

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA**

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DE UMA  
UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**

Ribeirão Preto

2015

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA**

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DE UMA  
UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**

Dissertação apresentada à Universidade de  
Ribeirão Preto – UNAERP para obtenção do  
título de Mestre em Saúde e Educação.

Área de concentração: Ensino de Ciências da  
Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Regina Negri  
Barbosa

Ribeirão Preto

2015

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP  
- Universidade de Ribeirão Preto -

O489p Oliveira, Carlos Eduardo de, 1962-  
Perfil dos usuários do Ambulatório de Tabagismo  
de uma Unidade de Saúde do município de Ribeirão  
Preto / Carlos Eduardo de Oliveira. - - Ribeirão Preto, 2015.  
106 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elizabeth Regina Negri Barbosa.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015.

1. Tabagismo – Ambulatório. 2. Tabagismo – Doenças  
3. Cigarros – Usuários. Título.

CDD 610

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DE UMA  
UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Educação da Universidade de Ribeirão  
Preto para obtenção do título de Mestre  
em Saúde e Educação

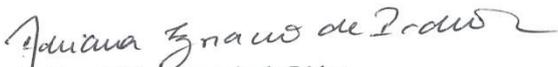
Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 03 de julho de 2015

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

  
Prof. Dra. Adriana Ignácio de Pádua  
USP – Universidade São Paulo

  
Prof. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP  
2015

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu querido pai Osny de Oliveira que nos deixou. Uma pessoa maravilhosa que sempre me incentivou, sempre me aconselhou e sempre me acolheu nos momentos mais difíceis. Meu querido, meu velho, meu amigo!

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por me dar a vida e saúde, para realizar todos meus sonhos.

À minha querida mãe Marta, que sempre me apoiou e me incentivou.

Aos meus filhos Mayra e João Victor, que são a razão do meu esforço e da minha dedicação no meu aprimoramento.

À minha companheira Silvia, que também me estimulou e teve paciência nas horas e horas de pesquisa e na realização deste trabalho.

À Profª Drª Elizabeth Regina Negri Barbosa, pela competência, confiança e dedicação na orientação deste trabalho.

À minha grande amiga Luciana, companheira de trabalho, que também muito me ajudou com sua experiência e orientações.

Às minhas companheiras de trabalho Drª Ana Carla, Drª Andrea, Susana e Ana Lucia, pelo auxílio dado na realização deste trabalho.

Ao meu amigo Mauricio, que muito colaborou com seus conhecimentos de informática.

“Se soubesse que o mundo se desintegraria amanhã,  
ainda assim plantaria a minha macieira.  
O que me assusta não é a violência de poucos,  
mas a omissão de muitos.  
Temos aprendido a voar como os pássaros,  
a nadar como os peixes,  
mas não aprendemos a sensível arte  
de viver como irmãos”.

*Martin Luther King*

## RESUMO

OLIVEIRA, C. E. Perfil dos usuários do Ambulatório de Tabagismo de uma Unidade de Saúde do município de Ribeirão Preto, 106 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação). Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto -SP, 2015.

O tabagismo deve ser considerado uma doença crônica, devido a dependência à nicotina, que pode ser física, relacionada aos sintomas da síndrome de abstinência quando se para de fumar ou psicológica, pois o cigarro alivia a sensação de solidão, frustração e outros. Mais de 50 doenças estão relacionadas ao tabagismo, sendo ele responsável por mais de 30% das mortes por câncer de boca, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 90% das mortes por câncer de pulmão e 25% das mortes por derrame cerebral. É um assunto importante para ser discutido nos dias atuais, haja vista os índices de ocorrências negativas, como doenças e óbitos, que ocasiona na sociedade. Este é um estudo bibliográfico, documental, exploratório, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, com o objetivo de determinar o perfil dos usuários do Ambulatório de Tabagismo de uma Unidade de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, tentativas prévias de parada, coabitação com tabagistas, bem como o grau de dependência à nicotina, de acordo com Teste de Fargeströn. Os dados estão apresentados de forma descritiva como frequências, médias e desvios-padrão. A coleta de dados da pesquisa se deu por meio dos prontuários dos usuários atendidos no Ambulatório de Tabagismo do NGA 59, de Ribeirão Preto, no período entre junho/2012 a junho/2013. Trata-se de uma pesquisa censitária, em que dados foram obtidos de todos os prontuários. O estudo contemplou duas etapas: Etapa 1 - seleção dos prontuários dos usuários Ambulatório de Tabagismo do NGA/59 no período entre junho/2012 a junho/2013. Etapa 2 – análise dos dados coletados. Como resultado a pesquisa apresentou: o serviço foi procurado espontaneamente por 253 fumantes, sendo 77 do sexo masculino (29,7%) e 176 do sexo feminino (70,3%), com idade média de 52,2 anos. A idade de início do consumo do cigarro foi de 15 anos. Experiências prévias de tentativas de abandono foram relatadas por 196 (77,5%) dos tabagistas. A maioria dos participantes, 177 (69,3%) apresentou dependência à nicotina de grau alto ou muito alto. Em relação ao número de cigarros consumidos, 220 (86,9%) fumavam mais de 11 cigarros por dia, com a maioria, 116 (45,8%) fumando entre 11 a 20 cigarros/dia. Comorbidades foram relatadas por 188 (74,3%) dos usuários e 167 (66,1%) coabitavam com outros tabagistas. Este estudo conclui que é de suma importância conhecer as características da clientela atendida nos ambulatórios de cessação do tabagismo, para avaliar as estratégias empregadas e adequar as propostas de tratamento, com a finalidade de melhorar as taxas de cessação do tabaco e reduzir os índices de recaída.

**Palavras-chave:** Ambulatório de Tabagismo, Usuários, Cigarro, Tabaco e Doenças tabaco-relacionadas.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, CE profile of users of the Smoking Outpatient Clinic of a Health Unit at Ribeirão Preto.106 p. Dissertation (Professional Master in Health and Education).University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

Smoking should be considered a chronic disease due to nicotine addiction, which can be physical, related to the symptoms of withdrawal when you stop smoking or psychological, because the cigarette relieves the feeling of loneliness, frustration and others. More than 50 diseases are related to smoking, being responsible for over 30% of deaths from mouth cancer, 85% of deaths from bronchitis and emphysema, 90% of deaths from lung cancer and 25% of deaths from stroke. It is an important issue to be discussed today, considering the rates of adverse events, such as illness and deaths it causes in society. This is a bibliographical, documentary, exploratory, descriptive, retrospective study with a quantitative approach, in order to determine the profile of users of the Outpatient Smoking a Ribeirão Preto Health Unit / SP. As variables analyzed were: sex , age, previous attempts to stop, cohabiting with smokers, and the degree of nicotine dependence, according to Fargeströn Test. Data are presented descriptively as frequencies, means and standard deviations. The collection of research data was through the medical records of patients seen in the Smoking Outpatient Clinic of the NGA 59, of Ribeirão Preto, in the period between June / 2012 to June / 2013. It is a census survey, in which data were obtained from all records. The study included two stages: Stage 1 - Selection of records of users Smoking Clinic of NGA / 59 between June / 2012 to June / 2013. Step 2 - analysis of the collected data. As a result the research showed: the service was sought spontaneously by 253 smokers, 77 were male (29.7%) and 176 females (70.3%) with mean age of 52.2 years. The age of onset of cigarette consumption was 15 years. Abandon attempts to previous experiences were reported by 196 (77.5%) of smokers. Most participants, 177 (69.3%) showed high nicotine dependence degree or too high. Regarding the number of cigarettes smoked, 220 (86.9%) smoked more than 11 cigarettes per day, with the majority, 116 (45.8%) Smoking 11 to 20 cigarettes / day. Comorbidities were reported in 188 (74.3%) of the users and 167 (66.1%) lived with other smokers. This study concludes that it is very important to know the clientele characteristics attended the smoking cessation clinics to evaluate the strategies employed and tailor the treatment proposals, in order to improve tobacco cessation rates and reducing relapserates.

Keywords: Smoking Clinic, Users, cigarette, tobacco and tobacco-related diseases.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE RIBEIRÃO PRETO/SP POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.....53

QUADRO 2 - COMPARATIVO ENTRE O ESTUDO ATUAL E OUTROS ENCONTRADOS NA LITERATURA COM AS VARIÁVEIS: IDADE, SEXO, PRESENÇA DE OUTRAS COMORBIDADES, NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS/DIA, GRAU DE DEPENDÊNCIA, TENTATIVAS DE ABANDONO E PRESENÇA DE OUTROS FUMANTES EM DOMICÍLIO.....66

QUADRO 3 - COMPARATIVO ENTRE O ESTUDO ATUAL E OUTROS DA LITERATURA EM RELAÇÃO AO USO DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E MEDICAMENTOS PRESCRITOS.....70

QUADRO 4 - COMPARATIVO ENTRE O ESTUDO ATUAL E OUTROS DA LITERATURA EM RELAÇÃO AO DESFECHO DO TRATAMENTO.....70

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA, DISPONÍVEIS NO BRASIL.....	32
TABELA 2 – PERFIL DOS INDIVÍDUOS NA AMOSTRA DO ESTUDO, NO TOTAL E POR SEXO.....	65
TABELA 3 – PERFIL DO TRATAMENTO DOS INDIVÍDUOS NA AMOSTRA DO ESTUDO, NO TOTAL E POR SEXO.....	69
TABELA 4 – PERFIL DOS INDIVÍDUOS NO SUBGRUPO QUE CESSOU TABAGISMO, NO TOTAL E POR SEXO.....	74
TABELA 5 – PERFIL DO TRATAMENTO DOS INDIVÍDUOS NO SUBGRUPO QUE CESSOU TABAGISMO, NO TOTAL E POR SEXO.....	76
TABELA 6 – PERFIL DOS INDIVÍDUOS NO SUBGRUPO QUE NÃO CESSOU TABAGISMO, NO TOTAL E POR SEXO.....	79
TABELA 7 – PERFIL DO TRATAMENTO DOS INDIVÍDUOS NO SUBGRUPO QUE NÃO CESSOU TABAGISMO, NO TOTAL E POR SEXO .....	81
TABELA 8 – PERFIL DOS INDIVÍDUOS NO SUBGRUPO QUE ABANDONOU O TRATAMENTO, NO TOTAL E POR SEXO.....	84
TABELA 9 – PERFIL DO TRATAMENTO DOS INDIVÍDUOS NO SUBGRUPO QUE ABANDONOU O TRATAMENTO NO TOTAL E POR SEXO.....	86

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE SESSÕES E O DESFECHO NO TOTAL DA AMOSTRA .....	88
---	----

## **LISTA DE ABREVIACÕES E SÍMBOLOS**

**AFUBRA** - Associação dos Fumicultores do Brasil

**AMS** - Assembleia Mundial de Saúde

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**BIREME** - Biblioteca Virtual em Saúde

**CQCT** - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

**CRATOD** - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

**DANT** - Doenças e Agravos não Transmissíveis

**DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**DCNT** - Doenças Crônicas não Transmissíveis

**DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

**DRS XIII** - Divisão Regional da Saúde XIII

**ECA**- Estatuto da Criança e do Adolescente

**FAOSTAT** - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

**FTND** - Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina

**FTQ** - Questionário Fagerström de Tolerância

**INCA**-Instituto Nacional do Câncer.

**MEDLINE** - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

**NGA/59** - Núcleo de Gestão Assistencial 59.

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PNCT**- Programa Nacional de Controle do Tabagismo

**PNS** – Pesquisa Nacional de Saúde

**SCIELO** – Scientific Electronic Library Online

**SIM** - Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SINDITABACO** - Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco

**SP**- São Paulo

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TRN** - Terapia de Reposição de Nicotina

**UBDS** - Unidade Básica Distrital de Saúde

**UBS**–Unidades Básicas de Saúde

**WHO** - World Health Organization.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 OBJETIVOS .....	20
1.2.1 GERAL.....	20
1.2.2 ESPECÍFICOS .....	20
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 EPIDEMIOLOGIA .....	21
2.2 DEPENDÊNCIA À NICOTINA .....	23
2.3 TABAGISMO COMO DOENÇA.....	25
2.4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA .....	26
2.4.1 Intervenções motivacionais .....	26
2.4.2 Intervenção medicamentosa .....	29
2.4.2.1 Terapêutica medicamentosa – Primeira linha.....	29
2.4.2.2 Terapêutica medicamentosa – Segunda linha.....	31
2.4.2.3 Associação de drogas.....	32
2.5 TABAGISMO EM GRUPOS ESPECÍFICOS .....	33
2.5.1 População Feminina .....	33
2.5.2 Gestantes .....	34
2.5.3 Criança e adolescente .....	35
2.5.4 Idosos .....	36
2.6 DETERMINANTES SOCIAIS DO TABAGISMO.....	37
2.7 FATORES QUE DIFICULTAM A CESSAÇÃO .....	40
2.7.1 Baixa motivação.....	41
2.7.2 Síndrome de abstinência e grau de dependência.....	42
2.7.3 Personalidade e doenças psiquiátricas.....	43
2.7.4 Alterações do peso corporal .....	44
2.8 TABAGISMO PASSIVO .....	45
2.9 POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE AO TABACO.....	47
2.10 PROGRAMAS DE AUXÍLIO AO ABANDONO DO TABAGISMO .....	48
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	52
3.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	52
3.2. LOCAL DO ESTUDO .....	53
3.3 FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DO NGA-59 .....	55
3.4 POPULAÇÃO.....	56
3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	57
3.5.1 Instrumento de coleta de dados .....	57
3.6. ANÁLISE DOS DADOS .....	59
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	60
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
5. CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE I.....	101
APÊNDICE II.....	102
ANEXO I.....	103
ANEXO II.....	105
ANEXO III.....	106

## **APRESENTAÇÃO**

Formei-me em 1983 em Odontologia, na Faculdade Integrada de Uberaba/MG e fui servir o exército em Brasília/DF, como 2º Tenente Dentista no 1º Regimento de Cavalaria de Guarda - RCG, conhecido como Dragões da Independência.

Em 1985, voltei para Ribeirão Preto, onde abri um consultório particular e em 1988 ingressei na Prefeitura Municipal deste município, como cirurgião-dentista no regime CLT. Em 1991 fui aprovado em concurso público e me tornei estatutário. Em 1997 fui convidado a assumir a gerência da Unidade de Saúde da Vila Tibério, onde permaneci até o ano de 2000. Como era uma função nova na minha carreira profissional, senti a necessidade de me aprimorar e fiz Especialização em Saúde Pública pela Universidade São Camilo/São Paulo - SP.

Após minha exoneração do cargo de gerência fui exercer novamente minha função de cirurgião dentista na Estratégia da Saúde da Família até novembro de 2005, onde novamente fui convidado a assumir a gerência do Núcleo de Gestão Assistencial 59 – NGA/59, que é uma Unidade de Especialidades Médicas, referência em consultas especializadas para o município, e em alguns programas como ostomizados e próteses para os municípios da região da Divisão Regional de Saúde XIII (DRS-XIII), onde estou até os dias de hoje.

Em abril de 2012, com a chegada de uma médica pneumologista, iniciamos o Programa de Combate ao Tabagismo na nossa Unidade. Eu e a equipe que atua no programa participamos de um curso no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) no município de São Paulo, curso obrigatório para que o programa fosse reconhecido junto ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde.

Isso me despertou o interesse em conhecer o perfil dos usuários, que procuram de forma espontânea o programa e, a fim de aprimorar meus conhecimentos em 2013, quando surgiu a oportunidade de realizar o mestrado profissional, escolhi este tema como objeto do meu estudo.

## 1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e apesar do vasto conhecimento sobre seu impacto a curto e longo prazo na saúde do indivíduo, muitas pessoas ainda fumam.

A utilização do tabaco é prática muito antiga na civilização humana e é de tempos remotos o seu uso por nativos americanos em cerimônias religiosas. O tabaco foi levado à Europa no século XVI, entrando por Portugal, depois Espanha, França e Inglaterra. Em História Natural de Las Índias de Don Gonzalo Fernandes consta a primeira referência impressa de 1526, acerca do assunto. Foi Jean Nicot, embaixador da França em Portugal que atribuiu poderes de cura à planta, na época chamada de “petum”, após ter aplicado em úlcera de sua perna e obter cura da lesão. Posteriormente a este episódio, Jean Nicot enviou a planta para a Rainha Catarina de Médicis como presente, pois a Rainha sofria de enxaqueca e, a partir de então, o tabaco passou a ser chamado de “erva da rainha ou catarinária”, mas em sua obra “L’histoire des plantes” Jacques Delachamps, médico e agrônomo, denominou a planta de “erva de Nicot”, sendo onomenicotina, um constituinte aditivo do tabaco, derivado da alcunha de Jean Nicot. A nicotina começou a ser identificada em 1809, por Vauquelin, sendo cognominada por ele como nicotianina. Em 1840 foi identificada sua fórmula química ( $\text{CH}_{10}\text{H}_{14}\text{N}_2$ ) e sintetizada, pela primeira vez, em 1890 (ROSEMBERG, 2003).

O tabaco espalhou-se pela Europa rapidamente, aproximadamente 50 anos após sua chegada ao velho continente e a forma mais comum de utilização era por meio de cachimbos. No século XVIII, a aspiração de rapé, fumo em pó, virou moda, sendo ofertado inclusive para crianças. No século XIX, foi a vez do charuto, como forma de consumo do tabaco, se tornar moda, significando status social. No fim do século XIX, começaram a aparecer os primeiros cigarros enrolados em papel, chamados de papeletes na Espanha, cigarette na França, zigarette e cigarro em português. Na década de 1880, foram criadas máquinas nos Estados Unidos da América e na França, capazes de produzir mais de 200 cigarros por minuto, sendo, contudo, a maior expansão de consumo durante as grandes guerras (ROSEMBERG, 2003).

Nas primeiras décadas do século XX, o cigarro foi utilizado no cinema cunhando as ideias de sedução, liberdade, aventura, transgressão e quando estampado em várias propagandas da época, associado a atores de cinema, presidentes da república, a belos homens e mulheres e até mesmo a médicos, que o recomendavam como medicamento. O tabaco por muitos anos movimentou a economia de muitos países, inclusive do Brasil. A bandeira Imperial, datada de 1822 e a primeira bandeira do Brasil como República de 1889 (no Brasão

de Armas) demonstram esta importância ao levar um ramo de tabaco em seu desenho. Entretanto, na década de 1950, estudos começaram a apontar a associação do tabaco com doenças e a partir da década de 1960, começou-se a falar mais amplamente em malefícios do consumo do cigarro e, desde então, o combate à adesão ao tabaco vem sendo um desafio para a saúde pública mundial.

Na 10ª revisão na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o tabagismo situa-se no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos relacionados a uso de substâncias psicoativas. Além de causar dependência à nicotina, o tabaco expõe o indivíduo fumante a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 destas carcinogênicas (MENESES-GAYA et. al., 2009). Como exemplo tem o alcatrão, que apresenta mais de 40 compostos cancerígenos. O monóxido de carbono quando em contato com a hemoglobina do sangue inibe a oxigenação, dificultando a absorção de oxigênio pelos órgãos, causando doenças como aterosclerose. A nicotina aumenta a liberação de catecolaminas, que provocam a contração dos vasos sanguíneos, acelerando a frequência cardíaca e causando hipertensão arterial. (IBGE, 2013).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O tabagismo passou a ser controlado enquanto política no Brasil, a partir de 1989, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), através de diferentes medidas, tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes no país e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade causada por doenças tabaco-relacionadas.

A necessidade de combate ao tabagismo e a demanda para o tratamento, levou o Ministério da Saúde a investir no tratamento do tabagismo como uma das ações do PNCT, no intuito de promover a cessação. Em 2004, o Sistema Único de Saúde (SUS), através de Portaria Ministerial nº 442, de 13 de agosto de 2004, passou a oferecer o tratamento na atenção básica e especializada (BRASIL, 2004).

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde as atividades de controle do tabagismo passam a fazer parte das propostas de promoção da saúde. Desde então, várias iniciativas são desenvolvidas com esse propósito e os estudos intensificados relacionando a doenças e suas complicações com o uso do tabaco.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são multifatoriais e estão entre as principais causas de morbidade, mortalidade e invalidez no Brasil, sendo responsáveis por mais de 70% das mortes (BRASIL, 2011a). As quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (WHO, 2002). Entre os fatores de risco para as DCNT, estão os modificáveis como o tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, dislipidemias, consumo excessivo de sal, ingestão insuficiente de frutas e verduras e inatividade física, cuja prevenção reduziria o aparecimento de novos doentes, atenuaria o surgimento de complicações que levam a variáveis causas de incapacidades (MALTA, 2006).

No Brasil as DCNT, atualmente, resultam em 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2011a). São responsáveis pelo elevado número de mortes antes dos 70 anos de idade e perda da qualidade de vida, ocasionando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes nas suas atividades laborais e de lazer (IBGE, 2013b).

Diante do aumento das DCNT e de seus efeitos para o país, o Ministério da Saúde, juntamente com outras instituições de relevância nacional e internacional, protagonizou a construção do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022.

O plano propõe, para os próximos dez anos, o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências, para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, a partir dos eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral.

Dentre os fatores de risco modificáveis, está o tabagismo e entre as ações de enfrentamento ao tabagismo, destacam-se as ações regulatórias, tais como a proibição da propaganda de cigarros e advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para ampliar as advertências nos maços de cigarro, assim como aumentar o controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros.

Devido ao fato do tabagismo ser um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, sendo responsável por inúmeras enfermidades e um enorme número de óbitos, uma das estratégias, para a promoção de saúde, prevista no Plano de Enfrentamento das DNCT no município de Ribeirão Preto foi a implantação do Programa de Tabagismo no NGA-59 desde abril de 2012, com a participação de muitos usuários, que por busca espontânea são atendidos desde então. A prevalência de tabagistas na cidade de Ribeirão Preto assemelha-se à encontrada em grandes capitais brasileiras (VIANNA, 2008; DEL CIAMPO, 2009). Dessa

forma, e considerando a importância do Programa e do nível de serviços prestados é que este estudo avaliou o perfil dos usuários da rede municipal de assistência à saúde do município de Ribeirão Preto-SP, atendidos no ambulatório do NGA-59.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 GERAL

Descrever o perfil dos usuários que participaram do Programa de Tabagismo do NGA-59 da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, no período entre junho de 2012 a junho de 2013.

### 1.2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar o número de pacientes atendidos no período pré-determinado.
- ✓ Descrever as características dos pacientes que procuraram o programa, tais como sexo, idade, idade de início do consumo do tabaco, tentativas de abandono prévias, outros fumantes em casa, grau de dependência à nicotina (Escala de dependência a Nicotina de Fagerström), comorbidades clínicas, tratamento clínico instituído e desfecho do tratamento (abandono do tratamento, cessação ou não cessação do tabagismo após as quatro sessões do grupo).
- ✓ Avaliar se há correlação entre número de sessões frequentadas e diferentes desfechos (abandono do tratamento, cessação ou não cessação do tabagismo após as quatro sessões do grupo).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão de pessoas, fumam. Aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo têm o hábito de fumar. Aponta ainda que, enquanto nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica, sendo assim, há as prevalências de tabagistas de 42% entre os homens e 24% entre as mulheres (IBGE, 2014).

A pesquisa Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que é realizada anualmente nas capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), investigando em cada cidade 2000 indivíduos maiores de 18 anos de idade, tem o objetivo de monitorar a magnitude das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) e analisar seus determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos. A pesquisa realizada em 2013 revelou que no Brasil o número de fumantes acima de 18 anos é aproximadamente 11,38%, sendo 14,4% na população masculina e 8,6% na feminina. Nos indivíduos que fumam 20 cigarros ou mais (3,4%), 4,5 % são homens e 2,4% são mulheres. Os homens estão deixando mais de fumar, em torno de 25,6%, enquanto 18,9% das mulheres declararam serem ex-fumantes (VIGITEL, 2013).

A meta do Ministério da Saúde é reduzir este percentual e em 2022 chegar em 9% de fumantes na população brasileira (IBGE, 2014).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) no ano de 2009, 24,2% dos escolares que cursavam o 9º ano do ensino fundamental experimentaram cigarro, sendo 24,4% entre os meninos e 24% entre as meninas. Também foi maior nas escolas públicas (26,4%) do que nas escolas privadas (18,3%) (VIGITEL, 2013).

Atualmente, no Brasil, a prevalência de usuários de produtos derivados do tabaco, como cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo, narguilé, entre outros, tanto fumado como não fumado, é de aproximadamente 15% (21,9 milhões de pessoas), sendo maior entre os homens (18,9%) do que entre as mulheres (11%). A parcela de usuários na área rural é

maior que na área urbana. Entre as regiões, a prevalência variou de 13,4 %, na Região Norte a 16%, na Região Sul (IBGE, 2014).

A Pesquisa Nacional da Saúde, realizada pelo IBGE em 2013, mostrou que a população masculina apresentou percentual mais elevado de usuários do tabaco (19,2%) do que a população feminina (11,2%). Quanto à escolaridade, as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram percentuais mais elevados (20,2%). Por faixa etária, as pessoas com idade entre 40 e 59 anos, apresentaram o maior percentual (19,4%). As pessoas da raça negra (17,8%) registraram proporção acima da população branca (13,1%) (IBGE, 2014).

Um dos estudos aferiu a questão do tabagismo na cidade de Ribeirão Preto. Vianna e colaboradores (2008) avaliaram 2063 indivíduos entre 23 a 25 anos, como parte da quarta fase de um estudo do tipo coorte, estudo este, que é utilizado para designar um grupo de indivíduos que tem em comum um conjunto de características e que são observados durante um período de tempo, com o intuito de analisar sua evolução. A prevalência encontrada foi de 17,2% de tabagistas (VIANNA, 2008). Em outro estudo realizado em seis unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, 504 mulheres com idade acima de 14 anos foram avaliadas, sendo a prevalência de tabagismo de 19,2% e de tabagismo passivo de 28,2% (DEL CIAMPO et. al., 2009).

No ano de 2012, em um trabalho realizado pelas agentes comunitárias no município de Ribeirão Preto, com 194.064 pessoas (31% da população total), 27.000 referiram ser tabagistas (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A OMS afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, já que, anualmente morrem mais de cinco milhões de pessoas no mundo, resultado do uso do tabaco direto e mais de 600.000 de não-fumantes expostos à fumaça, o que corresponde a mais de 15 mil mortes por dia, devido a doenças denominadas como tabaco-relacionadas. Caso não forem tomadas medidas urgentes, este número pode subir para mais de oito milhões de mortes até 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva, entre 35 e 69 anos (WHO, 2015). Significa dizer que no mundo ocorre, aproximadamente, uma morte a cada seis segundos provocada pelo tabagismo, responsável por uma em cada 10 mortes de adultos e deste total de óbitos, cerca de 20% ocorre em países desenvolvidos (WHO, 2015). No Brasil, o número estimado de óbitos anuais relacionados ao fumo gira em torno de 200 mil mortes, sendo que os cânceres de pulmão e laringe são os que mais matam. Em 2012, foram 23.501 óbitos de câncer de pulmão e 4.339 de laringe. Estima-se

que em 2014, surgiram 27,3 mil novos casos de câncer de pulmão e 6.870 de laringe (IBGE, 2013b). Além disso, estima-se que indivíduos fumantes reduzem sua expectativa de vida em média entre 13,2 e 14,5 anos, quando comparados às pessoas que nunca fumaram (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2000).

O consumo anual é de sete trilhões e 30 bilhões de cigarros, correspondendo a 20 bilhões por dia. Cerca de 75.000 toneladas de nicotina são consumidas por ano, das quais 200 toneladas são diárias. No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2010).

O tabagismo impõe elevado prejuízo econômico às nações. No final do século XX, os gastos, com o tratamento de doenças relacionadas ao fumo, chegavam a US\$ 50 bilhões ao ano, além do que, eram despendidos outros US\$ 47 bilhões de maneira indireta, com a perda de dias de trabalho e invalidez (MARTINEZ, 1999).

Há previsões de que nos próximos 20 anos a maioria dos fumantes estará concentrada nos países em desenvolvimento (MENEZES, 2004). Pobreza e tabagismo estão diretamente ligados e estudos mostram que em países mais pobres, até 10% das despesas do lar podem estar comprometidas com a compra do cigarro, deixando dessa forma de investir em outros itens básicos de extrema importância, como alimentação, saúde e educação (UNIÃO AFRICANA, 2010).

## 2.2 A DEPENDÊNCIA À NICOTINA

A nicotina é classificada como droga psicoativa desde 1986. Ela possui alto poder de influenciar a biologia e fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência, compartilhando características comuns à cocaína, heroína e álcool, como por exemplo: efeitos psicoativos, perda de controle em relação ao uso, indução a tolerância e sensação de fissura. Após uma tragada, a nicotina alcança o sistema nervoso em aproximadamente 10 a 19 segundos e causa liberação de neurotransmissores no sistema nervoso central, como dopamina e noradrenalina, associadas a sensações gratificantes e de prazer; acetilcolina, que parece estar associada à melhora do desempenho físico, realização

de tarefas e memória; e as beta endorfinas, responsáveis pelas sensações de relaxamento, redução da ansiedade e tensão (DOMINO, 1998; LÊ HOUEZEC, 1998).

Para muitos autores o bem-estar causado pelo consumo do fumo pode ser devido a efeitos intrínsecos da nicotina ou ainda pelo alívio dos sintomas de abstinência. Por causa disto a nicotina é considerada elemento fundamental no processo de dependência aos cigarros (HAGGSTRÄM; CHATKIN, 2007; MARTINEZ, 1999).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), é necessária pelo menos a presença de três ou mais itens para o diagnóstico de dependência à nicotina (OMS, 1993; OMS, 1998):

- a) Um forte desejo de compulsão para consumir a substância.
- b) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo.
- c) Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, ou pelo uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de substância psicoativas são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- e) Abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; aumento da quantidade de tempo.
- f) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

A grande maioria dos fumantes inicia-se no vício antes de completar 20 anos de idade, em torno de 13 a 14 anos. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência ao tabaco. Jovens fumantes se exercitam menos, e estão mais propensos a ingestão de bebidas alcoólicas e ao uso de outras drogas (NIEMAN, 1999). Os fatores que contribuem para o estabelecimento do vício são extremamente complexos. Admite-se que condições sociais e ambientais, carga genética e fatores psicológicos interagem para o estabelecimento da dependência.

Segundo o INCA, a fumaça do narguilé, um cachimbo oriental, contém quantidades superiores de nicotina, monóxido de carbono, metais pesados e substâncias cancerígenas que a fumaça do cigarro. Enquanto tragadas de cigarro alcançam 30 a 50 ml de nicotina entre cinco a sete minutos, o volume de tragadas do narguilé pode chegar a mil ml em uma

sessão de uma hora, o que equivale a mais de 100 cigarros.

A maioria dos fumantes deseja abandonar o vício. É um processo difícil, que envolve modificações de hábitos de vida e fatores psicológicos individuais, a cessação do tabagismo é possível. Geralmente os indivíduos conseguem êxito, após duas ou três tentativas frustradas. O número de recidivas é bastante alto e mesmo quando são aplicadas técnicas comportamentais, associadas ao tratamento farmacológico, as melhores taxas de abstinência continuam após um ano, girando em torno de 40% (JORENBY et. al., 1999).

### 2.3 TABAGISMO COMO DOENÇA

O tabagismo deve ser considerado uma doença crônica, devido a dependência à nicotina, e, portanto, os fumantes devem ser orientados a deixar o vício por todos profissionais da saúde. A abordagem breve feita por profissional de saúde, onde este fala sobre os malefícios do cigarro e os benefícios em se parar de fumar, é considerada uma das medidas clínicas mais eficazes para dar início ao processo de abandono do tabaco (MACIOSEK, 2006). A experiência vivida em trabalho com dependentes da nicotina nos faz entender que, mesmo não havendo resultados imediatos quanto a cessação do uso do tabaco, com informações breves, essa prática médica e de todos os profissionais da saúde que atendem esses usuários fumantes, apresenta relevância para o processo de esclarecimento sobre os danos causados pelo cigarro. Assim, é mister que o profissional de saúde em toda abordagem realizada, com pacientes de quaisquer natureza, questione os hábitos relativos ao uso do tabaco, ou a ausência desse exercício.

A dependência ao tabaco é considerada complexa, pois envolve dependência física, relacionada aos sintomas da síndrome de abstinência quando se interrompe o ato de fumar; dependência psicológica, pois o cigarro alivia a sensação de solidão, frustração e outros, e condicionamento, com associações habituais com o fumo, como: fumar e falar ao telefone, fumar e tomar café, fumar após as refeições, fumar e consumir bebidas alcoólicas (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

Mais de 50 doenças estão relacionadas ao tabagismo, sendo responsável por mais de 30% das mortes por câncer de boca, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 90% das mortes por câncer de pulmão e 25% das mortes por derrame

cerebral (IBGE, 2014). O tabaco também tem relação com a impotência sexual e infertilidade masculina, pois prejudica a mobilidade dos espermatozoides (IBGE, 2013a).

Em relação às doenças cardiovasculares, o tabagismo é fator de risco importante para a aterosclerose e potencializa os efeitos de outros fatores como hipercolesterolemia e diabetes melittus. Fumantes apresentam maior risco de doença coronariana e têm chances duas a quatro vezes maiores de morte súbita (MARTINEZ, SALZEDAS, GORAYEB., 2002).

Vários estudos realizados pelo mundo mostram que poucas pessoas compreendem que o uso do tabaco causa riscos para sua saúde. Uma pesquisa realizada na China em 2009 revelou que apenas 27% dos fumantes sabiam que o fumo provoca acidente vascular cerebral e apenas 38% sabia que provoca doenças coronárias (WHO, 2015).

Em 2011, o Brasil gastou cerca de R\$ 21 bilhões com o tratamento de 15 doenças tabaco-relacionadas, o que equivale a 0,5% do PIB deste ano, não incluindo nesse montante os gastos com aposentadoria, com doenças causadas pelo tabagismo passivo, ou com doenças materno-infantis (BRASIL, 2014b).

Por todos estes motivos, o controle de tabagismo é considerado pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública no mundo atual. Acredita-se que esse controle possa fazer mais pela a saúde do homem e sua expectativa de vida, do que qualquer outra ação preventiva isolada (HORTA, 2001).

## 2.4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

### 2.4.1 Intervenções motivacionais

A terapia cognitiva comportamental é fundamental no tratamento do fumante em todas as situações e sempre deve fazer parte da abordagem, mesmo quando há opção pelo tratamento medicamentoso. Consiste em mudanças de comportamentos, para que o indivíduo lide com determinadas situações. Uma abordagem mínima realizada numa consulta, com duração menor que cinco minutos, pode levar um a três fumantes, em cada 100 a parar de fumar, por pelo menos seis meses (SILAGY, 2000).

Independentemente do motivo da consulta, o médico deve perguntar sobre a história de tabagismo de todos seus pacientes. Não somente se o paciente é tabagista ou não, mas também sobre a quantidade de cigarros que consome, a quantidade de anos de consumo, se há interesse em parar de fumar e se houve tentativas prévias com este objetivo. Deve aconselhar sobre os malefícios do cigarro e prepará-lo, para que esteja pronto, para a ação de deixar de fumar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia (2004) todo médico deve realizar uma abordagem básica com todos os seus pacientes e nos também fumantes, estimulando mudanças de comportamento. Essa abordagem básica consiste em cinco procedimentos: **P**erguntar, **A**valiar, **A**conselhar, **P**reparar e **A**companhar (PAAPA).

O médico e a equipe multiprofissional devem explicar sobre os malefícios do cigarro e os riscos a que o indivíduo se expõe e a seus familiares e amigos por meio do tabagismo passivo; as opções de tratamento; fornecer materiais educativos, quando possível; sanar as dúvidas dos pacientes quanto à dependência ao tabaco e se colocar à disposição para aqueles que optarem pela cessação do tabagismo. Isso pode auxiliar o paciente na sua tomada de decisão, quanto parar ou não de fumar (TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE, 2008).

Os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do tabagista não devem apresentar uma postura punitiva ou acusatória frente ao indivíduo tabagista, pois isto se torna pouco efetivo no sucesso do tratamento; uma postura de acolhimento e interesse pelo indivíduo, de maneira geral, gera resultados positivos frente à decisão em cessar o tabagismo, bem como implica no sucesso do tratamento a longo prazo.

Ao paciente que está determinado a abandonar o cigarro, o médico deve explicar os sintomas de abstinência e sobre os episódios de fissura, que ocorrem quando há a ruptura com o hábito de fumar. Além disso, deve encorajá-lo à mudar sua rotina diária, à exercer atividades físicas e de lazer e evitar bebidas alcoólicas e café, que funcionam como “gatilhos” para o ato de fumar. Igualmente importante é alertá-lo a avisar seus familiares e colegas de trabalho sobre sua tentativa de abandono, pedindo colaboração e apoio. Finalmente, médico e paciente, escolhem a melhor terapêutica, aquela mais pertinente ao perfil do usuário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

Heatherton et. al. (1991) em seus estudos, apontam que o processo terapêutico é realizado por fases, sendo que a primeira é fazer com que o paciente participe de grupos, acompanhados por profissionais especializados em terapia cognitivo-comportamental. Seguindo-se a essa, a presença do paciente nas quatro sessões, que ocorrem uma por semana no primeiro mês, sessões quinzenais até três meses e sessões mensais, para o acompanhamento médico e de demais profissionais, até um ano após a parada.

Em 1983, Prochaska e Di Clemente descreveram cinco estágios de mudança comportamental até que um fumante consiga parar de fumar:

### **1. Fase pré-contemplativa**

As pessoas, nesta fase, sabem dos malefícios do fumo, porém não acreditam que apresentam riscos de adquirirem alguma doença. Fumam porque querem, não se veem como dependentes e acham que podem parar a hora que quiserem. Ao serem questionadas, negam a intenção em parar de fumar nos próximos seis meses.

### **2. Fase contemplativa**

Nesta fase, os fumantes têm enorme dificuldade em tomar alguma atitude com relação ao ato de parar de fumar. Quando questionados, respondem que gostariam de estar sem fumar nos próximos seis meses. Sentem medo dos sintomas de abstinência, referem sentimentos de fracasso, frequentemente sem força de vontade.

### **3. Preparação para a ação**

Esta é uma fase em que o fumante apresenta determinadas atitudes no sentido de tentar parar de fumar. São indivíduos que já procuraram algum tipo de ajuda, tentaram reduzir o número de cigarros, trocaram de marca para uma mais fraca, ficaram horas ou dias sem fumar.

### **4. Ação**

É a fase em que o fumante definitivamente enfrenta a abstinência. Decide e interrompe totalmente com o consumo de cigarros. Sua duração costuma ser de duas a quatro semanas.

### **5. Manutenção**

Mesmo passado o período de abstinência, ainda há o risco de recaídas. O indivíduo ainda se encontra em processo de mudança comportamental, aprendendo a viver sem o cigarro.

#### 2.4.2 Intervenção medicamentosa

Quando a abordagem cognitivo-comportamental não é suficiente para promover a cessação do tabagismo, é indicada a associação com o tratamento medicamentoso, que não deve ser utilizado como a única forma de terapia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

Em algumas situações está indicado o uso de medicamentos, para indivíduos que:

- ✓ Fumam mais de 10 cigarros ao dia;
- ✓ Consomem menos, porém com expressivos sintomas de abstinência;
- ✓ Fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar;
- ✓ São fumantes com escore no Teste de Fagerstrom a partir de cinco;
- ✓ Desejam fazer uso de medicamentos com eficácia comprovada, como auxílio no tratamento.

Atualmente, os fármacos que têm eficácia comprovada no tratamento para a cessação do tabagismo estão divididos em nicotínicos (terapia de reposição de nicotina – TRN) e não nicotínicos. Os medicamentos denominados de primeira linha são os nicotínicos e dentre os não nicotínicos encontram-se a bupropiona e a vareniclina. As drogas consideradas de segunda linha incluem a nortriptina e a clonidina (WEST, MCNEILL, RAW, 2000; TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

##### 2.4.2.1 Terapêutica medicamentosa – Primeira linha

###### a) Fármacos nicotínicos

A TRN é uma opção medicamentosa efetiva no auxílio à cessação do tabagismo, pois reduz a fissura e diminui os sintomas da síndrome de abstinência. Substitui a nicotina do cigarro, por meio de doses menores e mais seguras da droga.

Existem várias apresentações de TRN: adesivos transdérmicos (liberação lenta), gomas de mascar, inalador, spray nasal e pastilhas (liberação rápida). Todas as formas são semelhantes quanto à eficácia e o uso dessa terapia pode dobrar a taxa de cessação

(STEAD et. al., 2008). No Brasil estão disponíveis apenas os adesivos transdérmicos, gomas de mascar e pastilhas.

A dose recomendada da TRN varia de acordo com o número de cigarros consumidos, a frequência e a intensidade dos episódios de fissura, permitindo, assim, um tratamento individualizado e flexível para cada paciente.

Essa terapêutica deve ter início no dia escolhido pelo paciente para parar de fumar, sendo ajustada a dose da medicação ao longo do tratamento. Recomenda-se não fumar enquanto estiver usando a terapia substitutiva da droga, para evitar intoxicação pela nicotina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

#### b) Fármacos não nicotínicos

##### Bupropiona

É um antidepressivo atípico, cuja ação consiste na redução da recaptação neural de dopamina, noradrenalina e em menor escala, da serotonina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004). Pode ser usada em pacientes com ou sem história de depressão, sugerindo assim que sua eficácia não depende de seu efeito antidepressivo (HUGHES et. al., 1999). Desde a década de 1990, a bupropiona está estabelecida como droga de primeira linha no tratamento do tabagismo. Sua utilização dobra a chance de cessar o tabagismo (JORENBY et. al., 1999). O paciente deve iniciar o uso da droga de sete a catorze dias antes da data escolhida para parar de fumar.

##### Vareniclina

A vareniclina se liga parcialmente ao receptor acetilcolínico da nicotina, diminuindo os sintomas relacionados à abstinência e ao mesmo tempo reduzindo o desejo pelo cigarro.

O uso do tartarato de vareniclina foi aprovado como terapêutica medicamentosa, para cessação ao tabagismo, em 2006, pela Food and Drug Administration – FDA, agência reguladora de medicamentos e alimentos dos Estados Unidos e chegou ao Brasil um ano depois. Desde então é considerado o medicamento mais eficaz entre os tratamentos de

primeira linha para cessar o tabagismo, porém é pouco utilizado por não ser disponibilizado pela rede pública.

Além do preço elevado, em 2008 o FDA alertou sobre os riscos da droga, pois foram relatados muitos casos de alteração de humor, agitação, mudanças comportamentais e até tentativas de suicídio. A droga continua liberada para uso, porém o médico deve ficar atento a qualquer alteração no comportamento ou humor do paciente e sua história psiquiátrica deve ser investigada pelo profissional (TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE, 2008). O início do uso da droga se dará sete dias antes da data escolhida para parar de fumar.

#### 2.4.2.2 Terapêutica medicamentosa – Segunda linha

##### Nortriptilina

A nortriptilina é um antidepressivo que age bloqueando a receptação de noradrenalina. Seu efeito na cessação do tabagismo independe do efeito antidepressivo e sua eficácia é comparada à TRN e à bupropiona.

Encontra-se a nortriptilina na apresentação de comprimidos de 25 mg. A dose de nortriptilina descrita como efetiva no tratamento da dependência a nicotina é de 75-100mg por dia, entretanto a dose inicial recomendada é de 25 mg em dose única diária, com aumento gradual ao longo de três semanas até atingir dose entre 75-100 mg por dia, sempre sendo levadas em consideração a tolerância ao fármaco e possíveis efeitos colaterais. Assim sendo, a medicação deve ser iniciada cerca de 10 a 28 dias antes da data marcada para a interrupção do uso do tabaco, a fim de se atingir o nível terapêutico da droga. A grande vantagem de sua utilização é, também, seu baixo custo (TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

##### Clonidina

Sua utilização principal é como anti-hipertensivo. É considerada droga de segunda linha pelos efeitos colaterais, como: boca seca, sedação, sonolência, depressão, constipação

e distúrbio do sono. A dose recomendada é de 0,15 mg/dia com aumentos progressivos até 0,75 mg/dia. Não é liberada para uso em gestantes, nutrizes e adolescentes.

Tabela 1 – Fármacos utilizados no tratamento da dependência à nicotina, disponíveis no Brasil.

<b>Fármacos de 1º Linha</b>			
	<b>Apresentação</b>	<b>Ação</b>	<b>Efeitos colaterais mais frequentes</b>
<b>Adesivo</b>	21, 14 ou 7 mg	Agem nos receptores nicotínicos no sistema nervoso central	Adesivo: reações cutâneas locais, insônia, salivação excessiva, náuseas e vômitos.
<b>Gomas</b>	2 ou 4 mg		Goma ou pastilha: aftas, salivação excessiva, soluços, sintomas dispépticos, irritação faríngea, dor na articulação temporomandibular, dentes amolecidos, cefaleia e náuseas.
<b>Pastilhas</b>	2 ou 4 mg		
<b>Bupropiona</b>	Comprimidos de 150 mg	Atua no bloqueio da recaptção neuronal da dopamina, da noradrenalina e da serotonina	Insônia, cefaleia, boca seca, tonturas, aumento da PA.
<b>Vareniclina</b>	Comprimidos de 0,5 e 1,0 mg	Agonista parcial dos receptores nicotínicos. Liberação de dopamina no SNC	Aumento do apetite, sonolência, tontura, alteração do paladar, vômitos, constipação, diarreia, distensão abdominal, flatulência, boca seca, fadiga, dispneia e rinorréia
<b>Fármacos de 2º Linha</b>			
	<b>Apresentação</b>	<b>Ação</b>	<b>Efeitos colaterais mais frequentes</b>
<b>Nortriptilina</b>	Comprimidos de 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg	O mecanismo de ação na dependência nicotínica não é conhecido	Boca seca, sedação, sonolência, diarreia, náuseas, arritmias e retenção urinária.
<b>Clonidina</b>	Comprimidos de 0,100 mg; 0,150 mg e 0,200 mg	Agonista adrenoreceptor alfa-2 de ação central	boca seca, sedação, sonolência, hipotensão ortostática, depressão, constipação e distúrbios do sono.

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. (Diretrizes para cessação do tabagismo, 2008).

#### 2.4.2.3 Associação de drogas

Em geral, a monoterapia é eficaz, mas em alguns casos pode-se optar pela associação de drogas. As associações aprovadas e seguras são a utilização de mais de uma forma de TRN (adesivo associado à goma) e TRN associada a bupropiona (JORENBY et al., 1999; TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE, 2008).

## 2.5 TABAGISMO EM GRUPOS ESPECÍFICOS

### 2.5.1 População Feminina

Estima-se que no mundo há, aproximadamente, 250 milhões de mulheres fumantes e que 200 milhões morrerão prematuramente (REICHERT et. al., 2004). O número de óbitos de mulheres entre 1950 e 2000 foi aproximadamente de 10 milhões e estima-se que, de 2002 a 2030 chegará a 40 milhões de óbitos (MACKAY, AMOS, 2003). Atualmente, 9,8 milhões de brasileiras são fumantes. Os riscos de desenvolver câncer, DPOC e doenças cardiovasculares são maiores. Essa máxima susceptibilidade está associada às alterações genéticas e hormonais (RIVERA; STOVER, 2004).

No Brasil, o câncer de pulmão já é o segundo tipo de neoplasia que mais mata mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama. Em 2000, a taxa de mortalidade por câncer de pulmão era de 5,97 óbitos a cada cem mil; em 2007 chegou a 7,15, o que corresponde a um aumento de 20% (BRASIL, 2010). Em 2008, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 7.435 mulheres morreram em decorrência do câncer de pulmão.

Ainda, segundo a fonte acima, mulheres fumantes que tomam pílula anticoncepcional têm dez vezes mais chance de sofrer ataques cardíacos e embolia pulmonar, do que aquelas que usam apenas a pílula para o controle da natalidade. O risco de sofrer um acidente vascular-cerebral aumenta em 22% naquelas que fumam. Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) do IBGE revelou que as mulheres gastam por mês, em média 12% de um salário mínimo com cigarros industrializados (BRASIL, 2010).

As taxas de consumo de cigarros entre homens e mulheres cada vez mais se aproximam, devido ao marketing agressivo da indústria do tabaco, voltado para a população feminina.

No sexo feminino, a DPOC se desenvolve com menor exposição, sendo mais precoce, mais grave e mais letal. Mulheres fumantes com menos de 45 anos que fumam maior número de cigarros, têm risco maior de sofrer infarto agudo do miocárdio, osteoporose e fraturas (RIVERA; STOVER, 2004).

Referem como motivo para fumar, a sensação de prazer e relaxamento e, como obstáculos para deixar o vício, o medo de ganhar peso e a dificuldade para lidar com o estresse sem o cigarro (REICHERT et. al., 2004).

Atualmente, grande parte da população feminina no mundo, inclusive no Brasil, enfrenta duplas jornadas de trabalho e responde pelo sustento familiar. Isso provoca distúrbios de humor, ansiedade e solidão, que são aliviados com o uso do cigarro (BRASIL, 2010).

### 2.5.2 Gestantes

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Segundo o Centers for Disease Control (1990), as crianças recém-nascidas de gestantes fumantes têm peso inferior ao de gestantes que não fumam (redução média de 200 g) e chance dobrada de prematuridade. Fumantes grávidas aumentam o risco de placenta prévia, gravidez tubária, deslocamento de placenta, má formação fetal, aborto espontâneo, sangramento e síndrome da morte súbita na infância. Neonatos de gestantes fumantes têm redução da função pulmonar, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de asma durante a infância e predisposição à DPOC na vida adulta (FAGERSTRÖM, 1978).

O tabagismo na gestação é responsável por 25 a 40 % dos casos de síndromes da morte súbita infantil, portanto é considerado um dos maiores fatores de risco evitável dessa doença (FIORE, 2000).

A nicotina inalada durante a gravidez impede que a placenta se desenvolva adequadamente, estreita os vasos sanguíneos, diminuindo, assim, a quantidade de sangue, oxigênio e nutrientes levados da mãe para o feto.

O consumo de um único cigarro pela gestante é capaz de, em poucos segundos, acelerar os batimentos cardíacos do feto, devido ao efeito da nicotina sobre o aparelho cardiovascular. A convivência da mãe não fumante com o pai tabagista também é preocupante, pois a inalação da fumaça faz com que absorva as substâncias tóxicas e, por meio da corrente sanguínea, as transfira para o feto (BRASIL, 2011b).

Apesar do conhecimento dos malefícios do tabaco tanto para a mãe como para o feto, um grande número de gestantes continua fumando durante a gravidez. Entretanto,

algumas param de fumar espontaneamente, assim que descobrem a gravidez, motivadas em proteger seu bebê.

As intervenções durante a gestação são de elevada relação custo-efetividade na preservação da vida e na redução de danos à saúde. Na abordagem das gestantes, devem ser consideradas algumas recomendações, como deixar de fumar sem o uso de medicação, sempre que possível, indicando-se, apenas a terapia cognitivo-comportamental, abordando os riscos do tabaco para o feto e para si própria (FIORE, 2000).

Antes das 20-24 semanas de gravidez, as intervenções são efetivas no abandono do tabagismo. O aconselhamento breve do médico, com material de autoajuda, aumenta a taxa de abstinência. Entretanto, as intervenções mínimas, ao iniciar o terceiro trimestre de gestação não são mais efetivas. Geralmente, estas gestantes apresentam maior grau de dependência (ERSHOFF, MULLEN, QUINN, 1989).

A gestação deve ser aproveitada como um momento para intervenções, visando a saúde do feto e da gestante e, também, como uma oportunidade ímpar de cessação, para o restante da vida, das mulheres. No entanto, nem todos os profissionais de saúde estão bem preparados para ajudar suas pacientes gestantes a abandonar o tabagismo. A intervenção mais eficaz, sem dúvida, é a prevenção da iniciação e o estímulo à cessação nas jovens mulheres antes de engravidar, considerando, junto a elas, o aumento do preço do cigarro e a proibição do fumo em lugares públicos.

### 2.5.3 Criança e adolescente

A poluição ambiental causada pela fumaça do cigarro, principalmente no domicílio, afeta diretamente a saúde das crianças de baixa idade. Torna-se, portanto, imprescindível a prevenção e o tratamento do tabagismo já em populações pediátricas (LOTUFO, 2007).

Bronquite e pneumonia são os sintomas respiratórios mais comuns apresentados pelos filhos de fumantes, com aumento de 38% de frequência no primeiro ano de vida (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1990).

Grande parcela dos investimentos em marketing das indústrias do tabaco é direcionada a atrair crianças e adolescentes. Como estratégia para aumento do consumo, já introduziram aromas e sabores atraentes, como açúcar, mel, tutti-fruti, cereja, menta, baunilha e chocolate, que mascaram o gosto amargo dos produtos derivados do tabaco,

quanto à irritação e a tosse que sua fumaça provoca, facilitando a primeira tragada e o desenvolvimento da dependência à nicotina. Esses aditivos presentes nos cigarros, charutos, narguilé, kreteks, bids, aumentam os danos à saúde (BRASIL 2014c).

Uma das intervenções mais importantes para diminuir o tabagismo passivo sofrido pelas crianças é o aconselhamento dos pais, durante a consulta dos seus filhos, sobre a importância da abstinência total.

No desenvolvimento de trabalhos com adolescentes fumantes, para a cessação do hábito de fumar, devem ser nucleados grupos específicos, pois as razões para fumar e deixar de fumar e as dificuldades observadas são diferentes daquelas dos adultos.

O artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que vender, fornecer, ministrar ou entregar cigarro para crianças ou adolescentes constitui crime (BRASIL, 2014c).

Atualmente, a maior preocupação epidemiológica é com os adolescentes, que estão sendo iniciados prematuramente no tabagismo e que serão os doentes do futuro. No Brasil, 11,6% dos jovens entre 10 a 12 anos já experimentaram e fazem uso periódico do tabaco, principalmente na zona rural.

SILVA et. al., (2008) em um estudo realizado no município de Cuiabá (MT), com 495 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, apontam a prevalência de 30,2%, dos escolares estudados, que já experimentaram o cigarro, e os fatores associados mais frequentes foram: baixo nível de escolaridade, ter amigos e irmãos fumantes e estudar no período noturno.

#### 2.5.4 Idosos

A prevalência média do tabagismo na população idosa é de aproximadamente 26%, sendo bem maior na população masculina (40%) do que na feminina (12%). Os fatores facilitadores do tabagismo mais comuns nessa população são a depressão, alcoolismo, desemprego, a convivência com outros fumantes no domicílio, o que prejudica a qualidade de vida (BRATZLER, OEHLERT, AUSTELLE, 2002).

Com o envelhecimento da população, o número de idosos fumantes tende a aumentar. No Brasil, houve um crescimento expressivo de idosos fumantes, em torno de

700% em menos de meio século (três milhões em 1960 para vinte milhões em 2008). Projeções apontam 30 milhões de fumantes idosos em 2020 (VERAS, 2009).

O consumo de tabaco pelos idosos favorece o surgimento de comorbidades, aumentando os gastos desse grupo etário com cuidados de saúde. Como os idosos fumantes são sobreviventes às taxas excessivas de mortes prematuras provocadas pelo tabaco, são geralmente pouco motivados a parar de fumar, pois se consideram imunes aos prejuízos causados pelo cigarro. Comumente os profissionais de saúde não se empenham na cessação do tabagismo do idoso, pois consideram a idade avançada do paciente e não querem privá-lo de um prazer (SACHS-ERICSSON et. al., 2009).

Como já apresentam maior prevalência de agravos crônicos, essa faixa etária com o uso do tabaco por tempo prolongado, está propensa a maior risco de complicações, com o surgimento de comorbidades e prejuízos terapêuticos, decorrentes do efeito do fumo no metabolismo de vários medicamentos (DOOLAN; FROELICHER, 2008).

Os principais benefícios obtidos com a cessação do tabagismo em idosos são a melhoria na qualidade e na expectativa de vida, diminuição do risco de adoecer e o melhor controle das doenças pré-existentes (APPEL, 2003).

Os idosos fumantes portadores de DPOC, como a bronquite do idoso, quando param de fumar apresentam melhoras nas crises. Essa melhora reduz os gastos do sistema de saúde e, principalmente, aumenta a sua qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Como os idosos costumam ter menos laços sociais, é aconselhável a abordagem em grupo, pois, assim, amplia-se a rede de relacionamentos, os vínculos afetivos e as relações de interdependência. Deve-se, também, haver a participação de outras faixas etárias, pois favorece a dinâmica e enriquece o repertório temático (MOHIUDDIN et. al., 2007).

Como o idoso tem um papel importante na família, sendo um reservatório de sabedoria e refúgio afetivo para as crianças e jovens, ele se motiva a deixar de fumar, tornando um modelo de conduta para futuros adultos (MOHIUDDIN et. al., 2007).

## 2.6 DETERMINANTES SOCIAIS DO TABAGISMO

Com o intuito de aumentar o consumo dos produtos de tabaco, o tabagismo é alimentado por várias estratégias, como propaganda e promoções, para atingir jovens

adolescentes, associando imagens positivas ao ato de fumar e ao produto e o seu baixo preço, facilitando e estimulando a iniciação precoce (BRASIL, 2007).

Outros fatores determinantes são o grande número de postos de vendas, espalhados por todo o país, em bares, supermercados, lojas de conveniência, e o mercado ilegal, facilitando assim o acesso e dificultando o controle de venda à menores de idade (BRASIL, 2008).

As grandes empresas transnacionais de cigarro buscam incentivos fiscais junto aos governos, principalmente nos países em desenvolvimento, com lobby econômico e político junto a governantes, legisladores, visando criar um clima de boa vontade com o negócio do cigarro, interferindo, assim, diretamente na adoção de medidas para controle do tabagismo (BRASIL, 2007).

Todas essas estratégias contribuem para que o consumo de tabaco continue a crescer em todo o mundo, sobretudo em países de baixa renda. Estima-se que, por dia, 100.000 jovens comecem a fumar, sendo que 80% deles vivem em países pobres (BRASIL, 2007).

As nações mais ricas estão adotando medidas mais rígidas de combate ao tabagismo, visando diminuir o impacto das doenças tabaco-relacionadas sobre seus sistemas de saúde. Com isso, as empresas produtoras de cigarro estão deslocando seus investimentos para os países mais pobres, onde os governos ainda não se atentaram ao gasto extremamente absurdo despendido com o tratamento dos pacientes portadores de doenças causadas pelo uso do tabaco (BRASIL, 2007).

De um bilhão de fumantes no mundo, estima-se que 80% vivam em países de baixa e média renda. Esses usuários que morrem prematuramente elevam os custos da assistência à saúde, prejudicando o desenvolvimento econômico, além de privarem suas famílias de renda (WHO, 2015).

Nos países mais pobres, muitas crianças são empregadas nas lavouras do fumo para fornecerem renda para suas famílias. Essas crianças ficam vulneráveis à “doença do tabaco verde”, causada pela nicotina, que é liberada durante o tratamento das folhas de tabaco molhada e, conseqüentemente, é absorvida pela pele (WHO, 2015).

Uma das medidas mais eficazes, para reduzir o número de crianças que começam a fumar e aumentar o número de fumantes que conseguem parar com o uso do tabaco, é a advertência nos maços de cigarro, com imagens fortes sobre os malefícios que causam à

saúde das pessoas. Essas advertências ilustradas podem convencer os fumantes a não fumarem dentro dos domicílios, protegendo, assim, seus familiares do tabagismo passivo.

Estudos realizados em vários países, como Brasil, Canadá, Singapura e Tailândia após implementação de advertências ilustradas nas embalagens dos maços de cigarro, aumentaram significativamente a conscientização das pessoas sobre os malefícios do uso do tabaco. Apenas 30 países, representando 14% da população mundial, na maioria de baixa e média renda, conhecem as melhores práticas para advertências ilustradas (WHO, 2015).

Outra medida adotada para reduzir o número de fumantes no mundo é a proibição da publicidade do tabaco, promoção e patrocínio. Alguns países experimentaram um declínio no consumo de até 16%, com esta medida. Apenas 24 países, representando 10% da população mundial, proibiram completamente todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio referentes ao fumo (WHO, 2015).

A maneira mais econômica para reduzir o consumo do tabaco é o aumento dos impostos, especialmente para as pessoas mais pobres e jovens. Aumento de 10% nos impostos nos preços do tabaco diminuiu o consumo em cerca de 4% em países de alta renda e cerca de 5% em países de baixa e média renda. Apenas 32 países, menos de 8% da população mundial, têm taxas de imposto do tabaco superiores a 75% do preço do varejo. Estima-se que um aumento de 50% nos impostos sobre o tabaco poderia reduzir o número de fumantes em 49 milhões e salvar a vida de 11 milhões de pessoas. (WHO, 2015).

No Brasil, nos últimos anos houve um declínio no número de fumantes. Pesquisa realizada no país para avaliação do impacto da política pública do controle do tabaco mostrou que em 1989 a prevalência era de 32% e em 2008 foi de 17,1%. Essa redução, em torno de 46% se deu por diversos fatores, tais como: 23% pelo aumento do preço dos cigarros, 14% pela diminuição da propaganda, 8% pelas imagens nos maços de cigarro, 14% pelas leis de ambiente livre do tabaco, 10% pelos programas de cessação ao tabagismo e 6% pelas campanhas divulgadas (LEVY, ALMEIDA, SZKLO, 2012).

Nas décadas de 1990 a 1999 e de 2000 a 2009 a produção de fumo brasileira cresceu de 41% e 49%, respectivamente, indicando que a média anual da produção de tabaco em folha cresceu 48%, aumentando também a área plantada. O Brasil mantém um volume entre 800 a 900 mil toneladas ao ano. A produção de 2010 foi a menor desde 2006, devido à queda da demanda internacional por tabaco, como resultado das medidas da

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que vem sendo implantadas mundialmente (BRASIL, 2011c).

Segundo a Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA), entre os anos de 1995 e 2011, o número de famílias produtoras de fumo cresceu 40%. No mesmo período a área plantada, em hectares cresceu 86% e a produção, em toneladas, cresceu 141%.

Em 2012, segundo o relatório da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAOSTAT), no mundo foram produzidas mais de 7,5 toneladas de tabaco. O Brasil terminou o ano em terceiro lugar no ranking dos produtores de fumo em folha com 12,6%, sendo a Índia em segundo lugar com 13,3% e a China em primeiro, com 41,7% dessa produção (BRASIL, 2014b).

O Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (SINDITABACO) aponta que o Brasil produziu na safra de 2012, 700 mil toneladas, com redução de 240 mil toneladas em comparação com a safra de 2011. Em 2012, o tabaco representou 1,34% das exportações brasileiras, arrecadando 3,26 bilhões de dólares. Atualmente, 85% da produção brasileira é exportada (BRASIL, 2014b).

Vários fatores contribuem para que as empresas transnacionais de tabaco invistam no Brasil, como mão de obra barata dos agricultores familiares, o clima e a estabilidade política. Atualmente, 159 mil famílias de pequenos agricultores brasileiros cultivam o tabaco, como sua principal atividade econômica, vivendo em sua maioria, em 720 municípios da Região Sul.

Entre 2000 e 2011, a produção de cigarros brasileira (embalagem com vinte unidades) não teve grande variação, mantendo a média de 5.267.670.822 de embalagens produzidas, registrando queda em 2013 de 27% (BRASIL, 2014b).

O cigarro é o principal produto contrabandeado no Brasil, representando quase 70% de todos os produtos. Assim, o país deixa de recolher R\$ 4,5 bilhões em impostos. O contrabando entra principalmente pela região de Foz de Iguaçu, alcançando todos os estados brasileiros (BRASIL, 2015).

## 2.7 FATORES QUE DIFICULTAM A CESSAÇÃO

Como já citado anteriormente, o tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), entretanto, mesmo

tendo consciência dos malefícios causados pelo cigarro, para a maioria dos fumantes abandonar o vício de muitos anos parece uma barreira impossível de vencer. Outros empecilhos são a falta de estratégias integradas de ações assistenciais específicas e a percepção, dos profissionais de saúde, de que os tratamentos para a dependência da nicotina são pouco efetivos.

Em torno de 70% dos fumantes, se questionados, desejam parar de fumar, mas poucos conseguem sem o apoio dos serviços de saúde. Um terço dos indivíduos fumantes tenta desistir do hábito de fumar, porém 90% dessas tentativas são realizadas sem acompanhamento e sem tratamento. Quando conseguem parar, um terço fica em abstinência por dois dias, enquanto 3 a 5% conseguem ficar sem fumar por um ano e podem ser considerados bem sucedidos.

Apesar de 50% dos fumantes adultos conseguirem a cessação do uso do tabaco, a maioria necessita de cinco a sete tentativas para parar definitivamente (KOZLOWSKY, JARVICK, GRITZ, 1975; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996).

Ressalta-se a importância da divulgação na mídia dos malefícios do fumo, no entanto, observa-se que não importa quão convincente sejam todos os fatos contrários ao hábito de fumar, as pessoas não se convencem com os episódios e estatísticas sobre o assunto, sendo necessário um programa que as ajude a abandonar o fumo.

É necessário identificar grupos de indivíduos fumantes que desejam deixar o vício e a manutenção da dependência nicotínica e que apresentem alguns dos fatores considerados responsáveis pelas recaídas, para estabelecer um programa contínuo de tratamento que os elimine. No rol de fatores que promovem as recaídas consideram-se: a baixa motivação; a síndrome de abstinência e grau de dependência; a personalidade e doenças psiquiátricas e alterações do peso corporal, explicados a seguir.

### 2.7.1 Baixa motivação

Um dos fatores mais importantes na cessação definitiva do tabagismo é a motivação individual, que está relacionada com variáveis hereditárias, fisiológicas, psicológicas e ambientais. É importante para motivar os fumantes orientar os familiares, amigos e colegas de trabalho, para que encorajem o indivíduo dependente. Fumantes que vivem em ambientes com outros fumantes são incentivados a continuar com o vício, tendo pouca ou

nenhuma motivação para deixar o hábito de fumar. Ainda que o indivíduo fumante não esteja decidido a parar de fumar deve-se realizar um aconselhamento breve, seja pelo médico ou demais profissionais que o atendem. Os fumantes leves e moderados, por acreditarem que podem parar de fumar sozinhos e quando quiserem, têm pouca motivação para abandonar a dependência (HUGHES, 2001).

Aqueles que consomem grande quantidade de cigarros, devido à falta de confiança em conseguir abandonar o vício, também podem apresentar pouca motivação. Têm medo do sofrimento que a síndrome de abstinência produz, pois tentaram e fracassaram outras vezes (HUGHES, 2001).

As pessoas próximas devem estar cientes da possibilidade de recaídas, devendo motivar novamente o indivíduo a manter-se sem o tabaco e a procurar recursos terapêuticos adequados.

### 2.7.2 Síndrome de abstinência e grau de dependência

A síndrome de abstinência à nicotina caracteriza-se por sintomas desagradáveis quando o indivíduo deixa de consumir ou reduz o consumo de cigarro. Manifesta-se sob a forma de irritabilidade, falta de concentração, inquietação, aumento do apetite, cefaleia, ansiedade, insônia e procura compulsiva pela droga. Esses sintomas desagradáveis podem aparecer já com a redução de menos de 50% da carga tabágica diária. Tendem a surgir oito horas após o último cigarro, atingindo seu pico em três ou quatro dias, com duração média de quatro a oito semanas, podendo durar até meses. O paciente apresenta períodos de intenso desejo de fumar, denominados de “fissura”, que duram, aproximadamente, cinco minutos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

A síndrome de abstinência é umas das principais causas da recaída, portanto o tratamento e o seguimento dos fumantes, por profissionais de saúde qualificados, são fundamentais para a eficácia dos programas de cessação do tabagismo. O tratamento da síndrome de abstinência deve abordar os diversos fatores que a causam, primeiramente com a abordagem comportamental, reposição da nicotina, antidepressivos e até mesmo o

uso de outros medicamentos, se necessário (BENOWITZ, JACOB, KOSLOWSKY, 1985; DUPONT, GOLD, 1995).

O grau de dependência nicotínica é um dos principais fatores de influência, que dificultam em maior ou menor escala, ao indivíduo deixar de fumar.

Aproximadamente 70% dos fumantes apresentam síndrome de abstinência e o grau de dependência influencia o abandono do vício. Os indivíduos que atingem seis ou mais pontos no Teste de Fagerstrom, ou seja, os dependentes elevados ou muito elevados apresentam grande dificuldade para cessar o tabagismo (BLACK, ZIMMERMAN, CORYELL, 1999).

Esses fumantes altamente dependentes são geralmente do sexo masculino, maiores de 30 anos, fumam o primeiro cigarro antes dos 30 minutos após despertar e têm consciência da dificuldade de abandonar o tabaco (BEJEROT, VON KNORRING, EKSELIUS, 2000).

Para Hughes (2001) o idoso fumante do sexo masculino, com baixa escolaridade, altamente dependente e que mora sozinho é muito resistente aos argumentos de abandonar a dependência, mesmo apresentando comorbidades. Devido à baixa qualidade de vida que leva, o cigarro é seu companheiro para a solidão, reforçando positivamente as qualidades benéficas da nicotina: prazer e diminuição da depressão e da ansiedade.

### 2.7.3 Personalidade e doenças psiquiátricas

Os indivíduos fumantes tendem a ser mais extrovertidos, tensos, impulsivos, ansiosos, apresentando traços de psicoticismo, neuroticismo e com histórico de distúrbios depressivos e traços de ansiedade em relação aos ex-fumantes e não-fumantes (PERKINS, 1990).

O tabagismo é uma doença neuro-comportamental, portanto, é importante o conhecimento dos fatores psicológicos e/ou psiquiátricos que o influenciam.

A prevalência do tabagismo é maior nos pacientes psiquiátricos do que na população em geral. Normalmente estes pacientes têm um histórico de vida marcado por abuso e dependência de álcool e drogas (BLACK, ZIMMERMAN, CORYELL, 1999; BEJEROT, VON KNORRING, EKSELIUS, 2000).

Diminuição de afeto ou sentimentos negativos é um processo reforçador que associados ao uso do tabaco se acentuam no indivíduo, principalmente nos portadores de depressão. Os sintomas depressivos podem disparar o desejo de fumar e a nicotina alivia esses sintomas. (GILBERT, GILBERT, 1995; BRESALU et. al., 1998; WINDLE, WINDLE, 2001).

Alguns indivíduos fumam com o objetivo de controlar a ansiedade, portanto o uso de ansiolíticos facilita o abandono do tabagismo e atenua os sintomas de ansiedade logo após a cessação do tabagismo (SPIELBERG, JACOBS, 1982; BRESLAU et. al., 1998; TAKEMURA et.al., 1999).

A esquizofrenia também está associada ao tabagismo. A prevalência de tabagismo em pacientes esquizofrênicos chega a ser de três vezes maiores em relação à população geral. Esses pacientes, também, fumam mais em comparação a outros pacientes psiquiátricos (DE LEON et. al., 1995; HERRAN et. al., 2000).

É importante conhecer os fatores psicológicos e/ou psiquiátricos associados ao tabagismo, para serem considerados e seu tratamento incorporado à terapêutica do indivíduo dependente de nicotina. Deve-se valorizar as características da personalidade individual como um dos fatores determinantes para indicação dos tratamentos específicos para cada caso. Todos os pacientes devem ser avaliados quanto ao perfil de personalidade e se existe algum distúrbio psiquiátrico associado, antes de iniciar o processo de abandono, pois a ausência de nicotina pode exacerbar os sintomas da síndrome de abstinência e até mesmo favorecer o aparecimento e/ou agravamento das doenças psiquiátricas.

Pacientes depressivos ou com sintomas mais graves, denotando alguma doença psiquiátrica, devem ser encaminhados para tratamento especializado antes de tentar deixar o tabaco.

#### 2.7.4 Alterações do peso corporal

Geralmente, os indivíduos fumantes pesam menos dos que os não-fumantes e ganham peso quando deixam de fumar. Em geral, este ganho de peso em excesso é acompanhado de alterações dos padrões de conduta e personalidade, como depressão, abstenção, autopunição, irritabilidade e agressão. Segundo Lemos-Santos, Gonçalves-Silva e Botelho (2000), os fatores que explicam essa intrínseca relação entre o tabaco e o peso

corporal nos indivíduos fumantes são: aumento da taxa metabólica ocasionando um maior gasto de energia, diferença na qualidade e na quantidade dos alimentos ingeridos e a ação anorética causada pela nicotina.

Uma das explicações para o aumento da taxa metabólica é de que a nicotina ativa os centros hipotalâmicos e acelera a atividade simpática, aumentando o gasto energético, reduzindo, assim, o peso corporal (GLAUSER et. al., 1970; MOFFATT, OWENS, 1991). A nicotina reduz significativamente o consumo alimentar, com conseqüente diminuição do ganho de peso. Sua ação anorética interfere na relação tabagismo e controle do peso corporal. Com a interrupção da nicotina, aumenta-se a ingestão energética, principalmente por alimentos e soluções doces de alta caloria.

Em relação à ingestão energética, há tendência a um maior consumo calórico, principalmente de alimentos doces entre fumantes do sexo feminino, não ocorrendo o mesmo na população masculina (LEMOS-SANTOS, GONÇALVES-SILVA, BOTELHO, 2000).

O ganho de peso é um dos principais fatores responsáveis pelo elevado índice de recaídas na cessação do tabagismo, portanto, é imprescindível o controle do peso corporal no planejamento e durante o processo, com aconselhamento de uma adequada orientação alimentar, estimulando atividades físicas, iniciando antes da parada total de fumar, como forma de diminuir os altos índices de recaídas por este motivo.

## 2.8 TABAGISMO PASSIVO

O tabagismo passivo é a inalação da fumaça da queima de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, narguilé, cigarro de palha, etc.) por indivíduos não-fumantes. Segundo a OMS, o tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável do mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo abusivo de álcool. A Poluição Tabagística Ambiental – PTA, é a principal poluente de ambientes fechados (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1986).

O ar poluído, oriundo da fumaça do tabaco, tem em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante, pois essa passa pelo filtro do cigarro.

A exposição à fumaça do tabaco pode causar efeitos imediatos como dor de cabeça; náuseas; vertigens; irritação dos olhos, nariz, garganta e pulmões; elevação da pressão arterial e angina (COELHO, ROCHA, JONG, 2012). Os indivíduos portadores de asma expostos à fumaça do cigarro podem apresentar ataques asmáticos (ACHE, KAHAN, FITERMAN, 2005).

Segundo a OMS metade das crianças de todo o mundo estão involuntariamente expostas à PTA e no Brasil, estima-se que 15 milhões de crianças são fumantes passivas (LEVÈFRE et. al., 2006). Por estarem à maior parte do tempo em ambientes fechados, em casa, na escola, dentro de automóveis, as crianças estão mais expostas à fumaça do tabaco. Quanto maior o número de pessoas fumantes na casa e o número de cigarros fumados por elas, maior será o risco da criança adquirir doenças respiratórias e infecções agudas, e se já for portadora de alguma, a propensão é de agravar-se (RIOS, ROSAS, MACHADO, 2005).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE (2013) mostrou que a proporção de pessoas não fumantes expostas à fumaça de produtos do tabaco é de 10,7% no ambiente domiciliar. As mulheres eram mais expostas (11,7%) do que os homens (9,5%). A faixa etária mais de exposição nos domicílios brasileiros foi de 18 a 24 anos de idade.

Nos locais de trabalho 13,5% das pessoas não fumantes, que trabalhavam em ambientes fechados, estavam expostas ao fumo passivo. Os homens estavam mais expostos (16,9%) que as mulheres (10,4%). As Regiões Sul (11,1%) e Sudeste (12,3%) apresentaram os menores percentuais de pessoas não fumantes expostas ao fumo passivo nos locais de trabalho fechados (IBGE, 2013b).

A PTA contém cerca de 250 substâncias tóxicas, muitas delas como benzopireno e hidrocarbonetos, reconhecidas pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer como agentes indutores de câncer e mutação, em 1986 (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1986). Isto foi atualizado no ano de 2010, de acordo com a 10ª revisão do CID 10, mudando para 4.700 substâncias tóxicas, significativo número que coloca em alerta os programas de prevenção às DCNT (MENESES-GAYA et. al., 2009).

O tabagismo passivo, quer na vida intrauterina e/ou exposição à PTA, comprovadamente interfere no comportamento e desenvolvimento neurológico humano. Os neonatos apresentam déficits cognitivos e neurológicos, inquietude, hipertonicidade, hiperatividade e tremores (OLDS, HENDERSON, TATELBAUM, 1994). O tabagismo passivo aumenta em cinco vezes a chance de o bebê morrer subitamente sem uma causa

aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil) e aumenta o risco de doenças pulmonares até um ano de idade (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

A criança na fase pré-escolar apresenta dificuldade de aprendizado e na fase escolar déficit de atenção e dificuldades na leitura, em cálculos e na linguagem falada. Na adolescência, há uma maior probabilidade de distúrbios de conduta e delinquência (DIFRANZA, ALIGNE, WEITZMAN, 2004).

A OMS (2014) estima que mais de 40% das crianças têm pelo menos um dos pais fumante. Em 2004, 28% das mortes atribuíveis ao tabagismo passivo, foram de crianças.

Nos indivíduos adultos, o tabagismo passivo está relacionado a diversas doenças respiratórias, como câncer de pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC e tuberculose. Exacerba a asma, aumentando a gravidade das crises e piora a qualidade de vida relacionada à doença (VINEIS et. al., 2005).

Conforme dados do IBGE (2013), a exposição crônica à PTA aumenta em torno de 30% o risco para câncer de pulmão e de 20 a 50 % o risco de o indivíduo sofrer de doença cardiovascular. Aumenta também a probabilidade de aterosclerose, elevando o risco dos fumantes passivos virem a sofrer acidente vascular-cerebral ou episódio de infarto agudo do miocárdio, especialmente aqueles que já têm uma cardiopatia (EISNER et. al., 2005).

No Brasil, o tabagismo passivo é responsável por pelo menos sete mortes diárias e custa aos cofres públicos R\$ 37,4 milhões anuais, onde R\$ 19,1 milhões com tratamentos e internações no SUS e R\$ 18,3 milhões com pagamento de benefícios e pensões às famílias das vítimas (FIGUEIREDO et. al., 2007)

## 2.9 POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE AO TABACO

Em virtude da epidemia do tabaco ser uma preocupação mundial, para reverter esse quadro, 192 países membros da Assembleia Mundial de Saúde – AMS negociaram a Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco - CQCT, sendo considerado o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS. Foi adotado pela AMS em 2003 e entrou em vigor em fevereiro de 2005 (BRASIL, 2011c). É a mais importante ferramenta de controle do tabaco da OMS.

O seu objetivo é:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2007, p.10).

O Brasil coordenou o processo de elaboração do CQCT, sendo o segundo país a assinar o tratado, desempenhando, dessa forma, papel de destaque e em 2005 sua adesão foi formalmente ratificada pelo senado federal. Desde então a implementação das medidas, passou a ser a Política Nacional de Controle ao Tabaco.

As principais medidas visam (BRASIL, 2007, p.11):

- proteger a população contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados;
- regulamentar os conteúdos e emissões dos produtos;
- desenvolver programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo;
- proibir a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco;
- implementar programas de tratamento da dependência da nicotina;
- promover medidas de preços e impostos eficientes para redução do consumo
- eliminar o contrabando;
- restringir o acesso dos produtos para os jovens;
- promover alternativas econômicas para a produção de tabaco e proteger o meio ambiente e a saúde do trabalhador dos riscos causados pelas atividades de produção de tabaco.

Apesar de estarem instituídas as medidas preventivas de controle do tabaco, faz-se necessário conhecer e monitorar o problema, uma vez que existe grande interferência da indústria do tabaco, fácil acesso do adolescente na compra do cigarro, fiscalização deficitária nos estabelecimentos fechados e programas de educação e conscientização dos riscos advindos do uso do tabaco ineficientes.

## 2.10 PROGRAMAS DE AUXÍLIO AO ABANDONO DO TABAGISMO

O Instituto Nacional do Câncer – INCA coordena e executa, em âmbito nacional, o Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país. As ações do Programa são

desenvolvidas em parceria com as três instâncias governamentais – federal, estadual e municipal - para capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros, abrangendo as áreas da educação, legislação e economia.

O abandono ao tabagismo traz benefícios à saúde a qualquer tempo ou idade, levando à diminuição do uso dos serviços médicos e do número de dias de trabalho perdidos. As intervenções dirigindo-se à redução do tabagismo na população estão entre as medidas de saúde pública de maior custo *versus* benefício que podem ser adotadas pelos governos das nações (MARTINEZ, 1999).

Segundo a OMS (2014) apenas um em cada quatro países, ou seja, apenas um terço da população mundial monitora o uso do tabaco, realizando pesquisas com representatividade nacional, com jovens e adultos, pelo menos uma vez a cada cinco anos. Aproximadamente, 1 bilhão de pessoas, ou seja, 16% da população mundial, estão protegidos por leis antifumo nacionais.

Em apenas 21 países, representando 15% da população mundial, existem serviços nacionais abrangentes, com cobertura de custo total ou parcial, de cessação ao tabagismo. Não há assistência à cessação ao tabagismo em um quarto dos países de baixa renda (WHO, 2015).

Entre os fumantes conscientes do perigo do uso do tabaco à sua saúde, a maioria deseja abandonar o vício. Aconselhamento e medicação dobram a chance de um fumante deixar o hábito, em comparação àqueles que buscam esta tentativa sozinhos.

Diante de todas essas questões levantadas por estudos e pesquisas, no ano de 2000 deu-se início ao trabalho com o tabagismo no estado de São Paulo, criando-se o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), que foi credenciado ao INCA, do Ministério da Saúde em 2005, para atendimento ao dependente de nicotina.

Em 07 de agosto de 2009, foi promulgada a Lei nº 13.541, conhecida como “Lei Antifumo do Estado de São Paulo”, que proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, sejam eles total ou parcialmente fechados e onde haja permanência ou circulação de pessoas.

A partir da publicação da Lei Antifumo estadual, o município de Ribeirão Preto iniciou uma campanha de conscientização em bares e casas noturnas inclusive aplicando-se multas em alguns estabelecimentos do município, no entanto, houve reação de grande parte da população que não aceitou prontamente a adequação à nova lei.

Nessa época, a Secretaria Municipal da Saúde do município de Ribeirão Preto mantinha apenas um atendimento ambulatorial com grupos de cessação do tabagismo na Unidade Básica Distrital de Saúde Central (UBDS). No ano de 2011, este serviço foi transferido para o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), um ambulatório regional de especialidades, tendo duas médicas pneumologistas para o atendimento a pacientes com problemas relativos ao uso do tabaco. Por solicitação do gerente do NGA-59 e necessidade da população, foi implantado o programa de auxílio à cessação ao tabagismo, também nesta unidade. A partir de então, a Divisão Regional da Saúde XIII (DRS-XIII) promoveu a participação da equipe multiprofissional (duas médicas pneumologistas, um fisioterapeuta, uma enfermeira e o gerente da unidade) para um treinamento, na cidade de São Paulo junto ao CRATOD, uma vez que a realização desse curso era e ainda o é, pré-requisito para credenciamento oficial no Programa de cessação ao tabagismo, junto ao INCA.

Após a realização do referido curso, a equipe multiprofissional providenciou um processo, solicitando o credenciamento da Unidade. Foi necessária a adequação do espaço físico, com ampliação das salas de atendimento individual e em grupo, treinamento de toda equipe envolvida no trabalho, bem como tornar a Unidade de Saúde livre do tabaco em toda sua amplitude. A seguir foi realizada uma visita, realizada por um profissional da Divisão Regional de Saúde XIII (DRS XIII), para verificar se o ambiente estava adequado para a realização do trabalho proposto. Em 2012, o NGA/59 foi reconhecido como “ambiente livre do tabaco”, permitindo assim a implantação do Programa de Cessação do Tabagismo.

Atualmente, em Ribeirão Preto, conta-se com seis serviços especializados no tratamento do tabagismo: o Núcleo de Gestão Assistencial 59 (NGA/59), a UBDS Central, a UBDS Cuiabá, a UBDS Vila Virginia, Centro de Atenção Psicossocial 3 (CAPS 3) e o Hospital Estadual.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, dentre os fumantes e ex-fumantes que pararam de fumar há menos de 12 meses da entrevista, 51,1% já haviam tentado cessar o tabagismo. Os homens tentaram menos (47,9%) que as mulheres (55,9%). (IBGE, 2014).

Em 03 de dezembro de 2014, entrou em vigor a Lei Antifumo nº 13.043, de 13 de novembro de 2014, em todo o país. A lei é praticamente a mesma instituída no Estado de São Paulo em 2009. É um avanço e beneficia principalmente os não-fumantes. Extingue os

fumódromos e proíbe a propaganda de derivados do tabaco, inclusive nos pontos de venda (BRASIL, 2014d).

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental, retrospectivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

A pesquisa documental foi elaborada a partir de materiais que, ainda, não receberam um tratamento analítico. No estudo em questão foram usados os prontuários dos usuários participantes do Programa de Cessação do Tabagismo do NGA-59 de Ribeirão Preto, no período entre junho de 2012 a junho de 2013.

Para a pesquisa bibliográfica deste estudo, utilizou-se a estratégia de busca com consultas e leitura de livros, artigos científicos e textos, para identificar materiais relevantes, adquiridos por meio de busca manual e online, que fizeram parte do estudo. Foram selecionados os artigos e materiais que tiveram como desfecho o tabagismo, além de outros artigos e capítulos de livros sobre as DCNT.

A abordagem empregada foi a quantitativa, que tem como objetivo trazer à tona dados, indicadores, tendências observáveis, e que serve para analisar grande quantidade de dados, através de variáveis (MINAYO, 1993). Neste estudo, a metodologia quantitativa foi utilizada para verificar o número de pacientes, o perfil dos mesmos segundo o sexo, a idade, a idade de início do consumo, as tentativas de abandono prévias, a existência de outros fumantes em casa, comorbidades clínicas, tratamento instituído, número de cigarros/dia e o grau de dependência à nicotina, de acordo com o Teste de Fagerström.

A literatura aponta que vários instrumentos foram desenvolvidos a fim de avaliar a dependência física à nicotina. Dentre os instrumentos, os mais utilizados e universalmente aceitos para medir essa intensidade são o Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ—Questionário Fagerström de Tolerância), criado em 1978 (FAGERSTRÖM, 1978), e sua versão melhorada, o Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND - Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina) (FAGERSTRÖM, SCHNEIDER, 1989; HEATHERTON et. al., 1991).

Inicialmente, o FTND foi desenvolvido para verificar se a terapia de reposição de nicotina era necessária ao tratamento de síndrome de abstinência. O teste é de fácil aplicação e entendimento, consta de seis questões que são pontuadas de acordo com as

respostas dadas pelo paciente. Os escores obtidos no teste permitem a classificação da dependência à nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos). Quanto maior o escore, maior o grau de dependência. Os pacientes que apresentam escore igual ou superior a seis são classificados como portadores de dependência intensa (ANEXO 1).

Neste estudo o Teste de Fagerström (FTND) foi utilizado para avaliar o grau de dependência do usuário à nicotina, e pontuar dados sobre a rotina diária do usuário dependente do tabaco.

O levantamento de todos os dados foi realizado por meio das informações contidas nos prontuários dos pacientes que participaram do atendimento no Ambulatório de Tabagismo do NGA-59, no período entre junho de 2012 a junho de 2013.

### 3.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, situado no Nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 km da capital. A área total do município é de 650 km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 928 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

Sua população é de 604.682 habitantes (IBGE, 2010), dos quais 99,72% residem na zona urbana, sendo distribuída de acordo com o quadro 1.

**Quadro 1:** Distribuição da população de Ribeirão Preto/SP por faixa etária e sexo:

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Menor 1 ano</b>	3.633	3.702	7.335
<b>1 a 4 anos</b>	14.366	14.105	28.471
<b>5 a 9 anos</b>	19.333	18.876	38.209
<b>10 a 19 anos</b>	45.908	44.786	90.694
<b>20 a 29 anos</b>	57.164	58.236	115.400
<b>30 a 39 anos</b>	48.049	50.065	98.114
<b>40 a 49 anos</b>	39.310	43.497	82.807
<b>50 a 59 anos</b>	30.940	36.440	67.380
<b>60 a 69 anos</b>	18.077	23.182	41.259
<b>70 a 79 anos</b>	9.539	14.077	23.616
<b>80 anos e mais</b>	3.852	7.545	11.397
<b>Total</b>	<b>290.171</b>	<b>314.511</b>	<b>604.682</b>

Fonte: IBGE, 2010.

A maioria da população residente no município é alfabetizada. O PIB per capita é de R\$ 30.209 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,800 (IBGE, 2010).

O Complexo Regulador do município, obedecendo a Portaria 399/06 do MS, está assim constituído: central de consultas especializadas, central de regulação de procedimentos e exames de média e alta complexidade, central de regulação de cirurgias eletivas e central de regulação odontológica, interligadas entre si, permitindo assim a ordenação do fluxo para agendamento e encaminhando dos pacientes (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Segundo o Plano Municipal de Saúde, do município de Ribeirão Preto (2014-2017), a rede municipal de atenção à saúde está estruturada em cinco distritos de saúde, cada qual com área de abrangência definida e contendo uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) onde são ofertadas especialidades médicas e o serviço de pronto atendimento. Também, várias Unidades Básicas de Saúde (UBS), servem aos usuários da saúde, conforme o dimensionamento do território e da população, onde são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia obstetrícia, bem como serviços de enfermagem, de odontologia, de vacinação, de farmácia e outros. Esta rede de atenção é composta por 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 Unidades de Saúde da Família, com um total de 34 equipes, 12 equipes de saúde bucal e 18 unidades básicas tradicionais com 20 equipes de agentes comunitários de saúde, que atendem a atenção básica no município (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Além das cinco (05) UBDS o setor secundário conta com 30 locais de atendimentos, sendo 16 ambulatórios especializados, três serviços de odontologia, dois Centros Especializados de Odontologia (CEO) e um laboratório de prótese, três de terapia renal substitutiva, seis laboratórios de análises clínicas (um próprio e cinco conveniados) e dois serviços de radiodiagnóstico.

A rede de assistência hospitalar do município conta com quinze hospitais, sendo seis públicos (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Unidade Campus e Unidade de Emergência (UE), Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HE), Hospital Mater, Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto – Santa Thereza e Instituto Santa Lydia) e três filantrópicos (Sociedade Portuguesa Beneficência, Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e Hospital Electro Bonini – UNAERP).

No ano de 1996, o município com a gestão plena de saúde passou a gerenciar o NGA/59, que era uma Unidade de Saúde estadual, municipalizando vários profissionais com vínculos federal e estadual. Atualmente, existem seis profissionais federais, trinta e seis estaduais e oitenta e um do município (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O NGA-59 é uma unidade de atendimento secundário, geograficamente localizado no distrito central, sito à Rua Minas, 895, no bairro de Campos Elíseos. É referência em consultas especializadas para o município de Ribeirão Preto e oferece as seguintes especialidades médicas e não médicas: Cardiologia, Cirurgia Ambulatorial, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endócrino, Fisiatria, Gastrologia, Geriatria, Homeopatia, Imuno-Alergia, Mastologia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reabilitação Física, Reumatologia, Urologia, Enfermagem, Assistência Social, Eletrocardiogramas, Eletroencefalogramas, Espirometria, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Nesta Unidade de Saúde se encontra o Ambulatório onde se desenvolve o Programa de Cessação do Tabagismo, *locus* onde se deu a coleta de dados referente à realização do presente estudo.

Nos anos de 2013 e 2014, o total de procedimentos realizados nesta Unidade foi de 498.581, com uma média de 20.774 atendimentos por mês, incluindo consultas médicas, pré e pós-consultas de enfermagem, antropometria, avaliação da situação vacinal, exames (eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, espirometria, audiometria e ultrassom) entre outros.

### 3.3 FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DO NGA-59

O Programa de Tabagismo do NGA-59 consiste na busca espontânea do usuário fumante ou por indicação médica. Primeiramente, o usuário faz sua inscrição, pessoalmente ou através de telefone, deixando os dados, como o nome completo, o número *Hygiaweb* e telefone.

Existe um cronograma anual, pré-estabelecido, das datas que ocorrerão as reuniões dos grupos de tabagismo, num total de seis por ano. O grupo é formado por 60 pessoas. Inicialmente, realiza-se uma reunião de acolhimento com todos os presentes, informando sobre as diretrizes do programa, bem como todo seu funcionamento.

Após a reunião de acolhimento, os usuários são divididos em dois grupos de atendimento, ficando cada grupo com 30 usuários, que são submetidos a uma avaliação individual com a profissional médica pneumologista, responsável pela aplicação da anamnese padrão e escolha da terapêutica apropriada para cada paciente. Os usuários também se submetem a uma avaliação bucal, feita pela cirurgiã-dentista.

Em continuidade a esse atendimento inicial, são realizadas quatro reuniões semanais com equipe multidisciplinar, formada por profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem, com a abordagem dos seguintes temas:

- 1ª reunião: tem como objetivo “entender porque se fuma e como isso afeta a saúde”, porque produtos como cigarros, charutos e cachimbos fazem mal à saúde, causam dependência química, psicológica e hábitos relacionados com o tabaco.
- 2ª reunião: tem por objetivo abordar o relato dos participantes sobre os primeiros dias sem fumar e orientar sobre a síndrome de abstinência, fissura e medidas comportamentais, diante das mudanças de hábitos.
- 3ª reunião: tem como objetivo ajudar os usuários a vencerem os obstáculos para que permaneçam sem fumar, através da troca de experiências, por meio dos relatos dos participantes e realiza-se uma abordagem sobre reeducação alimentar e sugestões para o controle do peso.
- 4ª reunião: o objetivo é de avaliar e prevenir a recaída, buscando incentivar a conscientização sobre a necessidade de mudanças de hábitos e o que pode ser melhorado na rotina do usuário para evitar recidivas.

Após a última reunião, os usuários são orientados a manterem seguimentos mensais através do grupo de manutenção, por um período de um ano, bem como submeterem-se a avaliação médica individualizada trimestralmente.

### 3.4 POPULAÇÃO

O Ambulatório de Tabagismo do NGA-59, de Ribeirão Preto, realiza o atendimento de usuários residentes em Ribeirão Preto, registrando-os no sistema informatizado da rede municipal (Hygiaweb). Este é o sistema de gestão em saúde utilizado nas unidades de saúde e possui várias funções como: configuração de agendas/agendamento de pacientes, requisição e disponibilização de resultado de exames online, dispensação de

medicamentos, controle e aplicação de vacinas, regulação de encaminhamentos, solicitação de internações de urgência, atendimento ambulatorial online, faturamento ambulatorial, geração de atestados e declaração de comparecimento (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Para o desenvolvimento da pesquisa, o tamanho da população foi calculado por meio desse sistema, que armazena dados dos usuários que participaram das reuniões de grupos do Programa de Cessação do Tabagismo, no período entre junho de 2012 a junho de 2013, somando um total de 253 prontuários. O estudo realizou o levantamento de 100% dos prontuários de usuários atendidos no período.

Os prontuários inclusos para o levantamento de dados foram os de usuários que procuraram espontaneamente o programa ou foram encaminhados por solicitação médica, cadastrados no sistema informatizado da rede municipal de saúde (Hygiaweb) e que compareceram às reuniões de grupo do Programa de Cessação do Tabagismo do NGA/59 no período entre junho de 2012 a junho de 2013.

Quanto aos prontuários excluídos foram os pertencentes aos usuários chamados através de carta ou telefone e que não compareceram à primeira reunião, como também aqueles dos demais participantes do Programa de Tabagismo do NGA/59 que não se encontram dentro do período especificado para o estudo.

A pesquisa não apresentou riscos de qualquer natureza, uma vez que a coleta de dados foi realizada mediante documentação, mantendo-se o sigilo absoluto quanto à identificação dos participantes do Programa.

### 3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados, para este estudo, foi realizada através de revisão dos prontuários dos usuários participantes do Programa do Ambulatório de Tabagismo do NGA-59, no período entre junho de 2012 a junho de 2013.

#### 3.5.1 Instrumento de coleta de dados

Os dados estudados no presente estudo foram coletados em prontuários médicos dos usuários participantes dos grupos do Ambulatório de Tabagismo do NGA/59, no

período entre junho de 2012 e junho de 2013. Estes dados foram obtidos na ficha padrão de atendimento, preenchida pela médica pneumologista, durante o acompanhamento do paciente.

Para a análise descritiva dos dados foram consideradas as seguintes variáveis:

- ✓ **Sexo:**
  - masculino
  - feminino
- ✓ **Idade atual quando da inclusão no Programa**
  - em anos
- ✓ **Idade reportada de início do consumo do tabaco**
  - em anos
- ✓ **Número de tentativas de abandono do tabaco**
  - nenhuma tentativa
  - 1 tentativa
  - 2 tentativas
  - $\geq 3$  tentativas
- ✓ **Presença de outro fumante em domicílio**
  - Presente
  - Ausente
- ✓ **Quantidade de cigarros consumidos por dia:**
  - $\leq 10$  cigarros
  - 11-20 cigarros
  - 21-30 cigarros
  - $\geq 31$  cigarros
- ✓ **Grau de dependência de acordo com o Teste de Fargstrom:**
  - muito baixo
  - baixo
  - médio
  - elevado
  - muito elevado

- ✓ **Outras comorbidades**
  - Presente
  - Ausente
- ✓ **Tratamento medicamentoso**
  - Ausente
  - Presente
- ✓ **Medicamentos**
  - Adesivo
  - Goma
  - Bupropiona
  - Nortriptilina
  - Adesivo + goma
  - Adesivo + bupropiona
  - Adesivo + nortriptilina
- ✓ **Número de sessões que o usuário participou**
  - Presença em 1 sessão
  - Presença em 2 sessões
  - Presença em 3 sessões
  - Presença em 4 sessões
- ✓ **Desfecho**
  - Cessou tabagismo
  - Não cessou tabagismo
  - Abandono do Programa

As informações coletadas foram armazenadas em uma planilha eletrônica Excel 2012 da empresa *Microsoft Corporation*.

### 3.6. ANÁLISE DOS DADOS

No presente estudo observacional e retrospectivo, os dados foram tabulados em um banco de dados utilizando o software Excel 2010 da empresa *Microsoft Corporation*. Este

banco de dados foi verificado por dois revisores independentes, a fim de minimizar erros de digitação.

Para a análise estatística descritiva foram utilizadas médias com respectivos intervalos de confiança de 95% para variável idade atual e idade de início do tabagismo, além da descrição da variação em anos destas mesmas variáveis.

Ainda para a análise descritiva da amostra foi feito estudo da distribuição das frequências das variáveis em tabelas de contingência. Foi utilizado teste de aderência (qui-quadrado ou teste exato de Fisher) para avaliar as significâncias das associações entre as variáveis.

O Software utilizado para as análises foi o Stata 9.1 (Copyright 1984-2005. Stata Corp. 4905 Lakeway Drive, College Station, Texas 77845 USA).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, respeitando os princípios éticos, foi preservada a confidencialidade no estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto e aprovado sob o número de 635.652 (Anexo II).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não se aplicou ao estudo, pois foram utilizadas fontes/dados secundários para levantar as informações necessárias ao estudo, que se encontram disponíveis no prontuário de cada usuário participante do grupo de tabagismo do NGA-59. Foram observados os aspectos éticos e legais envolvidos nesse procedimento. Tratou-se de revisão de dados de prontuário, não havendo identificação de qualquer usuário.

A pesquisa teve autorização do Secretário Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho descreve o perfil de 253 participantes do Programa de Tabagismo do NGA-59 da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, no período entre junho de 2012 a junho de 2013 (Tabela 2).

A idade média dos usuários do programa foi de 52,2 anos na amostra total, com variação de idade entre 17 e 79 anos. Na população masculina foi de 52,1 anos e na feminina, 52,2 anos, não havendo diferença entre a idade média entre os sexos ( $p = 0,88$ ). A idade de início do tabagismo foi em média de 15 anos na amostra total, com variação de idade de início do tabagismo entre 6 a 38 anos. Na população masculina foi de 14,2 anos e na feminina, 15,3 anos, não havendo diferença entre os sexos ( $p = 0,10$ ) (Tabela 2).

Os dados encontrados no estudo vão ao encontro dos estudos de Karen et. al. (2012), em pesquisa realizada no Ambulatório Público de Ribeirão Preto, onde encontraram a média de idade dos participantes de  $50 \pm 12$  anos (Quadro 1).

Estudos para avaliar o perfil dos fumantes que procuraram o serviço público e participaram do programa de cessação do tabagismo em Botucatu (SP), também apresentou uma média de idade de  $50 \pm 25$  anos (CARAM et.al., 2009), semelhante à faixa etária encontrada em estudo de Castro, Matsuo e Nunes (2010) no município de Londrina, de 45 anos e de França et. al. (2015) no município de Belém, de 50 anos. O estudo de Luppi, Alves e Santos (2006) realizado no Ambulatório de Tabagismo do Hospital das Clínicas de Botucatu/UNESP, também corrobora com este estudo, onde 73% dos participantes tinham entre 31 a 50 anos(Quadro 1).

Na presente amostra, 176 (70,3%) dos usuários são mulheres e 77 (29,7%) são homens, sendo esta diferença de frequência estatisticamente significativa entre os sexos ( $p < 0,001$ ), ou seja, há mais mulheres neste grupo do que homens.

A maior frequência da procura por pessoas do sexo feminino foi encontrada também em estudos de Karen et. al. (2012) com 73%, de Caram et. al. (2009) com 63%, de Castro, Matsuo e Nunes (2010) com 61,1% e de França et. al. (2015) com 57% (Quadro 1).

O tabagismo é fator de risco para doenças como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, asma, DPOC e neoplasias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

A hipertensão arterial associada ao tabagismo é diretamente proporcional à quantidade de cigarros consumidos e à inalação da fumaça. A pressão arterial sistólica de hipertensos fumantes é mais elevada do que a de não fumantes, mostrando o efeito hipertensivo transitório do tabaco. Em relação a diabetes *mellitus*, o risco de morbimortalidade prematura por complicações micro e macrovasculares associadas ao tabaco é expressivo; por isso os hipertensos e diabéticos que fumam devem ser continuamente aconselhados a abandonar esse hábito (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Avaliando todos os participantes do estudo, 188 (74,3%) apresentavam outras comorbidades clínicas além do tabagismo e 65 (27,5%) dos participantes não apresentavam outras comorbidades clínicas reportadas em prontuário. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,36$ ), sendo 54 homens (70,2%) e 134 mulheres (75,6%) apresentando outras comorbidades e 23 homens (29,8%) e 43 mulheres (24,4%), sem outras comorbidades (Tabela 2).

Os resultados encontrados neste estudo foram próximos ao relatado em pesquisa realizada no Ambulatório de apoio ao tabagista de Ribeirão Preto, onde 62% dos participantes referiram alguma comorbidades, entretanto 9% relataram que faziam uso crônico de algum tipo de medicamento, como diuréticos e anti-inflamatórios, o que eleva para 71% dos participantes portadores de comorbidades (KAREN et. al., 2012) (Quadro 1).

O estudo de Caram et.al. (2009) também mostrou que a maioria dos participantes apresentou comorbidades associadas ao tabagismo, sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares, com 33%, seguidas das doenças respiratórias com 20% (Quadro 1).

Neste estudo, 33 participantes (13,1%) fumavam 10 cigarros ou menos por dia, 116 (45,8%) entre 11 a 20 cigarros/dia, 31 (12,4%) entre 21 a 30 cigarros/dia e 73 (28,7%) fumavam 31 cigarros ou mais por dia. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,11$ ), sendo que sete homens (9,3%) e 26 mulheres (14,8%) fumavam menos do que 10 cigarros por dia, 31 homens (40%) e 85 mulheres (48,3%) de 11 a 20 cigarros /dia, nove homens (12%) e 22 mulheres (12,5%) fumavam de 21 a 30 cigarros por dia e 30 homens (38,7%) e 43 mulheres (24,4%) fumavam 31 cigarros ou mais por dia (Tabela 2).

Russo e Azevedo (2010) em seus estudos relataram que 15,1% dos participantes fumavam 10 cigarros ou menos/dia, 54,7% de 11 a 20 cigarros por dia, 11,3% de 21 a 30

cigarros por dia e 18,9% fumavam 31 cigarros ou mais/dia, semelhante aos dados encontrados neste estudo (Quadro 1).

No estudo de França et. al.(2015), 71,8% dos pacientes participantes fumavam 20 cigarros ou menos por dia e 28,2% fumavam mais de 20 cigarros por dia, bem superior ao encontrado neste estudo, onde 58,9% relataram fumar menos de 20 cigarros por dia e 41,1% mais de 20 cigarros/dia (Quadro 1).

Em relação à avaliação da dependência à nicotina avaliada pelo Teste de Fagerström, a maioria apresentou resultado muito alto, 89 pessoas (35,5%), seguida de dependência alta 88 (33,8%), média 41(16,7%), baixa 27 (10,4%) e muito baixa oito (3,6%). A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,05$ ), apresentando 33 homens (42,6%) e 56 mulheres (32,3%) com dependência muito alta, 21 homens (28%) e 67 mulheres (36,6%) com dependência alta, 16 homens (20%) e 25 mulheres (15,3%) com dependência média, cinco homens (6,7%) e 22 mulheres (11,9%) com dependência baixa e dois homens (2,7%) e seis mulheres (3,9%) com dependência muito baixa (Tabela 2).

O principal componente psicoativo do tabaco é a nicotina, sendo responsável pelo seu alto grau de dependência.

Caram et. al., 2009, analisou a dependência à nicotina por meio do Teste de Fagerstrom, mostrando que os participantes com dependência alta ou muito alta foi 59%, média de 17% e baixa ou muito baixa de 24%. Os referidos dados corroboram aos encontrados neste estudo, onde a dependência alta ou muito alta foi de 69,3%, a média foi 16,7% e a baixa ou muito baixa foi 14% (Quadro 1).

No estudo de Luppi, Alves e Santos (2006), 39% dos pacientes apresentaram grau elevado de dependência, 37,7% com dependência muito elevada, semelhantes ao encontrado neste estudo (35,5%) (Quadro 1).

Com relação ao sexo, os achados foram contrários ao do estudo de Russo e Azevedo (2010), em que se notou uma distribuição desigual, sendo que as mulheres (76,5%) apresentaram um grau elevado de dependência à nicotina significativamente maior do que os homens (52,6%) (Quadro 1).

A maioria já tinha tentado parar de fumar anteriormente em pelo menos uma ocasião, 128 usuários (50,6%) e 57 (22,5%) nunca haviam tentado parar de fumar. Na análise separada por sexo, 40 homens (52%) e 88 mulheres (50%) já havia tentando parar

de fumar pelo menos uma vez e 18 homens (23,3%) e 39 mulheres (22,1%) nunca havia tentado, não mostrando, portanto diferença significativa ( $p= 0,55$ ) (Tabela 2).

O estudo realizado por Karen et.al. (2012), mostrou que 83% dos participantes tinham tentado parar de fumar, com média de  $3\pm 2$  vezes, bem como o de Luppi, Alves e Santos (2006), onde 74,5 % participantes relataram tentativas anteriores de interrupção do tabagismo e França et. al. (2015) com relato de 84,4 % dos participantes com tentativa de parar de fumar. Os estudos, acima citados, conforme se verifica, apresentam números bem mais significativos do que os encontrados neste estudo (50,6%) (Quadro 1).

Entretanto, na pesquisa de Caram et. al. (2009), 68% dos participantes tentaram parar de fumar pelo menos uma vez, com média de  $1,2 \pm 1,2$  vezes, assemelhando-se a este estudo. As investigações científicas de Russo e Azevedo (2010) mostram uma diferença significativa entre os sexos, sendo que 88,2% das mulheres já haviam tentado parar de fumar, enquanto que apenas 57,9% dos homens tentaram (Quadro 1).

Estes estudos apresentam número médio de tentativas de parar de fumar, anteriores ao tratamento, menor que a média de quatro a cinco tentativas apontadas em outras publicações, como, por exemplo, em Benowitz (1999).

Neste estudo, a maioria coabitava com outros dois tabagistas, 102 participantes (40,3%), coabitando com um fumante, 65 (25,7%) e 86 (33,9%) não moravam com outro tabagista. Na análise separada por sexo, 27 homens (35,1%) e 75 mulheres (42,6%) coabitavam com dois tabagistas, 18 homens (23,4%) e 47 mulheres (26,7%) coabitavam com um tabagista e 32 homens (41,5%) e 54 mulheres (30,7%) não moravam com outro tabagista, não mostrando diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,31$ ) (Tabela 2).

Na presente pesquisa 66% dos participantes relataram haver outros fumantes em casa, confirmando o estudo de Karen et. al. (2012), em que aproximadamente 50% conviviam com tabagistas em domicílio (Quadro 1).

No estudo realizado em um centro de saúde do Distrito Federal, por Reis e Fortes (2012), 87% dos participantes, conviviam com outros fumantes em casa (Quadro 1).

Tabela 2–Perfil dos indivíduos na amostra do estudo, no total e por sexo

Variáveis	Total (N = 253)		Homens (n = 77)		Mulheres (n = 176)		p
	Média (IC 95%)	Varição (anos)	Média (IC 95%)	Varição (anos)	Média (IC 95%)	Varição (anos)	
<b>Idade atual</b>	52,2 (50,6-53,7)	17- 79	52,1 (49,1 - 55,1)	24-77	52,2 (50,4 - 53,9)	17-79	0,88
<b>Idade de início</b>	15 (14,4 – 15,6)	6-38	14,2 (13,2 - 15,2)	6-28	15,3 (14,5 - 16,1)	7-38	0,10
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Participantes</b>	253	100	77	29,7	176	70,3	< 0,001
<b>Outras comorbidades</b>							
Ausente	65	25,7	23	29,8	43	24,4	
Presente	188	74,3	54	70,2	134	75,6	0,36
<b>Número de cigarros/dia</b>							
≤ 10 cigarros	33	13,1	7	9,3	26	14,8	
11 - 20 cigarros	116	45,8	31	40,0	85	48,3	
21 - 30 cigarros	31	12,4	9	12,0	22	12,5	
≥ 31 cigarros	73	28,7	30	38,7	43	24,4	0,11
<b>Teste de Fagerstron</b>							
Muito baixo	8	3,6	2	2,7	6	3,9	
Baixo	27	10,4	5	6,7	22	11,9	
Médio	41	16,7	16	20,0	25	15,3	
Alto	88	33,8	21	28,0	67	36,6	
Muito alta	89	35,5	33	42,6	56	32,3	0,05
<b>Tentativas de abandono</b>							
nenhuma	57	22,5	18	23,3	39	22,1	
1	128	50,6	40	52,0	88	50,0	
2	39	15,4	11	14,3	28	15,9	
≥ 3	29	11,5	8	10,4	21	12,0	0,55
<b>Outros fumantes</b>							
0	86	33,9	32	41,5	54	30,7	
1	65	25,7	18	23,4	47	26,7	
2	102	40,3	27	35,1	75	42,6	0,31

N – número total da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor.

Fonte: Próprio autor



Para 237 indivíduos (93,6%) algum tipo de medicamento foi prescrito durante o período de tratamento, não havendo diferença entre os sexos, se for computado a frequência apresentada por ambos: 93 % na população masculina (71 indivíduos) e 93,7% na feminina (166 indivíduos) (Tabela 3). Neste trabalho, o adesivo de nicotina foi o mais prescrito pelas profissionais médicas. A maioria, em um total de 196 indivíduos (77,2%) foi indicado adesivo de nicotina isoladamente, em 13 indivíduos (5,2%) o adesivo de nicotina foi utilizado em associação com a nortriptilina. Em outros nove pacientes (3,6%), o adesivo de nicotina foi prescrito em associação com a goma de nicotina e em nove (3,6%), foi indicado adesivo associado com a bupropiona. Em cinco indivíduos (2,0%) a bupropiona foi utilizada isoladamente e em um indivíduo (0,4%), apenas a nortriptilina. Na análise separada por sexo não foi identificado diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que apenas adesivo foi indicado para 58 homens (75,3%) e para 138 mulheres (78,8%) ( $p= 0,39$ ), associado com a nortriptilina para quatro homens (2,9%) e para nove mulheres (6,6%) ( $p= 0,40$ ), associado com a goma de mascar para apenas um homem (1,3%) e para oito mulheres (4,2%) ( $p= 0,55$ ) e associado com a bupropiona para seis homens (5,7%) e para três mulheres (3%) ( $p= 0,45$ ). Foi indicado apenas a bupropiona para apenas um homem (1,3%) e para quatro mulheres (1,8%) ( $p= 0,51$ ) e a nortriptilina para apenas uma mulher (0,6%) e nenhum homem ( $p= 0,69$ ) (Tabela 3).

De acordo com o Ministério da Saúde, em fumantes com Fagerström igual ou superior a cinco, ou seja, com dependência média para mais, é indicada a introdução de terapia medicamentosa (BRASIL, 2001).

Mazoni et. al. (2008) observaram que o tratamento farmacoterápico dobra as chances de abstinência.

Azevedo et.al. (2009) em estudo no ambulatório de tabagistas na Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, relata que em 92,7% dos participantes foi indicado fármacos, sendo indicado para 51,3% bupropiona, 32,2% nortriptilina, 27,2% adesivo e 7% goma. Apesar da frequência dos participantes onde foi indicada a farmacoterapia ser praticamente a mesma (93,6%), houve uma discrepância nas medicações indicadas para o tratamento do tabagismo em relação a este estudo, o que nos mostra a divergência de conduta dos profissionais médicos (Quadro 2).

No estudo realizado por França et. al. (2015), 83% dos participantes receberam tratamento farmacoterápico, além das terapias cognitivo-comportamentais, semelhante ao encontrado neste estudo (Quadro 2).

Em estudo realizado por Pai e Prasad (2012), onde avaliaram dois grupos de indivíduos fumantes com características sócio demográficas semelhantes, verificou-se que pacientes com baixa dependência química se beneficiaram apenas da terapia cognitivo-comportamental, enquanto pacientes com alto grau de dependência à nicotina necessitaram também de reposição nicotínica para atingir a abstinência.

Dentre os 253 indivíduos, 180 (71,1%) tiveram presença nas quatro sessões obrigatórias, 33 indivíduos (13%) estiveram presentes em duas sessões, 21 indivíduos (8,3%) em três sessões e 19 (7,6%) indivíduos em apenas uma sessão. Na análise separada por sexo 55 homens (71,5%) e 125 mulheres (71%) compareceram às quatro sessões, cinco homens (6,5%) e 16 mulheres (9,1%) compareceram a três sessões, 11 homens (14,2%) e 22 mulheres (12,5%) compareceram a duas sessões e seis homens (7,8%) e 13 mulheres (7,4%) compareceram apenas na primeira sessão, não mostrando diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,90$ ) (Tabela 3).

A maioria, 121 usuários (47,8%) obteve sucesso em cessar o tabagismo após as quatro sessões, 71 (28,3%) abandonaram o tratamento e 61 (23,9%) não cessou o tabagismo após quatro sessões (Tabela 3). Na análise separada por sexo, verificou-se que 36 homens (46,7%) e 85 mulheres (48,3%) cessaram o tabagismo, 20 homens (26,7%) e 41 mulheres (22,7%) não cessaram e 21 homens (26,6%) e 50 mulheres (29%) abandonaram o programa, não mostrando diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,90$ ) (Tabela 3).

No estudo de Luppi, Alves e Santos (2006), dentre os indivíduos que participaram efetivamente do programa, 35,9% obtiveram sucesso no tratamento, alcançando a abstinência, número inferior ao encontrado neste estudo. Haggstram et. al. (2001) em um serviço universitário para abandono do tabaco, relata que 30% dos pacientes abandonaram o programa na primeira semana e 49% pararam de fumar após o término do tratamento, em consonância com este estudo (47,8%) (Quadro 3).

Tabela 3–Perfil do tratamento dos indivíduos na amostra do estudo, no total e por sexo

Variáveis	Total (N = 253)		Homens (n = 77)		Mulheres (n = 176)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tratamento</b>							
Ausente	16	6,4	6	7,0	10	6,3	
Presente	237	93,6	71	93,0	166	93,7	0,65
<b>Medicamentos</b>							
Adesivo	196	77,2	58	75,3	138	78,8	0,39
Goma	4	1,6	1	1,3	3	1,8	0,64
Bupropiona	5	2,0	1	1,3	4	1,8	0,51
Nortriptilina	1	0,4	0	0,0	1	0,6	0,69
Adesivo + goma	9	3,6	1	1,3	8	4,2	0,55
Adesivo + Bupropiona	9	3,6	6	5,7	3	3,0	0,45
Adesivo + nortriptilina	13	5,2	4	2,9	9	6,6	0,40
<b>Numero de sessões</b>							
Presença em 1	19	7,6	6	7,8	13	7,4	
Presença em 2	33	13,0	11	14,2	22	12,5	
Presença em 3	21	8,3	5	6,5	16	9,1	
Presença em 4	180	71,1	55	71,5	125	71,0	0,90
<b>Desfecho</b>							
Não cessou tabagismo	61	23,9	20	26,7	41	22,7	
Cessou tabagismo	121	47,8	36	46,7	85	48,3	
Abandono	71	28,3	21	26,6	50	29,0	0,90

N – número total da amostra; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor.

Fonte: Próprio autor.

Quadro 3- Comparativo entre o estudo atual e outros da literatura em relação ao uso de tratamento farmacológico e medicamentos prescritos

	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>ADESIVO</b>	<b>BUPROPIONA</b>	<b>NORTRIPTILINA</b>	<b>GOMA</b>
<b>ESTUDO ATUAL</b>	93,6%	77,2%	2%	0,4%	0%
<b>AZEVEDO et. al.</b>	92,7%	27,2%	51,3%	32,2%	7%
<b>FRANÇA et.al.</b>	83%	----	----	----	----

Quadro 4 – Comparativo entre o estudo atual e outros da literatura em relação ao desfecho do tratamento

	<b>CESSOU TABAGISMO</b>	<b>NÃO CESSOU TABAGISMO</b>	<b>ABANDONOU TRATAMENTO</b>
<b>ESTUDO</b>	47,8%	23,9%	28,3%
<b>LUPPI, ALVES e SANTOS</b>	35,9%	----	----
<b>HAGGSTRAM et. al.</b>	49%	----	----

Para melhor compreensão do perfil dos indivíduos participantes no presente trabalho, realizou-se análise por subgrupo de indivíduos, de acordo com o desfecho encontrado: subgrupo que cessou o tabagismo; subgrupo que não cessou o tabagismo e subgrupo que abandonou o tratamento. Estas análises também foram realizadas no número total de participantes em cada subgrupo e por sexo.

No subgrupo que cessou o tabagismo, o número de usuários participantes foi de 121 (47,8% do total da amostra), sendo 36 indivíduos (29,7%) do sexo masculino e 85 (70,3%) do sexo feminino, sendo a diferença da frequência entre os sexos significativa com  $p < 0,001$ , ou seja, há significativamente mais mulheres neste grupo do que homens (Tabela 4).

A taxa de cessação do tabagismo alcançada neste estudo, em torno de 48%, mostra que o método que está sendo utilizado está condizente com relatos de sucesso descritos na literatura (LOW e TANG, 1995; HURT et.al. 1997; WESTMAN et. al., 1997; PROCHAZKA et.al., 1998; BLONDAL et.al., 1999; GLAXO WELLCOME, 1999; JORENBY et.al., 1999). No ambulatório estudado, os pacientes procuraram espontaneamente os grupos, portanto pode-se entender que esses dados são alentadores, argumento aplicável a estudos de delineamento semelhante, que avaliam resultados de clínicas especializadas em abandono do tabagismo.

No estudo de França et.al., 2015, a taxa de sucesso do tratamento foi de 75%, o que pode ser considerada elevada, quando comparado a este estudo e a outros serviços semelhantes no Brasil, com média de 40,0% a 50,0% de cessação (SALES et.al., 2006; PEIXOTO, FIRMO, LIMA-COSTA, 2007; SILVA et.al., 2011).

A idade média no subgrupo que cessou o tabagismo foi de 52,5 anos, com variação de idade entre 25 e 79 anos, não havendo diferença entre a média de idade entre os sexos, sendo entre os homens 52,6 anos e entre as mulheres 52,4 anos ( $p = 0,90$ ). A idade de início do tabagismo foi em média de 15,2 anos, com variação de idade de início do tabagismo entre 7 a 38 anos, também não havendo diferença entre os sexos, 15,6 anos entre os homens e 14,4 anos entre as mulheres ( $p = 0,22$ ) (Tabela 4).

Ainda neste subgrupo, 86 indivíduos (71%) reportavam outras comorbidades clínica além do tabagismo e 35 indivíduos (29%) não reportaram outras comorbidades clínicas. Na análise separada por sexo, 23 homens (63,9%) e 63 mulheres (74,2%) apresentavam outras comorbidades e 13 homens (36,1%) e 22 mulheres (25,8%) não

apresentavam outras comorbidades, não mostrando, portanto, diferença significativa entre homens e mulheres ( $p=0,18$ ) (Tabela 4).

Em relação à quantidade de cigarros consumida por dia, a maior parcela, 54 indivíduos (44,6%) consumiam de 11 a 20 cigarros/dia e 42 indivíduos (34,7%) consumiam mais de 31 cigarros por dia. Na análise separada por sexo, 13 homens (36,1%) e 41 mulheres (48,2%) consumiam de 11 a 20 cigarros/dia e 18 homens (50%) e 24 mulheres (28,3%) consumiam mais de 31 cigarros por dia, também não mostrando diferença significativa entre homens e mulheres ( $p=0,13$ ) (Tabela 4).

O Teste de Fagerström (avaliação da dependência à nicotina) neste subgrupo mostrou que a maior prevalência foi de dependência muito alta, em 36 dos usuários participantes (38%), seguida de alta em 45 (37,2%), de média em 16 (13,2%), de baixa em nove (7,4%) e de muito baixa em cinco (4,2%). A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p=0,02$ ), sendo que 18 homens (50%) e 28 mulheres (32,9%) apresentaram dependência muito alta, nove homens (25%) e 36 mulheres (42,3%) com dependência alta, sete homens (19,4%) e nove mulheres (10,6%) com dependência média, um homem (2,8%) e oito mulheres (9,4%) com dependência baixa e um homem (2,8%) e quatro mulheres (4,8%) com dependência muito baixa (Tabela 4).

Ainda, neste subgrupo, que cessou o tabagismo, a maioria, 48 pessoas (39,7%), reportava tentativa em parar de fumar anteriormente em pelo menos uma ocasião, 41 (33,9%) reportava três ou mais tentativas prévias de cessar tabagismo, 15 (12,4%) reportavam duas e 17 (14%) nunca haviam tentado parar de fumar anteriormente. A análise separada por sexo também não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p=0,30$ ), sendo que 19 homens (52,8%) e 29 mulheres (34,1%) tentaram parar uma vez, nove homens (25%) e 32 mulheres (37,7%) tentaram parar de fumar três ou mais vezes, quatro homens (11,1%) e 11 mulheres (12,9%) tentaram parar de fumar duas vezes e quatro homens (11,1%) e 13 mulheres (15,3%) nunca tentaram cessar o tabagismo (Tabela 4).

Entre os indivíduos deste subgrupo, 55 (45,4%) coabitava com outros dois tabagistas, 22 (18,2%) coabitavam com um tabagista e 44 (36,4%) não conviviam em mesmo domicílio com outro tabagista. Na análise separada por sexo, verificou-se que 16 homens (44,4%) e 39 mulheres (45,9%) coabitavam com dois tabagistas, cinco homens (13,9%) e 17 mulheres (20%) moravam com uma pessoa fumante e 15 homens (41,7%) e

29 mulheres (34,1%) não conviviam com nenhum tabagista, não mostrando novamente diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,62$ ) (Tabela 4).

Não foram encontrados estudos na literatura que fizessem análise por subgrupos (cessou tabagismo, não cessou tabagismo e abandonou o tratamento) como o realizado neste estudo, portanto não foi possível fazer comparações.

Tabela 4—Perfil dos indivíduos no subgrupo que cessou tabagismo, no total e por sexo.

Variáveis	Total (N = 121)		Homens (n = 36)		Mulheres (n = 85)		p
	Média (IC 95%)	Varição (anos)	Média (IC 95%)	Varição (anos)	Média (IC 95%)	Varição (anos)	
<b>Idade atual</b>	52,5 (50,7-54,3)	25-79	52,6 (50,4 – 54,7)	27-79	52,4 (48,8– 56,1)	25-70	0,90
<b>Idade de início</b>	15,2 (14,4 – 16,0)	7-38	15,6 (14,5 – 16,6)	7-38	14,4 (13,1 – 15,7)	7-23	0,22
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Participantes</b>	121	100	36	29,7	85	70,3	< 0,001
<b>Outras comorbidades</b>							
Ausente	35	29,0	13	36,1	22	25,8	
Presente	86	71,0	23	63,9	63	74,2	0,18
<b>Número de cigarros/dia</b>							
≤ 10 cigarros	14	11,6	2	5,6	12	14,1	
11 - 20 cigarros	54	44,6	13	36,1	41	48,2	
21 - 30 cigarros	11	9,1	3	8,3	8	9,4	
≥ 31 cigarros	42	34,7	18	50,0	24	28,3	0,13
<b>Teste de Fagerstron</b>							
Muito baixo	5	4,2	1	2,8	4	4,8	
Baixo	9	7,4	1	2,8	8	9,4	
Médio	16	13,2	7	19,4	9	10,6	
Alto	45	37,2	9	25,0	36	42,3	
Muito alto	46	38,0	18	50,0	28	32,9	0,02
<b>Tentativas de abandono</b>							
nenhuma	17	14,0	4	11,1	13	15,3	
1	48	39,7	19	52,8	29	34,1	
2	15	12,4	4	11,1	11	12,9	
≥ 3	41	33,9	9	25,0	32	37,7	0,30
<b>Outros fumantes</b>							
0	44	36,4	15	41,7	29	34,1	
1	22	18,2	5	13,9	17	20,0	
2	55	45,4	16	44,4	39	45,9	0,62

N – número total da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – p valor

Fonte: próprio autor

Todos os participantes que cessaram tabagismo receberam algum tipo de medicamento durante o período de tratamento, não havendo diferença entre os sexos (Tabela 5). O adesivo de nicotina isoladamente foi prescrito para 99 indivíduos (82%). Em 10 indivíduos (8,3%), o adesivo de nicotina foi utilizado em associação com a nortriptilina. Cinco pacientes (4,1%) receberam adesivo associado com bupropiona, três (2,4%) receberam a associação de adesivo de nicotina mais goma e dois (1,6%) receberam apenas bupropiona. A goma foi prescrita isoladamente em apenas um caso (0,8%) e a nortriptilina também em apenas um paciente (0,8%) (Tabela 5). Mais uma vez, a análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que 30 homens (83,2%) e 69 mulheres (83,1%) usaram apenas o adesivo de nicotina ( $p= 0,89$ ), dois homens (5,6%) e oito mulheres (9,4%) usaram o adesivo associado com nortriptilina ( $p= 0,48$ ), um homem (2,8%) e quatro mulheres (4,7%) usaram adesivo associado com bupropiona ( $p= 0,62$ ), um homem (2,8%) e duas mulheres (2,4%) usaram adesivo associado com goma ( $p= 0,89$ ), um homem (2,8%) e uma mulher (1,2 %) usaram apenas bupropiona ( $p= 0,53$ ), a goma foi prescrita apenas para um homem (2,8%) ( $p= 0,12$ ) e a nortriptilina foi utilizada em apenas uma mulher (1,2%) ( $p= 0,51$ ) (Tabela 5)

Tabela 5–Perfil do tratamento dos indivíduos no subgrupo que cessou tabagismo, no total e por sexo

Variáveis	Total (N = 121)		Homens (n = 36)		Mulheres (n = 85)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tratamento</b>							
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Presente	121	100	36	100	85	100	0,12
<b>Medicamentos</b>							
Adesivo	99	82,0	30	83,2	69	81,1	0,89
Goma	1	0,8	1	2,8	0	0,0	0,12
Bupropiona	2	1,6	1	2,8	1	1,2	0,53
Nortriptilina	1	0,8	0	0,0	1	1,2	0,51
Adesivo + goma	3	2,4	1	2,8	2	2,4	0,89
Adesivo + Bupropiona	5	4,1	1	2,8	4	4,7	0,62
Adesivo + nortriptilina	10	8,3	2	5,6	8	9,4	0,48
<b>Numero de sessões</b>							
Presença em 1	0	0,0	0	0	0	0	
Presença em 2	0	0,0	0	0	0	0	
Presença em 3	0	0,0	0	0	0	0	
Presença em 4	121	100	36	100	85	0	1,00

N – número total da amostra; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor.

Fonte: Próprio autor.

Ao final das quatro sessões, 61 indivíduos (24,1%) não conseguiram cessar o tabagismo, sendo 20 homens (32,8%) e 41 mulheres (67,2%) e esta diferença de frequência entre os sexos foi significativa ( $p < 0,001$ ). A idade média atual foi de 52,9 anos, com variação entre 23 e 75 anos, sendo 52,6 anos entre os homens e 53,1 anos entre as mulheres, não apresentando diferença significativa entre os sexos ( $p = 0,90$ ). A idade média de início do tabagismo foi de 14 anos, com variação de 7 a 36 anos de idade, sendo 13,1 anos entre os homens e 15,2 anos entre as mulheres, não apresentando diferença entre os sexos ( $p = 0,21$ ) (Tabela 6).

Em relação a presença de comorbidades, encontrou-se 49 usuários participantes (80,3%) com outra doença associada, sendo 17 indivíduos do sexo masculino (85%) e 32 do sexo feminino (78,1%). A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,73$ ), sendo que 17 homens (85%) e 32 mulheres (78,1%) apresentaram outras comorbidades e três homens (15%) e nove mulheres (21,9%) não apresentaram outras comorbidades associadas ao tabagismo (Tabela 6).

Em relação à quantidade de cigarros consumida por dia, a maior parcela, 24 usuários (39,3%) consumiam de 11 a 20 cigarros/dia e 14 (23%) consumiam mais de 31 cigarros por dia. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,19$ ), sendo que seis homens (30%) e 18 mulheres (44%) consumiam de 11 a 20 cigarros/dia e oito homens (23%) e seis mulheres (14,6%) consumiam mais de 31 cigarros/dia (Tabela 6). A maioria apresentava Teste de Fagerström entre alto, 21 pacientes (34,4%) ou muito alto, 19 (31,2%), seguidos dos resultados média dependência, 11 (18%), baixa dependência, oito (13,1%) e muito baixa dependência, dois (3,3%) e a análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que oito homens (40%) e 11 mulheres (26,9%) mostraram dependência muito alta, cinco homens (25%) e 16 mulheres (39%) dependência alta, cinco homens (25%) e seis mulheres (14,6%) dependência média, dois homens (10%) e seis mulheres (14,6%) dependência baixa e apenas duas mulheres (4,9%) apresentaram dependência muito baixa (Tabela 6).

Entre os indivíduos que não cessaram o tabagismo, 31 participantes (50,8%) já haviam tido uma tentativa de parar de fumar prévia, 15 (24,6%) nunca haviam tentado parar de fumar, para seis (9,8%) participantes já era a segunda tentativa e nove (14,8%) reportavam já ter tentado parar de fumar três vezes ou mais no passado. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,90$ ), sendo que

nove homens (45%) e 22 mulheres (53,7%) já haviam tentado parar de fumar uma única vez, seis homens (30%) e nove mulheres (21,9%) nunca haviam tentado, dois homens (10%) e quatro mulheres (9,8%) já haviam tentado parar por duas vezes e três homens (15%) e seis mulheres (14,6%) já tentaram três vezes ou mais cessar o tabagismo (Tabela 6).

A maioria coabitava com outros fumantes, sendo que 16 participantes (26,2%) conviviam com um fumante em domicílio, 20 (32,8%) com dois fumantes em domicílio e 25 indivíduos (41%) não reportavam presença de outros tabagistas em casa. A análise separada por sexo também não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,23$ ), sendo que cinco homens (25%) e 11 mulheres (26,8%) coabitavam com uma pessoa fumante, quatro homens (20%) e 16 mulheres (39%) com dois fumantes e 11 homens (55%) e 14 mulheres (34,2%) não moravam com outros tabagistas (Tabela 6).

Tabela 6–Perfil dos indivíduos no subgrupo que não cessou tabagismo, no total e por sexo

Variáveis	Total (N = 61)		Homens (n = 20)		Mulheres (n = 41)		p
	Média (IC 95%)	Variação (anos)	Média (IC 95%)	Variação (anos)	Média (IC 95%)	Variação (anos)	
<b>Idade atual</b>	52,9 (49,6 – 56,2)	23-75	52,6 (46,6 – 58,7)	25-72	53,1 (49,0 - 57,1)	23-75	0,90
<b>Idade de início</b>	14 (12,9 – 16,0)	7-36	13,1 (11,2 – 15,1)	7-27	15,2 (13,1 - 17,2)	7-36	0,21
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Participantes</b>	61	100	20	32,8	41	67,2	< 0,001
<b>Outras comorbidades</b>							
Ausente	12	19,7	3	15,0	9	21,9	
Presente	49	80,3	17	85,0	32	78,1	0,73
<b>Número de cigarros/dia</b>							
≤ 10 cigarros	13	21,3	3	15,0	10	24,4	
11 - 20 cigarros	24	39,3	6	30,0	18	44,0	
21 - 30 cigarros	10	16,4	3	15,0	7	17,0	
≥ 31 cigarros	14	23,0	8	40,0	6	14,6	0,19
<b>Teste de Fagerstron</b>							
Muito baixo	2	3,3	0	0,0	2	4,9	
Baixo	8	13,1	2	10,0	6	14,6	
Médio	11	18,0	5	25,0	6	14,6	
Alto	21	34,4	5	25,0	16	39,0	
Muito alto	19	31,2	8	40,0	11	26,9	0,51
<b>Tentativas de abandono</b>							
nenhuma	15	24,6	6	30,0	9	21,9	
1	31	50,8	9	45,0	22	53,7	
2	6	9,8	2	10,0	4	9,8	
≥3	9	14,8	3	15,0	6	14,6	0,90
<b>Outros fumantes</b>							
0	25	41,0	11	55,0	14	34,2	
1	16	26,2	5	25,0	11	26,8	
2	20	32,8	4	20,0	16	39,0	0,23

N – número total da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor

Fonte: Próprio autor.

Todos os participantes neste subgrupo que não cessou tabagismo receberam algum tipo de tratamento medicamentoso associado. O adesivo de nicotina isoladamente foi prescrito para 50 indivíduos (82%). Em seis (9,8%), o adesivo de nicotina foi utilizado em associação com a goma de nicotina. Dois (3,4%) receberam apenas goma de nicotina, um (1,6%) recebeu somente a bupropiona, um (1,6%) recebeu adesivo de nicotina associado a bupropiona e um (1,6%) a associação de adesivo de nicotina e nortriptilina (Tabela 7). A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que 17 homens (85%) e 33 mulheres (80,5%) fizeram apenas uso de adesivo de nicotina ( $p= 0,52$ ), dois homens (10%) e quatro mulheres (9,8%) utilizaram adesivo associado com goma de nicotina ( $p= 0,72$ ), duas mulheres (4,9%) receberam apenas goma de nicotina ( $p= 0,31$ ), uma mulher (2,4%) recebeu apenas bupropiona ( $p= 0,48$ ) e somente um homem (5%) utilizou adesivo associado com nortriptilina ( $p= 0,14$ ) (Tabela 7).

Obrigatoriamente, para poder ser categorizado entre o grupo que cessou o tabagismo e o que não cessou, havia a necessidade de comparecimento nas quatro sessões de tratamento. Assim sendo, os 61 indivíduos neste subgrupo compareceram às quatro sessões (Tabela 7).

Tabela 7–Perfil do tratamento dos indivíduos no subgrupo que não cessou tabagismo, no total e por sexo

Variáveis	Total (N=61)		Homens (n=20)		Mulheres (n=41)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tratamento</b>							
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Presente	61	100,0	20	100,0	41	100,0	0,14
<b>Medicamentos</b>							
Adesivo	50	82,0	17	85,0	33	80,5	0,52
Goma	2	3,4	0	0,0	2	4,9	0,31
Bupropiona	1	1,6	0	0,0	1	2,4	0,48
Nortriptilina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Adesivo + goma	6	9,8	2	10,0	4	9,8	0,72
Adesivo + Bupropiona	1	1,6	0	0,0	1	2,4	0,49
Adesivo + nortriptilina	1	1,6	1	5,0	0	0,0	0,14
<b>Numero de sessões</b>							
Presença em 1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Presença em 2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Presença em 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Presença em 4	61	100,0	20	100,0	41	100,0	1,00

N – número total da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor.

Fonte: Próprio autor.

No subgrupo que abandonou o tratamento, ou seja, aqueles indivíduos que não compareceram às quatro (04) sessões obrigatórias de tratamento, 20 eram do sexo masculino (28,2) e 51 eram do sexo feminino (71,8%), num total de 71 indivíduos. A diferença de frequência encontrada entre os sexos foi significativa ( $p < 0,001$ ) (Tabela 8).

A idade média atual no subgrupo que abandonou o tabagismo foi de 52,8 anos, com variação de idade entre 23 e 75 anos de idade, não sendo encontrada diferença entre os sexos ( $p = 0,18$ ), ficando em 52,6 anos na população masculina e 52,9 anos na população feminina. Já a idade de início de tabagismo foi em média de 14,6 anos, variando entre sete e 36 anos de idade e não houve diferença significativa entre os sexos ( $p = 0,93$ ), com a média de 13,1 anos para os homens e 15,3 anos para as mulheres (Tabela 8).

Em 53 indivíduos (74,7%) deste subgrupo foi reportada alguma outra comorbidades e a análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,57$ ), sendo que 14 homens (70%) e 39 mulheres (76,5%) apresentavam outras comorbidades ( $p = 0,57$ ) (Tabela 8).

A maioria, 37 indivíduos (52,1%), fumava entre 11 e 20 cigarros por dia, seguido de 17 participantes (23,9%) que consumiam mais de 31 cigarros/dia, 10 (14,1%) consumiam entre 21 e 30 cigarros/dia, e sete (9,9%) menos de 10 cigarros/dia. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,97$ ), sendo que 11 homens (55%) e 26 mulheres (51%) consumiam entre 11 e 20 cigarros por dia, quatro homens (20%) e 13 mulheres (25,5%) 31 ou mais cigarros por dia, três homens (15%) e sete mulheres (13,7%) entre 21 a 30 cigarros/dia e dois homens (10%) e cinco mulheres (9,8%) menos de 10 cigarros por dia (Tabela 8).

No subgrupo que abandonou o tratamento, a maioria apresentava resultado do Teste de Fagerström entre muito alto, 25 usuários (35,2%) e alto, 22 usuários (32%). Os demais participantes inclusos neste subgrupo apresentaram resultado do Teste de Fagerström entre médio, 12 (16,9%), baixo, 10 (14,1%) e muito baixo, dois (2,8%) (Tabela 8). A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,99$ ), sendo que sete homens (35%) e 18 mulheres (35,3%) apresentavam dependência muito alta, seis homens (30%) e 16 mulheres (31,4%) alta, quatro homens (20%) e oito mulheres (15,7%) média, três homens (15%) e sete mulheres (13,7%) baixa e apenas duas mulheres (3,9%) apresentavam dependência muito baixa (Tabela 8).

Quando observamos as tentativas de parar de fumar prévias neste subgrupo, 18 indivíduos (25,4%) nunca haviam tentado antes, mas a grande maioria já havia realizado

alguma tentativa prévia de cessar o tabagismo em: uma tentativa, 28 indivíduos (39,45), duas tentativas, 10 (14,1%) ou  $\geq$  três tentativas, 15 (21,1%). A análise separada por sexo também não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,76$ ), sendo que sete homens (35%) e 11 mulheres (21,6%) nunca haviam tentado parar de fumar, sete homens (35%) e 21 mulheres (41,1%) haviam tentado apenas uma única vez, dois homens (10%) e oito mulheres (15,7%) haviam tentado duas vezes e quatro homens (20%) e 11 mulheres (21,6%) haviam tentado cessar o tabagismo por três ou mais vezes (Tabela 8).

A maioria neste subgrupo também coabitava com outro tabagista, sendo que 27 (38%) com um outro tabagista e 28 (39,5%) com dois outros tabagistas, restando apenas 16 (22,5%) que não coabitavam com outros tabagistas em domicílio. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre os sexos ( $p= 0,78$ ), sendo que cinco homens (25%) e 11 mulheres (21,6%) não moravam com outro tabagista, oito homens (40%) e 19 mulheres (37,2%) coabitavam com apenas um fumante e sete homens (35%) e 21 mulheres (41,2%) conviviam com dois tabagistas em domicílio (Tabela 8).

A convivência com outros tabagistas em domicílio diminui a chance de abandono, e demonstra a necessidade de estratégias para a inclusão dos demais moradores fumantes no tratamento (DOREA; BOTELHO, 2004).

Tabela 8 – Perfil dos indivíduos no subgrupo que abandonou o tratamento, no total e por sexo

Variáveis	Total (N=71)		Homens (n=20)		Mulheres (n=51)		p
	Média (IC95%)	Variação (anos)	Média (IC95%)	Variação (anos)	Média (IC95%)	Variação (anos)	
<b>Idade atual</b>	52,8 (49,4 - 56,2)	23-75	52,6 (46,6 – 58,7)	25-72	52,9(48,8 – 57,0)	23-75	0,18
<b>Idade de início</b>	14,6 (13,1 - 16,1)	7-36	13,1 (11,2 – 15,1)	7-27	15,3 (13,3 - 17,4)	7-36	0,93
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Participantes</b>	71	100	20	28,2	51	71,8	< 0,001
<b>Outras comorbidades</b>							
Ausente	18	25,3	6	30,0	12	23,5	
Presente	53	74,7	14	70,0	39	76,5	0,57
<b>Número de cigarros/dia</b>							
≤ 10 cigarros	7	9,9	2	10,0	5	9,8	
11 - 20 cigarros	37	52,1	11	55,0	26	51,0	
21 - 30 cigarros	10	14,1	3	15,0	7	13,7	
≥ 31 cigarros	17	23,9	4	20,0	13	25,5	0,97
<b>Teste de Fagerstron</b>							
Muito baixo	2	2,8	0	0,0	2	3,9	
Baixo	10	14,1	3	15,0	7	13,7	
médio	12	16,9	4	20,0	8	15,7	
Alto	22	31,0	6	30,0	16	31,4	0,99
Muito alto	25	35,2	7	35,0	18	35,3	
<b>Tentativas de abandono</b>							
nenhuma	18	25,4	7	35,0	11	21,6	
1	28	39,4	7	35,0	21	41,1	
2	10	14,1	2	10,0	8	15,7	
≥ 3	15	21,1	4	20,0	11	21,6	0,76
<b>Outros fumantes</b>							
0	16	22,5	5	25,0	11	21,6	
1	27	38,0	8	40,0	19	37,2	
2	28	39,5	7	35,0	21	41,2	0,78

N – número total da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor

Fonte: Próprio autor.

Em relação ao tratamento medicamentoso, no subgrupo que abandonou o tratamento, 55 usuários (77,4%) receberam algum tipo de prescrição de medicamento, enquanto 16 (22,6%) não receberam prescrição de medicamentos. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,42$ ), sendo que 15 homens (75%) e 40 mulheres (80,4%) receberam medicamento e seis homens (25%) e 10 mulheres (19,6%) não receberam tratamento medicamentoso (Tabela 9).

O adesivo de nicotina isoladamente foi prescrito para 46 participantes (64,8%). Em três (4,2%), o adesivo de nicotina foi utilizado em associação com a bupropiona. Dois (2,8%) receberam apenas bupropiona, outros dois (2,8%) receberam associação de adesivo de nicotina e nortriptilina, um (1,4%) recebeu apenas goma e um (1,4%) recebeu associação de adesivo de nicotina e goma. A análise separada por sexo também não mostraram diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que foi prescrito somente adesivo de nicotina para 14 homens (70%) e 32 mulheres (64,4%) ( $p = 0,59$ ), em um homem (5%) e duas mulheres (4%) foi associado adesivo de nicotina com bupropiona ( $p= 0,66$ ), em apenas duas mulheres (4%) foi indicado apenas a bupropiona ( $p= 0,49$ ), duas mulheres receberam associação de adesivo de nicotina com nortriptilina ( $p= 0,49$ ), apenas uma mulher (2%) recebeu goma ( $p= 0,70$ ) e uma mulher (2%) recebeu adesivo associado à goma ( $p= 0,70$ ) (Tabela 9).

Nenhum participante deste subgrupo compareceu a todas as quatro sessões, 30 participantes (42,2%) compareceram em duas sessões, 20 (28,2%) compareceram em três sessões e 21 (29,6%) compareceram em apenas uma sessão. A análise separada por sexo não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres ( $p= 0,94$ ), sendo que seis homens (30%) e 15 mulheres (29,4%) compareceram em apenas uma única sessão, nove homens (45%) e 21 mulheres (41,2%) em duas sessões e cinco homens (25%) e 15 mulheres (29,4%) em três sessões (Tabela 9).

**Tabela 9**–Perfil do tratamento dos indivíduos no subgrupo que abandonou o tratamento no total e por sexo

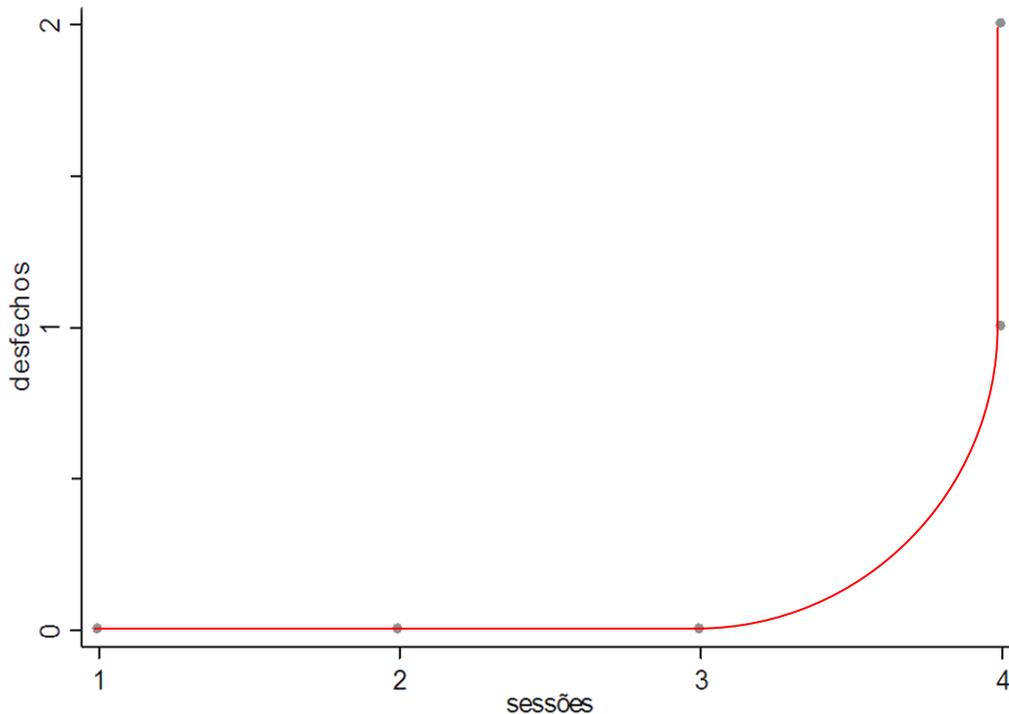
Variáveis	Total (N=71)		Homens (n=21)		Mulheres (n=50)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tratamento clínico</b>							
Ausente	16	22,6	6	25,0	10	19,6	
Presente	55	77,4	15	75,0	40	80,4	0,42
<b>Medicamentos</b>							
Adesivo	46	64,8	14	70,0	32	64,4	0,59
Goma	1	1,4	0	0,0	1	2,0	0,70
Bupropiona	2	2,8	0	0,0	2	4,0	0,49
Nortriptilina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Adesivo + goma	1	1,4	0	0,0	1	2,0	0,70
Adesivo + Bupropiona	3	4,2	1	5,0	2	4,0	0,66
Adesivo + nortriptilina	2	2,8	0	0,0	2	4,0	0,49
<b>Numero de sessões</b>							
Presença em 1	21	29,6	6	30,0	15	29,4	
Presença em 2	30	42,2	9	45,0	21	41,2	
Presença em 3	20	28,2	5	25,0	15	29,4	
Presença em 4	00	0,0	00	0,0	00	0,0	0,94

N – número total da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; n – indivíduos sob a condição avaliada; p – pvalor

Fonte: Próprio autor.

Seria esperado que quanto maior a presença nas sessões de tratamento para cessar o tabagismo, maior a chance de se obter sucesso e isso é verdadeiro em nossa amostra com uma forte correlação entre número de sessões e cessação de tabagismo ( $R = 0,80$ ) (Gráfico 1).

**Gráfico 1- Correlação entre o número de sessões e o desfecho no total da amostra**



Desfechos: 0 -Abandono de tratamento ; 1 - Não cessou tabagismo; 2 - Cessou tabagismo

Sessões: 1 - presença em uma sessão; 2 - presença em duas sessões; 3 - presença em três sessões;

4 - presença em quatro sessões.

Quando avaliamos a correlação entre o consumo de cigarros diário e os desfechos do estudo, encontramos uma correlação fraca ( $R = 0,06$ ). A correlação também foi fraca ao analisarmos a presença de outros tabagistas em domicílio e os desfechos propostos no estudo ( $R = 0,02$ ).

A correlação entre dependência a nicotina, avaliada pelo Teste de Fagerström e os desfechos propostos também apresentaram correlação fraca ( $R = 0,03$ ).

## 5. CONCLUSÃO

O presente estudo apresenta limitações, entre elas, pode-se apontar a pequena amostra de tabagistas (253); o seu caráter retrospectivo, apenas com dados que foram anotados nos prontuários dos pacientes, pela equipe multiprofissional, que não diferencia por exemplo, as comorbidades físicas das psiquiátricas, nem avalia a condição socioeconômica e a escolaridade dos sujeitos; o seu caráter transversal, que não permite interpretação da influência causal e seu caráter observacional e de se extrapolar o perfil de tabagistas para outras populações. As anotações médicas nos prontuários trouxe dificuldade na coleta de dados por falta de informações, portanto sugere-se a elaboração de uma ficha complementar, que facilite levantamento de dados, contribuindo para melhoria do serviço, garantindo a qualidade da assistência, a comunicação entre os profissionais, tornando assim a documentação legal.

Os resultados mostraram que a maioria dos fumantes, que procuraram o Ambulatório de Cessação ao Tabagismo do NGA/59, foi do gênero feminino, com grau elevado ou muito elevado de dependência à nicotina, fumavam entre 11 a 20 cigarros por dia, já haviam tentado parar de fumar e coabitavam com outros tabagistas. Faz-se necessário criar estratégias para atrair o público masculino e avaliar a razão de menor procura por esta população, que tem elevada taxa de morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. A criação de horários alternativos pode ser uma estratégia interessante, pois a maioria não pode frequentar as reuniões no horário comercial.

Na correlação entre o número de sessões frequentadas e os diferentes desfechos o estudo mostrou que, quanto maior a frequência nas sessões, maior a chance de se obter sucesso. Quanto à correlação entre os cigarros diários consumidos, presença de outros tabagistas em domicílio e a dependência à nicotina, avaliada pelo Teste de Fagerström, os desfechos apresentaram correlação fraca.

É relatado pela maioria dos fumantes que deseja parar de fumar as dificuldades encontradas, apesar de estar consciente dos malefícios do tabaco à sua saúde, como desconforto da abstinência, a dificuldade de chegar aos programas de abandono do tabaco, e a distribuição dos medicamentos na rede pública, e o encaminhamento inadequado ou tardio dos profissionais médicos.

Neste estudo, a atuação da equipe multidisciplinar foi relevante no resultado obtido (47,8% abandonaram o tabagismo), ajudando os participantes a enfrentar as dificuldades encontradas quando se para de fumar, esclarecendo sobre os danos causados pelo cigarro, os benefícios do abandono, orientando quanto às mudanças comportamentais, nutricionais e outras.

Este estudo conclui que é de suma importância conhecer as características da clientela atendida nos ambulatórios de cessação do tabagismo, para avaliar as estratégias empregadas e adequar as propostas de tratamento, com a finalidade de melhorar as taxas de cessação do tabaco e reduzir os índices de recaída.

## REFERÊNCIAS

ACHE, B.I.C.S.; KAHAN, F.; FITERMAN, J. Prevalência de sintomas de asma e tratamento de crianças e adolescentes de 2 a 14 anos no Campus Aproximado da PUCRS. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.31, n.2, p. 103-110, 2005.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2000. Atlanta: **American Cancer Society**. p.12-13, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM IV).4<sup>a</sup>.ed. Washington: **American Psychiatric Association**, 1994.

\_\_\_\_\_. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. **American Journal Psychiatry**, p.1-31, 1996.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **A Anvisa na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco**, pag. 07. Brasília, 2009. Disponível em:<portal.anvisa.gov.br/.../A+ANVISA+NA+REDUÇÃO+À+EXPOSIÇÃO+I...> Acesso em: 28fev. 2015.

APPEL, D.W.; ALDRICH, T.K. Smoking cessation in the elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**. USA, v. 19, n. 1, p. 77-100, 2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Diretrizes em foco –Tabagismo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, SP, v. 56, n. 2, p. 134-137, 2010.

AZEVEDO, R.C.S.; HIGA, C.M.H.; ASSUMPÇÃO, I.S.M.A.; FRAZATTO, C.R.G.; FERNANDES, R.F.; GOULART, W.; BOTEAGA, N.J.; BOSCOLO, M.M.; SARTORI, R.M. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 55, n. 5, p. 593-596, 2009.

BEJEROT, S.; VON KNORRING, L.; EKSELIUS, L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. **European Psychiatry**, USA, v. 15, n. 7, p. 395-401, 2000.

BENOWITZ, N.L.; JACOB, P 3<sup>rd</sup>; KOSLOWSKY, L.T; YU, L. Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v.315, p.1310-1313, 1985.

BENOWITZ, N. L. Nicotine addiction. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 26, n. 3, p. 611-631, 1999.

BLACK, D.W.; ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W.H. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. **Annals of Clinical Psychiatry**. Iowa City, USA, v. 11, n. 3, p.129-36, 1999.

BLONDAL, T.; GUDMUNDSSON, L.J.; OLAFSDOTTIR, I.; GUSTAVSSON, G.; WESTIN, A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow-up. **British Medical Journal**, v. 318, n.7179, p.2898-2900, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 442/2004. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <[www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)>. Acesso em: 10out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília (DF); 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília (DF); 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro, 1ª (ed), 26 p, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Manual de Orientações Dia Mundial Sem Tabaco 2008 (31 de maio) “Juventude Livre do Tabaco”**. Rio de Janeiro, RJ, 2008. Disponível em: <[bvsmis.saude.gov.br/bvs/.../manual\\_dia\\_mundial\\_sem\\_tabaco2008.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/.../manual_dia_mundial_sem_tabaco2008.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação São Paulo**, pag. 22. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mulheres gastam 12% do salário com cigarros**. Brasília, 2010. Disponível em:<[www.inca.gov.br/wps/wcm/.../dia\\_mundial\\_sem\\_tabaco\\_2010](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/.../dia_mundial_sem_tabaco_2010)>. Acesso em 03mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 148 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Pare de fumar - Atualidades sobre Tabagismo**. Brasília, 2011b. Disponível em: <[www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1605](http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1605)>. Acesso em: 03mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 58p, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Pare de fumar – Atualidades sobre Tabagismo**. Brasília, 2012. Disponível em:<[www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2067](http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2067)>. Acesso em 04mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2013. Disponível em:

<portal.saude.saude.gov.br/images/.../2014/.../Lancamento-Vigitel-28-04-ok....> Acesso em: 28 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Brasília, 2014a. Disponível em:

<www2.inca.gov.br/wps/wcm/...tabagismo/apresentação>. Acesso em: 03 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Aumento de impostos sobre produtos de tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 22p, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Por causar dependência, fornecer cigarro a adolescente é crime**. Brasília, 2014c. Disponível

em: <www2.inca.gov.br/.../por\_causar\_dependencia\_fornecer\_cigarro\_a+\_adolescente\_e\_crime>. Acesso em 03 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Lei nº 13.043 de 13 de novembro de 2014**. Brasília, 2014d.

Disponível em: <www.planalto.gov.br/.../\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm>. Acesso em 20 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Brasília, 2015. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\_controle\_tabaco/site/home/> Acesso em: 09 mar. 2015.

BRATZLER, D. W.; OEHLERT, W.H, AUSTELLE, A. Smoking in the elderly--it's never too late to quit. **Journal Oklahoma State Medicine Association**. USA, v. 95, n. 3, p. 185-91, 2002.

BRESLAU, N.; PETERSON, E.L.; SCHULTZ, L.R.; CHILCOAT, H.D.; ANDRESKI, P. Major Depression and stages of smoking: A longitudinal investigation. **Archives General Psychiatry**, v.55, n.2, p.161-166, 1998.

CARAM, L.M.O.; FERRARI, R.; TANNI, S.E.; COELHO, L.S.; GODOY, I.; MARTIM, R.S.S.; GODOY, I. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 980-985, 2009.

CASTRO, M.R.P.; MATSUO, T.; NUNES, S.O.V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Us Center for Chronic disease prevention and health promotion. **The health benefits of smoking cessation**: a report of the Surgeon General. CDC. Rockville, USA, 35 p., 1990.

COELHO, S.A.; ROCHA, S.A.; JONG, L.C. Consequências do tabagismo passivo em crianças. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 294-301, 2012.

DEL CIAMPO, L.A., RICCO, R.G., FERRAZ, I.S., DANELUZZI, J.C., MARTINELLI, C.E. JR. Prevalence of smoking and alcohol consumption among mothers of infants under six months age. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.4, n.27, p.361-365, 2009.

DE LEON, J.; DADVAND, M.; CANUSO, C.; WHITE, A. O.; STANILLA, J.K.; SIMPSON, G.M. Schizophrenia and smoking. An epidemiological survey in a state hospital. **American Journal of Psychiatry**. USA, v.152, n. 3, p.453-455, 1995.

DIFRANZA, J.R.; ALIGNE, C.A.; WEITZMAN, M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. **Journal of Pediatrics**. USA, v. 113, n. 4, p. 1007-15, 2004.

DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. Smoking cessation interventions and older adults **Progress in Cardiovascular Nursing**, v.23, n. 3, p. 119-127, 2008.

DOMINO, E.F. Tobacco smoking and nicotine neuropsychopharmacology: some future research directions. **Neuropsychopharmacology**, Michigan, USA, v. 18, n. 6, p. 456-468, 1998.

DOREA, A.J.P.; BOTELHO, C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.30, n.2, p. S41-S46, 2004.

DUPONT, R.L.; GOLD, M.S. Withdrawal and reward: implications for detoxification and relapse prevention. **Psychiatric Annals**. USA, v.25, n. 11, p. 663-668, 1995.

EISNER, M.D.; BALMES, J.; KATZ, P.P.; TRUPIN, L.; YELIN, E.H.; BLANC, P.D. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. **Environmental Health**. San Francisco, USA, v. 4, n. 1, p.7, 2005.

ERSHOFF, D.H.; MULLEN, P.D.; QUINN, V.P. A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. **American Journal Public Health**. USA, v.79, n.2, p.182-187, 1989.

FAGERSTRÖM, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**. USA, v. 3, n. 3-4, p. 235-41, 1978.

FAGERSTROM, K.O.; SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**. USA, v.12, n.2, p.159-82, 1989.

FIGUEIREDO, V.; REICHENHEIM, M.; SZKLO, M.; SZKLO, A.; LOZANA, J. **Declínio da prevalência de tabagismo em 14 capitais brasileiras entre 1989 e 2002-2003 e sua relação com as medidas de controle do tabaco desenvolvidas no Brasil**, 2007.

FIORE, M. Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. **Public Health Service**. Rockville, USA, v. 283, n. 24, p. 3244-54, 2000.

FRANÇA, S.A.S.; NEVES, A.L.F.; SOUZA, T.A.S.; MARTINS, N.C.N.; CARNEIRO, S. R.; SARGES, E.S.N.F.; SOUZA, M.F.A.H. Fatores associados à cessação do tabagismo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 10, p.1-8, 2015.

GILBERT, D.G.; GILBERT, D.O. Personality, psychopathology, and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. **Behavior Genetics**. India, v.25, n. 32, p.133-147, 1995.

GLAUSER, S.C.; GLAUSER, E.M.; REIDENBERG, M.M.; RUSYBE; TALLARIDA, R.J. Metabolic changes associated with cessation of cigarette smoking. **Archives of Environmental Health An International Journal**. USA, v. 20, n. 3, p. 377-381, 1970.

GLAXO WELLCOME. **Zyban (bupropiona)**:monografia. Uxbridge: Glaxo Wellcome. 1ª ed. Rio de Janeiro: Glaxo-Wellcome, p. 1-52, 1999.

HAGGSTRÄM F. M.; CHATIKIN J. M. Dependência à nicotina. In: VIEGAS C. A. A. **Tabagismos do Diagnóstico à Saúde Pública**. São Paulo: Atheneu, cap. 3, p. 25-32, 2007.

HAGGSTRÄM, F. M.;CHATKIN, J.M.;CAVALET-BLANCO,D.;RODIN, V.;FRITSCHER,C.C. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 255-261, 2001.

HEATHERTON, T.F.; KOZLOWSKI, L.T.; FRECKER, R.C.;FAGERSTRÖM,K.O.TheFagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.**British Journal of Addiction**.USA, v.86, n.9, p.1119-1127, 1991.

HERRAN, A.; SANTIAGO, A.; SANDOYA, M.; FERNÁNDEZ, M.J.; DÍEZ-MAMRIQUE, J.F.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. Determinants of smoking behaviour in outpatients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**. USA, v. 41, n. 2, p.373-381, 2000.

HORTA, B.L.; CALHEIROS, P.; PINHEIRO, R.T.; TOMASI, E.; AMARAL, K.C. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n.2, p. 159-164, 2001.

HUGHES, J.R.; GOLDSTEIN, M.G.; HURT, R.D.; SHIFFMAN, S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. **The Journal of the American Medical Association**. USA,v. 281, n. 1, p.72-76, 1999.

HUGHES, J.R. Why does smoking so often produce dependence? A somewhat different view. **Journal Tobacco Control**. Burlington, USA. v. 10, n. 1, p. 62-4, 2001.

HURT, R.D.; SACHS, D.P.L.; GLOVER, E.D.; OFFORD, K.P.; JOHNSTON, J.A.; DALE, L.C. et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. **The New England Journal of Medicine**.USA, v. 337, n. 17, p. 1195-1202, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Ribeirão Preto - SP **Dados Básicos; População; Economia; Outros; Histórico; Fontes dos dados**. 2010.

Disponível em:<[www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354340](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354340)> Acesso em: 01out. 2014.

\_\_\_\_\_. Cigarro mata mais de cinco milhões de pessoas, segundo OMS. 2013a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>>. Acesso em: 01out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde:** percepção do estado de saúde, estilo de vidas e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER.IARC. **Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.** Lyon, France, 27 p., 1986.

JOENBY, D.E.; LEISCHOW, S.J.; NIDES, M.A.; RENNARD, S.I.; JOHNSTON, J.A.; HUGHES, A.R.; SMITH, S.S.; MURAMOTO, M.L.; DAUGHTON, D.M.; DOAN, K.; FIORE, M.C.; BAKER, T.B. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. **The New England Journal of Medicine.**USA, v. 340, n. 9, p. 685-691, 1999.

KAREN, S.K.K.; OLIVEIRA, M.L.; PÁDUA, A.I.; VIEIRA, F.; MARTINEZ, J.A.B. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Brasil, v. 45, n. 3, p. 337-342, sep. 2012

KOZLOWSKY, L.T.; JARVICK, M.E.; GRITZ, E.R. Nicotineregulationandcigarettesmoking. **Clinical Pharmacology&Therapeutics.**USA ,v. 17, n. 1, p. 93-97, 1975.

LE HOUZEZEC, J. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Nicotine. In:\_\_\_\_\_. **Nicotine, caffeine and social drinking:** behavior and brain function. Edited by Jan Snel and Monique M. Lorist.1ª ed., 1998.

LEMOSSANTOS, M.G.; GONÇALVES-SILVA, R.M.; BOTELHO, C. Tabagismo, composição corporal, distribuição da adiposidade e ingestão alimentar em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. **A Folha Médica.** Rio de Janeiro, Brasil, v. 119, n. 3, p.23-31, 2000.

LEVÈFRE F.; LEVÈFRE, A. M .C.;PEREIRA, I. M. B.;STEWIEN, G. T. M.; MIRRA, A. P.; OLIVEIRA, N. G. S.; SIMIONI, A.P.C. Smoking parents: what do their children think? **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-68, 2006.

LEVY, D.; ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smokig-attributable deaths in a middle income nation. **PLoS Medicine.** USA, v. 9, n. 11, p. 1-12, 2012.

LOTUFO, J.P. **Tabagismo, uma doença pediátrica.** São Paulo, Brasil. Editora Savier, p. 17-19, 2007.

LOW, M.; TANG, J.L.T. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. **Archives of Internal Medicine,** v.155, n. 18, p. 1933-1941, 1995.

LUPPI, C.H.B.; ALVES, M.V.M.F.F.; SANTOS, A.A. Programa de cessação ao tabagismo: perfil e resultados. **Revista Ciência em Extensão**. v.2, n.2, p.1, 2006.

MACIOSEK M.V.; COFFIELD A. B.; EDWARDS N.M.; FLOTLEMESCH, T.J.; GOODMAN, M.J.; SOLBERG, L.I. Priorities among effective clinical preventive services: results systematic review and analysis. **American Journal of Preventive Medicine**.USA, v. 31, n. 1, p. 52-61, 2006.

MACKAY, J.; AMOS, A. Women and tobacco. **Respirology**. Toronto, Canadá, v.8, p.123-30,2003.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; MAIA M. F. S.; CHATKIN M.; VICTORA C. G. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, USA, v. 13, n.4, Apr. 2003.

MALTA, D. C.; CEZARIO, A.C.; MOURA, L.; NETO, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S.A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

MARTINEZ, J.A.B. **Tabagismo Risco Cardiovascular**. Global 1ª ed. São Paulo, SP: Editorial Lemos, 1999.

MARTINEZ, J.A.B.; SALZEDAS, P.L.; GORAYEB. **Orientações práticas para a interrupção do tabagismo**. Risco Cardiovascular Global 3ª Ed. São Paulo, SP: Editorial Lemos, 2002.

MAZONI, C.G.; FERNANDES, S.; PIEROZAN, P.S.; MOREIRA, T.; FREESE, L.; FERIGOLO, M., et. al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p. 133-140, 2008.

MENEZES, A.M.B. Epidemiologia do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n.30, n. 2,p.6 – ago., 2004.

MENESES-GAYA, I.C.; ZUARDI, A.W.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, Brasil, v. 35, n. 1, p. 73-82, jan. 2009.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239 - 262, Jul. /set. 1993.

MOFFATT, R.J.; OWENS, S.G. Cessation from cigarette smoking: changes in body weight, body composition, resting metabolism, and energy consumption. **Metabolism Journal**, USA, v. 40, n. 5, p. 465-470, 1991.

MOHIUDDIN, S.M.; MOOSS, A.N.; HUNTER, C.B.; GROLLMES, T.L.; CLOUTIER, D.A.; HILLEMANN, D.E. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in

high-risk smokers with cardiovascular disease. **American College of Chest Physicians**. Canadá, v. 131, n. 2, p. 446-52, 2007.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Smoking, tobacco, and cancer program: 1985-1989 status report**. NIH publication. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Bethesda, USA, n. 90-3107, 202 p, 1990.

NIEMAN, D.C. **Tabagismo, Exercício e Saúde**, São Paulo, SP: Manole, 1999, cap. 12.

OLDS, D.L.; HENDERSON, C.R.JR.; TATELBAUM, R. Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. **Journal of Pediatrics**.USA, v. 93,n. 2, p. 221-7, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e comportamentais da C.I.D.** 10. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

\_\_\_\_\_. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Critérios Diagnósticos para Pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.94-105.

\_\_\_\_\_. **Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento**, 2003 Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo\\_saude.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf). Acesso em: 30 out. 2014.

\_\_\_\_\_.**Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo, 2008**: Pacote MPOWE. 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_Relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2014.

PAI, A.; PRASAD, S. Attempting tobacco cessation: an oral physician's perspective. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Korea, v. 13, n. 1, p. 4973-4977, 2012.

PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1319-1328, 2007.

PERKINS, K.A.; EPSTEIN, L.H.; PASTOR, S. Changes in energy balance following smoking cessation and resumption of smoking in women. **Journal Consulting and Clinical Psychology**. Washington, USA, v. 58, n. 1, p.121-5, 1990.

PROCHASKA, J.O.;DI CLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal Consulting and Clinical Psychology**. Washington, USA, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

PROCHAZKA, A.V.; WEAVER, M.J.; KELLER, R.T.; FRYER, G.E.; LICARI, P.A.; LOFASO, D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. **Archives of Internal Medicine** v. 158, n. 18, p.2035-2039, 1998.

REICHERT, V.C.; SELTZER, V.; EFFEREN, L.S.; KOHN, N. Women and tobacco dependence. **Medical Clinics of North America**.USA, v. 88, n. 6, p.1467-81, 2004.

REIS, R. C.M.; FORTES, R.C. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um Centro de Saúde do Distrito Federal. **Revisa**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Recursos Humanos - Núcleo de Gestão Assistencial NGA-59. **Recursos Humanos**. NGA-59, Set, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde 2014-2017**. Disponível em: <[www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/.../i16indplano.php](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/.../i16indplano.php)>. Acesso em: 15jun2015.

RIOS, S.; ROSAS, M.; MACHADO, P.P.P. A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos numa escola secundária. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, USA, v. 5, n. 1, p.143-160, 2005.

RIVERA, M.P.; STOVER, D.E. Gender and lung cancer. **Clinics in Chest Medicine**, v.25, n.2, p.391-400, 2004.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003. p. 174.

RUSSO, A.C.; AZEVEDO, R.C.S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.36, n.5, p. 603-611, 2010

SACHS-ERICSSON, N.; SCHMIDT, N.B.; ZVOLENSKY, M.J.; MITCHELL, M.; COLLINS, N.; BLAZER, D.G. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. **Nicotine & Tobacco Research**. USA, v. 11, n. 4, p. 433-443, 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. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo. v. 32, n. 5, p. 410-417, 2006.

SILAGY, C. Physician advice for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Rev.** USA, v. 2, 2000.

SILVA, M.P.; SILVA, R.M.V.G.; BOTELHO, C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 11, p. 927- 935, 2008.

SILVA, R.L.F.; CARMES, L.R.; SCHWARTZ, A.F.; BLASZKOWSKI, D.S.; CIRINO, R.H.D.; DUCCI, R.D. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n.4, p. 480-487, jul./ago. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, supl2, S1-S75, aug. 2004.

\_\_\_\_\_.Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 10, p.845-880, out. 2008.

SPIELBERG,C.D.; JACOBS, G.A. Personality and smoking behavior. **Journal Personality Assessment**.USA, v. 46, n. 4, p.396-403, 1982.

STEAD, L.F.; PEREIRA, R.; BULLEN, C.; MANT, D.; LANCASTER, T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Systematic Rev**.USA, v. 23, n. 1, 2008.

TAKEMURA, Y.;AKANUMA, M.;KIKUCHI, S.;INABA, Y. Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. **Preventive Medicine**. USA, v. 29, n. 6, p.496-500, 1999

TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE: 2008 Update – Clinical Practice Guideline – US Department of Health and Human Services – Public Health services – USA - May 2008.

TURATO. E. R. et al. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. Nº 39. P.507-514, 2005.

UNIÃO AFRICANA. **Impacto do Tabagismo na Saúde e no Desenvolvimento Socioeconômico em África**. Relatório sobre a situação ano 2010. Disponível em :<[www.carmma.org/sites/default/.../Tobacco\\_Report\\_PORTUGUESE.pdf](http://www.carmma.org/sites/default/.../Tobacco_Report_PORTUGUESE.pdf)>. Acesso em: 15jun2015.

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

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, may/june 2009.

VIANNA, E.O; GUTIERREZ, M.R.; BARBIERI, M.A., CALDEIRA, R.D., BETTIOL, H., DA SILVA, A.A. Respiratory effects of tobacco smoking among Young adults. **The American Journal of Medical Science**.USA, v. 336, n. 1, p. 44-49, 2008.

VINEIS, P.; AIROLDI, L.; VEGLIA, F.; OLGIATI, L.; PASTORELLI, R.; AUTRUP, H., et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. **British Medical Journal**. Reino Unido, v. 7486, n. 330, p.277, 2005.

WEST, R.; McNEILL, A.; RAW, M.Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. **Thorax**, USA, v.55, n. 12, p. 987-999, 2000.

WESTMAN, E.C.; BEHM, F.M.; SIMEL, D.L.; ROSE, J.E. Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. **Archives of Internal Medicine**.USA, v. 157, n. 3, p. 335-340, 1997.

WINDLE,M.;WINDLE, R. C. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**.USA, v. 69, n. 2, p. 215-226, 2001.

WORD HEARTH ORGANIZATION.WHO/FAO- **Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. Geneve , Switzerland, 2002.

\_\_\_\_\_.**Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence**. Geneve, Switzerland,2003.

\_\_\_\_\_.World no-Tobacco Day. **Tobacco and poverty: a vicious circle**. Geneve, Switzerland,2004.

\_\_\_\_\_. WHO. Media centre. **Tobacco**. Fact sheet N°339. May 2015. Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

## APÊNDICE I

### DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu, Carlos Eduardo de Oliveira, na condição de pesquisador responsável por este projeto, sendo orientado pela Prof<sup>ª</sup>. Dra .Elizabeth Regina Negri Barbosa, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no ambiente do Ambulatório e me responsabilizo pelo arquivo do mesmo após uso;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa;
- A pesquisa não foi realizada.



Carlos Eduardo de Oliveira  
Responsável pelo estudo

## APÊNDICE II

Ribeirão Preto, 04 de novembro de 2013.

Ilmo. Sr. Dr.  
Stênio José Correia Miranda  
Secretário da Saúde de Ribeirão Preto

Senhor Secretário,

Venho por meio desta, solicitar a autorização de V<sup>a</sup>.S<sup>a</sup>., enquanto representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para realização da pesquisa intitulada "Perfil dos usuários participantes do Ambulatório de Tabagismo de uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto", que será realizada no Ambulatório de Tabagismo no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA /59), na Rua Minas, 895.

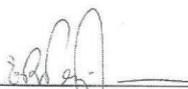
Esta referida pesquisa será realizada pelo cirurgião-dentista, atualmente gerente da Unidade, Carlos Eduardo de Oliveira, lotado no NGA / 59, como aluno regularmente matriculado no curso de Mestrado em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

A pesquisa será realizada através de levantamento de dados contidos nos prontuários dos usuários participantes do Ambulatório de Tabagismo do NGA/59, sem identificação dos mesmos e sem nenhuma solicitação de entrevista e portanto sem nenhuma exposição dos pacientes ou custos para a Secretaria Municipal da Saúde, nem para o NGA/59.

O levantamento terá como objetivo conhecer o perfil dos usuários atendidos no Ambulatório de Tabagismo do NGA/59, implantado na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, no ano de 2012, conhecendo as variáveis que contribuíram para os mesmos deixarem ou não o hábito de fumar, avaliando assim a eficácia do Programa, e se o resultado não for satisfatório, propor novas estratégias que possibilitem atingir o resultado esperado em comparação com a literatura existente.

Agradeço antecipadamente sua atenção e coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário e segue anexo o projeto da pesquisa.

Cordialmente,



Prof<sup>a</sup>. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa  
Universidade de Ribeirão Preto  
Email – [ernegri@bol.com.br](mailto:ernegri@bol.com.br)  
Currículo: <http://lattes.cnpq.br/811450653633783>

## ANEXO I

### TESTE DE FAGERSTRÖM

Teste de Fagerström para avaliação da dependência a nicotina:

1) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

(3) nos primeiros cinco minutos

(2) de 6 a 30 minutos

(1) de 31 a 60 minutos

(0) mais de 60 minutos

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?

(1) sim(0) não

3) Qual o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação?

(1) o primeiro da manhã(0) os outros

4) Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) menos de 10

(1) 11-20

(2) 21-30

(3) mais de 31

5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

(1) sim(0) não

6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

(1) sim(0) não

## 10.1.2. Interpretação do teste:

<b>Pontuação</b>	<b>Graduação da dependência à nicotina</b>
0-2	muito baixa
3-4	baixa
5	média
6-7	elevada
8-10	muito elevada

**ANEXO II**

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**  
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



Of. nº 5277/13  
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2013.

Prezada Orientadora,  
Profª. Drª. Elizabeth Regina Negri Barbosa  
Prezado pesquisador  
Carlos Eduardo de Oliveira

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro** manifestou a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa “**PERFIL DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**”, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 067810 0.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades Especializadas, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa está autorizada, sendo a Secretaria da Saúde cooparticipante, porém da coleta de dados ocorrerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

  
Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA  
**Secretaria Municipal da Saúde**

Fernanda Cristina Pablat  
CRP-8/8168

## ANEXO III

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

**Pesquisador:** Elizabeth Regina Negri Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25993713.6.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 635.652

**Data da Relatoria:** 30/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental, retrospectivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, que terá como objetivo geral determinar o perfil dos usuários do Ambulatório de Tabagismo de uma Unidade de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP, bem como avaliar a eficácia do Programa desenvolvido neste Ambulatório, mediante os resultados conseguidos por meio dos dados coletados na pesquisa. O estudo contemplará duas etapas: Etapa 1 - selecionar os prontuários dos usuários do Ambulatório no período de junho/2012 a junho/2013. Etapa 2 - analisar os dados coletados. A amostra será composta pelos usuários do Ambulatório de Tabagismo no período de junho/2012 a junho/2013.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil dos usuários que participaram do Programa de Tabagismo do NGA/59 da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto no período de junho de 2012 a junho de 2013.

Objetivo Secundário:

- Identificar o número de pacientes atendidos no período pré-determinado.
- Avaliar as características dos pacientes que procuraram o programa, tais como sexo, idade,

**Endereço:** Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
**Bairro:** RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br