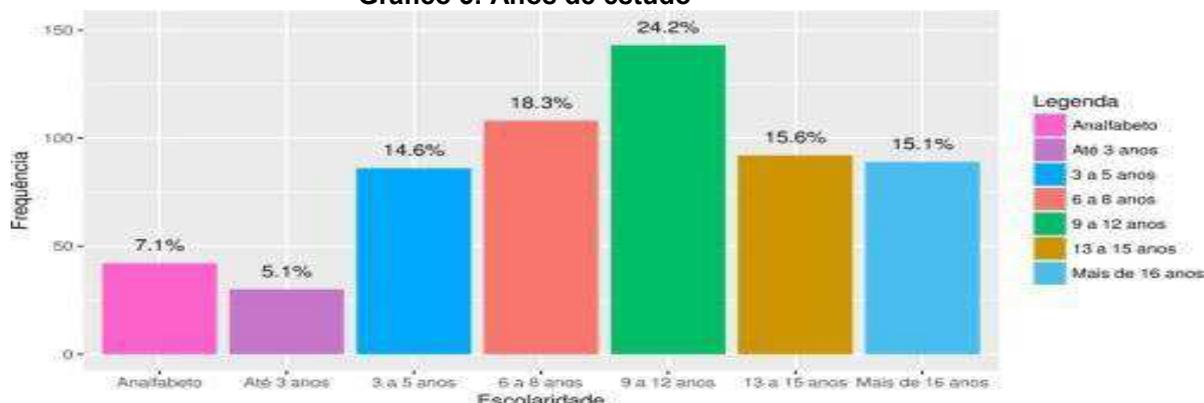
Gráfico 4: Religião



Fonte: dados da pesquisa

No **Gráfico 5** encontra-se a distribuição em frequências percentuais para a variável *Anos de estudo* dos pacientes. Verificou-se que a maioria (24,1%) dos pacientes havia cursado *entre 9 e 12 anos de estudo*, enquanto que 18,2%, *entre 6 e 8 anos de estudo*. *Analfabetos* representaram 7,1% e pessoas com *mais de 16 anos de estudo* contemplaram 15% dos pacientes.

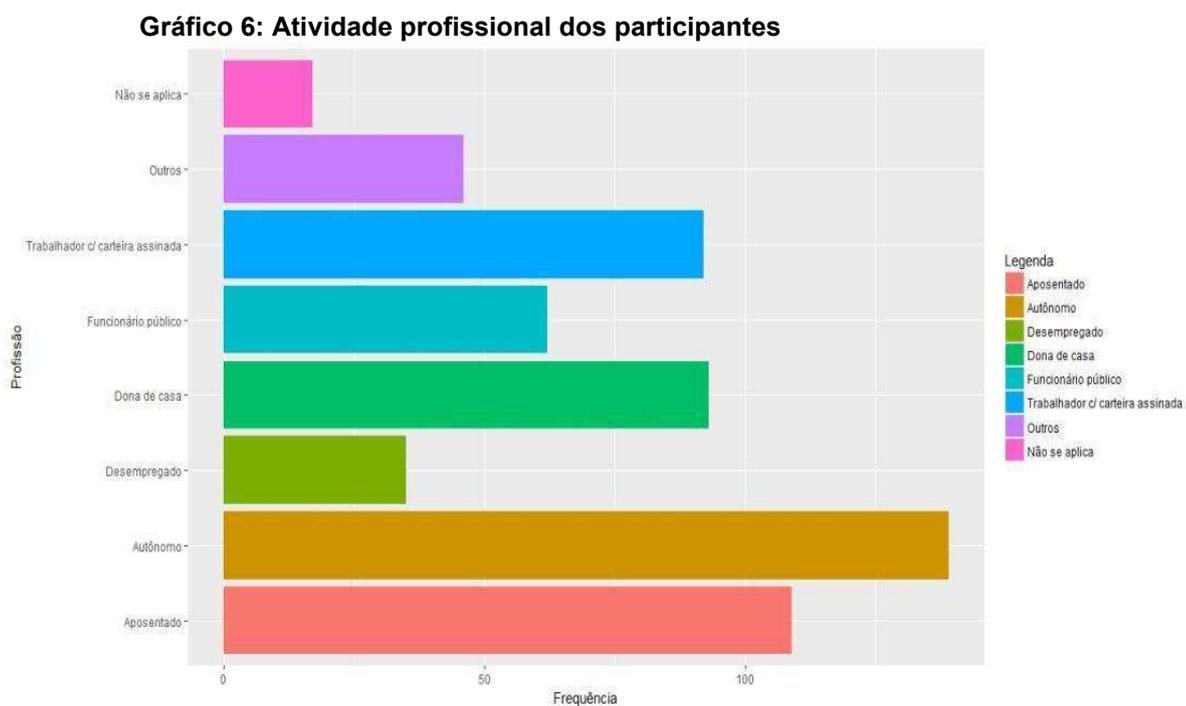
Gráfico 5: Anos de estudo



Fonte: dados da pesquisa

No **Gráfico 6**, a seguir, vê-se que a profissão (ocupação) que obteve maior frequência foi a de *autônomo*, contemplando aproximadamente 23,4% dos

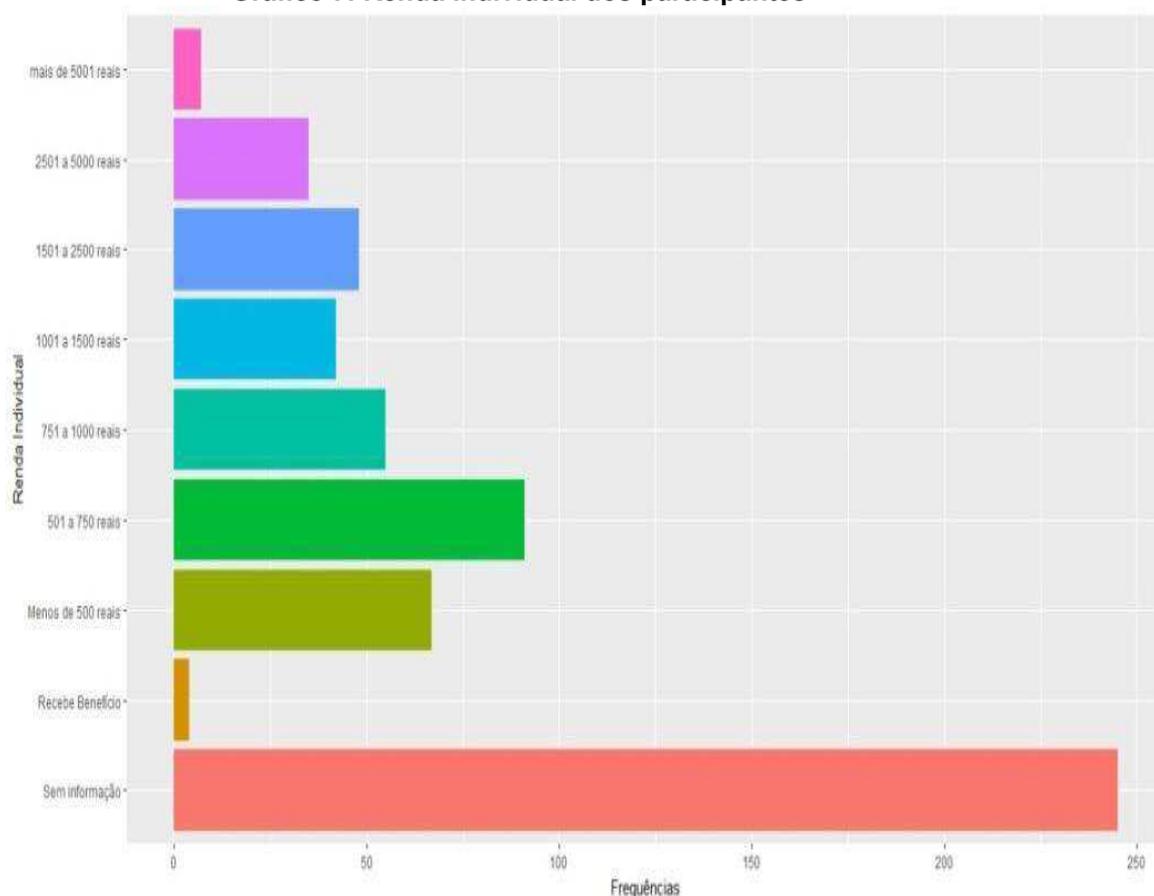
pacientes; a segunda maior foi a de *aposentado* com 18,4%. As variáveis *outros*, que indica profissões não descritas no gráfico, e *não se aplica*, obtiveram as menores frequências: 7,8% e 2,9%, respectivamente.



Observa-se, no **Gráfico 7**, que uma porcentagem de 41,2% dos participantes não sabia ou não queria informar seus rendimentos individuais.

A segunda maior frequência foi a classe categorizada de R\$ 501 a 750, com um total de 15,3%. A próxima classe nessa ordem é a de menos de R\$ 500, contemplando 11,3% dos pacientes. As classes com as menores frequências tinham renda de mais de R\$ 5001 reais ou recebiam benefício, abrangendo 1,2% e 0,7% dos pacientes, respectivamente.

Gráfico 7: Renda individual dos participantes



Fonte: dados da pesquisa

A variável *Número de cigarros fumados por dia* foi transformada para a variável categórica: *Consumo diário de cigarros*, com as seguintes categorias:

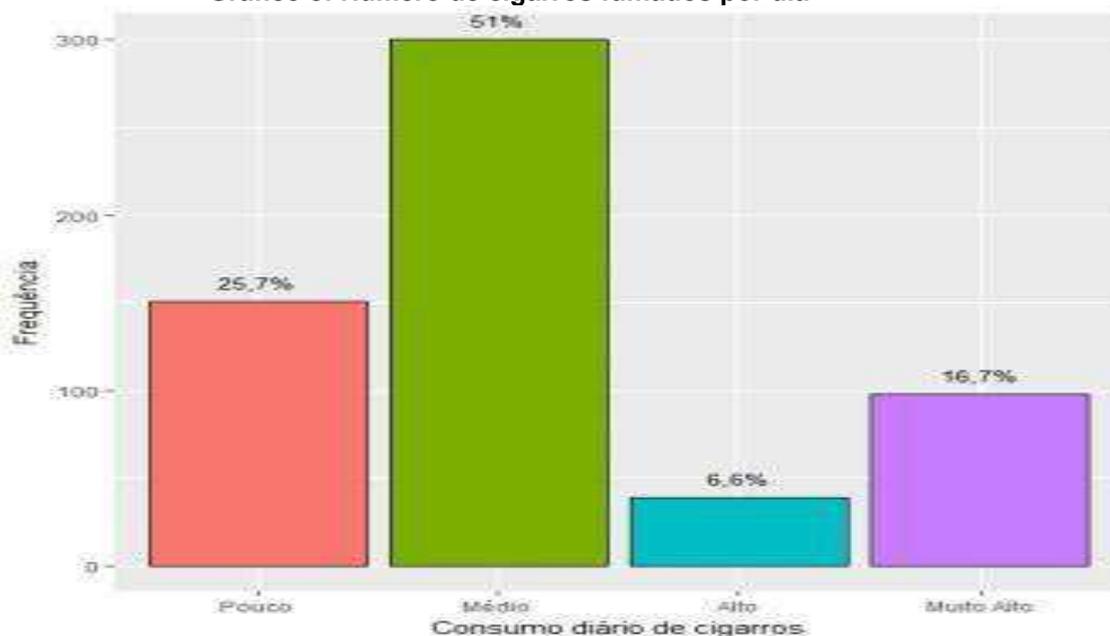
Pouco: Consumo de 1 até 10 cigarros diários;

Médio: Consumo de 11 até 20 cigarros diários;

Alto: Consumo de 21 até 30 cigarros diários;

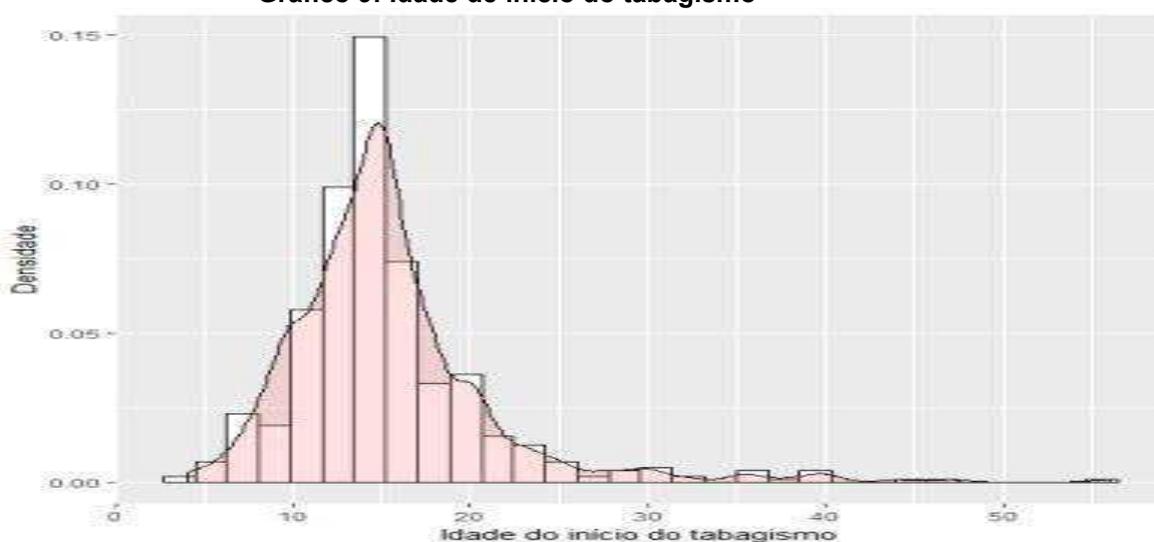
Muito Alto: Consumo superior ou igual a 31 cigarros diários.

Assim, o **Gráfico 8** apresenta a distribuição em frequências para esta variável. Nota-se que 51% dos entrevistados tinham um consumo diário *médio* de cigarros, enquanto que 25,7% tinham um consumo diário *pouco* e 16,7% o consumo diário era *muito alto*.

Gráfico 8: Número de cigarros fumados por dia

Fonte: dados da pesquisa

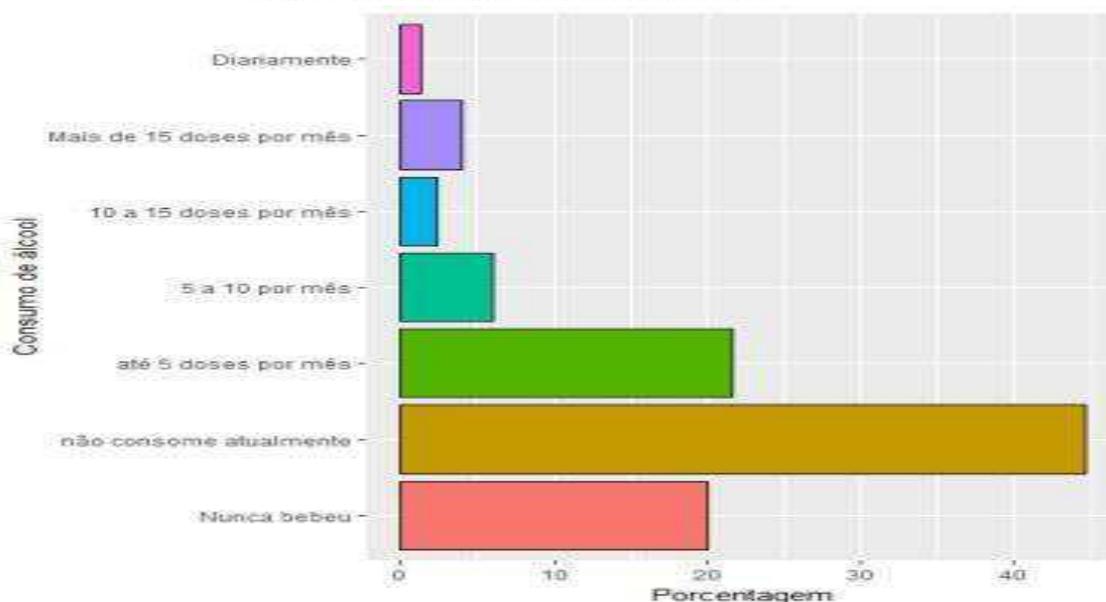
A idade média do início do tabagismo dos entrevistados foi de 15,1 anos com desvio padrão (d.p) de 5,78 anos. O coeficiente de variação percentual foi $CV = 37,73\%$, menor que 50%, o que indica que a média é representativa para os dados. As idades mínima e máxima dos entrevistados foram de 04 e 56 anos, respectivamente. O **Gráfico 9** apresenta o histograma para a variável *Idade do início do tabagismo*, vê-se que a maioria dos entrevistados iniciou o hábito entre 10 e 20 anos de idade.

Gráfico 9: Idade de início do tabagismo

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se, no **Gráfico 10**, que 44% dos pacientes não consumiam bebidas alcoólicas no momento da entrevista, aproximadamente, 22% *consumiam até cinco doses por mês*, 20% *nunca beberam* e, aproximadamente, 14% *consumiam mais de cinco doses por mês*.

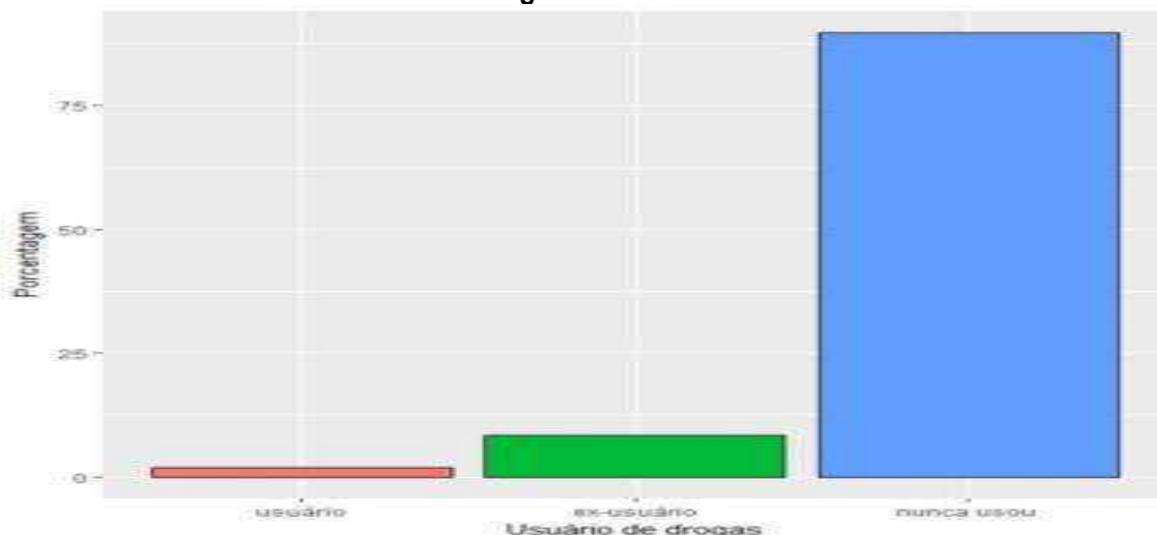
Gráfico 10: Consumo de bebida alcoólica



Fonte: dados da pesquisa

Quanto ao consumo de outras drogas, o **Gráfico 11** apresenta essa distribuição em porcentagem. Vê-se que um percentual de 90% *nunca usou drogas*, 8,5% era de *ex-usuários* e 1,9% era de *usuários*.

Gráfico 11: Consumo de drogas exceto tabaco e álcool

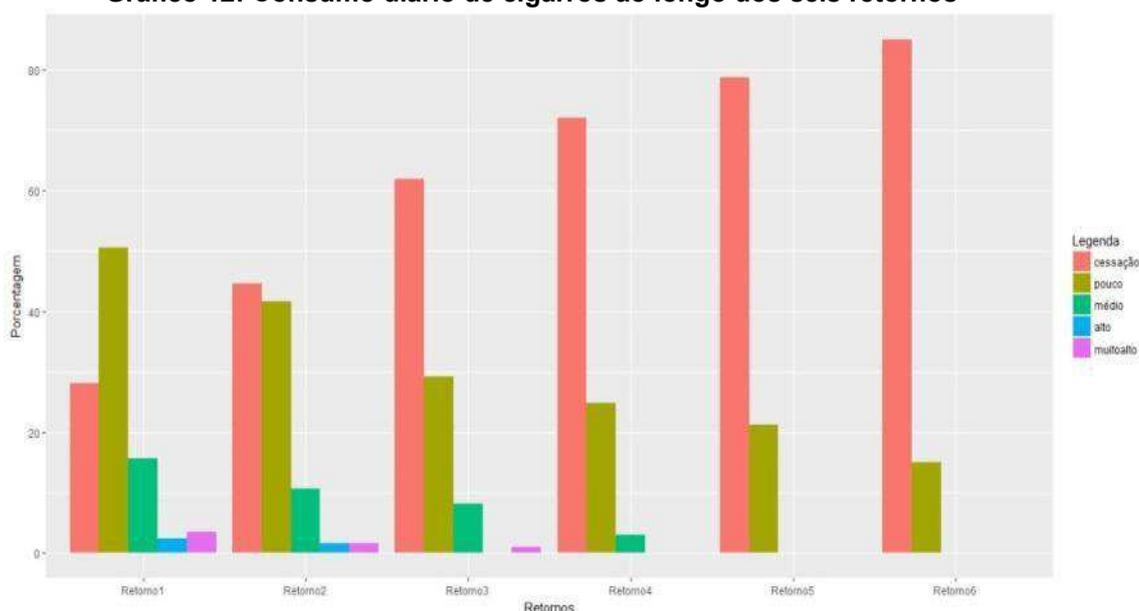


Fonte: dados da pesquisa

O **Gráfico 12** foi construído para verificar a variação do consumo diário de cigarros dos que compõem a amostra ao longo do tratamento. Pode-se observar que, em relação ao total de pacientes, em cada retorno, a porcentagem de pacientes que cessou o tabagismo aumentou, enquanto que não houve pacientes que tinham um consumo acima de *pouco* a partir do quinto retorno.

A estatística do teste de Friedman resultou em 23,45, que gerou um *p*-valor de 0,03% com 5 graus de liberdade. Portanto, rejeita-se a hipótese de que o consumo diário de cigarros é igual ao longo dos seis retornos. O teste *post-hoc* de Nemenyi para dados bloqueados sem réplicas também rejeitou, ao nível de 5%, todas as hipóteses nulas para todas as comparações dois a dois, ou seja, a variável *Consumo diário de cigarros* foi estatisticamente diferente em cada retorno, ao nível de 5%.

Gráfico 12: Consumo diário de cigarros ao longo dos seis retornos



Fonte: dados da pesquisa

A **Tabela 2**, a seguir, apresenta as frequências absolutas e percentuais dos pacientes que cessaram o consumo diário de cigarros, dos que diminuíram o consumo, mas não pararam de fumar, e dos que aumentaram o consumo durante o tratamento. Essas frequências são em relação ao número total de pacientes que frequentaram cada retorno. Vê-se que a porcentagem de pacientes que pararam de fumar aumenta ao longo dos retornos, enquanto que a porcentagem de pacientes que diminuíram o consumo diminui ao longo dos retornos.

Nota-se, também, que a partir do retorno 4 (R4), dos pacientes que permaneceram no tratamento, nenhum aumentou o consumo de cigarros. Vale salientar que os dois pacientes que aumentaram o consumo no retorno 1 (R1) não retornaram ao retorno 2 (R2), o paciente que aumentou o consumo no R2 não compareceu ao R3, dois dos pacientes que aumentaram o consumo no R3 não foram ao R4, os outros dois não compareceram ao R5 e apenas um foi até o final do tratamento e cessou o consumo.

Tabela 2: Variação do consumo diário de cigarros ao longo dos retornos

Consumo	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Cessação	28,1% (119)	45% (139)	62,7% (138)	73,9% (119)	80,4% (82)	85% (51)
Diminuição sem cessação	71,4% (302)	54,7% (169)	35% (77)	26,1% (42)	19,6% (20)	15% (9)
Aumento	0,5% (2)	0,3% (1)	2,3% (5)	0	0	0
Total	100% (423)	100% (309)	100% (220)	100% (161)	100% (102)	100% (60)

Fonte: dados da pesquisa

Dados relativos à cessação do tabagismo

Para realizar uma análise de regressão logística da cessação do tabagismo foram escolhidas as variáveis do perfil epidemiológico dos pacientes. Um modelo logístico preliminar foi aplicado, a partir do método *stepwise* (CHARNET *et al.*, 1999), no qual são incluídas e excluídas variáveis e fatores a fim de escolher os parâmetros que tornem o modelo mais parcimonioso, a partir do critério de informa o de Akaike (1974).

De acordo com os valores-*p* obtidos, apenas os níveis: *Estado Civil: Solteiro(a)*; *Quantas pessoas vivem com a renda: Dois* e *Após a palestra: Parou de fumar*, foram significativos a 5%. Com base nessa informa o, reajustou-se o modelo excluindo-se as variáveis não significativas e para as três variáveis significativas, consideraram-se os seguintes níveis: *Estado civil: solteiro vs não solteiro*; *Situa o após palestra: parou de fumar vs não parou de fumar*; *Quantas pessoas vivem com a renda: duas pessoas vs diferente de duas pessoas*. Dessa forma, não observou-se significância da variável referente à renda, de forma que restaram como significativas as duas variáveis que se encontram na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3: Estimativas do modelo logístico

Coefficiente	Estimativa	Erro-padrão	Estat. Z	Valor-P
Intercepto	-0,3998	0,1030	-3,880	0,000105 ***
Estado Civil: solteiro(a)	-0,6096	0,2014	-3,026	0,002475 **
Após a palestra: parou de fumar	1,3789	0,5153	2,676	0,007454 **

*** Estimativa significativa a 0,1%. ** Estimativa significativa a 1%.

Fonte: dados da pesquisa

O coeficiente negativo para o nível *solteiro(a)*, indica que se a pessoa for solteira, a probabilidade de cessar o tabagismo diminui, quando comparado com qualquer outro estado civil. O coeficiente positivo para *parar de fumar após palestra* indica que, se o paciente parar de fumar após palestra, sua probabilidade de cessar o tabagismo aumenta. Para quantificar as probabilidades citadas, construiu-se a Tabela 4.

Percebe-se, a partir da **Tabela 4**, que indivíduos que são solteiros têm probabilidade de cessação reduzida em 45,6%, quando comparados com indivíduos não solteiros e mesma situação após palestra. Já pacientes de um determinado estado civil que cessaram o tabagismo após a palestra têm 3,97 vezes (297%) mais chance de manterem-se abstêmios quando comparados com aqueles que não pararam após a palestra e possuem o mesmo estado civil do primeiro paciente.

Tabela 4: Razão de chances do modelo logístico ajustado

Parâmetro	RC	IC _{95%} (RC)	Valor-P
Intercepto	0,670	(0,547; 0,820)	0,000105 ***
Estado civil:			
não solteiro(a)	1,000	-	-
solteiro(a)	0,544	(0,364; 0,802)	0,002475 **
Após a palestra:			
não parou de fumar	1,000	-	-
parou de fumar	3,970	(1,496; 11,715)	0,007454 **

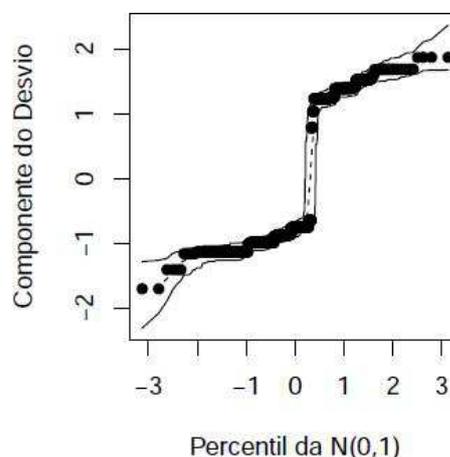
*** Estimativa significativa a 0,1%. ** Estimativa significativa a 1%.

Fonte: dados da pesquisa

Uma forma visual de adequação do modelo ajustado aos dados é o gráfico de envelope. Este gráfico é construído a partir de intervalos de confiança simulados. Se não houver muitos pontos fora dos limites, o gráfico sugere que o modelo está bem ajustado, sem pontos discrepantes (mal ajustados). No Gráfico 13 estão representadas todas as observações dos pacientes ajustadas ao modelo. Pode-se

notar que não existem pontos discrepantes em relação ao envelope. Logo, o modelo está bem ajustado aos dados.

Gráfico 13: Modelo logístico final



Fonte: dados da pesquisa

Dados relativos ao abandono do tratamento

Para se verificar as porcentagens de abandono geral e de abandono por cada retorno, foi construída a **Tabela 5**, que mostra as frequências absolutas e porcentagens de abandono (abandonos) para cada retorno, total de participantes que persistiram (persistentes) até determinado retorno e total de participantes em estudo antes de determinado retorno.

Assim, antes do primeiro retorno havia 593 participantes, dos quais 170 (28,7%) não foram ao primeiro retorno nem aos retornos subsequentes, enquanto que 423 (71,3%) iniciaram o tratamento. Dos 423 que foram ao primeiro retorno, 309 (73%) não abandonaram no segundo retorno, enquanto 114 (27%) deixaram de ir ao programa a partir de então. Dos 309 que continuaram até o terceiro retorno, 89 (28,8%) deixaram de participar. Os 220 (71,2%) remanescentes persistiram. Dos 220 que foram até o terceiro retorno, 161 (73,2%) continuaram até o quarto retorno, enquanto que 59 (26,8%) abandonaram o tratamento.

Dos 161 que foram até o quarto retorno, 59 (36,6%) faltaram ao quinto retorno e abandonaram o programa, enquanto que 102 (63,4%) foram ao quinto retorno. Dos 102 pacientes que foram até o quinto retorno, 42 (41,2%) não foram ao sexto retorno, enquanto que 60 (58,8%) completaram o tratamento. Assim, o período que apresenta maior porcentagem de abandono é o sexto retorno.

De forma geral, 533 pacientes deixaram de ir a alguma fase, não permanecendo até a conclusão do tratamento. Isto representa 89,9% dos pacientes que iniciaram o tratamento.

Tabela 5: Frequências e porcentagens de abandono a cada retorno

Padrão	Retorno 1	Retorno 2	Retorno 3	Retorno 4	Retorno 5	Retorno 6
Abandonos	170 (28,7%)	114 (27%)	89 (28,8%)	59 (26,8%)	59 (36,6%)	42 (41,2%)
Persistentes	423 (71,3%)	309 (73%)	220 (71,2%)	161 (73,2%)	102 (63,4%)	60 (58,8%)
Total	593 (100%)	423 (100%)	309 (100%)	220 (100%)	161(100%)	102 (100%)

Fonte: dados da pesquisa

A partir dos dados da **Tabela 5**, pode-se testar se existem diferenças estatísticas entre as proporções de abandonos. Como os dados apresentam dependência, isto é, cada retorno depende do número de indivíduos no retorno anterior, o teste apropriado é o de Friedman (SIEGAL, 1956). As hipóteses a serem testadas são:

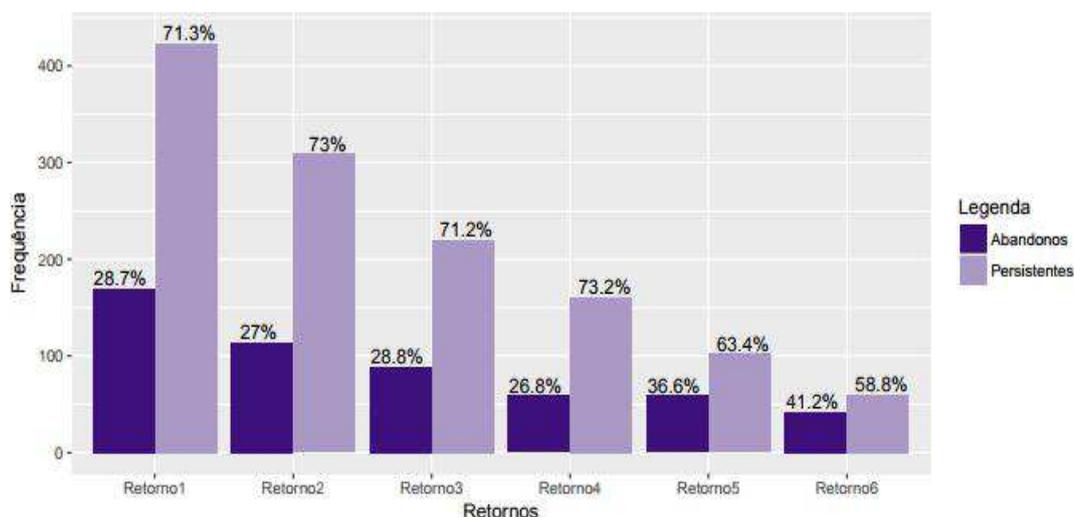
H0: As porcentagens de abandonos são iguais em todos os retornos

H1: Pelo menos um retorno tem porcentagem de abandonos diferente dos demais.

Realizando o teste de Friedman, com 5 graus de liberdade e nível de significância de $\alpha = 5\%$, constata-se um valor-P = 0, 07731, que é maior que o nível nominal α . Portanto, não se descarta a hipótese de igualdade entre as porcentagens de abandonos dos retornos, de forma que as diferenças das porcentagens entre os retornos podem ser devido a flutuações aleatórias (acaso) no número de pacientes.

O **Gráfico 14** representa abandonos e persistência dos pacientes do estudo. As porcentagens são proporcionais ao número de pacientes que não desistiram do tratamento com base no retorno anterior. O gráfico mostra a discrepância entre as porcentagens de abandono entre os retornos.

Gráfico 14: abandonos do Programa por retorno



Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Revisão sistemática recente (STEAD *et al.*, 2016) encontrou 53 estudos, no mundo, os quais abordassem terapia comportamental e farmacológica no tratamento do tabagismo, totalizando mais de 25.000 participantes. Destes, 31 utilizaram mais de 100 pacientes para amostragem. O presente estudo utilizou 593 prontuários, o que vai de acordo com a literatura. Além disso, a abordagem multidisciplinar envolvendo, além das terapias citadas, odontologia, educação física e nutrição, foi observada apenas neste estudo.

Verificou-se, neste estudo, que a maioria dos pacientes do PMTT foi de mulheres (66,6%), o que poderia demonstrar influência cultural do autocuidado, maior entre as mulheres, como também maior dificuldade, entre as mulheres, de cessar o tabagismo sem auxílio médico. Porém, o presente estudo não observou essa correlação estatística. Outra pesquisa (BJORNSEN *et al.*, 1995), ao estudar a influência do gênero em tratamento de 12 semanas, com goma de nicotina e terapia comportamental em grupo, mais seguimento de três anos, acompanhando 3.923 participantes, dos quais 84% concluiu o seguimento, concluiu que no acompanhamento por 12 meses não houve diferença estatística, porém, com 36 meses, as mulheres apresentaram maior dificuldade para permanecer sem fumar.

Ainda sobre o estudo de Bjornson e colaboradores (1995), outras variáveis com significância estatística sobre a cessação do tabagismo foram: nível

educacional alto, estado civil casado, idade mais avançada, ter permanecido algum tempo sem fumar no passado, e ter o índice de massa corpórea mais alto, as quais, em ambos os gêneros, tiveram associação com maior facilidade para manter-se sem fumar. Corroborando com o fato de que o estado civil *casado* contribuiu positivamente para a cessação do tabagismo, este estudo observou que pacientes com estado civil *solteiro* apresentaram uma maior dificuldade em parar.

Sobre a idade de início do hábito tabágico, na presente amostra, a idade média foi de 15,1 anos ($\pm 5,78$), sendo que a maioria absoluta dos sujeitos iniciou o tabagismo entre 10 e 20 anos de idade. Um importante ponto discutido, assim, é o conceito de tabagismo como doença pediátrica, necessitando de abordagem preventiva e, mesmo terapêutica, voltada para essa faixa etária. Para demonstrar os fatores relacionados ao início do tabagismo, estudo de coorte de 2017 (LENK *et al.*, 2017) acompanhou por chamadas telefônicas anuais, a partir dos 12 anos de idade, 4.241 adolescentes norte americanos de 2000 a 2013. Metade da amostra foi de mulheres e 85% brancas, 60% frequentou universidade por pelo menos quatro anos e o mesmo percentual relatou que nenhum dos seus amigos íntimos fumou e cerca de dois terços relatou que nenhum dos pais era fumante.

A maior classe de trajetória dos adolescentes quanto ao início do tabagismo foi os não-fumantes (59,5%), a segunda, os fumantes regulares de iniciação precoce (14,2%), seguidos de ocasionalmente fumantes (11,5%), fumantes regulares de início tardio (9,4%), e finalmente os ex fumantes (5,3%). Fumantes regulares de início precoce e tardio correlacionaram-se com não ter cursado o ensino superior. Na presente pesquisa, a maioria dos entrevistados possuía *entre 9 e 12 anos de estudo* e não houve relação estatística com a dificuldade em cessar o hábito. No estudo de coorte, ter amigos fumantes e a faixa etária de contato com amigos fumantes entre 12 e 18 anos elevou em cerca de três vezes a chance de iniciar precocemente o hábito.

Quanto ao uso de outras drogas, exceto tabaco, 44% dos participantes relataram não ingerir bebidas alcoólicas no momento da entrevista, porém haverem-nas utilizado no passado. É conhecida a associação entre alcoolismo e tabagismo, sendo os mesmos considerados como porta de entrada para outras drogas, tanto reforçando comportamentos, quanto gerando estímulos discriminativos, isto é: a ocasião de uso de uma droga determinando o início do uso de outra droga (RAMOS *et al.*, 2017). Observou-se que 8,5% era de ex-usuários de outras drogas e 1,9% era

de usuários, fato que pode ter associação com a dificuldade na cessação, ou influenciar recaídas.

Abordagem terapêutica com bupropiona mais aconselhamento psicológico ou bupropiona ministrada isoladamente; placebo mais aconselhamento psicológico ou placebo administrado isoladamente, foi realizada em estudo randomizado com 403 fumantes divididos em quatro grupos (MCCARTHY *et al.*, 2010). A terapia psicológica constou de oito sessões de dez minutos de aconselhamento. O medicamento foi mantido por oito semanas após o dia de cessação do tabagismo. Semanalmente, os pacientes foram avaliados quanto a determinantes para a abstinência, através de questionários, e chegou-se à conclusão que os resultados foram limitados para o desenvolvimento de um modelo de tratamento, estando, o aconselhamento, relacionado com, apenas, alguns determinantes da abstinência como confiança, motivação e dificuldade de acesso aos cigarros.

Na presente pesquisa, a abordagem psicológica foi desenvolvida em grupo, a cada retorno, temporalmente determinada pela subjetividade e necessidade dos sujeitos. Observou-se que, a partir do quinto retorno não houve relato de carga tabágica superior a *Pouco*; além disso, progressivamente, houve tendência à redução e cessação do tabagismo, o que pode demonstrar que há influência da abordagem psicológica sobre a cessação. Porém, seria importante a avaliação de um grupo controle sem o uso da bupropiona, como desenhado pelo estudo anterior.

Por outro lado, o encontro de uma variável determinante da cessação tabágica neste estudo, *Parar de fumar após palestra*, demonstrou que os pacientes os quais cessaram o tabagismo anteriormente ao início do tratamento com bupropiona e com a abordagem psicológica, apenas com a palestra inicial, tiveram maior facilidade em manter-se sem fumar até o término do tratamento, fator que pode estar associado à maior confiança e motivação nessas pessoas, determinantes da abstinência, como compreendido pela pesquisa de McCarthy (2010).

Ainda sobre a influência da cessação precoce sobre o seguimento, um estudo espanhol (GUALLAR-CASTILLÓN *et al.*, 2003) demonstrou que parar de fumar nos três primeiros meses de tratamento aumenta a chance de abstinência ao longo de doze meses subsequentes e, ainda, esta chance aumenta com a precocidade da abstenção, sendo que quando cessado nos primeiros 15 dias o hábito, há aumento em duas vezes para abstinência em 12 meses e, os que se mantêm abstêmios ao longo de três meses tem três vezes mais chance em um ano.

Nesta pesquisa, o percentual total de cessação do tabagismo, considerando-se que os que abandonaram o tratamento continuaram a fumar (exceto os que deixaram de comparecer após cessação), foi de 37,9%. Ao observar cada retorno, individualmente, a cessação inicial de 28,1% no R1 passou para 85% no R6, havendo, concomitantemente, redução dos pacientes que diminuíram o consumo, passando de 71,4% no R1 para 15% no R6, estes sujeitos passando a integrar a parcela dos que cessaram o tabagismo.

Estudo brasileiro de revisão sistemática (DANTAS *et al.*, 2016) abordou o uso da bupropiona ou vareniclina, isoladas ou combinadas com métodos farmacológicos e não farmacológicos. Seis trabalhos foram eleitos, de 2005 a 2014. O maior nível de abstinência do tabagismo em um ano foi de 75,8% (SALES *et al.*, 2006) com uso de bupropiona isoladamente e o menor foi de 24,3% (PRADO *et al.*, 2011), também com a monoterapia. Destaca-se que no estudo de Sales e colaboradores (2006), foi avaliado o percentual de cessação apenas dos pacientes os quais permaneceram no tratamento, o que pode contribuir para o percentual discrepante.

Em outro estudo (RUIZ *et al.*, 2009), o tratamento farmacológico e o psicológico foi, também, proposto para pacientes, fosse individualmente ou em grupo. A amostra constou de 1.850 fumantes e o tratamento oferecido foi de dez consultas mais acompanhamento por um ano. Houve abstinência após seguimento de um ano para 54,9% dos casos. Os métodos individual e em grupo obtiveram resultados semelhantes. Já em estudo mais recente (GIFFORD *et al.*, 2011), utilizando psicoterapia individual e abordagem em grupo mais bupropiona vs bupropiona isolada, com 167 sujeitos, demonstrou, após um ano de seguimento, 31,6% de abstenção ao fumo no primeiro grupo, estatisticamente maior que 17,5% no grupo com medicamento isolado. No mesmo ano, estudo com 406 pacientes, demonstrou, também, superioridade, em longo prazo, para o grupo de abordagem com bupropiona mais terapia cognitivo comportamental (TCC) quando comparado com bupropiona isolada, placebo mais TCC e ausência de terapia (HALL *et al.*, 2011).

Uma pesquisa (GARITI *et al.*, 2008) objetivou avaliar os motivos de abandono do tratamento para cessar o tabagismo. Foram realizados telefonemas para antigos pacientes acompanhados para cessação do hábito. A partir daí foram expostos 18 motivos para o abandono da estratégia e comparadas características dos 202 sujeitos com 205 os quais concluíram a abordagem. Acerca das características,

demonstraram correlação com o abandono do tratamento raça negra, desemprego, jovens. Os principais motivos de abandono foram trabalho, obrigações familiares, alterações no cronograma de tratamento e custos em transporte. Na mesma linha, segundo estudo (RUIZ *et al.*, 2009) demonstrou que o abandono do tratamento do tabagismo foi justificado em 42% dos pacientes por perda do seguimento, 25% por falta de interesse em permanecer no programa, 13% por não sentir ajuda com o tratamento e 20% por outras razões.

Observou-se, no presente estudo, que o maior percentual de abandono do tratamento ocorreu para o sexto retorno 41,2%. Houve, ainda, 533 pacientes os quais deixaram de ir a alguma fase do tratamento. Isto representa 89,9% dos pacientes que iniciaram no PMTT. No entanto, este número não quer dizer que o programa não seja eficaz, pois foi observado que muitos abandonos são precedidos por visitas em que os pacientes relatam que deixaram de consumir cigarro, ou que o consumo foi reduzido drasticamente, como se pode constatar quando verificada a variação de consumo ao longo dos retornos, em que, a partir do quinto retorno não há registro de consumo acima de *pouco*.

CONCLUSÃO

A amostra estudada foi composta por mulheres de meia idade, casadas, autônomas ou aposentadas, de religião católica, que apresentavam baixa renda e baixa escolaridade e não utilizavam outras drogas que não o tabaco no momento da entrevista. O número de cigarros diários utilizados foi maior do que o que refere a literatura.

O percentual de cessação, considerando-se os que abandonaram o tratamento como não abstinentes, e incluindo-os, foi semelhante ou maior do que alguns dados encontrados na literatura quando se utilizava a bupropiona, a não ser em estudos cuja metodologia foi muito diferente. Excluindo-os, esse percentual foi maior do que o que refere a literatura.

Observou-se que entre os que persistiram no tratamento, o percentual de cessação aumentava à medida que o tratamento progredia, chegando ao valor máximo no sexto retorno, ao passo que o de diminuição do consumo sem cessação, diminuía.

As variáveis *Estado Civil: Solteiro(a)* e *Após a palestra: Parou de fumar* foram as únicas variáveis associadas com a cessação do tabagismo, tendo a primeira uma influência negativa e a segunda, influência positiva na obtenção da abstenção.

O percentual de pacientes que abandonaram o tratamento em algum momento, foi de 89%, incluindo-se os que pararam de fumar. Analisando-se as variáveis abandono *versus* persistência do tratamento a cada 15 dias, percebe-se que o menor percentual de *abandono* encontra-se aos 60 dias e o maior, aos 90 dias do início do tratamento.

Outros estudos semelhantes são necessários para que se corroborem os resultados alcançados, uma vez que ainda são escassos, na literatura brasileira e mundial.

REFERÊNCIAS

AKAIKE, H. A New Look at the Statistical Model Identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, v.19, n.6, p.716–23.

BJORNSON, W. et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. *Am J Public Health*, v. 85, n. 2, p. 223–230, 1995.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm. Acesso em: 19/12/2016.

BRASIL. **Lei nº 10.167, de 27 de Dezembro de 2000**. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm#art1. Acesso em: 19/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/3cd1b40047ea8d588830cd9ba9e4feaf/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-e-outros-fatores-de-risco-de-cancer.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3cd1b40047ea8d588830cd9ba9e4feaf>. Acesso em 19/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ)**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Pesquisa Especial do Tabagismo - PETab**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. **Deixando de Fumar sem Mistérios** – Manual do Coordenador, Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Prevalência do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras**. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2007: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2007**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde & Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (pnad). **Tabagismo**. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2009**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2010**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista**.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília – DF, ISBN 978-85-334-2339-8, 2015.

CAHILL, K.; STEVENS S.; PERERA, R.; LANCASTER, T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.5, 2013.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Psiquiatria*, v. 32 n.5. São Paulo, 2005.

CHARNET, R.; FREIRE, C.A., CHARNET, E.M.R.; BONVINO, H. Análise de Modelos de Regressão Linear Com Aplicações. Campinas, São Paulo, Unicamp, 356p, 1999.

DANTAS, D.R.G.; PINHEIRO, A.H.B.; ROSSONI, A.L.M.; PRADO, L.O.; BARREIRA, S.N. Tratamento do tabagismo no Brasil com bupropiona ou vareniclina: Uma revisão sistemática. *Revista saúde e ciência*, v.5, n.1, p.61-745, 2016.

ÉXITO, P. D. E. et al. ORIGINAL DE DOS INTERVENCIONES SENCILLAS PARA DEJAR DE FUMAR (*) Probability of success in tobacco quitting during the course of two simple medical interventions ve duración es eficaz para dejar de fumar 1 , 2 , parece haber una relación dosis-respuesta e. *Rev Esp Salud Pública*, v. 77, n. 1, p. 117–124, 2003.

GARITI, P. et al. Why do those who request smoking treatment fail to attend the first appointment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 35, n. 1, p. 62–67, 2008.

GIFFORD, E. V. et al. Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, v. 42, n. 4, p. 700–715, 2011.

HALL, S. M. et al. Using extended cognitive behavioral treatment and medication to treat dependent smokers. *American Journal of Public Health*, v. 101, n. 12, p. 2349–2356, 2011

ISMAEL, S.M.C. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**. 2007. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p
&nextAction=lnk&exprSearch=465956&indexSearch=ID. Acesso em 22/12/2016.

ISOLAN L. R; NOGUEIRA,L; FERREIRA,E.D; CHAVES,M.L.F. Bupropiona para o tratamento da cessação do hábito de fumar. *Rev. AMRIGS*, v.44 p.74-8, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=285253&indexSearch=ID>. Acesso em 20/10/2016.

ISSA, J. S; PEREZ,G.H; DIAMANT,J; ZAVATTIERI,AG; OLIVEIRA,K.U. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arq.Bras.Cardiol.*;v.88 n.4 p.434-440,abr. 2007.

LENK, K. M.; ERICKSON, D. J.; FORSTER, J. L. Trajectories of Cigarette Smoking From Teens to Young Adulthood. *American Journal of Health Promotion*, p. 1–7, 2017.

MALTA, D.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.23, n.3, p.389-395, 2014.

MARQUES, A.C.P.R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P.; LOURENÇO, M.T.C.; FERREIRA, M.P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*, v.23, n.4, p.200-14, 2001.

MCCARTHY, D. E. et al. A multi-level analysis of non-significant counseling effects in a randomized smoking cessation trial. *Addiction*, v. 105, n. 12, p. 2195–2208, 2010.

MIRRA, A.P. et al. **Tabagismo**. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400005. Acesso em 10/12/2016.

MONTEIRO, C.A.; CAVALCANTE, T.M.; MOURA, E.C.; CLARO, R.M.; SZWARCOWALD, C.L. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Heal Organ*, v.85, n.7, p.527-34, 2007.

PEÑA, P.; ZAGOLÍN, M.; ACUÑA, M.; NAVARRETE, S.; BUSTAMANTE, P.; SUÁREZ, C.; CAVADA, G.; PAZ BERTOGLIA, M. Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico. *Rev Med Chile*, v.141, p.345-352, 2013.

PRADO G.F.; LOMBARDI E.M.S.; BUSSACOS, M.A.; ARRABAL-FERNANDES, F.L.; TERRA-FILHO M.; SANTOS, U.P. A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *Clinics*, v.66, n.1, 2011.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Non-pharmacological treatments for smoking. *Rev. Psiq. Clín.* v.32, n5. p.267-275. 2005.

OTERO, U.B.; PEREZ, C.A.; SZKLO, M.; ESTEVES, G.A.; PINHO, M.M.; TURCI, S.R.B. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*, v.22, n.2, p.439-49, 2006.

RAMO, D. E. et al. Alcohol and Drug Use, Pain and Psychiatric Symptoms among Adults Seeking Outpatient Psychiatric Treatment: Latent Class Patterns and Relationship to Health Status. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 0, n. 0, p. 1–11, 2017.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C.M.C.; GODOY, I.; CHATKIN, J.M.; SALES, M.P.U. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v.34, n.10, p.845-880, 2008.

RUIZ, C. A. J.; ULIBARRI, MM.; GUERRERO, A.C.; BESADA, N.A.; MARTIN, J.J.R.; FERNÁNDEZ, M.C.; MOCHALES, J.A. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. *Archivos de Bronconeumologia*. Barcelona, v.36, p. 129-132, 2009.

SALES, M.P.U.; FIGUEIREDO, M.R.F.; OLIVEIRA, M.I.; CASTRO, H.N. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol.*, v.32, n.5, p.410-7, 2006.

SANTOS, J.D.P.; DUNCAN, B.B.; SIRENA, S.A.; VIGO, A.; ABREU, M.N.S. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol Serv Saude*, v.21, n.4, p.579-88, 2012.

SIEGAL, S. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. McGraw-hill, 1956.

STEAD, L.F.; LANCASTER, T.; KOILLPILLAI, P.; FANSHAW, T.R. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, v.24, n.3, 2016.

STEAD, L.F.; LANCASTER, T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, v.10, 2012.

STEAD, L.F.; LANCASTER T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 18, n.2, 2005.

UNITED NATIONS. **Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases**. 2011. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1. Acesso em 12/12/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Noncommunicable Diseases. **Tobacco free initiative International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health**. Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global NCD target: Reducing tobacco use**. Geneva, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic**. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic**. Geneva, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. Geneva, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. Acesso em 22/12/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer (IARC). **IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans**, Lyon, 2012. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E-6.pdf>. Acesso em 01/01/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **MPOWER - Um plano de medidas para reduzir a epidemia de tabagismo**. Suíça, 2008. Disponível em:<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343_Tabaco_ebook.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FICHA DO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DO TABAGISMO

Questionário de Avaliação Médica do Paciente

1.INFORMAÇÕES GERAIS	
1.1. Identificação do entrevistador Nome: _____	
1.2. Data da Entrevista (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	
2. CONSENTIMENTO E IDENTIFICAÇÃO	
2.1. Nome (Letra de forma): _____	
2.2.	Endereço atual: _____ Cidade: _____
2.3. O consentimento foi assinado? (1) Sim (2) Não	
2.4. Local (A) e número de Telefone principal de contato A. _____ (____) _____ - _____	(1) Casa (2) Trabalho (3) Vizinho (4) Celular B. (5) Não tem
2.5.	CEP: _____ - _____
2.6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
2.7. Religião: (0) Não Possui (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Outra _____	
2.7.1. Praticante da religião? (1) Sim (2) Não	
2.8. Data de nascimento (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	
2.9. Cidade onde nasceu: (Letra de forma): _____	
2.10. Cor (auto-referida): (1) Branca (2) Preta (3) Pardo-mulato (4) Amarela-Oriental (5) Indígena	
2.11. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado	
2.12. Qual a sua Escolaridade? (1) Analfabeto (2) Até 3 anos (3) 3 a 5 anos (4) 6 a 8 anos regulares (5) 9 a 12 anos (6) 13 a 15 anos (7) Mais de 16 anos de estudos	
2.13. Atividade Profissional (0) Não se aplica (1) Funcionário público (2) Trabalhador c/ carteira Principal nos últimos 12 meses? assinada (3) Autônomo (4) Dona de casa (5) Aposentado (6) Desempregado (7) Voluntário (8) Outros: _____	
2.14. Descrição da função dentro da Categoriaria profissional (Letra de forma): _____	
2.15. Qual a renda mensal da familiar, Em salários mínimos? (1) Menos de 500 reais (2) 501 a 750 (3) 751 a 1000 Renda Individual? _____ (4) 1001 a 1500 (5) 1501 a 2500 (6) 2501 a 5000 reais (7) mais de 5001 (8) Recebe Benefício (9) Não sabe informar	
2.16. Quantas pessoas vivem com a renda? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou	

mais
3. TABAGISMO
3.1. Após a palestra: (1) Parou de fumar (2) Diminuiu (3) Aumentou (4) Não houve alteração
3.2. Idade do início do tabagismo: (0) Não Sabe
3.3. Qual cigarro fuma? _____ Quanto custa uma carteira (20 cigarros)?
3.4. Quantos cigarros fuma por dia?
3.5. Custo diário com cigarro (em reais):
3.6. Em algum momento, algum profissional de saúde lhe aconselhou a parar de fumar? (1) Sim (2) Não

3.7. Gatilho para iniciar o fumo? (1) Cigarro (2) Café (3) Bebida Alcoólica (4) Estresse (5) Outros _____
3.8. Mora com algum fumante? (1) Sim (2) Não
3.9. Que fator influenciou mais na adesão? (0) Curiosidade (1) Exemplo do Pai (2) Exemplo da Mãe (3) Influencia de outros familiares (4) Influencia de amigos/colegas (5) Propaganda (6) Outros _____
3.10. Tempo de duração do Tabagismo (em anos):
3.11. Tipo de cigarro Utilizado? (1) Cigarros artesanais (2) Cachimbo (3) Cigarros Industrializados (4) Charuto (5) Fumo de Mascar (6) Outros _____
4. HISTÓRIA PESSOAL
4.1. Algum Médico lhe informou que você tem pressão alta (Hipertensão arterial)? (1) Sim (2) Não
4.2. Ano de diagnóstico da hipertensão?
4.3. Consumo de bebidas alcoólicas? (0) Nunca bebeu (1) Consumiu ano passado, mas não consome atualmente (2) Até 5 doses por mês (3) De 5 a 10 por mês (4) 10 a 15 por mês (5) Mais de 15 doses por mês (6) Diariamente
4.4. Uso de drogas em que você se enquadra? (1) É usuário (2) Ex-usuário (3) Nunca usou drogas
4.5. Droga Utilizada: (0) Não se aplica (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Ecstasy (5) Outros
4.6. Pratica exercícios físicos? (1) Apenas do fim de semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 3 a 5 vezes por semana (4) +5 vezes na semana (5) Não
4.7. Foi diagnosticado com Diabetes? (1) Não (2) Sim, tipo I (3) Sim, tipo II
4.8. Ano de diagnóstico da Diabetes?
4.9. Quanto ingere de café? (0) Se não bebe (Xícaras por dia)
4.10. Usa anticoncepcional hormonal? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (Homem)
4.11. Número de gestações:
4.11.1. Número de abortos:
4.11.2. Número de abortos espontâneos:

4.11.3. Termo da gestação:	Pré-termo:_____	Atermo:_____	Pós-termo: _____
4.12. N° de RN de baixo peso (<2,500):			
4.12.1. Média do tempo de aleitamento materno, por filho (em meses):			
4.13. Causa da interrupção da amamentação:			
4.14. Problemas na amamentação:	(1) Pouco leite (2) Ingurgitamento mamário (peitos cheios e duros) (3) Mastite (inflamação da mama) (4) Ductos bloqueados (leite empedrado) (5) Outros: _____		
4.15. Fumou durante a gestação?	(1) Sim (2) Não -> Se não, em que época da gestação parou: _____ e quando voltou: _____		
4.16. Já entrou na menopausa?	(1) Sim (2) Não		
4.16.1. Menopausa com quantos anos?			
4.16.2. Menopausa cirúrgica:	(1) Sim (2) Não		
4.17. Com que frequência você faz exames dos dentes e da gengiva?	(0) Nunca fiz (1) 1 vez/ano (2) 2 vezes/ano (3) 1 vez/5 anos (4) Não sabe		
4.18. É portador de artrite?	(1) Sim (2) Não		
4.19. Já foi diagnosticado com Gastrite?	(1) Sim (2) Não		
4.20. Possui alguma doença de Tireóide?	(1) Sim (2) Não		
5. HISTÓRIA FAMILIAR			
5.1. Diabetes Qual o grau de parentesco com o indivíduo? Quando for mais de que 1 parente de 1º grau marcar com um círculo em volta dos números e por o número 6 na casela.	(1) Pai (2) Mãe (3) Irmão/Irmã (4) Filho (5) Avós, Tios ou Primos (6) Mais de um parente de 1º grau (7) Parente de 1º ou 2º grau (8) Não há.		
5.2. Obesidade	Idem.		
5.3. Hipertensão arterial (pressão alta)	Idem.		
5.4. Cardiopatia	Idem.		
5.5. Asma	Idem.		
6. AVALIAÇÃO DA DIETA			
6.1. Você já faz algum tipo de dieta? Se não faz, pular para o item 6.4.	(1) Sim (2) Não Qual? _____		
6.2. Orientada por nutricionista?	(1) Sim (2) Não		
6.3. Quanto você acha que segue sua dieta?	(1) 100% (2) 80% (3) 50% (4) Menos de 50%		
6.4. Consome produtos dietéticos?	(1) Sim (2) Não		
7. USO DE MEDICAÇÕES:			
7.1. Medicamento	Nome: _____		Dose: _____
7.2. Medicamento	Nome: _____		Dose: _____
7.3. Medicamento	Nome: _____		Dose: _____
8. ANAMNESE			

8.1. Antecedentes Fisiológicos		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
8.2. Antecedentes Pessoais Patológicos		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
8.3. Antecedentes Familiares:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
8.4. Condições de vida e moradia:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
9. EXAME FÍSICO		
Peso:	Cintura:	Quadril:
Altura:	IMC:	
PA:	Sentado:	Em pé:
FC:	Sentado:	Em pé:
Cabeça e pescoço;	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Inspeção pele, ossos e músculos.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Aparelho Cardiovascular	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Aparelho Respiratório	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Aparelho Digestório	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

	<hr/> <hr/> <hr/>
Aparelho Genito-Urinário.	<hr/> <hr/> <hr/>

RETORNO	Abstinência do fumo em relação ao retorno anterior? (1-SIM, 2- NÃO)	Grau de dificuldade em parar (0 a 10)	Alteração do consumo	Acompanhamento de todas equipes? (físio, odonto, farm, med, educ, Eijsic, nutric, psicol.)	Sintomas**	Efeitos Colaterais*	Peso Kg	PA	Entrega do medicamento
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									
7)									

***EFEITOS COLATERAIS:**

- | | | |
|----------------|------------------|---------------|
| 1- TREMORES | 5- CEFALÉIA | 9- TONTURA |
| 2- BOCA SECA | 6- INSÔNIA | 10- DISPNEIA |
| 3- ARTRALGIA | 7- BOCA AMARGA | 11- POLIFAGIA |
| 4- HIPERTENSÃO | 8- EPIGASTRALGIA | 12- ANOREXIA |
| | | 13- TOSSE |

****SINTOMAS:**

- | | | |
|----------------|--------------------|----------------------|
| 5- CANSAÇO | 5- HIPERTENSÃO | 9- PELE SECA |
| 6- CONSTIPAÇÃO | 6- DEPRESSÃO | 10- PERDA DE MEMÓRIA |
| 7- CEFALÉIA | 7- PALPITAÇÃO | 11- NERVOSISMO |
| 8- FRAQUEZA | 8- QUEDA DE CABELO | 12 -OUTRO: __ |