

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA ASCARI ALBERTON FRONZA

**TABAGISMO EM BALNEÁRIO CAMBORIÚ: taxa de cessação
e perfil populacional**

Florianópolis
2019

FERNANDA ASCARI ALBERTON FRONZA

**TABAGISMO EM BALNEÁRIO CAMBORIÚ: taxa de cessação
e perfil populacional**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, nível Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Farmacologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Helena Iturvides Cimarosti

Florianópolis
2019

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

Fronza, Fernanda Ascari Alberton
Tabagismo em Balneário Camboriú : taxa de
cessação e perfil populacional / Fernanda Ascari
Alberton Fronza ; orientadora, Prof^a Dr^a Helena
Iturvides Cimarosti, 2019.
117 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Farmacologia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

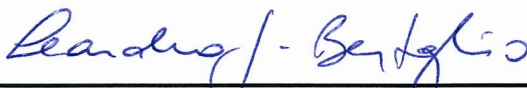
1. Farmacologia. 2. Tabagismo. 3. Cessação do
tabagismo. 4. Grupos antitabagismo. I. Cimarosti,
Prof^a Dr^a Helena Iturvides . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Farmacologia. III. Título.

“Tabagismo em Balneário Camboriú: taxa de cessação e perfil populacional”

Por

Fernanda Ascari Alberton Fronza

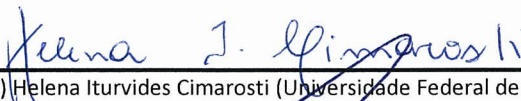
Dissertação julgada e aprovada em sua forma final pelos membros titulares da Banca Examinadora (002/2019/PPGMPPMC) do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Farmacologia - UFSC.



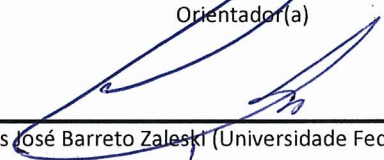
Prof.(a) Dr.(a) Leandro José Bertoglio

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Farmacologia

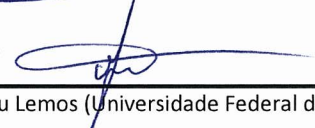
Banca examinadora:



Dr.(a) Helena Iturvides Cimarosti (Universidade Federal de Santa Catarina)
Orientador(a)



Dr.(a) Marcos José Barreto Zaleski (Universidade Federal de Santa Catarina)



Dr.(a) Tadeu Lemos (Universidade Federal de Santa Catarina)

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma maneira, colaboraram para a conclusão desta dissertação. Em especial:

À minha orientadora, professora Dra. Helena Iturvides Cimarosti, por toda paciência em transmitir seus ensinamentos e por me guiar, sempre com muito carinho, durante essa trajetória.

Aos meus pais, Salete e Abílio Alberton, por sempre acreditarem que a educação é maior herança que poderiam deixar para mim e para minha irmã. Obrigada por nunca medirem esforços para alcançarmos os nossos sonhos.

Ao meu marido, Farlei Fronza, pelo companheirismo, amor e dedicação. Sem contar a ajuda com excel, estatística, inglês, casa e a nossa filha.

À minha filha Beatriz, por me ajudar a desligar das preocupações e tornar a minha vida mais feliz e colorida.

Aos professores do Mestrado Profissional em Farmacologia da UFSC por todo o conhecimento transmitido e pelo convívio. Dentre eles, agradeço imensamente ao professor Dr. José Eduardo Da Silva Santos que sempre fez o possível para nos ajudar durante o período do curso.

Aos meus colegas de mestrado, pela troca de experiências e convívio. Vocês foram essenciais para tornar esse período mais agradável. Em especial, aos meus amigos Fabiana Bussolaro Pereira e Saulo Smith, por serem meus colegas de aula novamente, após 9 anos da nossa graduação na UFSC.

À minha amiga, colega de mestrado e de trabalho, Pricila Bertiole Centofante. Dupla, obrigada pela companhia nas viagens a Florianópolis, por me ouvir e me entender.

Ao meu amigo, ex-colega de trabalho e atual estudante de psicologia, Eloy Reinert, por me acompanhar na aplicação dos questionários nas residências dos pacientes, pelos diferentes bairros de Balneário Camboriú.

Aos participantes dos grupos antitabagismo de Balneário Camboriú com quem tive contato, muito obrigada pela recepção e por aceitarem participar desse trabalho.

À Secretaria de Saúde de Balneário por permitir que eu cursasse o Mestrado e pela autorização na execução desse trabalho.

RESUMO

O tabagismo é responsável por seis milhões de mortes por ano ao redor mundo. No Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo apresenta como meta aumentar as taxas de cessação do tabagismo através da disponibilização gratuita de abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso aos usuários de tabaco que desejam parar de fumar. Balneário Camboriú em Santa Catarina (SC) segue as premissas do programa na oferta de grupos antitabagismo. O objetivo desse estudo é descrever a taxa de cessação tabágica imediata e a longo prazo, conquistadas através dos grupos antitabagismo realizados nas unidades de saúde do município de Balneário Camboriú, nos anos de 2015 e 2016, verificando se há variáveis associadas ao sucesso na cessação. Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo. A primeira etapa da pesquisa analisa a cessação do tabagismo imediata e engloba dados de 256 participantes. Na segunda etapa, pesquisou-se a cessação tabágica a longo prazo com a aplicação de questionários a 152 indivíduos desse grupo. A população estudada era composta na maioria por mulheres e a média de idade encontrada foi de 51,24 anos. O grau de dependência elevado ou muito elevado, escolaridade de até 8 anos e uso de medicamentos para o tratamento de comorbidades foram as características prevalentes entre os indivíduos estudados. A análise multivariada por regressão logística demonstrou que o tratamento com cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica em associação eleva em quase três vezes a chance de um paciente alcançar sucesso imediato na cessação do tabagismo, já a adesão aos quatro encontros eleva essa chance em mais de sete vezes. As variáveis analisadas a longo prazo não apresentam características que possam ser associadas significativamente com a manutenção do sucesso na cessação do tabagismo. Encontrou-se taxa de cessação imediata do tabagismo, na população total do estudo, de 59,38% e a longo prazo, na população em que o questionário foi aplicado, de 32,90%. Os dados encontrados confirmam que a cessação do tabagismo não ocorre de forma padronizada, não podendo ser atribuída a uma variável. Por ser um processo complexo e estar relacionado à redução da morbimortalidade e custos gerados à saúde, outros estudos e intervenções tornam-se necessários.

Palavras-chave: Tabagismo. Cessação do tabagismo. Grupos antitabagismo.

ABSTRACT

Tobacco use is responsible for six million deaths per year around the world. In Brazil, the National Program of Tobacco Control aims to increase smoking cessation rates through the free provision of a cognitive-behavioral approach and medication support to tobacco users who wish to quit smoking. Balneário Camboriú, Santa Catarina (SC) follows the guidelines of the program by offering anti-smoking groups. The objective of this study is to describe the rate of immediate and long-term smoking cessation, achieved through the anti-smoking groups carried out at the health centers of Balneário Camboriú, in the years of 2015 and 2016, verifying if there are variables associated to the success in cessation. This is a retrospective cohort study. The first stage of this study analyzes the immediate smoking cessation and includes data from 256 participants. In the second stage, long-term smoking cessation was investigated by a questionnaire application with 152 individuals from this group. The population studied was composed mostly by women and the mean age found was 51.24 years. High or very high dependence level, up to 8 years of education and use of drugs for the treatment of comorbidities were the prevalent characteristics among the individuals studied. The multivariate analysis by logistic regression showed that combined treatment with bupropion hydrochloride and transdermal nicotine increases the chance of a patient to reach immediate success in smoking cessation by almost three times, and adherence to the four encounters increases this chance by more than seven times. The variables analyzed in the long term do not present characteristics that could be significantly associated with the maintenance of smoking cessation. The rate of immediate smoking cessation in the total population studied was 59.38% and in the long-term, in the population to whom the questionnaire was applied, it was 32.90%. The data confirmed that smoking cessation do not occur in a standardized way, and can not be assigned to a variable. Since smoking cessation is a complex process and it is related to the reduction of morbimortality and costs to the health system, outros studies and interventions are necessary.

Keywords: Smoking. Cessation of smoking. Anti-smoking groups.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população estudada por gênero e idade	49
Figura 2 - Distribuição gráfica das variáveis associadas ao sucesso na cessação do tabagismo, após análise por regressão logística.....	58
Figura 3 - Participantes da etapa 1 e etapa 2 da pesquisa	59
Figura 4 - Comparação dos casos de sucesso e insucesso logo após a finalização dos grupos antitabagismo e em 2018.....	64
Figura 5 - Distribuição dos casos de sucesso e insucesso na amostra entrevistada	65
Figura 6 - Principais motivos para recaída elencados pelos participantes que voltaram a fumar.....	66
Figura 7 - Efeitos adversos mais prevalentes, relatados pelos usuários de cloridrato de bupropiona.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais dos participantes dos grupos antitabagismo nos anos de 2015 e 2016 no município de Balneário Camboriú	51
Tabela 2 – Medicamentos não relacionados a cessação do tabagismo usados pelos pacientes no período em que participaram dos grupos antitabagismo	52
Tabela 3 - Frequência de participação nas sessões de abordagem cognitivo-comportamental registradas nos grupos antitabagismo nos anos de 2015 e 2016 no município de Balneário Camboriú	54
Tabela 4 - Sucesso e insucesso na cessação do tabagismo relacionados a diferentes variáveis.....	56
Tabela 5 - Variáveis associadas ao sucesso na cessação do tabagismo analisadas por regressão logística.....	57
Tabela 6 - Comparação da população entrevistada com a não entrevistada	61
Tabela 7 – Características e impressões gerais da população entrevistada.....	63
Tabela 8 - Tempo que os pacientes que haviam alcançado sucesso na cessação do tabagismo levaram para apresentar recaída e voltar a fumar	66
Tabela 9 – Características dos tabagistas entrevistados	67
Tabela 10 – Impressões dos usuários de medicamentos antitabagismo sobre os mesmos	68
Tabela 11 – Sucesso e insucesso na manutenção da cessação do tabagismo relacionados a diferentes variáveis.....	70
Tabela 12 – Análise de novas variáveis com a manutenção do sucesso ou não na cessação do tabagismo	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia
CQCT	Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FDA	<i>Food and Drugs Administration</i>
FTND	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
GABA	Ácido Gama-aminobutírico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMAOs	Inibidores da Monoamina Oxidase
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
MS	Ministério da Saúde
MPOWER	<i>Monitoring, Protecting, Offering, Warning, Enforcing</i>
nAChR	Receptores Nicotínicos Colinérgicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Razão de Chances (<i>odds ratio</i>)
PIB	Produto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
RR	Risco Relativo
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VTA

Área Tegmental Ventral

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
1.1 MORBIMORTALIDADE E CUSTOS RELACIONADOS AO TABAGISMO	23
1.2 HISTÓRICO DE CONQUISTAS NO BRASIL E NO MUNDO	24
1.3 BRASIL E O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	26
1.4 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM BALNEÁRIO CAMBORIÚ	29
1.5 FARMACOLOGIA DA NICOTINA	30
1.6 MENSURAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA	32
1.7 FÁRMACOS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO	33
1.8 HIPÓTESE DO ESTUDO.....	39
2. OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3. METODOLOGIA	43
3.1 LOCAL DO ESTUDO	43
3.2 ASPECTOS LEGAIS	43
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	43
3.4 TIPO DE ESTUDO	44
3.5 POPULAÇÃO ALVO	44
3.6 COLETA DE DADOS	44
3.6.1 ETAPA 1	44
3.6.2 ETAPA 2.....	45
3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	46
3.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	46
3.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4. RESULTADOS	49
4.1 ETAPA 1	49
4.1.1 Características gerais da amostra	49
4.1.2 Frequência de participação nos encontros	52

4.1.3 Variáveis relacionadas ao sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo.....	55
4.2 ETAPA 2.....	58
4.2.1 Amostra entrevistada	59
4.2.2 Características e informações gerais sobre a amostra entrevistada	62
4.2.3 Status atual da amostra entrevistada: tabagista x não tabagista.....	63
4.2.4 Recaídas e tempo em abstinência na amostra que inicialmente cessou o tabagismo.....	65
4.2.5 Características da amostra autodeclarada tabagista ..	67
4.2.6 Usuários de medicamentos antitabagismo	67
4.2.7 Variáveis relacionadas ao sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo na amostra entrevistada.....	69
5. DISCUSSÃO	73
5.1 ETAPA 1.....	73
5.1.1 Características gerais da amostra	73
5.1.2 Frequência de participação nos encontros	77
5.1.3 Variáveis relacionadas ao sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo.....	78
5.2 ETAPA 2.....	80
5.2.1 Amostra entrevistada	80
5.2.2 Características e informações gerais sobre a amostra entrevistada	81
5.2.3 Status atual da amostra entrevistada: tabagista x não tabagista.....	85
5.2.4 Recaídas e tempo em abstinência na amostra que inicialmente cessou o tabagismo.....	86
5.2.5 Características da amostra autodeclarada tabagista ..	88
5.2.6 Usuários de medicamentos antitabagismo	88
5.2.7 Variáveis relacionadas ao sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo na amostra entrevistada.....	90
6. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE	103

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES QUE PARARAM DE FUMAR DURANTE O GRUPO ANTITABAGISMO NA CIDADE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC	107
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES QUE NÃO PARARAM DE FUMAR DURANTE O GRUPO ANTITABAGISMO NA CIDADE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC	109
ANEXO	111
ANEXO A – TESTE DE FAGERSTROM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA	112
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC	113
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO 2.390.955 DO CEPESH	114
ANEXO D - PLANILHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO DO TABAGISMO.....	117

INTRODUÇÃO

1.1 MORBIMORTALIDADE E CUSTOS RELACIONADOS AO TABAGISMO

Estima-se que há 1,1 bilhão de fumantes ao redor do mundo (PINTO *et al.*, 2017). O tabagismo é responsável por seis milhões de mortes todos os anos, incluindo uma em cada cinco mortes por câncer (U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WHO, 2016). Das mortes ligadas ao tabagismo, 600.000 estão relacionadas à exposição passiva ao cigarro, sendo que dessas, 170.000 são de crianças (WHO, 2014; U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WHO, 2016).

O tabagismo também é considerado fator de risco modificável para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que englobam acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011a). No Brasil, a porcentagem de mortes por DCNT é de 74% e a probabilidade de morte prematura (antes dos 70 anos) por essas doenças é de 19% (WHO, 2014). As DCNT são responsáveis por mais mortes que todas as outras causas combinadas e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) deverão aumentar de 38 milhões de mortes em 2012 para 52 milhões em 2030 (WHO, 2014).

Só no Brasil, o tabagismo foi responsável por 156.216 óbitos em 2015, que correspondem a 428 mortes por dia que poderiam ter sido prevenidas. De todas as mortes que ocorrem no Brasil, 12,6% são atribuíveis ao cigarro (PINTO *et al.*, 2017). Além das mortes, diminuição da expectativa de vida de 4,47 anos para mulheres e 5,03 anos para homens, também foi associada ao tabagismo (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

Os custos atribuíveis ao tabagismo englobam os valores gastos com assistência médica, bem como os relacionados com a perda de produtividade, devido a morte prematura e a incapacidade. No Brasil, esses custos para o sistema de saúde, foram estimados em R\$ 23 bilhões no ano de 2011, aumentando para R\$ 57 bilhões em 2015, correspondendo a 0,5% e 0,96% do produto interno bruto (PIB) nacional, respectivamente (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015; PINTO *et al.*, 2017). Em contrapartida, a arrecadação fiscal brasileira relacionada ao tabaco foi de aproximadamente R\$ 13 bilhões em 2015,

representando apenas 23% dos gastos totais atribuídos ao tabagismo (PINTO *et al.*, 2017). Mundialmente, esses custos foram estimados em US\$ 1,4 trilhão, o que equivale a 1,8% do PIB mundial anual e as doenças causadas pelo fumo representaram 5,7% do total dos gastos mundiais com saúde em 2012 (GOODCHILD; NARGIS; DESPAIGNET, 2017).

1.2 HISTÓRICO DE CONQUISTAS NO BRASIL E NO MUNDO

Em 1964, foi divulgada pesquisa que passa a relacionar o tabagismo com o surgimento de câncer de pulmão e com aumento no risco de mortes. Até esse momento, o tabagismo não era classificado como gerador de dependência, apenas como um hábito, embora a indústria tabágica já era detentora de tal informação (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009). Nas décadas seguintes, anos 70 e 80, muitas pesquisas relacionadas à psicofarmacologia da nicotina surgiram com a finalidade de compreender melhor sua ação, sendo esse, um desafio que perdura até os dias atuais (HENNINGFIELD, 2011). Com essas pesquisas, ficou constatado, que a abstinência tabágica é mediada farmacologicamente pela privação de nicotina e modulada por fatores ambientais, sendo a nicotina uma poderosa droga psicoativa. (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009; HENNINGFIELD, 2011).

Governos, países e sociedades, dos pontos mais variados do planeta, estão trabalhando na elaboração e adoção de legislações antifumo, visando diminuir os números relacionados ao tabagismo (U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WHO, 2016). A implementação de políticas relacionadas ao tabagismo requer a adoção de estratégias variadas, uma vez que há diferentes interesses e personagens em pauta, como a indústria do tabaco, os produtores, os distribuidores e os comerciantes. É necessário considerar que os consumidores também apresentam diferenças sociodemográficas, étnicas, culturais e econômicas (PORTES; MACHADO, 2015).

No Brasil, a Lei Federal nº 7.488, de 11 de junho de 1986 inaugurou a normatização direcionada ao controle do tabagismo como problema de saúde coletiva, instituindo o dia 29 de agosto como o Dia Nacional de Combate ao Fumo, cujo objetivo é alertar a população dos malefícios oriundos do tabaco (BRASIL, 1986; ROMERO; SILVA, 2011). A partir de 1996, foram aplicadas

restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, proibindo a associação da propaganda desses produtos com eventos e práticas esportivas e a participação de crianças ou adolescentes (BRASIL, 1996; 2000). Posteriormente mensagens e imagens de advertências foram incluídas nas embalagens, para que essas deixassem de ser atrativas e contribuíssem para a modificação do comportamento social em relação ao tabagismo (CAVALCANTE, 2005). Com a Lei Federal 12.546, de 14 de dezembro de 2011, ficou proibido o uso de qualquer produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, sendo ele privado ou público, acabando com a existência dos fumódromos, áreas especiais para fumantes com sistemas de ventilação e condicionamento de ar, até então permitidos (BRASIL, 2011b). A propaganda de produtos relacionados ao tabaco também passou a ser proibida em todo território nacional, porém as embalagens ainda podem ficar expostas em postos de venda (BRASIL, 2011b). A proibição das propagandas, bem como a utilização das próprias embalagens para informar sobre os riscos do uso do cigarro, contribuiu para diminuir os atrativos que poderiam levar a experimentação e para desfazer a atmosfera social positiva elaborada pelas estratégias de marketing das empresas relacionadas a esses produtos (CAVALCANTE, 2005). A pesquisa em psicofarmacologia apresentou um papel fundamental nos avanços contra o tabagismo, uma vez que permitiu entender as interações entre o produto, fatores ambientais e individuais, como o poder que a publicidade pode exercer na promoção de desejo de fumar em pessoas susceptíveis (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009).

Paralelas à legislação antitabagismo, tem-se as ações dos órgãos de saúde, no Brasil e no mundo, visando a cessação do tabagismo. Uma grande conquista, no âmbito global, foi a adoção de um tratado internacional de saúde pública, a Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT), em 2003. Essa convenção classifica o tabagismo como epidemia e apresenta como objetivo proteger as gerações presentes e futuras dos malefícios causados pelo consumo ou exposição à fumaça do tabaco, funcionando como referência para medidas de intervenção que possam ser implementadas pelos demais países membros (WHO, 2003). Com o objetivo de ajudar esses países na luta contra o tabagismo, em 2008 foi apresentado o MPOWER (“*monitoring*”, “*protecting*”, “*offering*”, “*warning*”, “*enforcing*”),

pacote de políticas que incentiva a sociedade como um todo, na geração de um mundo livre do tabaco (WHO, 2008). Essas abordagens regulatórias são fundamentadas nas pesquisas que relacionam a nicotina como principal fator farmacológico responsável pelo uso crônico do tabaco. Além da nicotina, em si, muitos fatores também influenciam no risco da iniciação, surgimento de dependência, cessação e geração de danos (HENNINGFIELD, 2011).

Nos Estados Unidos, o *Food and Drugs Administration* (FDA) ficou por muito tempo impossibilitado de estabelecer regulamentações sobre o cigarro como uma droga de abuso, uma vez que a indústria do tabaco recorreu à Suprema Corte americana para impedir tais interferências. Apenas em 2009 foi fornecido ao FDA autoridade reguladora sobre a indústria do tabaco. Algumas alterações foram realizadas a partir daí, como a exclusão de aromatizantes, exceto o mentol, restrição de propagandas para jovens e adoção de novos rótulos de advertência (BEVINS *et al.*, 2018).

1.3 BRASIL E O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

No Brasil, desde o final da década de 1980, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é responsável pelas ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (CAVALCANTE, 2005; CAMPOS; GOMIDE, 2015). Esse programa apresenta como meta reduzir o início do uso de derivados do tabaco, aumentar as taxas de cessação do tabagismo dos já dependentes e proteger a população dos malefícios do tabagismo passivo (CAVALCANTE, 2005; CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Devido a dependência do tabaco ser um transtorno crônica, a cessação normalmente requer repetidas intervenções e diversas tentativas para o abandono do vício. As intervenções para a cessação do tabagismo aumentam a probabilidade de abstinência sustentada a longo prazo dentre os fumantes que tentam abandonar esse hábito. A terapia farmacológica baseada em evidências para cessação do tabagismo inclui o uso da nicotina nas suas mais variadas apresentações (adesivos transdérmicos, gomas, tabletes, inalatório e spray nasal) e do cloridrato de bupropiona e tartarato de vareniclina. Esses medicamentos

podem ser usados isoladamente ou de forma associada para aumentar o sucesso do tratamento (U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WHO, 2016).

Seguindo essa lógica, a Portaria n° 571, de 5 de abril de 2013, reconhece o tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas e determina que o atendimento aos pacientes deve ocorrer prioritariamente nos serviços de atenção básica, por meio de ações de promoção da saúde, que possam ajudar os indivíduos tabagistas, suas famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2013).

O documento vigente que norteia o tratamento do tabagismo no Brasil é o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina”, validado pela Portaria n° 761, de 21 de junho de 2016. Esse protocolo terá vigência até que um novo seja aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016). A CONITEC tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (BRASIL, 2018a).

Segundo o protocolo vigente, a abordagem cognitivo-comportamental deve ser disponibilizada a todo fumante que almeja cessar o tabagismo através do acolhimento nas unidades de saúde do SUS (BRASIL, 2016). Esse tipo de abordagem é aplicado através de grupos antitabagismo e consiste no fornecimento de informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios da sua cessação, bem como, visa estimular o autocontrole para que os indivíduos consigam evitar os ciclos de dependência e tornem-se agentes de mudança dos seus comportamentos (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDCH, 2015; BRASIL, 2016). O tratamento cognitivo-comportamental do tabagista utiliza técnicas de treinamento de habilidades, solução de problemas e apoio social, para que o paciente esteja apto para enfrentar os sintomas relacionados à abstinência, dependência psicológica e auxilie em todo esse processo de cessação (JEREMIAS *et al.*, 2012). O apoio medicamentoso é fornecido aos fumantes que apresentam elevado grau de dependência à nicotina e que obrigatoriamente participam da abordagem cognitivo-comportamental (BRASIL, 2016).

A participação nos grupos antitabagismo está diretamente relacionada ao sucesso do tratamento e na manutenção da

abstinência, dessa forma, espera-se que quanto mais sessões frequentadas, maior a probabilidade de sucesso terapêutico (FIORE *et al.*, 2008; PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017; SATTLER; CADE, 2013). O aconselhamento através dos grupos de apoio e o uso de medicação são efetivos no tratamento da dependência do tabaco, sendo que a combinação dessas duas abordagens gera mais efeitos do que ambas aplicadas de forma independente (FIORE *et al.*, 2008).

O tratamento com derivados da nicotina e cloridrato de bupropiona é disponibilizado gratuitamente em unidades de saúde do SUS. Segundo estimativa, o valor médio do tratamento por paciente é de R\$ 534 e por paciente que deixou de fumar de R\$ 1.435, sendo que os governos Federal, Estaduais e Municipais financiam, de forma não proporcional, esses custos (MENDES *et al.*, 2016). Tratar o tabagismo, do aconselhamento clínico à criação de grupos de abordagem cognitivo-comportamental, passando pela prescrição de medicamentos, é altamente custo efetivo, uma vez que previne gastos futuros com intervenções médicas (FIORE *et al.* 2008).

Mesmo diante das adversidades presentes no Brasil, como o fato de ser um país em desenvolvimento e um grande produtor de tabaco, muitos indicadores mostram ao longo dos anos que estão ocorrendo avanços na cessação do tabagismo (CAVALCANTE, 2005). Como resultado de tantos esforços, a porcentagem de fumantes diminuiu ao longo dos anos. Desde 2006, o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) divulga informações atualizadas sobre a frequência, distribuição e evolução dos principais fatores relacionados às DCNT, dentre eles o tabagismo. Em 2006, 15,7% da população das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (DF) declaravam-se fumantes. Em 2017, esse número caiu para 10,1%. Dos entrevistados em 2006, 4,6% declararam fumar 20 ou mais cigarros ao dia e em 2017 esse número caiu para 2,6%. A porcentagem de fumantes passivos no trabalho é registrada desde 2009, quando era de 12,1% e passou para 6,7% no ano de 2017 (BRASIL, 2018b).

Os benefícios da cessação do tabagismo, em qualquer idade, são inúmeros. Começam em poucos minutos e continuam se acumulando enquanto o indivíduo permanecer abstinente, como a redução do risco de doenças cardiovasculares e morte, melhora da função pulmonar, redução do risco de infecção

pulmonar, redução do risco de câncer de pulmão, dentre outros. Largar o tabagismo, também pode melhorar o perfil de risco de outras doenças crônicas, como diabetes e osteoporose (U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WHO, 2016).

1.4 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM BALNEÁRIO CAMBORIÚ

O município de Balneário Camboriú, em Santa Catarina (SC), segue a lógica do Ministério da Saúde (MS) e do INCA quanto à oferta e execução do PNCT.

Quando um tabagista procura uma unidade de saúde do município indicando a vontade de parar de fumar, primeiramente é encaminhado para uma consulta médica onde será avaliado seu perfil, nível de motivação, história tabágica e a existência ou não de comorbidades. Em um segundo momento, o tabagista será convidado a participar dos grupos antitabagismo que iniciam trimestralmente em diferentes bairros do município. Os encontros nesses grupos ocorrem da seguinte forma: uma vez por semana, durante o primeiro mês; duas sessões quinzenais, durante o segundo mês; uma reunião mensal aberta, no terceiro mês (BRASIL, 2016).

Esses encontros ocorrem nas unidades de saúde, em horário agendado, durante o funcionamento das mesmas, sendo, geralmente, no período da tarde. Pelo menos dois profissionais da saúde, médico e enfermeiro, participam das sessões, podendo ocorrer a participação de outros profissionais, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros. A apresentação do conteúdo acontece através de diálogos e depoimentos, materiais de autoajuda, folders, slides, filmes e a duração de cada encontro é de aproximadamente 1 hora.

A necessidade de tratamento medicamentoso é definida de forma individualizada pelo médico e o paciente. No município de Balneário Camboriú, os medicamentos prescritos para auxiliar no tratamento do abandono do tabagismo são a nicotina, na apresentação de adesivo transdérmico de 21, 14 e 7 mg, e o cloridrato de bupropiona de 150 mg. A dispensação desses medicamentos ocorre nas farmácias públicas municipais, mediante a apresentação de prescrição médica identificando a participação do paciente nos grupos antitabagismo.

1.5 FARMACOLOGIA DA NICOTINA

A fumaça do cigarro é composta por mais de quatro mil substâncias químicas associadas aos efeitos reforçadores do tabaco (PLANETA; CRUZ, 2005). Dentre essas substâncias, a nicotina aparece como o principal agente responsável pela dependência, chegando-se a conclusão que ninguém se torna fumante, fumando cigarros sem nicotina (PLANETA; CRUZ, 2005; BARAONA *et al.*, 2017; BEVINS *et al.*, 2018). A quantidade de nicotina à qual um tabagista é exposto no ato de fumar está relacionada com diversos fatores, dentre eles a concentração de nicotina do produto, a filtração, ventilação de ar, teor de umidade e design, não sendo possível um cálculo exato (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009). Como o FDA foi impossibilitado de reduzir os níveis de nicotina nos cigarros a zero, inúmeras pesquisas são realizadas com o intuito de encontrar a dose limite de nicotina que não gere dependência (BEVINS *et al.*, 2018).

A nicotina foi isolada do tabaco, pela primeira vez, no ano de 1828 (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009). Trata-se de uma amina terciária que se liga a diversos subtipos de receptores nicotínicos colinérgicos (nAChR), os quais apresentam padrões de expressão únicos no sistema nervoso central e, pela ampla distribuição, participam da sinalização colinérgica em diversas áreas neurais (BIASI; DANI, 2011). Além do sistema nervoso central, esses receptores estão presentes nos gânglios autônomos periféricos, glândula suprarrenal e junções neuromusculares (BALBANI; MANTOANI, 2005; PLANETA; CRUZ, 2005). No sistema cardiovascular geram aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, no sistema endócrino estimulam a liberação de hormônio antidiurético e retém água, no sistema gastrointestinal, sua ação parassimpática aumenta o tônus intestinal e estimula a atividade motora do intestino (BALBANI; MANTOANI, 2005).

Os nAChRs são canais iônicos constituídos por combinações heteropentaméricas de subunidades α 2-6 e β 2-4 ou conjuntos homopentaméricos de α 7-10 (LESLIE; MOJICA; REYNAGA, 2012). Embora o ligante se ligue em apenas uma subunidade, as demais contribuem para a sinalização desse receptor regulando afinidade e eficácia do agonista, dessensibilização e permeabilidade (LESLIE; MOJICA; REYNAGA, 2012). A ligação da nicotina com esses receptores

promove o influxo de cátions (Na^+ e Ca^+) e resulta no aumento da liberação de neurotransmissores como acetilcolina, dopamina, glutamato, serotonina e ácido gama-aminobutírico (GABA) (BALBANI; MANTOANI, 2005; PLANETA; CRUZ, 2005; BARAONA *et al.*, 2017). A nicotina age principalmente nos nAChRs compostos pelas subunidades $\beta 2$ em combinação com as subunidades $\alpha 4$ e $\alpha 6$, aumentando o disparo e a atividade fásica dos neurônios dopaminérgicos no mesencéfalo, particularmente na área tegmental ventral (VTA), considerada caminho para dependência através do aumento da recompensa da estimulação cerebral (BIASI; DANI, 2011; LESLIE; MOJICA; REYNAGA, 2012). As drogas, no geral, ativam o sistema dopaminérgico meso-corticolímbico gerando efeito reforçador positivo que tem como principais componentes a VTA, onde estão localizados os corpos celulares de neurônios dopaminérgicos que projetam para regiões do sistema límbico, como núcleo acumbens, tubérculo olfativo, a amígdala e o córtex frontal e límbico (PLANETA; CRUZ, 2005; LESLIE; MOJICA; REYNAGA, 2012). Sendo assim, o sistema dopaminérgico influencia diretamente o sistema de recompensa, além de outros mecanismos de memória e comportamento (BIASI; DANI, 2011). A nicotina também pode ser relacionada a sintomas aversivos, por atuar em diferentes circuitos neuronais. Dessa forma, tabagistas adaptam-se em suas doses para alcançar a recompensa e evitar essas reações indesejadas (BIASI; DANI, 2011).

Em usuários crônicos de nicotina ocorre a suprarregulação de subtipos de nAChRs em diversas regiões cerebrais, sendo esse processo dose dependente, uma vez que a nicotina é responsável pela dessensibilização dos nAChRs, influenciando diversos circuitos neuronais já que afetam a liberação de diferentes neurotransmissores (BIASI; DANI, 2011). Com a exposição prolongada à droga, esses receptores que inicialmente estavam dessensibilizados, tornam-se inativos e para restaurar a homeostase, o número desses receptores aumentaria (PLANETA; CRUZ, 2005). Dessa forma, uma nova condição de homeostase é alcançada e requer a manutenção das doses de nicotina (BIASI; DANI, 2011). Quando ocorre um período de abstinência, os receptores inativos tornam-se ativos e as vias colinérgicas passam a ficar hiperexcitáveis à acetilcolina liberada fisiologicamente, contribuindo para o surgimento dos sinais e sintomas de abstinência (PLANETA; CRUZ, 2005). A diminuição da dose de

nicotina em 50% já é capaz de desencadear sintomas de abstinência em usuários crônicos, sendo mediada pela noradrenalina e começando cerca de oito horas após o consumo do último cigarro (BALBANI; MANTOANI, 2005). Os principais sintomas são irritabilidade, ansiedade, raiva, dificuldade de concentração, distúrbios do sono, aumento do apetite, inquietação, ganho de peso e fissura pelo cigarro, produzindo um estado emocional negativo e favorecedor de recaídas (BIASI; DANI, 2011; BARAONA *et al.*, 2017). Esses sintomas atingem o pico na primeira semana e tendem a se resolver em 2 a 4 semanas, podendo persistir, em alguns indivíduos, por mais de 6 meses (BARAONA *et al.*, 2017).

As gestantes tabagistas merecem especial atenção, uma vez que a nicotina é capaz de atravessar a barreira placentária e se ligar aos receptores neuronais de acetilcolina no feto. A nicotina também altera o desenvolvimento e função placentária, diminuindo seu fluxo sanguíneo e oxigenação podendo levar a atraso da maturação pulmonar e aumento do risco de morte súbita para o feto (BARAONA *et al.*, 2017).

Com relação a farmacocinética, a nicotina apresenta meia vida de, aproximadamente, duas horas, sendo a sua metabolização hepática através da enzima CYP2A6 (BALBANI; MANTOANI, 2005). Sua absorção se dá através da pele, mucosas da boca e do nariz e pelos alvéolos pulmonares. Quando fumada, a nicotina alcança concentração sanguínea máxima em 5 minutos (BARAONA *et al.*, 2017). Seu metabólito mais importante é a cotinina que apresenta meia vida plasmática prolongada e pode ser usada para medição do comportamento tabágico (BALBANI; MANTOANI, 2005).

Variações genéticas influenciam a metabolização da nicotina, afetando a frequência e a concentração de nicotina utilizada e a suscetibilidade do usuário às doenças relacionadas ao tabagismo. Indivíduos que metabolizam a nicotina de forma mais lenta, apresentam efeitos prolongados no sistema nervoso central, aumentando a probabilidade de que se tornem dependentes (BARAONA *et al.*, 2017).

1.6 MENSURAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

Em 1978 foi desenvolvida a primeira versão do Teste de Fagerström para dependência de Nicotina, FTND: *Fagerström*

Test for Nicotine Dependence, em um momento em que o tabagismo ainda não era considerado um vício (FAGERSTRÖM, 1978). Inicialmente o questionário possuía 8 questões sobre o padrão do uso do tabaco, cuja pontuação atribuída poderia variar de 0 a 11, caracterizando dependência física mínima ou máxima, respectivamente (FAGERSTRÖM, 1978).

Esse questionário sofreu adaptações e atualmente é formado por 6 questões (ANEXO A). Quando a soma dos valores atribuídos as questões totalizam de 0 a 2 indicam dependência muito baixa, um total de 3 a 4 caracteriza dependência baixa, 5 é classificado como dependência média, os valores 6 e 7 caracterizam dependência elevada e 8 a 10 são classificados como dependência muito elevada (BRASIL, 2016; FAGERSTRÖM, 2011).

Embora amplamente utilizado, o Teste de Fagerström apresenta limitações e pode não prever corretamente as taxas reais de uso do tabaco, gerando, portanto, um ponto sem consenso na diferenciação entre fumantes dependentes ou não (BEVINS *et al.*, 2018).

No Brasil, o PNCT utiliza o Teste de Fagerström como instrumento para classificar a dependência tabágica e determinar as estratégias de tratamento dos pacientes. Um escore igual ou maior do que 5, segundo esse protocolo, torna o fumante apto ao uso de tratamento medicamentoso, além da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória (BRASIL, 2016).

1.7 FÁRMACOS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Desde 1978, com o desenvolvimento da terapia de reposição de nicotina (TRN), na forma de goma de mascar, busca-se tratamento medicamentoso para a dependência associada ao cigarro. Diversas opções de tratamento surgiram ao longo dos anos, mas nenhuma ainda definitiva e que proporcione taxas maiores que 25% de abstinência após um ano do fim do tratamento (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018).

Os fármacos utilizados para o tratamento do tabagismo são classificados de acordo com o mecanismo de ação e a eficácia, destacando-se dois grupos: os agentes nicotínicos (TRN) e os não nicotínicos (antidepressivos) (MAZONI *et al.*, 2008). A TRN e o cloridrato de bupropiona são considerados terapias de primeira linha, assim como o tartarato de vareniclina (FIORE *et al.*, 2008;

GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Esses três fármacos estão associados com o sucesso na cessação do tabagismo, quando comparados ao placebo. Seus *odds ratios* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram descritos em revisão sistemática Cochrane: TRN apresentou OR de 1,84 e IC 95% de 1,71 – 1,99, cloridrato de bupropiona OR de 1,82 e IC 95% de 1,60 – 2,06 e tartarato de vareniclina OR de 2,88 e IC 95% de 2,40 – 3,47. Esses valores significam que com a administração da TRN e do cloridrato de bupropiona a chance dos indivíduos alcançarem o sucesso na cessação do tabagismo foi de, aproximadamente, 1,8 vezes maior do que nos indivíduos que não usaram medicação, já com a administração de tartarato de vareniclina essa chance é 2,9 vezes maior (HARTMANN-BOYCE *et al.* 2014; PACEK; MCCLEARNON; BOSWORTH, 2017; WEST *et al.*, 2018).

No Brasil, o MS disponibiliza gratuitamente a nicotina, na forma de adesivo transdérmico (21, 14 e 7 mg), goma de mascar (2 mg) e pastilha (2 mg) e o cloridrato de bupropiona em comprimidos de 150 mg (BRASIL, 2013). Recentemente, foi solicitada a incorporação do medicamento tartarato de vareniclina, pelo laboratório Pfizer, como adjuvante na interrupção do tabagismo em pacientes com doenças cardiovasculares ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no âmbito do SUS. Através da Portaria nº 49, de 16 de outubro de 2018, tornou-se pública a decisão de não incorporação desse medicamento, baseada na deliberação da CONITEC pela falta de evidências robustas de sua eficácia e segurança, além do impacto orçamentário estimado em R\$ 2,7 bilhões em cinco anos, quando considerado o uso de tartarato de vareniclina por 100% dos pacientes. Para o tratamento do tabagismo padronizado em doze semanas, os custos apresentados no parecer foram de: R\$ 861,47 para tartarato de vareniclina, R\$ 30,23 para cloridrato de bupropiona e R\$ 124,04 para adesivo transdérmico de nicotina (BRASIL, 2018a).

O tartarato de vareniclina foi aprovada em 2006 como terapia de primeira linha para a cessação do tabagismo pelo FDA (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). No Brasil, esse medicamento foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e foi disponibilizado comercialmente no segundo semestre de 2007 (MAZONI *et al.*, 2008), porém, por não ser disponibilizado gratuitamente para os usuários do SUS, seu uso em larga escala é dificultado. Atua ligando-se de forma seletiva

aos receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ de acetilcolina, gerando diminuição dos sintomas da abstinência através da liberação de dopamina e redução dos efeitos de reforço positivo gerados pela nicotina por meio do bloqueio da ativação dopaminérgica nicotínica, uma vez que esse receptor está relacionado com o prazer do fumo e com a ansiedade (MAZONI *et al.*, 2008; HARTMANN-BOYCE *et al.* 2014; BARAONA *et al.*, 2017). A posologia recomendada para o tartarato de vareniclina: inicia com 0,5 mg, uma vez ao dia entre o primeiro e o terceiro dia de tratamento; passa para 0,5 mg duas vezes ao dia entre o quarto e o sétimo dia de tratamento; a partir do oitavo dia a dose administrada passa a ser de 1 mg duas vezes ao dia. O tratamento tem duração de doze semanas, podendo ter mais doze semanas na dose de 1 mg duas vezes ao dia para manutenção da abstinência (BRASIL, 2018a). Certa preocupação foi demonstrada com relação a alterações de humor, mudanças de comportamento e ideação suicida, associadas a esse fármaco (FIORE *et al.*, 2008). O efeito colateral mais comum relatado pelos usuários de varenicilina é náusea, classificada de leve a moderada, que tende a melhorar com o uso prolongado (BARAONA *et al.*, 2017).

A nicotina é o principal componente reforçador do tabagismo, porém, o prejuízo com o seu uso é relativamente pequeno quando comparado a todas as demais substâncias agregadas ao tabaco, dessa forma, a TRN protege o usuário da exposição as demais substâncias nocivas encontradas no cigarro (FOCCHI; BRAUN, 2008; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Nos cigarros, a nicotina é fornecida de forma muito rápida, gerando maior potencial de dependência (FAGERSTRÖM, 2011). A TRN tem como função disponibilizar nicotina de forma mais lenta e com menores picos que o tabaco, em doses que diminuem os sintomas da abstinência, mas que não sejam suficientes para causar dependência (FOCCHI; BRAUN, 2005; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Inicialmente, estudos demonstraram que infusões de nicotina poderiam auxiliar na cessação do tabagismo, possibilitando o desenvolvimento da goma de nicotina. Posteriormente, no início dos anos 80, percebeu-se que a nicotina também era absorvida através da pele e reduzia os impulsos para o tabagismo, abrindo caminhos para o desenvolvimento dos adesivos transdérmicos (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009). Quando a nicotina é administrada por via transdérmica, o seu pico de concentração ocorre após algumas horas, já, quando é fumada

consegue atingir o cérebro em menos de 20 segundos, ligando-se aos receptores nicotínicos de acetilcolina (BARAONA *et al.*, 2017). O uso do adesivo transdérmico de nicotina praticamente dobra a probabilidade de abstinência a longo prazo, quando comparado ao placebo, já a goma está associada a um aumento de 50% na taxa de abstinência, nas mesmas condições (FIORE *et al.*, 2008). O sucesso na cessação do tabagismo com o uso de TRN sofre influência da velocidade com que a nicotina é metabolizada, ou seja, indivíduos que metabolizam a nicotina de forma mais rápida são mais responsivos a esse tratamento (BARAONA *et al.*, 2017). A TRN não está associada a um aumento de eventos adversos significativos ou graves (HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2014). A goma e a pastilha de nicotina devem ser utilizadas conforme orientações descritas na literatura, com administração de no máximo quinze unidades por dia, alternando o lado da boca e não ingerindo líquidos durante o seu uso, sendo que ambas apresentam contraindicação formal no caso de pacientes com úlcera péptica (BRASIL, 2016). O adesivo transdérmico parece melhor aceito, devido à facilidade de aplicação de uma unidade diária, tendo como efeito adverso mais comum a irritação da pele que pode ser amenizada com a variação do seu local de aplicação durante o tratamento (FOCCHI; BRAUN, 2005; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2014; MAZONI *et al.*, 2008). O adesivo transdérmico de nicotina normalmente é usado por 12 semanas: nas primeiras quatro semanas, utiliza-se um adesivo de 21 mg a cada 24 horas; utiliza-se um adesivo de 14 mg a cada 24 horas nas quatro semanas seguintes; nas últimas quatro semanas, utiliza-se um adesivo de 7 mg a cada 24 horas (BRASIL, 2016).

O cloridrato de bupropiona foi o primeiro medicamento não nicotínico aprovado pelo FDA que demonstrou eficácia na cessação do tabagismo (FIORE *et al.*, 2008; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). É um antidepressivo que atua bloqueando os receptores nicotínicos e, além disso, bloqueia a recaptação neuronal de dopamina e norepinefrina aumentando suas atividades no núcleo acumbens, desencadeando uma redução na compulsão pelo cigarro (FIORE *et al.*, 2008; MAZONI *et al.*, 2008; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Liga-se fortemente a proteínas plasmáticas e atinge o máximo de concentração plasmática em 3 horas, tendo metabolização hepática e excreção renal (FOCCHI; BRAUN, 2005). Não é indicado para pacientes com antecedentes de convulsão, por

supostamente diminuir esse limiar, porém em ensaios randomizados não apresentou aumento significativo de incidência desse efeito adverso (FIORE *et al.*, 2008; HARTMANN-BOYCE *et al.* 2014). Também não é indicado para indivíduos que tenham usado inibidores da monoamina oxidase (IMAO) nos 14 dias que precedem o tratamento, já que essa enzima é responsável pela degradação de monoaminas e sua inibição aumentaria as concentrações sinápticas destas (FIORE *et al.*, 2008). Outras contraindicações incluem pacientes que tenham diagnóstico de bulimia e anorexia (FIORE *et al.*, 2008). Náuseas, cefaleia, boca seca e insônia são os efeitos colaterais mais comuns relacionados ao seu uso (FOCCHI; BRAUN, 2005; MAZONI *et al.*, 2008). O cloridrato de bupropiona também pode elevar os níveis de pressão arterial, portanto os pacientes que fizerem uso dessa terapia precisam ser constantemente monitorados (BRASIL, 2016). O tratamento preconizado com cloridrato de bupropiona para cessação do tabagismo inicia com um comprimido de 150 mg pela manhã durante os três primeiros dias de tratamento, sendo que a partir do quarto dia do tratamento, até o fim de 12 semanas, utilizam-se dois comprimidos de 150 mg ao dia, sendo um pela manhã e o outro, 8 horas após o primeiro (FIORE *et al.* 2008; BRASIL, 2016).

Os medicamentos de segunda linha, são assim considerados porque não possuem aprovação do FDA para tratamento da dependência do tabaco e também porque existem mais ressalvas sobre possíveis efeitos colaterais quando comparados aos de primeira linha. O uso desses medicamentos apresenta resultados positivos quando comparados ao placebo, porém mostram-se inferiores aos alcançados com a terapia de primeira linha, sendo prescritos quando há alguma contraindicação aos fármacos de primeira linha ou quando esses são falhos. Os medicamentos representantes desse grupo são a clonidina e a nortriptilina (FIORE *et al.*, 2008; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018).

A clonidina é um anti-hipertensivo, agonista seletivo do receptor α -2-adrenérgico e possível redutor dos sintomas de abstinência como agitação e ansiedade. Seus efeitos colaterais como sedação, sonolência, tontura e hipotensão ortostática e a indefinição de dose mais adequada prejudicam a sua utilização no tratamento do tabagismo (FOCCHI; BRAUN, 2005; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). A interrupção abrupta do uso da

clonidina pode gerar sintomas como nervosismo, agitação, dor de cabeça e tremor, podendo ser acompanhada de aumento rápido de pressão arterial (FIORE *et al.* 2008).

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico com meia vida plasmática de 12 a 56 horas, metabolizada no fígado e excretada pelos rins (FOCCHI; BRAUN, 2005; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Há um consenso atual que os efeitos da nortriptilina sobre a cessação do tabagismo não estão relacionados às atividades antidepressivas desse fármaco, porém seu mecanismo de ação sobre o tabagismo ainda não é claro, embora há sugestões referentes a imitação da ação noradrenérgica da nicotina além do antagonismo do receptor de nicotina (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Apresenta como efeitos colaterais boca seca, tremores, visão turva e sedação, além de não poder ter uso associado a IMAOs, em casos de cardiopatias, crises convulsivas e glaucoma (FOCCHI; BRAUN, 2005).

Outros tratamentos estão sendo testados e comparados, visando aumentar os resultados positivos na cessação do tabagismo. Estudos com inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), por exemplo, não apresentaram benefícios em comparação ao placebo, mesmo que se espere essa ação de um antidepressivo, uma vez que poderia diminuir a ansiedade e depressão relacionadas a abstinência (FIORE *et al.* 2008; HARTMANN-BOYCE *et al.* 2014; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Dessa forma, sugere-se que, ao contrário do que ocorre com a modulação de dopamina e norepinefrina, a modulação direta da serotonina não desempenha um papel considerável no sucesso do tratamento do tabagismo (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018).

Ansiolíticos como benzodiazepínicos também não são utilizados nesses casos, sendo até contraindicados, em virtude do alto risco de abuso e dependência (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Vacinas de nicotina estão sendo testadas, com o intuito que exerçam o bloqueio da ativação nicotínica nos receptores que geram os sintomas de prazer e reforço, porém ainda não apresentaram efeitos superiores ao placebo (BARAONA *et al.*, 2017; GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Por outro lado, compostos inibidores da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina (por exemplo galantamina, donepezila e rivastigmina) e a N-acetilcisteína trazem resultados interessantes para essa área, através da redução da satisfação e

recompensa do tabagismo (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018). Em busca de novos fármacos que propiciem uma abstinência a longo prazo, com menores reforços de nicotina e sintomas de abstinência, novos estudos considerados padrão ouro tornam-se necessários (GÓMEZ-CORONADO *et al.*, 2018).

Atualmente, cigarros eletrônicos tem-se tornado populares, principalmente entre as populações mais jovens. Trata-se de um sistema eletrônico de liberação de nicotina através de vapor para inalação, cuja segurança não pode ser estimada, em virtude de apresentar ampla variedade de composições. Seu uso como adjuvante no abandono do tabagismo convencional não é aprovado pelo FDA (BARAONA *et al.*, 2017).

1.8 HIPÓTESE DO ESTUDO

No presente estudo foram analisados os resultados obtidos através dos grupos antitabagismo no Município de Balneário Camboriú, realizados nos anos de 2015 e 2016. Além do resultado referente à cessação ou não do tabagismo, imediatamente após o fim dos grupos antitabagismo, traçou-se o perfil desses indivíduos, correlacionando os resultados obtidos com diferentes variáveis e verificando se o desfecho (sucesso x insucesso) foi mantido ou alterado após a passagem de pelo menos um ano da finalização dos grupos antitabagismo.

A hipótese do estudo é que o acompanhamento adequado dos pacientes tabagistas que desejavam parar de fumar, através dos grupos de apoio cognitivo-comportamental, realizados por profissionais de saúde capacitados, associados ou não a terapia medicamentosa, acarreta em resultados positivos quanto a sua cessação, melhorando a expectativa e a qualidade de vida desses pacientes, seus familiares e comunidade.

Considerando que a luta contra o tabaco é uma batalha constante e que diversos fatores podem contribuir para o êxito na cessação tabágica, identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários tabagistas ao longo do processo que culminaram na cessação ou não do tabagismo, juntamente com o estudo do perfil dessa população, permitirá que novas políticas e formas de abordagem sejam elaboradas para aumentar a adesão e obter melhores resultados.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as taxas de cessação tabágica, imediata e a longo prazo, conquistadas através dos grupos antitabagismo realizados nas unidades de saúde do município de Balneário Camboriú, nos anos de 2015 e 2016 verificando se há variáveis que possam estar associadas ao sucesso na cessação do tabagismo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os dados registrados a partir dos grupos antitabagismo realizados nos anos de 2015 e 2016;
- Traçar o perfil dos pacientes que procuraram ajuda profissional a fim de cessar o tabagismo, destacando características como gênero, idade, escolaridade, comorbidades, grau de dependência;
- Identificar a taxa de tabagistas que fizeram uso de medicação antitabagismo e verificar se há relação com o resultado obtido;
- Identificar os principais fatores relacionados ao sucesso ou não do tratamento, como uso de medicação antitabagismo, adesão aos encontros, gênero, idade, escolaridade, dependência nicotínica, dentre outros;
- Determinar se após o fim dos grupos antitabagismo, os resultados conquistados para a cessação mudaram ou foram mantidos, com prazo mínimo de um ano;

3. METODOLOGIA

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Balneário Camboriú, cidade do litoral norte catarinense pertencente a mesorregião do Vale do Itajaí. Segundo dados estimados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Balneário Camboriú apresenta população de 131.727 habitantes em uma área de 46,24 km². Sua população é 100% urbana e composta por 52,4% de mulheres. A proporção de idosos, com 60 anos ou mais, é de 11,8% e 25,7% dos indivíduos com 25 anos ou mais possuem ensino superior completo.

O município disponibiliza atendimento ao tabagista que deseja parar de fumar em 8 dos seus 14 bairros. Esse atendimento é realizado nas unidades básicas de saúde dos bairros Barra, Vila Real, Nova Esperança, Municípios, Nações, Ariribá, Estados e Centro.

3.2 ASPECTOS LEGAIS

A Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú, por meio da Secretaria de Saúde, autorizou a execução dessa pesquisa, mediante assinatura de documento, pela então Diretora de Saúde (ANEXO B).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado na Plataforma Brasil pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do Parecer Consubstanciado 2.390.955 (CAAE: 73449317.5.0000.0121) (ANEXO C). Somente após essa liberação iniciou-se a coleta de dados, conforme recomendação ética em pesquisa clínica.

Para a participação na pesquisa foi solicitada a concordância do usuário mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), sendo garantido o anonimato, o sigilo das informações coletadas e assegurada a desistência em qualquer momento da pesquisa.

3.4 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, observacional e descritivo, onde foram analisados os registros obtidos a partir dos grupos antitabagismo realizados em Balneário Camboriú durante o período de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016. Em um segundo momento do estudo, foi aplicado um questionário a essa população.

3.5 POPULAÇÃO ALVO

Esse trabalho analisou os resultados obtidos nos grupos antitabagismo, financiados pelo SUS e realizados através da Secretaria Municipal de Saúde do município de Balneário Camboriú no período de 2015 a 2016. Ao todo, 256 indivíduos participaram dos grupos antitabagismo durante esse período.

O último grupo antitabagismo do período escolhido encerrou suas atividades em dezembro de 2016. Como a análise dos dados e aplicação do questionário iniciou em janeiro de 2018, todos os usuários já haviam finalizado sua participação nos grupos antitabagismo há pelo menos 12 meses. Escolheu-se esse período para estudo, e não um período mais atual, por ser considerado efetivo um programa de cessação do tabagismo quando o mesmo apresenta taxa de cessação igual ou superior a 30%, um ano após o seu encerramento (BRASIL, 2016).

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 Etapa 1

No primeiro momento da coleta de dados foram analisadas as “Planilhas de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo” (ANEXO D), que são planilhas elaboradas pelo INCA e MS, de preenchimento obrigatório pelas equipes que realizam os grupos antitabagismo através do PNCT.

Essas planilhas possuem informações como: nome, sexo, idade, escore de Fagerström, medicação utilizada para cessação do tabagismo, taxa de abandono, média de qual sessão parou de fumar e taxa de sucesso. Além dos dados dessas planilhas, outros dados como, endereço, telefone e uso de outros medicamentos foram extraídos do Olostech, sistema informatizado que o

município de Balneário Camboriú utiliza para dispensação de medicamentos.

Desses dados foram extraídos os valores de sucesso imediato na cessação do tabagismo, ou seja, logo após a finalização dos grupos antitabagismo.

3.6.2 Etapa 2

A segunda etapa do estudo englobou a aplicação de um questionário com questões do tipo abertas e semiabertas, aos pacientes que participaram dos grupos antitabagismo durante o período de interesse para esse estudo e que concordaram em participar dessa pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A, B e C). O principal objetivo da aplicação do questionário foi identificar o que motivou inicialmente os pacientes a participar dos grupos antitabagismo e os fatores que contribuíram ou atrapalharam no processo de cessação.

Outras informações foram investigadas a respeito do início do uso do cigarro, como qual a idade em que o usuário experimentou e se tornou tabagista, se houve influência de alguém nesse momento e por quanto tempo da sua vida fumou ou fuma.

Foi pesquisado, também, o status atual dos entrevistados, ou seja, se no momento da aplicação do questionário ele se declara fumante ou não fumante e se esse status é o mesmo que o usuário apresentava ao término do grupo. Informações sobre recaídas e seus motivos, bem como se há interesse em participar de novos grupos, também foram coletadas.

Com relação ao uso de medicamentos, os participantes foram questionados quanto aos efeitos adversos que eles possam ter percebido durante o uso da medicação e se associam o sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo ao uso dos medicamentos.

São dois tipos de questionários (APÊNDICES B e C), um para pacientes que pararam de fumar durante os grupos antitabagismo e um para os pacientes que continuaram fumando ao final dos grupos. O questionário foi aplicado uma única vez por participante.

O contato pesquisador – entrevistado ocorreu de maneira presencial. A abordagem inicial foi um contato via telefone onde foram explicados os objetivos dessa pesquisa e o paciente foi

convidado a comparecer a uma unidade de saúde do município para aplicação do questionário. Como a adesão com essa abordagem foi baixa, devido a fatores como dificuldade de deslocamento e falta de disponibilidade dos entrevistados, optou-se por uma abordagem mais direta na qual a pesquisadora foi até a residência dos participantes dessa pesquisa para aplicar o questionário. Alguns pacientes, que retiram medicamentos mensalmente na unidade de saúde em que a pesquisadora está lotada, foram entrevistados nesse momento.

Desses dados foram extraídos os valores de sucesso a longo prazo na cessação do tabagismo, ou seja, após, pelo menos, um ano da finalização dos grupos antitabagismo.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos nessa pesquisa, todos os pacientes que se enquadraram nas características supracitadas e que consentiram participar do estudo.

3.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Na etapa 1 não houve exclusões, uma vez que esta etapa consistiu em levantamento de dados já registrados de todos os participantes dos grupos antitabagismo nos anos de 2015 e 2016. Na etapa 2, alguns fatores de exclusão foram aplicados:

- Indivíduos que faleceram entre a etapa 1 e a etapa 2 da pesquisa;
- Indivíduos que não puderam ser localizados após três tentativas de contato telefônico, em dias e horários alternados, para serem convidados a participar da entrevista;
- Indivíduos que participaram apenas do primeiro encontro do grupo antitabagismo, no qual a metodologia é explicada e o grupo apresentado. Esses participantes foram excluídos pois decidiram não dar continuidade ao tratamento após terem participado do encontro de apresentação do programa;
- Indivíduos que por qualquer motivo não quiseram participar da pesquisa e/ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

No total, 152 pessoas participaram da segunda etapa dessa pesquisa.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos pacientes coletados nas “Planilhas de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo”, no sistema informatizado do município, Olostech, e nas entrevistas, foram reorganizados em planilha de dados no software Excel.

Os resultados dos dados quantitativos foram apresentados em tabelas e determinados média, desvio padrão e porcentagem, quando pertinente. Utilizou-se o teste t de Student para comparação de médias de variáveis quantitativas em amostras independentes. Nas variáveis qualitativas foi aplicado o Teste de Qui Quadrado para comparar as diferenças entre os valores obtidos nos casos de sucesso e insucesso na cessação do tabagismo, bem como, para comparar as diferenças entre a amostra total e a amostra entrevistada. Quando os valores obtidos para comparação foram inferiores a 5, aplicou-se o teste exato de Fisher. Calculou-se o risco relativo (RR), como medida de associação relativa, para responder quantas vezes é maior a probabilidade de alcançar sucesso na cessação do tabagismo para as diferentes variáveis analisadas. O software utilizado foi o GraphPad Prism 5.

Posteriormente, realizou-se análise multivariada por regressão logística para ajuste dos fatores de confusão na associação com o desfecho de sucesso na cessação do tabagismo, através do software SPSS 20.0. Essa análise é apresentada por um valor de OR que reflete a magnitude da associação investigada, determinando a chance (odds) do sucesso na cessação do tabagismo ocorrer, diante das diferentes variáveis.

Para todas as análises, os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

4. RESULTADOS

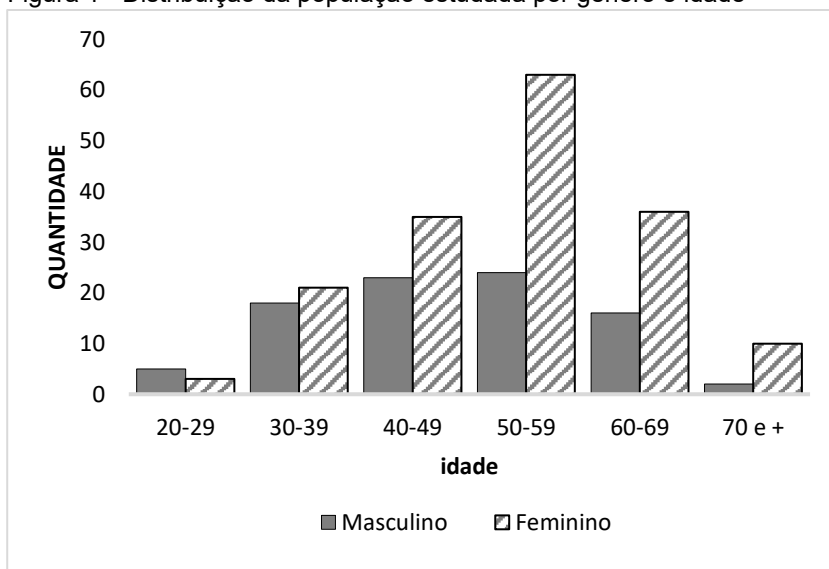
4.1 ETAPA 1

Os dados dos 256 participantes dos grupos antitabagismo realizados nos anos de 2015 e 2016 no município de Balneário Camboriú foram extraídos das “Planilhas de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo” e do sistema informatizado do município, Olostech, para análise.

4.1.1 Características Gerais da Amostra

Desses 256 participantes, praticamente dois terços (n= 168) eram mulheres (Tabela 1). A idade dos participantes variou de 22 a 80 anos, com média de 51,24 anos e desvio padrão (DP) de $\pm 11,64$ anos (Figura 1). Entre as mulheres a média de idade foi de $52,53 \pm 11,29$ anos e entre os homens $48,77 \pm 12,08$ anos ($p= 0,01$).

Figura 1 - Distribuição da população estudada por gênero e idade



Fonte: Planilhas de coleta de informações do tratamento do tabagismo (Balneário Camboriú 2015 – 2016).

Considerando a classificação de dependência à nicotina, no início da participação nos grupos, segundo os valores da aplicação do FTND, 32,81% apresentou dependência elevada (escore 6 e 7) e 26,56% dependência muito elevada (escore 8 a 10). O valor médio do escore de Fagerström encontrado para essa população foi de $5,82 \pm 2,31$. Para o gênero feminino o valor médio foi de $5,90 \pm 2,31$, e para o gênero masculino de $5,66 \pm 2,32$ ($p= 0,43$).

Quanto à escolaridade, praticamente metade da amostra, 49,22% estudou até o ensino fundamental, categoria até 8 anos de estudo, enquanto que um terço estudou até o ensino médio, categoria de 9 a 11 anos de estudo.

Os casos de sucesso na cessação do tabagismo englobam 59,38% da amostra, um total de 152 pessoas.

A maioria dos participantes, 66,02%, fez uso da terapia combinada: cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica. Apenas 11,33% dos participantes não fizeram uso de medicamentos para auxiliar no processo de cessação do tabagismo.

Segundo os dados obtidos no sistema informatizado do município, Olostech, referentes aos medicamentos dispensados na rede pública, 48,44%, dos 256 participantes dessa pesquisa, faziam uso de medicamentos para tratamento de comorbidades no período em que participaram dos grupos antitabagismo, independentemente de estarem, ou não, usando medicamento para auxiliar na cessação do tabagismo. A tabela 2 apresenta as classes de medicamentos utilizados por esses pacientes e a frequência com que apareceram nos prontuários e prescrições, relacionadas ao número total de participantes da pesquisa ($n=256$).

Tabela 1 – Características gerais dos participantes dos grupos antitabagismo nos anos de 2015 e 2016 no município de Balneário Camboriú

Variáveis	n= 256 (%)
Gênero	
Feminino	65,62
Masculino	34,38
Faixa Etária	
20 - 29 anos	3,13
30 - 39 anos	15,23
40 - 49 anos	22,66
50 - 59 anos	33,98
60 - 69 anos	20,31
70 anos e mais	4,69
Escore de Fagerström	
0 - 2 (dependência muito baixa)	10,55
3 - 4 (dependência baixa)	15,63
5 (dependência média)	14,45
6 - 7 (dependência elevada)	32,81
8 - 10 (dependência muito elevada)	26,56
Escolaridade	
Até 8 anos de estudo	49,22
De 9 a 11 anos de estudo	32,42
Mais de 11 anos de estudo	12,5
Não informado	5,86
Tratamento do tabagismo	
Sucesso	59,38
Insucesso	40,62
Medicamentos antitabagismo	
Cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	66,02
Cloridrato de bupropiona (terapia isolada)	8,98
Nicotina transdérmica (terapia isolada)	13,67
Não fez uso de medicação	11,33
Uso de outros medicamentos	48,44

Fonte: Planilhas de coleta de informações do tratamento do tabagismo (Balneário Camboriú 2015 – 2016).

Aproximadamente 18% dessa amostra faz uso de medicamentos com ação no sistema cardiovascular, como losartana, atenolol, propranolol, captopril, dentre outros. Medicamentos com ação no sistema renal aparecem com a segunda maior frequência (12,11%) e incluem hidroclorotiazida e espironolactona. Medicamentos com ação sobre o sistema

nervoso central aparecem em 8,98% dos prontuários, sendo o diazepam e a sertralina os mais usados nessa população. O salbutamol e a beclometasona, padronizados no município, para tratamento de problemas respiratórios, aparecem em 2,73% do total das prescrições (Tabela 2).

Tabela 2 – Medicamentos não relacionados a cessação do tabagismo usados pelos pacientes no período em que participaram dos grupos antitabagismo

Medicamento	% (n=256)
Ação no sistema cardiovascular	17,97
Ação no sistema renal	12,11
Hipolipemiante	11,72
Antiagregante plaquetário	9,37
Ação no sistema nervoso central	8,98
Ação no sistema digestório	5,47
Antidiabéticos e/ou insulinas	4,30
Terapia repositora de cálcio	4,30
Ação no sistema reprodutor	3,51
Ação no sistema respiratório	2,73
Antihistamínico	2,34
Ação no sistema endócrino	1,93
Anti-anêmico	0,78

Fonte: Olostech.

4.1.2 Frequência de Participação nos Encontros

A frequência de participação nos encontros de abordagem cognitivo-comportamental está descrita na Tabela 3. A grande maioria dos pacientes, 63,28%, frequentou as 4 sessões semanais, considerado adesão total, enquanto 10,94% participaram de apenas um dos encontros, não frequentando os demais

A faixa etária com maior adesão foi a que compreende os pacientes entre 60 e 69 anos, com 76,91% de participação total. Em contrapartida, a faixa etária de 20 a 29 anos foi a que apresentou maior taxa de desistência ao longo das sessões, com apenas 37,50% desse grupo frequentando 100% dos encontros.

Escores de Fagerström de 0 a 2, classificados como grau de dependência muito baixo, apresentaram as melhores taxas de adesão, com 70,37% desse grupo frequentando todos os encontros. Os valores para frequência nos 4 encontros das demais

categorias dessa variável seguem semelhantes, variando entre 58,33% e 66,18%.

O grupo com 9 a 11 anos de estudo (ensino médio) apresentou a menor taxa de adesão total da categoria escolaridade (56,63%). Não considerando o grupo em que esse quesito não foi informado, a maior adesão ocorreu com aqueles que possuem mais de 11 anos de estudo, 81,25%.

Um dos dados mais relevantes dessa tabela está relacionado às taxas de sucesso e insucesso alcançadas conforme a frequência de participação nos grupos. Com participação em apenas um dos encontros, ninguém conseguiu alcançar o sucesso na cessação do tabagismo. A medida que a frequência de participação nos encontros aumenta, aumenta também a taxa de sucesso conquistada. Pacientes que participaram das 4 sessões alcançaram sucesso na cessação do tabagismo em 83,55% dos casos, quando comparado ao número total de sucesso obtido nessa pesquisa. Dos 162 participantes das 4 sessões de abordagem cognitivo-comportamental, 78,40% obtiveram êxito na cessação do tabagismo.

Tabela 3 - Frequência de participação nas sessões de abordagem cognitivo-comportamental registradas nos grupos antitabagismo nos anos de 2015 e 2016 no município de Balneário Camboriú

	Sessões (%)			
	1	2	3	4
Participantes	10,94	12,11	13,67	63,28
Gênero				
Feminino	8,33	12,50	12,50	66,67
Masculino	15,91	11,36	15,91	56,82
Faixa etária				
20 - 29 anos	37,50	12,50	12,50	37,50
30 - 39 anos	15,38	15,38	10,26	58,98
40 - 49 anos	13,79	6,90	20,69	58,62
50 - 59 anos	8,05	16,09	13,79	62,07
60 - 69 anos	3,85	9,62	9,62	76,91
70 anos e mais	16,67	8,33	8,33	66,67
Escore de Fagerström				
0 - 2 (dependência muito baixa)	22,22	-	7,41	70,37
3 - 4 (dependência baixa)	5,00	10,00	20,00	65,00
5 (dependência média)	5,41	16,22	16,22	62,15
6 - 7 (dependência elevada)	14,29	15,48	11,90	58,33
8 - 10 (dependência muito elevada)	8,82	11,76	13,24	66,18
Escolaridade				
Até 8 anos de estudo	12,70	11,11	15,87	60,32
De 9 a 11 anos de estudo	10,84	15,66	16,87	56,63
Mais de 11 anos de estudo	6,25	9,38	3,12	81,25
Não informado	6,67	6,67	-	86,66
Tratamento do tabagismo				
Sucesso	-	3,95	12,50	83,55
Insucesso	26,92	24,04	15,38	33,66
Medicamentos antitabagismo				
Cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	4,14	8,29	14,79	72,78
Cloridrato de bupropiona (terapia isolada)	17,39	17,39	13,04	52,18
Nicotina transdérmica (terapia isolada)	11,76	8,82	11,77	67,65
Não fez uso de medicação	44,84	34,48	10,34	10,34
Uso de outros medicamentos	8,87	14,52	12,10	64,51

Fonte: Planilhas de coleta de informações do tratamento do tabagismo (Balneário Camboriú 2015 – 2016).

Notas Gerais: Símbolo (-): dado numérico igual a zero.

Usar medicação antitabagismo fez com que as taxas de adesão nas sessões de terapia fossem de 5 a 7 vezes maiores (52,18%, 67,15% e 72,78%) que a registrada quando o participante não fez uso de medicamentos para a cessação do tabagismo (10,34%). Dos pacientes que não fizeram uso de medicação antitabagismo, 44,84% desistiram dos grupos após a participação no primeiro encontro. Usuários de TRN e cloridrato de bupropiona, de forma associada, apresentaram a maior taxa de adesão, 72,78%, aos quatro encontros propostos e também a menor taxa de desistência após a primeira sessão, 4,14%. Pacientes em uso de outros medicamentos para o tratamento de comorbidades apresentaram adesão total de 64,51%.

4.1.3 Variáveis Relacionadas ao Sucesso ou Insucesso na Cessação do Tabagismo

Foram comparados os pacientes que alcançaram o sucesso na cessação do tabagismo, imediatamente após o fim das 4 sessões de abordagem cognitivo-comportamental dos grupos antitabagismo, com aqueles que não conseguiram cessar o tabagismo, segundo diferentes variáveis (Tabela 4). Para analisar as variáveis contínuas como idade e escore de Fagerström, utilizou-se categorias baseadas no valor médio encontrado para esses itens. Para escolaridade, determinou-se a categoria superior a 8 anos de estudo ou não, sendo que até 8 anos de estudo correspondem ao antigo ensino fundamental completo. Referente ao item escolaridade, não foram incluídos nessa tabela os pacientes que estavam com esse dado não informado.

As variáveis sociodemográficas, como gênero ($p= 0,46$), idade ($p= 0,10$) e escolaridade ($p= 1,02$), não apresentam características que as associassem significativamente com a obtenção do sucesso, ou não, na cessação do tabagismo. O escore de Fagerström até 5, classificado como dependência leve a moderada, também não demonstrou associação significativa com o sucesso da cessação ($p= 0,06$).

Tabela 4 - Sucesso e insucesso na cessação do tabagismo relacionados a diferentes variáveis

	Sucesso n= 152 (%)	Insucesso n= 104 (%)	P	RR (IC 95%)
Gênero				
Feminino	57,74	42,26	0,46	0,92 (0,75 - 1,14)
Masculino	62,50	37,50		
Idade igual ou maior que 50 anos				
Sim	63,58	36,42	0,10	1,19 (0,96 - 1,48)
Não	53,33	46,67		
Escore de Fagerström				
0 – 5	66,35	33,65	0,06	1,21 (0,99 - 1,48)
6 – 10	54,61	45,39		
Escolaridade Superior a 8 anos				
Sim	59,13	40,87	0,85	1,02 (0,82 - 1,26)
Não	57,94	42,06		
Uso de medicação antitabagismo				
Sim	65,64	34,36	< 0,0001	6,34 (2,16 - 18,61)
Não	10,34	89,66		
Tratamento com cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica				
Sim	71,60	28,40	< 0,0001	2,01 (1,49 - 2,71)
Não	35,63	64,37		
Tratamento com cloridrato de bupropiona (terapia isolada)				
Sim	43,48	56,52	0,10	0,71 (0,44 - 1,15)
Não	60,94	39,06		
Tratamento com nicotina transdérmica (terapia isolada)				
Sim	51,43	48,57	0,30	0,85 (0,60 - 1,19)
Não	60,63	39,37		
Uso de outros medicamentos				
Sim	58,06	41,94	0,68	0,96 (0,78 - 1,17)
Não	60,61	39,39		
Adesão aos 4 encontros				
Sim	78,4	21,60	< 0,0001	2,95 (2,09 - 4,16)
Não	25,51	74,49		

Fonte: O autor.

Notas Gerais: RR – Risco Relativo / IC 95% – Intervalo de Confiança 95%

Os valores referentes ao sucesso, para aqueles que se beneficiaram do tratamento antitabagismo foi, em proporção, 6 vezes maior (65,64%) quando comparado aos indivíduos que não utilizaram medicação para esse fim. O uso de medicação antitabagismo demonstrou ser estatisticamente significativo com relação ao sucesso na cessação do tabagismo ($p < 0,0001$).

Nos casos em que o cloridrato de bupropiona e a nicotina transdérmica foram administrados em associação, a porcentagem de sucesso (71,60%) foi o dobro da encontrada quando não houve administração de fármacos, ou quando foram administrados de forma isolada (35,63%). Essa modalidade de tratamento esteve associada estatisticamente com a cessação do tabagismo ($p < 0,0001$).

Ao final do programa, a adesão aos 4 encontros de abordagem cognitivo-comportamental demonstrou associação estatística com o sucesso no tratamento antitabagismo ($p < 0,0001$).

Nos casos em que o cloridrato de bupropiona e a nicotina transdérmica foram administrados em terapias isoladas, o valor médio de insucesso (51,72%) foi semelhante ao de sucesso (48,28%), demonstrando ausência de significância estatística nos valores de p , 0,10 e 0,30 respectivamente, encontrados para os tratamentos isolados com essas drogas. O uso de medicamentos para o tratamento de comorbidades também não mostrou relação com sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo.

Posteriormente, foi realizada análise multivariada por regressão logística visando estimar a magnitude de associação entre as diferentes variáveis e o desfecho, caracterizado pelo sucesso na cessação do tabagismo, após ajuste para as variáveis de confusão. Os dados das três variáveis que haviam demonstrado significância estatística estão apresentados na Tabela 5 e na Figura 2.

Tabela 5 - Variáveis associadas ao sucesso na cessação do tabagismo analisadas por regressão logística

Variáveis	OR	IC 95%	p
Uso de medicação antitabagismo	3,14	0,64 - 15,32	0,16
Tratamento com cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	2,75	1,01 - 7,51	0,04
Adesão aos 4 encontros	7,39	3,91 - 13,96	< 0,0001

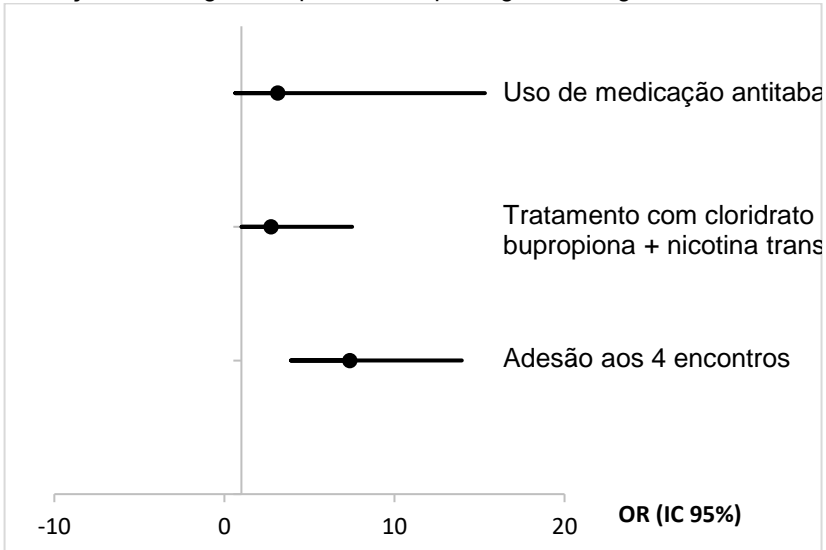
Fonte: O autor.

Notas Gerais: OR – *odds ratio*.

IC 95% – Intervalo de Confiança 95%.

Das três variáveis que inicialmente demonstraram relação com o sucesso na cessação do tabagismo, duas permaneceram significativas após essa nova análise: tratamento com cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica em associação e adesão aos 4 encontros propostos. A análise multivariada por regressão logística demonstrou que o tratamento associado de cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica eleva em quase três vezes a chance de um paciente alcançar sucesso na cessação do tabagismo, já a frequência em 100% dos encontros eleva essa chance em mais de sete vezes.

Figura 2 - Distribuição gráfica das variáveis associadas ao sucesso na cessação do tabagismo, após análise por regressão logística



Fonte: O autor.

Notas Gerais: OR – *odds ratio*

IC 95% – Intervalo de Confiança 95%

4.2 ETAPA 2

A etapa 2 desse estudo consistiu na apresentação dos dados coletados através da aplicação de questionários aos participantes dos grupos antitabagismo realizados nos anos de

2015 e 2016 em Balneário Camboriú, após pelo menos um ano das suas participações.

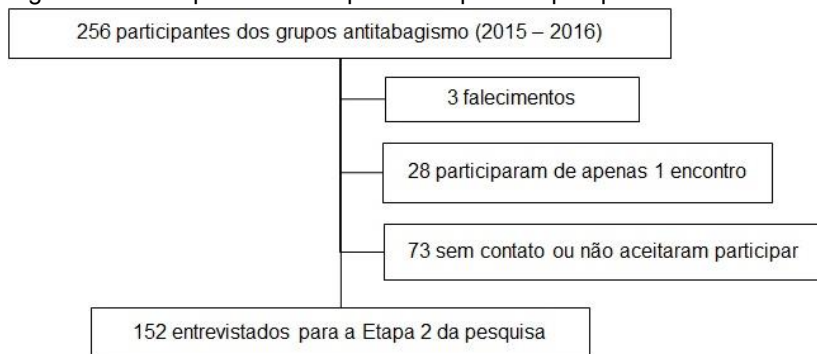
4.2.1 Amostra Entrevistada

Não foi realizado cálculo amostral para definição de quantidade de entrevistados com o intuito de abordar o maior número possível de participantes visando alcançar características que representassem da melhor forma o todo.

A amostra, inicialmente composta por 256 participantes, teve 3 perdas por falecimento (Figura 3). Além disso, como essa pesquisa apresenta como critério de exclusão os indivíduos que participaram de apenas um encontro cognitivo comportamental, 28 foram classificados como não aptos para responder às perguntas do estudo pois optaram por não dar continuidade ao tratamento. Por fim, algumas pessoas não foram contatadas por terem seus dados cadastrais incompletos ou incorretos e alguns pacientes que foram contatados não compareceram no horário combinado para a aplicação do questionário, caracterizando não aceitação em participar da pesquisa, totalizando 73 indivíduos. No total, foram aplicados questionários a 152 pessoas para a Etapa 2 dessa pesquisa.

O número de entrevistados correspondeu a 59,38% do total dos participantes dos grupos antitabagismo. Levando em consideração os fatores de exclusão, falecimentos e participantes de apenas 1 encontro, os entrevistados correspondem a 67,56% da amostra.

Figura 3 - Participantes da etapa 1 e etapa 2 da pesquisa



Fonte: O autor.

A tabela 6 foi criada com a finalidade de comparar as características da população entrevistada com a não entrevistada.

Dados como grau de dependência, gênero, escolaridade, uso de medicação antitabagismo, tanto nas formas isoladas como em terapia combinada, não apresentam diferenças estatísticas entre as duas populações (entrevistados e não entrevistados).

Tabela 6 - Comparação da população entrevistada com a não entrevistada

Variável	Entrevistados	Não entrevistados	p
Idade	52,47 ± 10,36	49,43 ± 13,15	0,04
Grau de dependência	6,02 ± 2,11 %	5,52 ± 2,56 %	0,09 P
Gênero			
Feminino	60,71	39,29	0,55
Masculino	56,82	43,18	
Escolaridade superior a 8 anos			
Sim	61,74	38,26	0,47
Não	57,14	42,86	
Uso de medicação antitabagismo			
Sim	61,23	38,77	0,09
Não	44,83	55,17	
Tratamento com cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica			
Sim	60,36	39,64	0,65
Não	57,47	42,53	
Tratamento com cloridrato de bupropiona (terapia isolada)			
Sim	56,52	43,48	0,77
Não	59,66	40,34	
Tratamento com nicotina transdérmica (terapia isolada)			
Sim	68,57	31,43	0,23
Não	57,92	42,08	
Uso de outros medicamentos			
Sim	70,16	29,84	0,0007
Não	49,24	50,76	
Adesão aos 4 encontros			
Sim	67,90	32,10	0,0003
Não	44,68	55,32	
Sucesso na cessação do tabagismo			
Sim	67,11	32,89	0,002
Não	48,08	51,92	

Fonte: O autor.

As variáveis que apresentaram diferença estatística entre a população entrevistada e a não entrevistada são: idade, uso de medicamentos para o tratamento de comorbidades, adesão aos 4 encontros propostos e sucesso na cessação do tabagismo.

Os dados demonstrados a partir daqui, são relacionados a esses 152 indivíduos.

4.2.2 Características e Informações Gerais sobre a Amostra Entrevistada

A população entrevistada iniciou o tabagismo entre $16,44 \pm 5,84$ anos e fumam ou fumaram por $35,20 \pm 11,19$ anos. A maioria dessas pessoas é atuante no mercado de trabalho e declarou estado civil casado, 65,13% e 61,84%, respectivamente. Cerca de metade dos entrevistados (44,74%) convivem com fumantes (Tabela 7).

A maior influência para começar a fumar, segundo a pesquisa, veio de amigos e/ou colegas de trabalho, 64,47%. Já o motivo principal para procura de ajuda foi a vontade própria de parar de fumar, com 33,55%. A maioria dos pesquisados, 67,76%, soube da existência do PNCT através dos profissionais de saúde, tanto pelos agentes de saúde que realizam visitas em suas residências como nas unidades de saúde que frequentam.

O sucesso na cessação do tabagismo foi atribuído na maioria das vezes a um conjunto de fatores, sendo que a força de vontade aparece em 73,03% das respostas, seguida dos medicamentos antitabagismo, 30,92% e das ações dos grupos antitabagismo, 19,08%. Por fim, mais de 90% dos participantes consideraram como positivas suas impressões referentes a aplicação do PNCT no município.

Tabela 7 – Características e impressões gerais da população entrevistada.

Características	n=152
Idade que começou a fumar	16,44 ± 5,84
Anos como fumante	35,20 ± 11,19
	%
Atuante no mercado de trabalho	65,13
Convive com fumante	44,74
Estado civil	
Casado	61,84
Solteiro/Divorciado/Viúvo	38,16
Influência para começar a fumar	
Amigos e/ou colegas de trabalho	64,47
Familiares	25,00
Sozinho	10,53
Motivo para procurar ajuda	
Vontade própria de parar de fumar	33,55
Problemas de saúde	30,92
Incentivo familiar e/ou de amigos	17,76
Tentativa anterior fracassada	13,16
Outros	4,61
Como soube do programa	
Profissionais de saúde	67,76
Familiares e/ou amigos	25,66
Outros	6,58
Motivo que atribui ao sucesso na cessação do tabagismo	
Força de vontade	73,03
Medicamento	30,92
Grupo antitabagismo	19,08
Impressão positiva sobre o programa	90,79

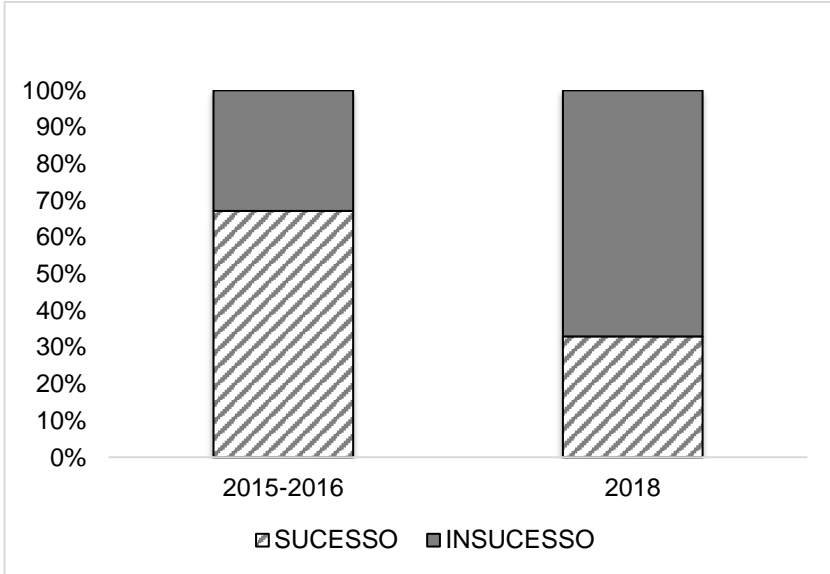
Fonte: O autor.

4.2.3 Status Atual da Amostra Entrevistada: Tabagista x não Tabagista

O objetivo principal da aplicação dos questionários era descobrir o status atual dos participantes dos grupos antitabagismo de 2015 e 2016: tabagista ou não tabagista. As entrevistas ocorrerem em 2018, portanto todos já haviam concluído a participação nos grupos antitabagismo há mais de 1 ano.

Dos 152 entrevistados, 67,10% cessaram o tabagismo ao final da participação nos grupos antitabagismo de 2015 e 2016. Em 2018, quando essas pessoas foram contatadas, a porcentagem de não fumantes era de 32,90% (Figura 4).

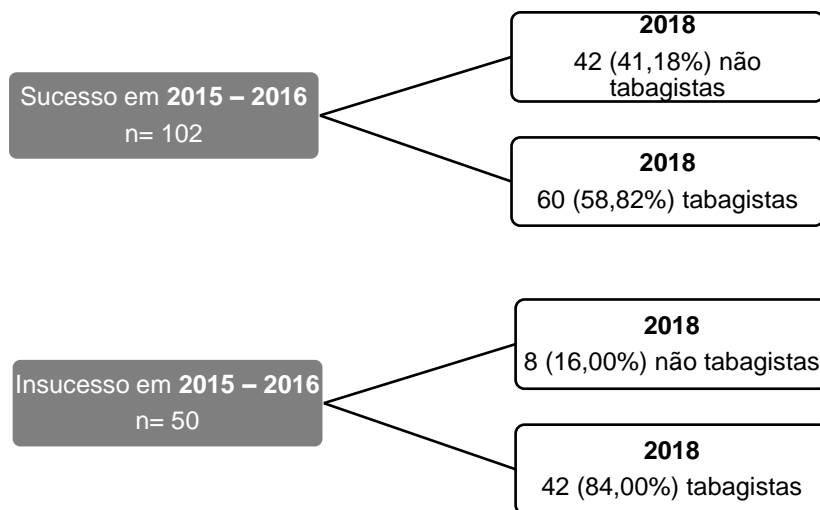
Figura 4 - Comparação dos casos de sucesso e insucesso logo após a finalização dos grupos antitabagismo e em 2018.



Fonte: O autor.

Logo após a finalização dos grupos antitabagismo de 2015 e 2016, 102 pessoas, dentre os 152 entrevistados haviam alcançado sucesso na cessação do tabagismo (Figura 5). Dessas, 58,82% voltaram a fumar e 41,18% permaneceram não tabagistas. Dentre os entrevistados, 50 pacientes não conseguiram parar de fumar mesmo com a participação nos grupos antitabagismo. Porém, com o passar do tempo, 16,00% dessa amostra conseguiu alcançar o sucesso na cessação do tabagismo e atribuíram isso, principalmente, à força de vontade atrelada aos conhecimentos adquiridos após os grupos antitabagismo.

Figura 5 - Distribuição dos casos de sucesso e insucesso na amostra entrevistada

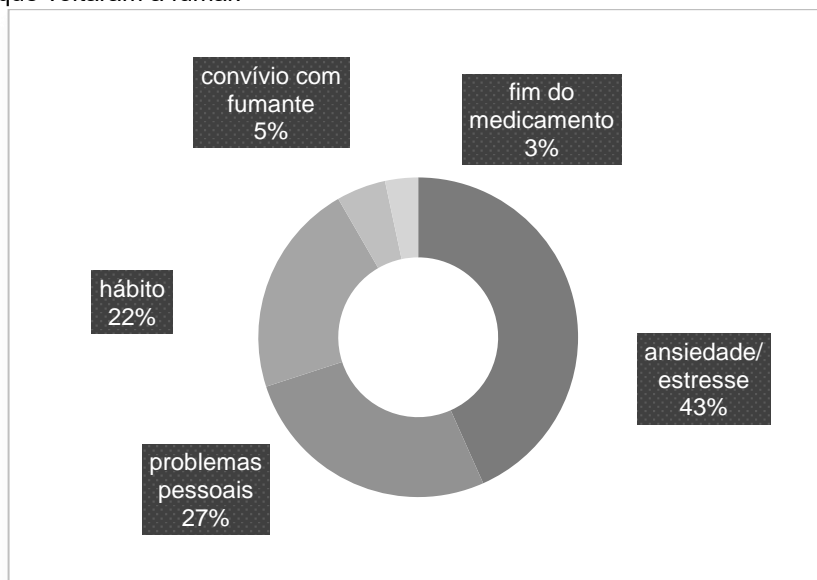


Fonte: O autor.

4.2.4 Recaídas e Tempo em Abstinência na Amostra que Inicialmente Cessou o Tabagismo

Casos de recaída foram relatados por 69,61% dos entrevistados que haviam conseguido cessar o tabagismo e desses, 58,82%, classificaram-se no momento da entrevista como tabagistas. Os motivos citados para recaída foram elencados conforme frequência em que apareceram nas respostas na figura 6. A ansiedade e o estresse foram os motivos citados pelo maior número de participantes (43,33%).

Figura 6 - Principais motivos para recaída elencados pelos participantes que voltaram a fumar.



Fonte: O autor.

O tempo em abstinência dos pacientes que cessaram o tabagismo com a participação nos grupos de 2015 e 2016 e posteriormente começaram a fumar variou de 2 dias a 2 anos. Aproximadamente um quarto desses pacientes voltaram a fumar em 1 semana após a finalização dos grupos antitabagismo. Em 1 mês, metade desse grupo estava fumando e após 6 meses esse valor passou para 86,67% (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo que os pacientes que haviam alcançado sucesso na cessação do tabagismo levaram para apresentar recaída e voltar a fumar

Recaída	Indivíduos que voltaram a fumar n=60 (%)	
	Frequência	Frequência Acumulada
até 7 dias	26,27	26,27
1 mês	23,33	50,00
6 meses	36,67	86,67
7 meses a 2 anos	13,33	100,00

Fonte: O autor.

4.2.5 Características da Amostra Autodeclarada Tabagista

Dos entrevistados, 102 (67,10%) declararam-se fumantes no momento da entrevista, tendo como média o consumo de 17,13 \pm 9,18 cigarros ao dia. Praticamente metade dessa amostra, 51,96%, declarou fumar de 11 a 20 cigarros por dia (Tabela 9). Essa mesma porcentagem de pessoas, 51,96%, alega ter diminuído a quantidade de cigarros fumados por dia, após a participação nos grupos antitabagismo. O interesse em participar novamente do PNCT no município foi demonstrado por 63,73% dos entrevistados.

Tabela 9 – Características dos tabagistas entrevistados

Características	%
Quantidade de cigarros fumados por dia	
2 a 10 cigarros	33,33
11 a 20 cigarros	51,96
Mais de 21 cigarros	14,71
Quantidade de cigarros em comparação ao início do grupo antitabagismo	
Menor	51,96
Igual	41,18
Maior	6,86
Interesse em participar novamente de grupos antitabagismo	
Sim	63,73

Fonte: O autor.

4.2.6 Usuários de Medicamentos Antitabagismo

Dos entrevistados, 91,45% fizeram uso de algum medicamento para cessação do tabagismo. Perguntas relacionadas a possíveis desconfortos gerados pelo uso desses medicamentos e impressão sobre efetividade dos mesmos foram feitas para esses pacientes (Tabela 10).

Tabela 10 – Impressões dos usuários de medicamentos antitabagismo sobre os mesmos

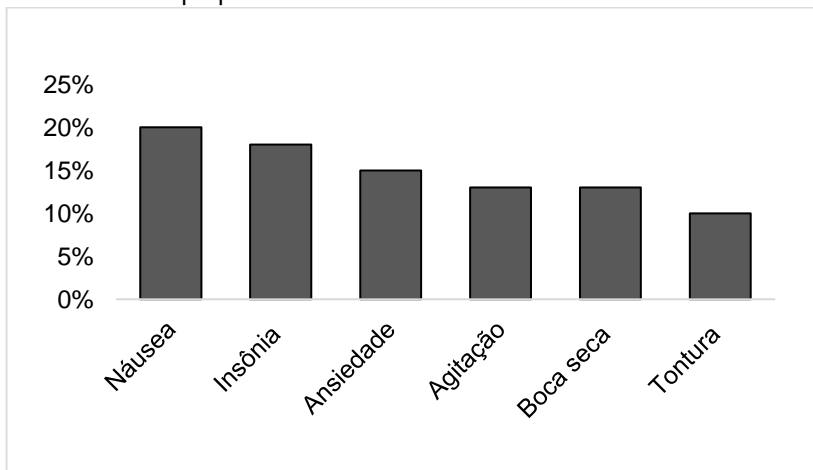
Opinião dos usuários	%
Efetividade dos medicamentos	90,65
Desconforto com o uso dos medicamentos	42,45
Desconforto com o uso de cloridrato de bupropiona	33,91
Desconforto com o uso de nicotina transdérmica	22,22

Fonte: O autor.

A grande maioria dos usuários de medicamentos acredita na efetividade dos mesmos. Considerando todos os usuários de medicamentos, 42,45% sentiram algum desconforto durante o seu uso. A porcentagem de usuários que relataram algum efeito adverso com o uso de cloridrato de bupropiona foi de 33,91% e com o uso de TRN, 22,22%.

Referente ao uso de cloridrato de bupropiona, dentre os pacientes que relataram algum desconforto com seu uso, 20,51% apresentou náusea, 17,95% citou insônia, 15,38% ansiedade, 12,82% foi o percentual de pacientes que relataram agitação e boca seca e 10,26% desses pacientes apresentaram tontura (Figura 7). Além desses, sono, taquicardia, perda de atenção, aumento e diminuição da pressão arterial também foram relatados, porém em proporções menores.

Figura 7 - Efeitos adversos mais prevalentes, relatados pelos usuários de cloridrato de bupropiona



Fonte: O autor.

Quanto ao desconforto com o uso do adesivo transdérmico de nicotina, 78,57% dos pacientes com queixas, citaram alergia e coceira na pele. Em proporções inferiores apareceram insônia, taquicardia, boca seca e cheiro ruim na pele.

4.2.7 Variáveis Relacionadas ao Sucesso ou Insucesso na Cessação do Tabagismo na Amostra Entrevistada

Por fim, a Tabela 11 traz a análise de diferentes variáveis com relação ao sucesso ou insucesso na manutenção da cessação do tabagismo a longo prazo, uma vez que os dados referem-se aos pacientes entrevistados após, no mínimo, um ano de suas participações nos grupos antitabagismo.

As variáveis analisadas, gênero, idade, escore de Fagerström, escolaridade, uso de medicação antitabagismo, tanto nas formas isoladas como em associação, tratamento de comorbidades e adesão aos encontros, não apresentaram características que pudessem ser associadas significativamente com a manutenção do sucesso, ou não, na cessação do tabagismo.

Tabela 11 – Sucesso e insucesso na manutenção da cessação do tabagismo relacionados a diferentes variáveis.

	Sucesso n= 152 (%)	Insucesso n= 104 (%)	P	RR (IC 95%)
Gênero				
Feminino	29,41	70,59	0,19	0,73 (0,47 - 1,16)
Masculino	40,00	60,00		
Idade igual ou maior que 50 anos				
Sim	34,34	65,66	0,60	1,14 (0,70 - 1,86)
Não	30,19	69,81		
Escore de Fagerström				
0 – 5	39,34	60,66	0,16	1,38 (0,88 - 2,16)
6 – 10	28,57	71,43		
Escolaridade superior a 8 anos				
Sim	32,47	67,53	0,80	1,06 (0,66 - 1,71)
Não	30,56	69,44		
Uso de medicação antitabagismo				
Sim	33,81	66,19	0,55	1,46 (0,53 - 4,06)
Não	23,08	76,92		
Tratamento com cloridrato de bupropiona + nicotina transdémica				
Sim	32,35	67,65	0,84	0,95 (0,59 - 1,53)
Não	34,00	66,00		
Tratamento com cloridrato de bupropiona (terapia isolada)				
Sim	46,15	53,85	0,29	1,46 (0,77 - 2,75)
Não	31,65	68,35		
Tratamento com nicotina transdémica (terapia isolada)				
Sim	33,33	66,67	0,96	1,02 (0,55 - 1,88)
Não	32,81	67,19		
Uso de outros medicamentos				
Sim	25,61	74,39	0,06	0,62 (0,39 - 0,98)
Não	41,43	58,57		
Adesão aos 4 encontros				
Sim	37,27	62,73	0,06	1,74 (0,93 - 3,26)
Não	21,43	78,57		

Fonte: O autor.

Notas Gerais: RR – Risco Relativo

IC 95% – Intervalo de Confiança 95%

Com a aplicação dos questionários, novas variáveis puderam ser analisadas: atuação no mercado de trabalho, estado civil e convívio com fumantes (Tabela 12). Essas variáveis também não foram associadas significativamente com a manutenção da cessação do tabagismo.

Tabela 12 – Análise de novas variáveis com a manutenção do sucesso ou não na cessação do tabagismo

	Sucesso n= 50 (%)	Insucesso n= 102 (%)	p	RR
Atuante no mercado de trabalho				
Sim	37,37	62,63	0,11	1,52 (0,89 - 2,61)
Não	24,53	75,47		
Casado				
Sim	42,55	57,45	0,12	1,53 (0,86 - 2,73)
Não	27,78	72,22		
Convive com fumantes				
Sim	29,41	70,59	0,41	0,82 (0,52 - 1,31)
Não	35,71	64,29		

Fonte: O autor.

Notas Gerais: RR – Risco Relativo

5. DISCUSSÃO

A ciência exerce papel muito importante na saúde pública, embasando suas regulamentações, propiciando o desenvolvimento e aplicação de diretrizes nacionais e internacionais para o controle do tabagismo (HENNINGFIELD, 2011). Por muito tempo os efeitos nocivos do tabaco foram incertos para pesquisadores e usuários, enquanto a indústria do tabaco valoriza em seus produtos as habilidades de aumento de concentração e atenção (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009). A importância da pesquisa farmacológica da nicotina e do tabaco vem sendo demonstrada ao longo do tempo, uma vez que a própria nicotina já foi classificada como remédio maravilhoso do futuro, poderoso agente nervoso, veneno e droga geradora de dependência, semelhante a outras drogas como heroína e cocaína (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009).

Nos anos de 1979 e 1980, o uso de modelos animais possibilitou estudar o abuso da nicotina, através da autoadministração em altas taxas por primatas não humanos e também a sua atividade psicoativa. Em conjunto, as pesquisas em psicofarmacologia realizadas nas décadas de 1970 e 1980 forneceram uma base sólida sobre a geração de dependência da nicotina e seus efeitos nocivos (HENNINGFIELD; ZELLER, 2009).

Desde então, farmacologistas comportamentais estão atentos para responder às questões relativas à capacidade viciante da nicotina e sua redução, aspectos comportamentais e ambientais para embasar políticas futuras (BEVINS *et al.*, 2018). Essa luta contra o tabagismo é diária, através da educação intensificada sobre a importância da sua cessação. Nesse trabalho o PNCT serviu de base nas ações antitabagismo pesquisadas e os resultados conquistados são frutos de estudos e pesquisas realizados ao longo dos anos.

5.1 ETAPA 1

5.11 Características Gerais da Amostra

Um dos grandes desafios do PNCT é o desenvolvimento de estratégias que abordem um público alvo cada vez maior, seja com estratégias de redução de tabagismo entre as mulheres, entre populações com menor renda e escolaridade bem como,

mecanismo para diminuir e quem sabe erradicar a experimentação entre os adolescentes (CAMPOS; GOMIDE, 2015). Clinicamente, é importante saber como a eficácia do tratamento varia em função das características do fumante e o perfil dos usuários que manifestam desejo de cessar o tabagismo para pesquisar fatores associados ao sucesso terapêutico (GOYATÁ *et al.*, 2014; WEST *et al.* 2018).

Considerando que o tabagismo está fortemente relacionado ao comportamento social, torna-se imprescindível verificar se a implantação do programa está possibilitando o acesso fácil e adequado à população potencialmente alvo desse programa. Investindo na inserção de mais indivíduos no programa, mais vínculos serão criados e mais esse comportamento será adotado e repassado (CAMPOS; GOMIDE, 2015). É importante que os profissionais de saúde estejam atentos para identificar e acolher todos os tabagistas que procuram os sistemas de saúde em busca de ajuda, além disso, abordagens motivacionais devem ser utilizadas para aqueles que ainda não demonstram consciência e não externam vontade de parar com o tabagismo (FIORE *et al.*, 2008).

Nessa pesquisa, a média de idade encontrada dentre todos os participantes dos grupos antitabagismo de 2015 e 2016, foi de 51,24 anos, característica semelhante a outros estudos (LLAMBÍ *et al.*, 2008; AZEVEDO; FERNANDES, 2011; SATTTLER; CADE, 2013). Dois terços das pessoas que procuraram os grupos antitabagismo são do gênero feminino. Estudos sugerem que mulheres são mais propensas a buscar assistência por frequentarem mais os serviços de saúde, uma vez que, socialmente, assumem o cuidado dos familiares (LLAMBÍ *et al.*, 2008; AZEVEDO; FERNANDES, 2011; JEREMIAS *et al.*, 2013; SATTTLER; CADE, 2013; GOYATÁ *et al.*, 2014). Por outro lado, as mulheres também estão mais expostas a fatores geradores de estresse que podem criar barreiras no abandono do tabagismo, como ciclos hormonais, maior preocupação com controle do peso, maior probabilidade de depressão, dentre outros, usando o tabagismo como alternativa no enfrentamento desses sintomas (FIORE *et al.*, 2008, BARDACH *et al.*, 2016; BARAONA *et al.*, 2017). Há indícios que as mulheres estejam mais propensas a sofrer danos à saúde, como declínio da função pulmonar e DPOC, quando comparadas aos homens, diante da mesma exposição tabágica (BARAONA *et al.*, 2017). Os mesmos tratamentos para

cessação do tabagismo demonstram eficácia para os diferentes gêneros, podendo ser usados para homens e mulheres, exceto no caso das grávidas fumantes (FIORE *et al.*, 2008). Também não há diferenciação nos resultados do tratamento quando a idade (FIORE *et al.*, 2008; JEREMIAS *et al.*, 2012).

Dados do VIGITEL vão de encontro aos dados desse trabalho em relação ao gênero. Segundo esse inquérito, a porcentagem de homens fumantes de 13,2% no ano de 2017 é consideravelmente superior à porcentagem de mulheres fumantes, 7,5%, para esse mesmo ano (BRASIL, 2018b). O fato de menos homens procurarem ajuda das unidades de saúde para cessação do tabagismo merece atenção, necessitando estratégias para que essa população seja captada e também tenha acesso e conhecimento sobre os malefícios do tabagismo e suas implicações (AZEVEDO; FERNANDES, 2011; SATTTLER; CADE, 2013).

Nesse estudo, a maioria da população apresentou grau de dependência nicotínica elevada ou muito elevada, compatível com o encontrado em diversas publicações sobre o assunto (LLAMBÍ *et al.*, 2008; AZEVEDO; FERNANDES, 2011; JEREMIAS *et al.*, 2013; SATTTLER; CADE, 2013; GOYATÁ *et al.*, 2014).

Aproximadamente metade da amostra pesquisada estudou até o ensino fundamental, sendo esse, um quesito com variações na literatura (LLAMBÍ *et al.*, 2008; AZEVEDO; FERNANDES, 2011; JEREMIAS *et al.*, 2013; SATTTLER; CADE, 2013; GOYATÁ *et al.*, 2014). As estratégias para expansão do mercado da indústria do tabaco estimulam o seu consumo por populações de menor renda e escolaridade (GOYATÁ *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016). Estudo realizado com países da América Latina e Caribe traz a associação de nível educacional mais baixo com maior consumo tabágico, afirmando que há uma relação inversa entre a prevalência do tabagismo e o nível de renda da população desses países, tornando essa população mais vulnerável (BARDACH *et al.*, 2016). Como agravante, estima-se que quatro em cada cinco fumantes vivem em países de renda média ou baixa (PINTO *et al.*, 2017).

A taxa de sucesso alcançada nesse momento, ou seja, imediatamente após o fim dos grupos antitabagismo, foi de, aproximadamente, 60%. Na literatura, estudos variam em suas metodologias de pesquisa e valores de sucesso conquistados:

58% (JEREMIAS *et al.*, 2012), 80% (SATTLER; CADE, 2013), 82% (GOYATÁ *et al.*, 2014).

Nesse estudo, praticamente 90% dos pacientes receberam algum medicamento para o tratamento do tabagismo, sendo eles nicotina transdérmica de 21, 14 e 7 mg e/ou cloridrato de bupropiona (comprimidos de 150 mg). Essa alta taxa de usuários de medicamentos vai ao encontro do preconizado por Fiore e colaboradores (2008) que encorajam a prescrição de medicamentos antitabagismo para todos os usuários que desejam parar de fumar, exceto quando há alguma contraindicação ou para grupos especiais como gestantes, fumantes com baixo grau de dependência e adolescentes. A alta porcentagem de usuários que fizeram uso de algum medicamento, está relacionada com o fato desses serem dispensados gratuitamente para os participantes dos grupos antitabagismo, facilitando a adesão ao tratamento, porém, qualquer interrupção na dispensação, seja por falta em estoque físico, atraso na entrega ou descuido do próprio paciente, já coloca em risco a eficácia do tratamento (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). Llambí e colaboradores (2008) descreveram em sua pesquisa que apenas 34,3% dos pacientes receberam algum tipo de tratamento farmacológico, uma vez que esses medicamentos não eram fornecidos pelo local em que o estudo foi realizado (Hospital de Clínicas da Universidade da República de Montevideo, Uruguai). No estudo de Jeremias e colaboradores (2012) o tratamento com medicação antitabagismo também dependia da aquisição por parte de cada paciente, mas a maioria dos participantes fez uso de algum tipo de tratamento farmacológico. Na pesquisa de Sattler e Cade (2013) e Goyatá e colaboradores (2014), os participantes, assim como nesse estudo, tinham acesso aos medicamentos de forma gratuita e, com isso, 80,6% e 94% da amostra, respectivamente, fizeram uso de algum tratamento farmacológico.

Nesse estudo, aproximadamente metade dos pacientes usavam medicamentos para o tratamento de comorbidades. O fato de serem usuários dos serviços de saúde do município pode ter facilitado o conhecimento sobre a existência dos grupos e servido de incentivo para o início da participação nos mesmos, uma vez que esses indivíduos entraram em contato com profissionais de saúde para o tratamento e acompanhamento dos seus problemas de saúde. Os medicamentos mais utilizados estavam relacionados ao tratamento de hipertensão arterial. Tendo essa

população média de 51 anos de idade, é esperada a presença de comorbidades associadas tanto ao tabagismo quanto ao processo de envelhecimento que, por si, aumenta a probabilidade do aparecimento de doenças (SATTLER; CADE, 2013). O tabagismo é considerado um fator de risco modificável para as DCNT, estando intimamente relacionado a acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011a). Cerca de 50 doenças apresentam relação de causalidade com o tabagismo, com destaque para as cardiovasculares, respiratórias e cânceres (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDCH, 2015). Tendo essa associação comprovada, a cessação no tabagismo contribui para benefícios à saúde diminuindo o agravo da maioria dessas doenças (MAZONI *et al.*, 2008). Adicionalmente, indivíduos com distúrbios psiquiátricos, como esquizofrenia ou depressão, ou outros fatores de risco comórbidos, como transtorno de uso de álcool e estresse crônico, são menos propensos a se beneficiar de políticas de redução do tabagismo (BEVINS *et al.*, 2018).

5.1.2 Frequência de Participação nos Encontros

Aproximadamente 63% dos participantes que iniciaram nos grupos antitabagismo apresentaram adesão total aos encontros. Valor tão expressivo, pode ter relação com o fato de os grupos serem ofertados em diferentes bairros do município, facilitando a adesão, gerando mais oportunidades de ingresso e não tendo o deslocamento como um fator dificultante.

A continuidade nos grupos antitabagismo aumentam as chances dos participantes estabelecerem laços e dessa forma aumentam as probabilidades da obtenção do sucesso na cessação do tabagismo (CAMPOS; GOMIDE, 2015; PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). É no processo de cessação que o paciente necessita de maior apoio, para que possa lidar com a abstinência, dependência psicológica e os comportamentos associados ao tabagismo (MAZONI *et al.*, 2008). De acordo com a literatura, quanto mais intensa a intervenção terapêutica, seja através do aumento do tempo de duração ou da quantidade de sessões, maiores as taxas de abstinência (FIORE *et al.*, 2008). Nessa pesquisa, ficou clara essa relação entre a participação nos grupos antitabagismo e a cessação do tabagismo. Com participação em apenas um encontro, ninguém abandonou o

tabagismo, já com a participação total nos quatro encontros considerados obrigatórios, 78,4% dos pacientes cessou o tabagismo.

O uso de medicação antitabagismo demonstrou estar relacionado com a adesão do paciente ao programa. Pacientes que usaram cloridrato de bupropiona e adesivo transdérmico de nicotina, seja de forma isolada ou em associação, apresentaram maiores taxas de participação nas quatro sessões obrigatórias dos grupos antitabagismo. Isso corrobora com evidências de que o tratamento da dependência do tabaco deve estar associado aos sistemas de saúde pois, com o acesso completo ao tratamento que engloba abordagem cognitivo-comportamental e medicamentos, aumentam as chances de o paciente manter vínculo e cessar o tabagismo (FIORE et al., 2008).

Pacientes que faziam uso de medicamentos para tratar comorbidades, aderiram, em sua maioria, a todos os encontros propostos. Por já apresentarem comorbidades, frequentam as unidades de saúde, facilitando tanto o conhecimento sobre os grupos antitabagismo quanto a adesão ao tratamento medicamentoso. A adesão ao tratamento em pacientes com comorbidades, principalmente quando se trata de transtornos mentais, já foi abordada por diferentes autores que variam em suas conclusões. Na mesma revisão, Patek, McClernon e Bosworth (2017) trazem os sintomas da depressão associados à menor e à maior adesão ao tratamento do tabagismo. Outros estudos sugerem que os fumantes com depressão estão mais propensos a recaídas, em muitos casos apresentam maior dependência nicotínica e estão mais propensos a falhas no tratamento antitabagismo (HARTMANN-BOYCE et al. 2014; WEST et al., 2018).

5.1.3 Variáveis Relacionadas ao Sucesso ou Insucesso na Cessação do Tabagismo

Estudos anteriores já demonstraram a importância de analisar preditores de êxito ou fracasso no tratamento do tabagismo, tendo em vista que a porcentagem de sucesso e insucesso nesse processo varia muito nas publicações (LLAMBÍ et al., 2008; JEREMIAS et al., 2012; SATTLE; CADE, 2013; GOYATÁ et al., 2014). Identificando fatores que podem estar associado ao sucesso ou não na cessação do tabagismo

possibilita uma tomada de decisão mais efetiva, através da adequação das intervenções terapêuticas e ações mais individualizadas para cada grupo (LLAMBÍ *et al.*, 2008).

Dentre as variáveis analisadas, o uso de medicação antitabagismo, o tratamento em associação de nicotina transdérmica e cloridrato de bupropiona e a adesão aos 4 encontros demonstraram significância estatística para o sucesso na cessação do tabagismo, imediatamente após o fim dos grupos. A análise multivariada por regressão logística, demonstrou que o tratamento com cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica em associação eleva em quase três vezes a chance de um paciente alcançar sucesso imediato na cessação do tabagismo, já a adesão em 100% dos encontros eleva essa chance em mais de sete vezes.

Com relação a administração de cloridrato de bupropiona e da TRN para o tratamento do tabagismo, seu uso em associação aumenta consideravelmente as taxas de sucesso devendo ser amplamente incentivado (FIORE *et al.*, 2008). Estudos de revisão demonstram consistentemente que medicamentos antitabagismo ajudam os indivíduos usuários de tabaco a alcançar o sucesso na cessação (SATTLER; CADE, 2013; ROSEN *et al.*, 2018), porém na prática, nem sempre são encontradas diferenças significativas entre os diferentes esquemas de tratamento, que podem englobar os encontros de abordagem cognitivo-comportamental sozinhos ou em associação com terapia medicamentosa (JEREMIAS *et al.*, 2012).

Quanto maior a frequência de participação nos grupos antitabagismo, mais suporte é fornecido ao paciente, bem como, mais estratégias discutidas para lidar com situações de risco, empoderando mais esse paciente para alcançar o sucesso, trazendo resultados superiores a outras formas de aconselhamento (MAZONI *et al.*, 2008, GOYATÁ *et al.*, 2014).

Outras variáveis como gênero, idade, escolaridade e escore de Fagerström não demonstraram associação com o sucesso ou não na cessação do tabagismo nesse estudo.

Com relação ao gênero, outros estudos também não observaram diferenças entre homens e mulheres em termos de taxas de sucesso para a cessação do tabagismo (SATTLER; CADE, 2013; WEST *et al.*, 2018), apesar de ter sido proposto que homens respondem melhor ao tratamento com TRN e cloridrato de bupropiona, quando comparados as mulheres, que sofrem com

maior influência de fatores biológicos, familiares, rede e ambiente social (BARAONA *et al.*, 2017; WEST *et al.*, 2018). Bevins e colaboradores (2018) criticam o fato do gênero ser negligenciado em modelos animais de ensaio pré-clínicos, uma vez que essa variável pode apresentar efeitos profundos sobre o comportamento dos indivíduos. Sem a inclusão de animais machos e fêmeas, pode-se chegar a conclusões muito diferentes sobre os efeitos da nicotina e do cloridrato de bupropiona, por exemplo, e a sensibilidade dos indivíduos perante essas substâncias (BEVINS *et al.*, 2018). Nesse estudo, apesar de não apresentarem diferenças estatísticas significativas, as maiores taxas de sucesso, imediatamente após a finalização dos grupos antitabagismo, foram encontradas para o gênero masculino, pacientes com idade superior a 50 anos, com escolaridade superior a 8 anos e que não usavam medicamentos para o tratamento de comorbidades. Características semelhantes foram encontradas em uma revisão que incluiu 50 estudos e examinou fatores não evitáveis, como as características sociodemográficas na adesão ao tratamento do tabagismo (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). Idade mais jovem, maior nível de dependência e a existência de distúrbios psiquiátricos, foram associadas, independentemente, com o fracasso na cessação do tabagismo em estudo que envolveu 8.120 participantes (WEST *et al.*, 2018).

O escore de Fagerström, por ser um preditor de dependência à nicotina, poderia estar associado a maiores taxas de insucesso na cessação do tabagismo (JEREMIAS *et al.*, 2012), mas essa relação não foi evidenciada nesse estudo e em outros realizados com esse mesmo propósito (SATTLE; CADE, 2013, GOYATÁ *et al.*, 2014), comprovando a complexidade do comportamento da dependência química.

5.2 ETAPA 2

5.2.1 Amostra Entrevistada

Para a segunda etapa do trabalho, foram entrevistados 152 indivíduos, dos 256 que iniciaram participação nos referidos grupos. As características da amostra entrevistada quando comparadas com as da população não entrevistada, foram semelhantes, em sua maioria. Características como idade, uso de

medicamentos para tratamentos de comorbidades, frequência de participação nos encontros dos grupos e sucesso na cessação do tabagismo apresentaram diferenças.

A idade da população entrevistada foi maior que a idade dos não entrevistados. Isso pode ser justificado pelo fato de as entrevistas terem ocorrido em horário comercial, ou seja, horário em que muitos pacientes poderiam estar trabalhando.

O uso de medicamentos para o tratamento de comorbidades foi maior na população entrevistada, uma vez que essas pessoas, por serem usuárias do serviço de saúde público do município, mantem os seus dados cadastrais atualizados possibilitando que o contato fosse realizado e o questionário da entrevista aplicado.

A adesão aos quatro encontros foi significativamente menor no grupo não entrevistado, pois nesse grupo estão os pacientes que frequentaram os grupos antitabagismo apenas uma vez, fator considerado de exclusão para a etapa 2 dessa pesquisa. Atrelado a isso, aparece o insucesso na cessação do tabagismo maior na população não entrevistada, já que nenhum participante de apenas um encontro conseguiu alcançar o sucesso na cessação naquele momento.

5.2.2 Características e Informações Gerais sobre a Amostra Entrevistada

Dados encontrados para idade média de início do tabagismo (16,5 anos) e tempo declarado como fumante por essa população (35 anos) apresentaram-se semelhantes ao descrito na literatura (AZEVEDO; FERNANDES, 2011; GOYATÁ *et al.*, 2014). Existem evidências que associam a idade mais jovem de início no tabagismo com menores taxas de sucesso na sua cessação, independente do tratamento realizado e mesmo após o controle de outras variáveis (WEST *et al.*, 2018). Além disso, com o início do tabagismo em idade mais jovem, mais grave tende a ser a dependência e os danos gerados à saúde (GOYATÁ *et al.*, 2014). As repetições frequentes, pela quantidade diária e anos de prática do tabagismo, fazem com que essas ações se tornem de difícil extinção (FAGERSTRÖM, 2011). É necessário prevenir que jovens experimentem cigarros, pois a probabilidade de que se tornem dependentes é de mais de 50% (SILVA *et al.*, 2016). Indivíduos que são mais sensíveis aos efeitos fisiológicos da nicotina e outros constituintes do tabaco, além dos componentes

sociais e sensoriais do tabagismo, mostraram diferenças na sua trajetória de início, manutenção e persistência do comportamento de fumar (BEVINS *et al.*, 2018). Dentre os entrevistados, a maioria possui vínculo empregatício e declarou ser casado.

Nessa amostra entrevistada, a maioria dos indivíduos começou a fumar sob influência de amigos ou colegas de trabalho, dando forças à teoria que relaciona o tabagismo a um comportamento social que surge como um fator de inclusão em grupos e contribui para o estabelecimento de vínculo social (GOYATÁ *et al.*, 2104; CAMPOS; GOMIDE, 2015). Drogas culturais apresentam funções psicossociais, onde o ato de oferecer um cigarro pode representar uma forma de aproximação e manutenção de contato (FAGERSTRÖM, 2011). Em 2015, Campos e Gomide destacaram em seu trabalho como o ambiente social pode agir sobre comportamentos individuais relativos a saúde. Dessa forma, quando as informações que propiciam a adoção de comportamentos e hábitos saudáveis são difundidas ineficazmente, passam a funcionar como um fator de risco extra. A família também exerce grande influência sobre o hábito do tabagismo, sendo responsável por um quarto da iniciação tabágica nesse grupo. Em contrapartida, apenas 10% começou a fumar sozinho, usando o tabaco como um amigo e forma de escape para a solidão (FAGERSTRÖM, 2011).

O fato de praticamente metade dessa amostra conviver com fumantes, significa que mesmo que eles não estejam mais fumando, continuam expostos aos malefícios do cigarro. Da mesma forma, pelo tabagismo ser um hábito adquirido, na sua maioria, socialmente, aumentam as chances dos indivíduos que pararam de fumar apresentarem recaídas e daqueles que não haviam parado, continuarem fumando.

A exposição passiva ao cigarro não se limita aos efeitos de curto prazo como irritação nasal e ocular, tosse e problemas respiratórios. Não fumantes, expostos de forma crônica ao tabagismo apresentam risco 30% maior de desenvolvimento de câncer de pulmão e 24% de apresentarem doenças cardiovasculares, quando comparados aos não fumantes não expostos ao tabagismo (CAVALCANTE, 2005). Esse tipo de exposição também está relacionado com os custos gerados pelo tabagismo, de forma direta, como taxas hospitalares e indireta com a perda de produtividade, morbidade e mortalidade (GOODCHILD; NARGIS; DESPAIGNET, 2017). No Brasil, a Lei

9.294 de 1996 que proíbe o uso de qualquer produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, sendo ele público ou privado, surge como um avanço para que as taxas nesse quesito diminuam (BRASIL, 1996). Nas capitais brasileiras e DF, as taxas de fumantes passivos diminuíram quando comparados os anos de 2009, 10,7%, e 2017, 7,9% (BRASIL, 2018a).

O tabagismo passivo também ocorre nos ambientes de trabalho, quando trabalhadores não fumantes são expostos à poluição tabágica durante sua jornada de trabalho (CAVALCANTE, 2005). Dados das capitais brasileiras e DF mostram a considerável redução da taxa de fumantes passivos no ambiente de trabalho que era de 12,1% em 2009 e passou para 6,7% em 2017 (BRASIL, 2018a).

Ter como motivação para procurar ajuda para cessação a vontade própria de abandonar o tabagismo, característica de um terço dos entrevistados, está consistentemente associada a um aumento da probabilidade de aderir ao tratamento (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). Nesse estudo, a maioria dos participantes soube do programa através dos profissionais da saúde, dentre os citados estão agentes de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Fiore e colaboradores (2008) afirmaram que aproximadamente 70% dos fumantes desejam parar de fumar e consideram a orientação médica como um importante fator de motivação nesse processo. No momento do contato profissional de saúde e usuário, é importante que o primeiro esteja capacitado e tenha sensibilidade para identificar o segundo e orientá-lo da melhor maneira possível. Todos os profissionais podem receber treinamento sobre o assunto para poder ajudar, mesmo que informalmente, nesse processo de cessação.

A força de vontade como um fator determinante para o alcance do sucesso na cessação do tabagismo foi citada por, aproximadamente, 73% dos entrevistados. Hábitos e culturas podem ser modificados a longo prazo e estratégias motivacionais devem ser consideradas, desde o processo que antecede a tentativa de cessação (GOYATÁ *et al.*, 2014). A motivação que acompanha o participante nesse processo é responsável pela procura de ajuda, início e continuidade do tratamento para que esse processo de mudança seja mantido (MAZONI *et al.*, 2008). Aumentar a motivação dos pacientes nesse processo, pode ser

um desafio diante dos inúmeros percalços que um tabagista pode encontrar, como crises de abstinência, ganho de peso, a ansiedade e irritabilidade.

Mais de 90% dos participantes aprovaram a abordagem e a metodologia dos grupos antitabagismo desse período do estudo. Embora alguns entrevistados tenham citado aspectos não tão positivos sobre os grupos (por exemplo a timidez por lidar sobre esse assunto em grupo, a dificuldade de locomoção até o local da realização do encontro, o fato dos encontros serem realizados em horário fixo, a forma como os assuntos foram abordados, de forma muito agressiva na concepção de algumas pessoas e muito leve para outras, o fato dos encontros não terem nenhum grande atrativo, relatos de tratamento não individualizado) a esmagadora maioria gostou de participar e recomendaria o grupo para algum tabagista.

Além do apoio e abordagem dos profissionais de saúde, baseado no PNCT, um fator considerado positivo pelos participantes é a troca de experiência e o apoio entre os pares (BRASIL, 2016). Esse envolvimento em grupo aumenta a chance desses indivíduos se sentirem protegidos e amparados através do apoio mútuo, funcionando como fator protetor para o estresse e motivacional para continuidade (CAMPOS; GOMIDE, 2015).

O contato entrevistador/participantes dos grupos antitabagismo permitiu a sugestão de pequenas mudanças visando aumentar as taxas de adesão e também de sucesso conquistadas pelos grupos. Aumentar a divulgação dos grupos, tanto no site oficial do município, como em suas mídias sociais, poderia alcançar mais pessoas, principalmente aquelas não frequentadoras das unidades de saúde e que por esse motivo podem não saber da existência do PNCT. Tornar os encontros mais interativos, com passeios, atividades físicas e motivacionais tornaria esses momentos mais agradáveis. A realização de encontros em horários alternativos possibilitaria a participação daqueles que não podem se ausentar de suas atividades em horário comercial. Inserir os participantes que alcançaram sucesso em grupos anteriores nas atividades propostas, para que sirvam de exemplo e estímulo para seus pares e não fique apenas baseado na teoria, onde um profissional não fumante explana os malefícios dos cigarros para um grupo que deseja abandonar o tabagismo. Levar em consideração as características individuais de cada participante e implementar pequenas mudanças que

pudessem deixar o tratamento mais personalizado, como determinar individualmente a data de parada, dosagem e duração do tratamento farmacológico, poderiam aumentar as taxas de adesão e sucesso, tornando esse participante, parte integrante do programa.

5.2.3 Status Atual da Amostra Entrevistada: Tabagista x não Tabagista

Os dados relatados na primeira etapa desse estudo foram registrados após a finalização de cada grupo antitabagismo e posteriormente analisados. Por serem dados pontuais que não representam uma abstinência sustentada, podem ter aumentando de forma não real as taxas de cessação obtidas naquele momento inicial, apresentadas como próximas a 60%.

Em 2018, após as entrevistas realizadas com os participantes dos grupos antitabagismo, aproximadamente 33% desses pacientes declaram-se não tabagistas. Esse valor também pode estar aumentando, uma vez que não foram entrevistados os participantes da primeira etapa em sua totalidade, já que alguns fatores de exclusão foram aplicados e alguns indivíduos não foram contatados. O intuito de entrar em contato com cada paciente e perguntar seu status atual, tabagista ou não tabagista, surgiu da importância de gerar dados que indiquem benefício a longo prazo e representativos do PNCT realizado em Balneário Camboriú, não trazendo apenas dados pontuais, imediatos ao fim dos grupos antitabagismo.

Em estudo prévio realizado no Uruguai (LLAMBÍ *et al.*, 2008), 35% dos pacientes entrevistados declaram estar sem fumar após, pelo menos, um ano da finalização do tratamento antitabagismo. No Brasil, os valores de sucesso após pelo menos um ano de tratamento antitabagismo variam de 28,7% (SATTLER; CADE, 2013), 43,5% e 53,3% para um grupo menor e um maior de 60 anos, respectivamente (JEREMIAS *et al.*, 2012) e 58,6% (GOYATÁ *et al.*, 2014). Em sua revisão, GÓMEZ-CORONADO e colaboradores (2018), declaram que menos de 25% dos fumantes permanecem em abstinência após um ano de tratamento, associando isso às opções limitadas de tratamento, efeitos adversos, baixa adesão ao tratamento, custos, dentre outros fatores. Uma grande revisão que incluiu 27.647 participantes e análise de 61 estudos considerados de primeira linha, encontrou

taxa de abstinência sustentada, após um ano, de 19,9%, indicando que de cada cinco participantes do estudo, um permaneceu sem fumar após um ano do tratamento (ROSEN *et al.*, 2018). A pesquisa de Azevedo e Fernandes (2011) apresentou a taxa de sucesso na cessação do tabagismo de 35%, porém essa análise foi feita apenas seis meses após a intervenção terapêutica. O MS considera o PNCT efetivo quando o mesmo atinge taxas de 30% de cessação após o período de um ano (BRASIL, 2016).

Os resultados relacionados a cessação variam entre estudos que relatam ensaios clínicos bem gerenciados e dados da prática clínica. Apesar de estudos indicarem que os valores de sucesso na prática clínica tenderiam a ser menores que os obtidos em estudos direcionados devido à pior adesão ao protocolo de tratamento e menos interação paciente/profissionais, os bons resultados demonstrados aqui vão de encontro a essa constatação (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017; ROSEN *et al.*, 2018). Sendo a dependência do tabagismo multifacetada e ampla, parece não haver uma fórmula ideal de sucesso, sendo necessário que os programas, profissionais e tabagistas adaptem-se e encontrem a melhor forma de lidar com suas dificuldades de forma não padronizada.

As vantagens de cessar o tabagismo são inúmeras. Além do ganho de anos de vida, ainda há uma redução de 30 a 90% da ocorrência de DCNT relacionadas ao tabaco (SILVA *et al.*, 2016). Por ser o abandono do tabagismo um processo contínuo, mesmo após um ano de abstinência, os pacientes devem ser encorajados a procurar ajuda diante de dificuldades para se manterem firmes no propósito de cessação.

5.2.4 Recaídas e Tempo em Abstinência na Amostra que Inicialmente Cessou o Tabagismo

Todos os entrevistados para esse estudo, haviam passado pelos grupos antitabagismo há pelo menos um ano. Dessa forma, foi possível investigar a quantidade de pessoas que apresentaram recaídas e em quanto tempo essas pessoas voltaram, de fato, ao tabagismo. Segundo os relatos, aproximadamente 70% dos indivíduos que haviam conseguido parar de fumar através dos grupos antitabagismo, tiveram pelo menos um episódio de recaída no período compreendido entre a participação no grupo antitabagismo e a aplicação do questionário. Considerando o

tempo que esses indivíduos levaram para apresentar recaída, 50% voltou a fumar em um mês e, em 6 meses, esse número ultrapassou 86%. Focchi e Braun (2005) descrevem que 75% a 80% dos tabagistas recaem nos primeiros seis meses e após um ano, esse número aumenta para 95% a 97%. Sattler e Cade (2013), relataram que mais da metade dos participantes em seu estudo voltaram a fumar, em média, 120 dias depois da finalização do tratamento.

Dentre os pacientes que se autodeclararam fumantes, após o episódio de recaída, mais de 40% atribuíram como causa principal para tal, a ansiedade e o estresse, seguidos de problemas pessoais e hábito. Acontecimentos pessoais e estresse já foram associados como prejudiciais ao tratamento do tabagismo, além de episódios de recaída estarem consistentemente associados à baixa adesão ao tratamento, maior dependência nicotínica e história de tabagismo mais complexa (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). Inúmeros fatores comportamentais e psicológicos dificultam a cessação do tabagismo, uma vez que o paciente tabagista já é mais vulnerável e muitas vezes não consegue lidar racionalmente com esse fator de risco para sua própria saúde, além do próprio contexto ambiental em que esse usuário está inserido, aumento do bem estar e a associação do tabagismo com atividades prazerosas (SILVA *et al.*, 2016; BARAONA *et al.*, 2017). O ato de fumar envolve uma série de etapas, desde pegar a embalagem até o ato em si, gerando impacto sensorial em cada um desses momentos, que podem ser relaxantes por si só. Além disso, o tempo curto de meia vida da nicotina gera a necessidade de uma administração frequente para obter as sensações geradas pelo tabagismo. Todo esse processo, repetido diversas vezes ao dia, apresenta como consequência a aquisição de um hábito que se torna tão difícil de ser superado quanto a dependência química envolvida no tabagismo (FAGERSTRÖM, 2011).

A recaída deve ser vista de forma objetiva e os pacientes devem ser encorajados a tentarem para de fumar novamente, com o intuito de corrigir as falhas do processo anterior e alcançar o sucesso. Em média, cinco tentativas são necessárias para que um usuário abandone o tabagismo (SILVA *et al.*, 2016).

5.2.5 Características da Amostra Autodeclarada Tabagista

Nesse estudo, a média de cigarros consumidos por dia, pelos indivíduos autodeclarados tabagistas, foi de, aproximadamente, 17 unidades. Há divergências na literatura quanto à quantidade reportada em outros estudos (LLAMBÍ *et al.*, 2008; SATTLER; CADE, 2013). O simples fato de manipular o cigarro pode estar associado com a redução do estresse e ansiedade dos usuários (FAGERSTRÖM, 2011). Outro fator importante é que um pouco mais da metade dessa amostra declarou estar fumando menos, desde a participação nos grupos antitabagismo, demonstrando que apesar de não terem conseguido parar totalmente, estão mais conscientes dos malefícios do uso do tabaco e da importância de reduzir e extinguir seu uso. Porém, apenas a redução no consumo não é suficiente para modificar as taxas de mortalidade relacionadas ao tabagismo (SATTLER; CADE, 2013).

O fato da maioria dos pacientes autodeclarados fumantes demonstrarem interesse em participar novamente dos grupos antitabagismo leva a crer que a experiência foi positiva. O tabagismo é cada vez mais reconhecido como uma doença crônica que requer avaliação contínua e intervenções repetidas para obtenção do sucesso (FIORE *et al.*, 2008). Um acompanhamento baseado em aconselhamento de profissionais de saúde apresenta valores muito superiores de taxa de abandono quando comparado a tentativas individuais ou sem acompanhamento profissional, aumentando quando os conselhos são intensivos e as intervenções continuadas (HARTMANN-BOYCE *et al.* 2014).

5.2.6 Usuários de Medicamentos Antitabagismo

A falta de adesão à medicação, ou seja, o fato do paciente não tomar a medicação conforme lhe foi prescrito, torna-se um desafio na prática à medida que interferem negativamente nas taxas de cessação do tabagismo (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). Nesse estudo, a adesão não foi quantificada, visto a dificuldade em mensurar essa informação apenas com o relato progresso dos pacientes. Calcular a adesão ao tratamento é uma tarefa difícil, pois existem definições não padronizadas desse termo, dependendo da interpretação e do auto relato de

cada usuário (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). Dados relacionados ao desconforto no uso das medicações antitabagismo, somados à descrença na efetividade dos mesmos, sugerem que parte dos pacientes possam ter deixado de aderir à medicação em algum momento, seja pela interrupção do uso ou uso em dosagens diferentes da recomendada.

Estudo sugere que aproximadamente 20% dos usuários que recebem prescrição para tratamento do tabagismo, não o fazem da forma recomendada, sendo a percepção dos usuários, especificamente as crenças de que os tratamentos não funcionam, o fator mais fortemente associados a essa não adesão (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). As taxas de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, de sucesso, podem ser aumentadas com a população recebendo mais informações sobre como os medicamentos agem e o que esperar das suas ações. O conhecimento dos possíveis desconfortos, por parte do paciente, pode fazer com que este tenha a consciência de não interromper o tratamento e procurar orientação profissional quando se fizer necessário (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017). O desconhecimento sobre efeitos colaterais e a possível confusão com os sintomas de abstinência do tabagismo podem contribuir para que o paciente abandone o tratamento e prejudique todo o processo de cessação do tabagismo (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2017) Uma possibilidade de minimizar tais discrepâncias seria através da personalização da prescrição, ou seja, adaptar a forma da prescrição e os medicamentos prescritos da maneira que melhor se enquadre na realidade do indivíduo. Além disso, estar atento aos desconfortos apresentados principalmente na fase inicial do tratamento, momento em que a maioria dos usuários relataram abandonar a medicação, segundo dados desse estudo, minimizaria insucessos durante o tratamento.

Aproximadamente um terço dos usuários de cloridrato de bupropiona relataram algum desconforto com o seu uso. Dentre os sintomas que geraram maior incômodo estão náusea, insônia, ansiedade, agitação, boca seca e tontura. Esses sintomas se enquadram nos descritos na literatura para esse medicamento (FIORE *et al.*, 2008; MAZONI *et al.*, 2008).

Com relação à nicotina transdérmica, a porcentagem de pessoas que sentiram algum desconforto com seu uso foi de aproximadamente 20% e a queixa relatada por mais de 78% dos

usuários foi alergia e coceira na pele, indo ao encontro do descrito na literatura (FIORE *et al.*, 2008; MAZONI *et al.*, 2008).

5.2.7 Variáveis Relacionadas ao Sucesso ou Insucesso na Cessação do Tabagismo na Amostra Entrevistada

Por fim, comparando os entrevistados que obtiveram êxito na cessação do tabagismo com os autodeclarados tabagistas, constatou-se que nenhuma das variáveis analisadas nesse trabalho demonstrou ser significativa para determinar a manutenção do sucesso na cessação do tabagismo a longo prazo.

Enquanto alguns estudos associam o sucesso na cessação do tabagismo com diferentes variáveis, na prática, esses resultados variam muito nas diferentes populações analisadas, demonstrando mais uma vez o quão complexo é o tabagismo e seu tratamento. Llambí e colaboradores (2008) encontraram em seu estudo a associação de três variáveis com o sucesso na cessação do tabagismo após um ano da intervenção: uso de terapias farmacológicas específicas, adesão ao tratamento seja ele farmacológico, ou não, e a ausência de quadro anterior de depressão. Revisões demonstram consistentemente que medicamentos antitabagismo ajudam a cessar o tabagismo (SATTLER; CADE, 2013; ROSEN *et al.*, 2018), porém na prática, nem sempre são encontradas diferenças significativas entre os diferentes esquemas de tratamento e abordagem, como nesse trabalho e no estudo de Jeremias *et al.*, (2012).

Apesar de nenhuma variável demonstrar relevância estatística nesse estudo, o perfil dos participantes que apresentou maior taxa de manutenção da cessação do tabagismo engloba homens com idade igual ou superior a 50 anos, com escore de Fagerström de 0 a 5, escolaridade superior a 8 anos, que fizeram uso de medicação antitabagismo, aderiram aos 4 encontros e não utilizavam medicação para o tratamento de comorbidades.

6. CONCLUSÃO

Apesar dos grupos antitabagismo existirem em Balneário Camboriú desde 2013, inexistiam informações sobre o perfil e evolução dos seus participantes. A análise dos dados dessa pesquisa permitiu traçar o perfil dos indivíduos que procuraram ajuda na cessação do tabagismo durante os anos de 2015 e 2016. Essa população de inicialmente 256 indivíduos, era composta, na maioria, por mulheres, com idade média de 51 anos, baixa escolaridade e dependência nicotínica considerada elevada ou muito elevada. As características dos participantes dos grupos antitabagismo em Balneário Camboriú foram, em sua maioria, semelhantes as encontradas em demais estudos relacionados ao tema (LLAMBÍ *et al.*, 2008; AZEVEDO; FERNANDES, 2011; JEREMIAS *et al.*, 2013; SATTLER; CADE, 2013; GOYATÁ *et al.*, 2014).

Também foi possível comparar os resultados conquistados por esses indivíduos, tanto imediatamente após o fim dos grupos antitabagismo, e, pelo menos, um ano após sua finalização. Imediatamente após o fim dos grupos foram detectadas taxas de sucesso na cessação da ordem de 60%, sendo que 90% dos pacientes participantes receberam, além da abordagem cognitivo-comportamental, tratamento farmacológico. Os encontros propostos foram frequentados em sua totalidade por 63% dos participantes e entre esses, a taxa de sucesso conquistada foi de 78%. Além da adesão total aos encontros o uso de cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica em associação também foram relacionados com a obtenção do sucesso na cessação do tabagismo nesse primeiro momento do estudo, após análise multivariada com exclusão de fatores de confusão.

Apesar dos esforços direcionados a realização das entrevistas com o maior número possível dos 256 participantes dos grupos antitabagismo no período do estudo, 152 indivíduos participaram da etapa 2, onde foram identificadas outras características dessa população, como início do tabagismo por volta dos 16 anos de idade, tempo médio como tabagista de 35 anos, além da maioria desses indivíduos declararem-se casados e atuantes no mercado de trabalho. Também foi possível identificar, através das entrevistas, a taxa de cessação do tabagismo a longo prazo, ou seja, após pelo menos um ano da participação nos grupos antitabagismo. Chegou-se ao valor de

33% de cessação do tabagismo, valor significativo, uma vez que programas antitabagismo são considerados efetivos quando alcançam 30% ou mais de sucesso na cessação após o período de um ano (BRASIL, 2016). Nesse momento do estudo, nenhuma variável analisada pôde ser associada com o sucesso na cessação do tabagismo.

O fato de a população entrevistada ser menor que a população inicial e diferir em algumas características pode ter mascarado algumas variáveis e diminuído sua relevância estatística. Outro fator, considerado como limitante nesse estudo, é o fato da caracterização dos indivíduos como fumantes ou não fumantes ter sido feita através do relato dos mesmos e não através de provas bioquímicas como a medição da emissão de dióxido de carbono.

Por outro lado, um estudo desse porte é de suma importância para a população no qual ele está inserido, podendo ser usado como base para estudos futuros, a título de comparação ou de expansão, com a inclusão de novas variáveis que possam ser analisadas e relacionadas ou não ao sucesso na cessação do tabagismo. A importância da cessação do tabagismo, relacionada à redução de morbimortalidade e por consequência dos custos em saúde, deve ser cada vez mais valorizada por políticas públicas em todos os níveis de atuação, para que a qualificação seja constante e as taxas de sucesso cada vez maiores.

No geral, menos de 5% dos 22 milhões de fumantes brasileiros recebem o tratamento disponibilizado pelo MS (SILVA *et al.*, 2016). Esse valor pode e deve ser ampliado com algumas estratégias e mudanças. Saber que mesmo com diversas dificuldades encontradas ao longo do tratamento alcançou-se uma taxa de sucesso de 33% leva a crer que se caminha na direção correta e que todo esforço, seja dos profissionais de saúde ou dos próprios participantes ao longo desse tempo, foi recompensador.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; FERNANDES, Rejane Firmino. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. **Sao Paulo Medical Journal**, [s.l.], v. 129, n. 6, p.380-386, dez. 2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-31802011000600003>.

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [s.l.], v. 71, n. 6, p.820-827, dez. 2005.

<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-72992005000600021>.

BARAONA, L. Kim; LOVELACE, Dawn; DANIELS, Julie L.; McDANIEL, Linda. Tobacco harms, nicotine pharmacology, and pharmacologic tobacco cessation interventions for women. **Journal Of Midwifery & Women's Health**, [s.l.], v. 62, n. 3, p.253-269, maio 2017. Wiley.

<http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12616>.

BARDACH, Ariel; PERDOMO, Herney Andrés Garcia; GÁNDARA, Ruth Amanda Ruano; CIAPPONI, Augustin. Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis **Rev Panam Salud Publica**. 2016;40(4):263-71.

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31302> Washington, D.C

BEVINS, Rick A.; BARRET, Scott T.; HUYNH, Y. Wendy; THOMPSON, Brady M.; KWAN, David A.; MURRAY, Jennifer E. Experimental analysis of behavior and tobacco regulatory research on nicotine reduction. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, [s.l.], v. 110, n. 1, p.1-10, 4 jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jeab.439>.

BIASI, Mariella de; DANI, John A. Reward, Addiction, Withdrawal to Nicotine. **Annual Review Of Neuroscience**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.105-130, 21 jul. 2011. Annual Reviews.

<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-neuro-061010-113734>.

BRASIL. Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986. Institui o "Dia Nacional de Combate ao Fumo". **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 jun. 1986. Seção 1, p. 8531. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7488-11-junho-1986-367954-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jul. 1996. Seção 1, p. 13074. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9294-15-julho-1996-349045-norma-pl.html>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 dez. 2000. Seção 1, p. 3. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10167-27-dezembro-2000-356792-norma-pl.html>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL (a). 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**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL (b). Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de

2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências.

Diário Oficial da União. Brasília, 15 dez. 2011. Seção 1, p. 3. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12546-14-dezembro-2011-612002-publicacaooriginal-134621-pl.html>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 abr. 2013. Seção 1, p. 56.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina.. **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 jun. 2016. Seção 1, p. 68. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/8201-portaria-n-761-de-21-de-junho-de-2016>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Monografias Municipais. Balneário Camboriú. 2016. Disponível em: <

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2978/momun_su_sc_balneariocamboriu.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2018.

BRASIL (a). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS. **Relatório de Recomendação**: Tartarato de vareniclina para tratamento adjuvante da cessação do tabagismo em pacientes adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica ou doenças cardiovasculares. n. 393. Out, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas-2018-encerradas>. Acesso em 20 nov. 2018.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**:

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 132 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf> Acesso em: 31 ago. 2018.

CAMPOS, Paulo Cesar Moreira; GOMIDE, Marcia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.436-444, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201500040241>

CAVALCANTE, Tania Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 5, n. 32, p. 283-300, out. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000500006>

FAGERSTRÖM, Karl-olv. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 3, n. 3-4, p.235-241, 1978. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90024-2](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2).

FAGERSTRÖM, Karl-olv. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. **Nicotine & Tobacco Research**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.75-78, 24 out. 2011. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntr137>.

FIORE, Michael C.; JAÉN, Carlos Roberto; BAKER Timothy B.; BAILEY, William C.; BENOWITZ, Neal L.; CURRY, Susan J.; DORFMAN, Sally Faith; FROELICHER, Erika S.; GOLDSTEIN, Michael G.; HEALTON, Cheryl G.; HENDERSON, Patricia Nez; HEYMAN, Richard B.; KOH, Howard K.; KOTTKE, Thomas E.; LANDO, Harry A.; MECKLENBURG, Robert E.; MERMELSTEIN, Robin J.; MULLEN, Patricia Dolan; ORLEANS, Tracy; ROBINSON, Lawrence; STITZER, Maxine L.; TOMASELLO,

Anthony C.; VILLEJO, Louise; WEWERS, Mary Ellen. **Treating tobacco use and dependence**: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Executive Summary. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html> Acesso: 21 abr. 2017.

FOCCHI, Guilherme Rubino de A.; BRAUN, Ivan Mário. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, n. 5, p.267-275, out. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832005000500003>.

GÓMEZ-CORONADO, Nieves; WALKER, Adam J.; BERK, Michael; DOOD, Seetal. Current and Emerging Pharmacotherapies for Cessation of Tobacco Smoking. **Pharmacotherapy**: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, [s.l.], v. 38, n. 2, p.235-258, 29 jan. 2018. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/phar.2073>.

GOODCHILD, Mark; NARGIS, Nigar; D'ESPAIGNET, Edouard Tursan. Global economic cost of smoking-attributable diseases. **Tobacco Control**, Londres, p.1-7, 30 jan. 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>.

GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu; SILVA, Marcelo José; SOUZA, Walnéia Aparecida de; PODESTÁ, Marcia Helena Miranda; BEIJO, Luiz Alberto. IMPACTO DO PROGRAMA DE APOIO AO TABAGISTA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS, BRASIL. **Ciencia y Enfermería**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.77-88, abr. 2014. SciELO Comision Nacional de Investigacion Cientifica Y Tecnologica (CONICYT). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532014000100007>.

HARTMANN-BOYCE, Jamie; STEAD, Lindsay F.; CAHIL, Kate; LANCASTER, Tim. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. **Addiction**, [s.l.], v. 109, n. 9, p.1414-1425, 4 jul. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12633>.

HENNINGFIELD, Jack E.. Tobacco psychopharmacology and public health policy: It takes a community.. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.249-262, 2011. American Psychological Association (APA).
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024316>.

HENNINGFIELD, Jack E.; ZELLER, Mitch. Nicotine Psychopharmacology: Policy and Regulatory. **Handbook of Experimental Pharmacology**, [s.l.], p.511-534, 2009. Springer Berlin Heidelberg.
http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-69248-5_18.

JEREMIAS, E. et al. Smoking cessation in older adults. **The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.273-278, 1 fev. 2012. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
<http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.11.0312>.

LESLIE, F. M.; MOJICA, C. Y.; REYNAGA, D. D.. Nicotinic Receptors in Addiction Pathways. **Molecular Pharmacology**, [s.l.], v. 83, n. 4, p.753-758, 17 dez. 2012. American Society for Pharmacology & Experimental Therapeutics (ASPET).
<http://dx.doi.org/10.1124/mol.112.083659>.

LLAMBÍ, María Laura; ESTEVES, Elba; BLANCO, María Laura; BARROS, Mary; PARODI, Carolina; GOJA, Beatriz. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 24, n.2, p. 83-93, jun. 2008.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200003

MAZONI, Cláudia Galvão; FERNANDES, Simone; PIEROZAN, Pollianna Sangalli; MOREIRA, Taís; FREESE, Luana; FERIGOLO, Maristela; BARROS, Helena M. T. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p.133-140, ago. 2008.
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2008000200005>.

MENDES, Andréa Cristina Rosa; TOSCANO, Cristiana Maria; BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza; RIBEIRO, Alvaro Luis Pereira; RITZEL, Jonas Bohn; CUNHA, Valéria de Souza; DUNCAN, Bruce Bartholow. Costs of the Smoking Cessation Program in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50,

p.1-12, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006303>.

PACEK, Lauren R; MCCLERNON, F Joseph; BOSWORTH, Hayden B. Adherence to Pharmacological Smoking Cessation Interventions: A Literature Review and Synthesis of Correlates and Barriers. **Nicotine & Tobacco Research**, [s.l.], p.1-10, 16 set. 2017. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntx210>.

PINTO, Márcia Teixeira; PICHON-RIVIERE, Andres; BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p.1283-1297, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00192013>.

PINTO, Márcia Teixeira; BARDACH, Ariel; PALACIOS, Alfredo; BIZ, Aline; ALCARAZ, Andrea; RODRÍGUEZ, Belen, AUGUSTOVSKI, Federico; PICHON-RIVIERE, Andres. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>

PLANETA, Cleopatra S.; CRUZ, Fábio C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), [s.l.], v. 32, n. 5, p.251-258, out. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832005000500002>.

PORTES, L. H; MACHADO, C. V. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v. 5, n. 38, p.370-379, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001000004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr 2017.

ROMERO, Luiz Carlos; SILVA, Vera Luzia da Costa e. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 57, p. 305-314, jun. 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/03_artigo_23_Anos_con

trole_tabaco_brasil_atualidade_programa_nacional_combate_fumo_1988.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ROSEN, Laura J; GALILI, Tal; KOTT, Jeffrey; GOODMAN, Mark; FREEDMAN, & Laurence S. Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, [s.l.], v. 113, n. 5, p.805-816, 29 jan. 2018. Wiley.
<http://dx.doi.org/10.1111/add.14134>.

SATTLER, Alexandre Coutinho; CADE, Nágela Valadão. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p.253-264, jan. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000100026>.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da; ARAÚJO, Alberto José de; QUEIROZ, Ângela Maria Dias de; SALES, Maria da Penha Uchoa, CASTELLANO, Maria Vera Cruz de Oliveira. Smoking control: challenges and achievements. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.290-298, ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000145>.

U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Economics of Tobacco and Tobacco Control**. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.htm> l. Acesso em: 21 abr. 2017.

WEST, Robert; EVINS, A. Eden; BENOWITZ, Neal L.; RUSS, Cristina; McRAE, Thomas; LAWRENCE, David; AUBIN, Lisa St.; KRISHEN, Alok; MARAVIC, Melissa C.; ANTHENELLI, Robert M. Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES. **Addiction**, [s.l.], p.1-25, 6 mar. 2018. Wiley-Blackwell.
<http://dx.doi.org/10.1111/add.14208>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva: 2003. Disponível em:

<http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2008**: The MPOWER package. Genebra: 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2014**. Genebra: 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

APÉNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar de uma pesquisa sobre grupos antitabagismo realizados no município de Balneário Camboriú. Nesta pesquisa pretendemos identificar os principais fatores relacionados ao sucesso, ou não, do tratamento e a porcentagem de pessoas que pararam de fumar. O motivo que nos leva a estudar os grupos antitabagismo é a importância de gerar dados sobre esse assunto para planejar novas ações voltadas para prevenção e tratamento do tabagista.

Sua participação no estudo será responder um questionário com perguntas referentes à sua percepção sobre os grupos antitabagismo realizados no município de Balneário Camboriú, do qual o (a) Sr (a). participou e autorizar a coleta de dados registrados nesses grupos, por meio das anotações de prontuário e histórico de retirada de medicamentos.

Todos os dados serão armazenados sob sigilo em arquivos no computador protegidos por senha, sendo os pesquisadores os únicos que terão acesso a esses dados. Os resultados obtidos serão expostos como um todo, sem revelar qualquer informação referente à sua privacidade. O(a) Sr(a). não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar dessa pesquisa.

Essa pesquisa está pautada na Resolução 466/2012, de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde) e associada ao projeto de mestrado da farmacêutica Fernanda Ascari Alberton Fronza, do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Professora Dra. Helena I. Cimarosti, professora da Universidade. A farmacêutica Fernanda pode ser encontrada na Farmácia Descentralizada Norte, R. México, sem número, Balneário Camboriú, telefone (47) 9919346-53 e a professora Helena no endereço: R. Roberto Gonçalves, sem número, Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Farmacologia, Bloco D, Setor J, Universidade Federal de Santa Catarina, telefone (48) 3721-4844.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da UFSC que está situado na Universidade Federal de Santa Catarina, prédio Reitoria II, rua Desembargador Vitor Lima,

222, sala 401, bairro Trindade, pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo endereço eletrônico cep.propesq@contato.ufsc.br.

Essa pesquisa apresenta como risco o existente em toda pesquisa que envolve coleta de dados e preenchimento de questionário, como a perda do sigilo, porém todos os cuidados necessários serão tomados para garantir a sua segurança. Somente uma pessoa terá acesso às suas informações e o vazamento dessas implicará em punição ética para os envolvidos.

O entrevistado terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar do mesmo, sendo que poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, porém, caso haja prejuízo financeiro em decorrência da pesquisa, suas despesas serão ressarcidas de maneira equivalente ao gasto, nos termos da lei.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

DADOS DO PESQUISADOR

Nome completo: Fernanda Ascari Alberton Fronza

Documento de identificação: RG 4808798-0

E-mail: feascari@gmail.com

Farmacêutica da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO

Nome completo: _____

Documento de identificação: _____

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

“Declaro que, em _____, concordei em participar do projeto de pesquisa que irá estudar os grupos antitabagismo em Balneário Camboriú, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão também assinadas pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

Independente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão ao proponente do projeto acima citado.”

Balneário Camboriú, _____ de _____ de 2018.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES QUE PARARAM DE FUMAR DURANTE O GRUPO ANTITABAGISMO NA CIDADE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC

Nome: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: () Fundamental Incompleto

() Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior

1- Como você começou a fumar?

2- Com qual idade? _____

3- Fumou durante quantos anos? _____

4- Convive com pessoas que fumam? Sim () Não ()
Quem?

5- Por que motivo ou pessoa você procurou ajuda nos grupos antitabagismo?

6- O que você considera como pontos positivos do grupo antitabagismo?

7- O que você considera como pontos negativos do grupo antitabagismo?

8- Após parar de fumar com a ajuda do grupo antitabagismo, você teve alguma recaída? Sim () Não () 1 vez () Mais vezes ()

Por qual motivo?

9- Atualmente você fuma? Sim () Não ()

Caso a resposta seja SIM:

9.1 Quanto tempo após o grupo você voltou a fumar? _____

9.2 Quantos cigarros por dia? _____

9.2 Essa quantidade é maior ou menor que a quantidade que você fumava antes de participar do grupo antitabagismo? () Maior () Menor

9.3 Você tem interesse em participar de algum grupo antitabagismo novamente? Sim () Não ()

9.4 Por que?

PARA PACIENTES QUE USARAM MEDICAMENTOS

10- Qual ou quais dos medicamentos abaixo você utilizou?

() Adesivo transdérmico de Nicotina

() Cloridrato de bupropiona

11- Você sentiu algum desconforto com o uso do medicamento?

Sim () Não ()

Quais?

12- Dentre os sintomas abaixo, você associa algum ao uso dos medicamentos para o tratamento do tabagismo?

() insônia () boca seca () dor de cabeça

() enjoo-vômito () febre () coceira na pele

() fraqueza () perda de peso () aumento da pressão sanguínea () depressão () constipação () tosse

() tontura () tremor () falta de ar () nervosismo

() alergia () dermatite () irritação na garganta

() perda de paladar () estomatite () dor abdominal

13- Você associa o sucesso do seu tratamento ao uso de medicamentos? Por qual motivo?

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES QUE NÃO PARARAM DE FUMAR DURANTE O GRUPO ANTITABAGISMO NA CIDADE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC

Nome: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: () Fundamental Incompleto

() Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior

1- Como você começou a fumar?

2- Com qual idade? _____

3- Fumou/Fuma durante quantos anos? _____

4- Convive com pessoas que fumam? Sim () Não ()

Quem?

5- Por que motivo ou pessoa você procurou ajuda nos grupos antitabagismo?

6- O que você considera como pontos positivos do grupo antitabagismo?

7- O que você considera como pontos negativos do grupo antitabagismo?

8- Atualmente você fuma? Sim () Não ()

Caso a resposta seja SIM:

8.1 Quantos cigarros por dia? _____

8.2 Essa quantidade é maior ou menor que a quantidade que você fumava antes de participar do grupo antitabagismo?

() Maior () Menor

8.3 Você tem interesse em participar de algum Grupo Antitabagismo novamente? Sim () Não ()

Caso a resposta seja NÃO

8.4 Como você conseguiu parar de fumar?

PARA PACIENTES QUE USARAM MEDICAMENTOS

9- Qual ou quais dos medicamentos abaixo você utilizou?

() Adesivo transdérmico de Nicotina

() Cloridrato de bupropiona

10- Você sentiu algum desconforto com o uso do medicamento?

Sim () Não ()

Quais?

11- Dentre os sintomas abaixo, você associa algum ao uso dos medicamentos para o tratamento do tabagismo?

() insônia () boca seca () dor de cabeça

() enjoo-vômito () febre () coceira na pele

() fraqueza () perda de peso () aumento da pressão sanguínea

() depressão () constipação () tosse

() tontura () tremor () falta de ar

() nervosismo () alergia () dermatite

() irritação na garganta () perda de paladar

() estomatite () dor abdominal

12- Você associa o insucesso do seu tratamento ao uso de medicamentos? Por qual motivo?

ANEXO

ANEXO A – TESTE DE FAGERSTROM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

Sim (1)

Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)

Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) _____

De 11 a 20 (1) _____

De 21 a 30 (2) _____

Mais de 31 (3) _____

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1)

Não (0)

Conclusão sobre o grau de dependência:

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC



PREFEITURA
**BALNEÁRIO
CAMBORIÚ**

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ
SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Tabagismos em Balneário Camboriú: taxa de cessação e perfil populacional”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Balneário Camboriú, 02/08/2017.

ASSINATURA:

Andressa Bertiel W. Hadad
Diretora de Divisão de Saúde
Matrícula 35529 PMBC/SSSM/FMS

NOME : Andressa Bertiel W. Hadad

CARGO : Diretora de Divisão de Saúde

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO 2.390.955 DO CEP SH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tabagismo em Balneário Camboriú: taxa de cessação e perfil populacional

Pesquisador: Helena Cimarosti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73439317.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.390.955

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal que analisará a eficiência dos grupos antitabagismo realizados no município de Balneário Camboriú, nos anos de 2015 e 2016, através da aplicação de questionário a essa população alvo, visando identificar as dificuldades enfrentadas pelos tabagistas que culminaram na cessação ou não do tabagismo, bem como traçar o perfil dessa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a taxa de cessação do tabagismo conquistada nas Unidades de Saúde do município de Balneário Camboriú – SC, que realizaram grupos antitabagismo, nos anos de 2015 e 2016 e associar esse resultado com o uso ou não de terapia medicamentosa.

Objetivo Secundário:

• Analisar os dados registrados dos grupos antitabagismo realizados nos anos de 2015 e 2016;• Traçar o perfil dos pacientes tabagistas (gênero, idade, escolaridade, comorbidades, grau de dependência) que procuraram ajuda profissional para parar de fumar;• Identificar a taxa de fumantes que fizeram uso de medicação (nicotina e/ou bupropiona) e relacionar com o resultado do tratamento;• Identificar os principais fatores

relacionados ao sucesso ou não do tratamento, como motivação, uso de medicamentos, adesão ao tratamento, dentre outros;• Pesquisar se após o fim dos grupos, os resultados conquistados sobre a cessação do tabagismo mudaram ou foram mantidos;• Repensar estratégias utilizadas para

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.390.955

aumentar o número de participantes em tais grupos e aumentar as taxas de sucesso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Essa pesquisa apresenta como risco o existente em toda pesquisa que envolve coleta de dados e preenchimento de questionário, como a perda do sigilo, porém todos os cuidados necessários serão tomados para garantir a segurança dos participantes. Todos os dados serão armazenados sob sigilo em arquivos no computador protegidos por senha, sendo os pesquisadores os únicos que terão acesso a esses dados. Os resultados obtidos serão expostos como um todo, sem revelar qualquer informação referente à privacidade dos participantes.

Benefícios:

Considerando que a luta contra o tabaco é uma batalha constante, identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários tabagistas ao longo do processo que culminaram na cessação ou não do tabagismo, o estudo do perfil dessa população, permitirão que novas políticas e formas de abordagem sejam elaboradas para aumentar a adesão e obter melhores resultados.

A pesquisa não trará nenhum benefício imediato ao participante. Ajudará no planejamento de ações futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O problema de pesquisa está bem justificado, com objetivos claros e método bem definido. Uma vez obtidos os dados conclusivos proporcionará aos pesquisadores meios para contribuir para futuros estudos na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos em acordo com as exigências do CEPISH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências listadas no parecer anterior foram atendidas, não havendo impedimento ético para que esta pesquisa inicie.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.390.955

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_976749.pdf	30/10/2017 16:34:45		Aceito
Outros	RespostaaocEP.doc	30/10/2017 16:26:49	Helena Cimarosti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal_REVISADO.docx	24/09/2017 19:33:49	Helena Cimarosti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO.docx	24/09/2017 19:30:03	Helena Cimarosti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.pdf	15/08/2017 11:34:51	Helena Cimarosti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodosPesquisadores.pdf	15/08/2017 11:34:28	Helena Cimarosti	Aceito
Folha de Rosto	Folhad Rosto.pdf	15/08/2017 11:32:44	Helena Cimarosti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

