



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

BRUNA VANTI DA ROCHA

**ANÁLISE DO ABANDONO DO TRATAMENTO ANTITABAGISMO EM
ARARANGUÁ – SC**

Araranguá
2020

BRUNA VANTI DA ROCHA

**ANÁLISE DO ABANDONO DO TRATAMENTO ANTITABAGISMO EM
ARARANGUÁ – SC**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof^ª Ione Jayce Ceola Schneider, Dr^ª

Coorientadora: Prof^ª Danielle Soares Rocha Vieira, Dr^ª

Araranguá

2020

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

Rocha, Bruna Vanti da
ANÁLISE DO ABANDONO DO TRATAMENTO ANTITABAGISMO EM
ARARANGUÁ - SC / Bruna Vanti da Rocha ; orientadora, Ione
Jayce Ceola Schneider, coorientadora, Danielle Soares
Rocha Vieira, 2020.
74 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2020.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Ciências da Reabilitação.
3. Tabagismo. 4. Tratamento. 5. Abandono. I. Schneider,
Ione Jayce Ceola. II. Vieira, Danielle Soares Rocha. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Ciências da Reabilitação. IV. Título.

Bruna Vanti da Rocha

Análise do abandono do tratamento antitabagismo em Araranguá – SC

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Ana Lúcia Danielewicz, Dr.^a.

PPGCR/UFSC

Prof. Roger Flores Ceccon, Dr.

UFSC

Prof. Carlos Alberto Severo Garcia Junior, Dr.

UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação.

Prof. Alessandro Haupenthal, Dr
Coordenador do Programa

Prof.^a Ione Jayce Ceola Schneider, Dr.^a
Orientadora

Araranguá, 2020

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de trabalho e à minha
amada filha.

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão é imensurável ao poder superior que me deu a oportunidade de realizar esse sonho, estudar, me qualificar e conhecer pessoas maravilhosas ao longo deste mestrado. Sou grata a minha filha, Bianca Vanti, meu amor maior, por entender minhas ausências e estresse em alguns momentos, mas principalmente por ser minha parceira e maior incentivadora. Ao meu namorado, Rodrigo Lima, que me acompanhou e deu força desde o início da minha trajetória na UFSC/Araranguá. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio. Aos Meus colegas do Programa de controle do tabagismo e Ambulatório de Álcool e outras Drogas pela parceria, compreensão e paciência, vocês foram essenciais nessa caminhada. À Secretária municipal de saúde Evelyn Elias por prontamente abrir as portas da Secretaria para a pesquisa científica. Aos professores do PPGCR, pelos ensinamentos e apoio institucional. À minha orientadora, Ione Schneider, que mesmo em momentos difíceis nunca me desamparou, sempre compreensiva, humana, me passando segurança e todo o apoio necessário para que seguisse em frente, agradeço por ter confiado em mim. À minha família, que mesmo a distância, cuidou da Bianca para que eu pudesse estudar.

*Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que
fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender.
(Paulo Freire)*

RESUMO

Introdução: O tabagismo é uma doença crônica não-transmissível que interfere na saúde e qualidade de vida do fumante e favorece o desenvolvimento de doenças graves e incapacitantes.

Objetivo: O estudo objetivou analisar fatores envolvidos no abandono do tratamento em participantes do Programa de Controle do Tabagismo de Araranguá-SC.

Métodos: Trata-se de um estudo de transversal realizado em Araranguá (SC). O público-alvo da pesquisa foram os participantes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo em tratamento de março a dezembro de 2018. A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de questionários sobre o perfil demográfico, condições/problemas de saúde, prática de atividade física e o grau de dependência. O inventário de depressão de Beck, a escala BIS 11 e a escala Toulousiana de *Coping* foram usados para avaliar respectivamente sintomas depressivos, o grau de impulsividade e capacidade de enfrentamento dos participantes. O abandono do tratamento foi investigado entre os desistentes do programa. Utilizou-se análise descritiva e inferencial por meio do software Stata 16.

Resultados: Foram pesquisados um total de 109 pessoas. Destes, 50,5% eram homens, 51,8% tinham menos de 50 anos, 46,8% eram casados, 32,7% tinham ensino médio completo e 13,1% superior, 45,5% encontravam-se com sobrepeso e 78,9% relataram não praticar atividade física. A maioria (39,8%) tinha dependência a nicotina muito elevada, 32,1% tinham depressão leve a moderada e o tempo de tabagismo médio foi de 28,9 anos. Observou-se diferenças quanto ao sexo no estado civil ($p=0,017$), relato de aftas ($p=0,024$) e tratamento psiquiátrico ($p=0,035$). Obtiveram sucesso na cessação do tabagismo 73,4% dos participantes. O percentual de abandono do tratamento foi de 40,4%, maior na faixa etária menor de 49 anos. Entre os que abandonaram, 41,5% tinham indicação médica para iniciar o tratamento, 80,5% realizava o tratamento pela primeira vez, 39% participou de 2 a 4 encontros e 48,8% apresentavam dependência nicotínica severa. A média da escala BIS 11 foi maior entre os abandonos e apresentou maior diferença no item referente ao não planejamento. Os principais motivos relatados pelos participantes para abandono do tratamento foram “já estar bem sem fumar”, situações relacionadas ao trabalho e sintomas de abstinência. Dos que abandonaram o tratamento, 62,5% continuavam fumando, 38,2% moram com fumantes e 25% relataram descontentamento com o local onde o grupo era realizado.

Conclusão: Os dados do perfil irão contribuir para melhoria da qualidade da abordagem relacionada as doenças/condições crônicas de saúde do fumante no tratamento, auxiliando os

profissionais de saúde no direcionamento das temáticas trabalhadas nos grupos. A ausência de gestantes na população revela possíveis dificuldades da Atenção Primária na abordagem e encaminhamento desse público para tratamento. Detectar que entre os desistentes havia indivíduos que estavam sem fumar, demonstra que nem todo abandono do tratamento antitabagismo tem relação direta com insucesso na cessação. O estudo identifica que questões relacionadas a jornada de trabalho impactam na continuidade do tratamento pelo fumante.

Palavras-chaves: tabagismo, abandono, tratamento, cessação.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a non-communicable chronic disease that interferes with the health and quality of life of smokers and favors the development of serious and disabling diseases.

Objective: The study aimed to analyze factors involved in treatment dropout in participants of the Araranguá-SC Tobacco Control Program.

Methods: This is a cross-sectional study conducted in Araranguá (SC). The target audience of the research was participants of the Municipal Smoking Control Program being treated from March to December 2018. Data collection was performed by completing questionnaires about demographic profile, health conditions / problems, practice of physical activity and the degree of dependence. The Beck Depression Inventory, the BIS 11 Scale, and the Coping Toulousian Scale were used to assess participants' depressive symptoms, impulsiveness, and coping ability, respectively. Treatment dropout was investigated among program dropouts. Descriptive and inferential analysis was used using the SPSS version 25 software.

Results: A total of 109 people were surveyed. Of these, 50.5% were men, 51.8% were under 50 years old, 46.8% were married, 32.7% had completed high school and 13.1% higher, 45.5% were overweight. and 78.9% reported not practicing physical activity. Most part (39.8%) had very high nicotine dependence, 32.1% had mild to moderate depression and the average smoking time was 28.9 years. There were differences regarding gender in marital status ($p=0.017$), thrush report ($p=0.024$) and psychiatric treatment ($p=0.035$). Successful smoking cessation achieved 73.4% of participants. The percentage of treatment abandonment was 40.4%, higher in the age group younger than 49 years. Among those who dropped out, 41.5% had a medical indication to start treatment, 80.5% were undergoing treatment for the first time, 39% attended 2-4 meetings and 48.8% had severe nicotine dependence. The mean BIS 11 scale was higher among dropouts and presented the largest difference in the non-planning item. The main reasons reported by participants for dropping out of treatment were "I'm feeling well without smoking", work-related situations, and withdrawal symptoms. Of those who abandoned treatment, 62.5% continued smoking, 38.2% live with smokers and 25% reported dissatisfaction with where the group was held.

Conclusion: The profile data will contribute to improve the quality of the approach related to smoking/chronic health conditions of smokers in the treatment, helping health professionals in addressing the themes addressed in the groups. The absence of pregnant women in the population reveals possible difficulties of Primary Care in the approach and referral of this public for treatment. Detecting that among the quitters there were individuals who were

without smoking, demonstrates that not all smoking cessation treatment is directly related to failure to quit. The study identifies that issues related to working hours impact the continuity of treatment by smokers.

Keywords: smoking, cessation, treatment, cessation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características da amostra, Araranguá, Santa Catarina, 2018.....	38
Tabela 2. Valores de Fargerström, Inventário de Beck antes e depois da parada de fumar, Araranguá, Santa Catarina, 2018.....	39
Tabela 3. Faixa etária e ocupação em relação ao abandono do tratamento, Araranguá, 2018.	40
Tabela 4. Grupo de tratamento, condições e problemas de saúde e o abandono do tratamento, Araranguá, 2018.....	41
Tabela 5. Motivos relatados de abandono do tratamento, Araranguá, 2018.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos selecionados na revisão de literatura.....	28
Quadro 2 – Variáveis de estudo.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

BDI	<i>Beck Depression Inventory</i> ou Inventário de Depressão de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
DCNT	Doença Crônica Não-transmissível
ETC	Escala Toulousiana de Coping
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PCT	Programa de Controle do Tabagismo
PETAB	Pesquisa Especial sobre Tabagismo
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	OBJETIVOS.....	16
1.1.1	Objetivo Geral.....	16
1.1.2	Objetivos Específicos.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO.....	18
2.2	A CESSAÇÃO DO TABAGISMO E O ABANDONO DO TRATAMENTO.....	23
3	MÉTODOS.....	31
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	31
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	31
3.3	PARTICIPANTES.....	31
3.4	VIÉSES.....	31
3.5	VARIÁVEIS.....	32
3.6	PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	33
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4	RESULTADOS.....	37
4.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES, CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORBIDADES RELACIONADAS AO TABAGISMO.....	37
4.2	ABANDONO DO TRATAMENTO.....	39
5	DISCUSSÃO.....	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE A – Formulário de atendimento inicial do tabagista.....	62
	APÊNDICE B – Formulário para investigação sobre o abandono do tratamento para o tabagismo - Araranguá-SC.....	64
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
	ANEXO A – Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11 versão em português.....	67
	ANEXO B – Inventário de Depressão de Beck versão I em português.....	69
	ANEXO C – Escala Toulousiana de Coping (ETC-R).....	71
	ANEXO D – Parecer do CEP.....	72

1 INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é a principal causa evitável de adoecimento e morte no mundo, o que resulta em cerca de oito milhões de mortes por ano (WHO, 2019).

O Brasil ocupa o oitavo lugar no *ranking* mundial de fumantes com estimativa de 7,1 milhões de mulheres e 11,1 milhões de homens (BRASIL, 2016). No entanto, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) entre os anos de 2006-2018 houve redução do número de fumantes, de 15,7% para 9,3%, o que coloca o país entre os campeões em queda da quantidade de fumantes (BRASIL, 2018). As políticas públicas vêm desempenhando papel decisivo na redução deste número, auxiliando na prevenção da exposição ao tabaco e reabilitação biopsicossocial do tabagista, o que incide diretamente na melhoria da condição de saúde da população (TORNEL; NICOLÁS e PARREÑO, 2010).

A partir do tratado internacional de saúde pública adotado pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde, denominado de Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS), obteve-se a cooperação internacional sobre determinantes transnacionais da expansão da epidemia de tabagismo no mundo. Em 2005, o Brasil integrou a convenção como Estado-parte, o que tornou obrigatória a apresentação de relatórios periódicos sobre a evolução da implementação da Convenção em nível nacional (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde brasileiro vem desenvolvendo políticas de ação contra o tabaco através do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Uma das ações é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), instituído em 1989, e que apresenta como principais estratégias de ação para controle do tabagismo a promoção de ambientes livres de fumo, divulgação de informações sobre o tabaco, acesso ao tratamento, regulação da propaganda, impostos sobre o tabaco, repressão ao comércio ilícito, entre outras (BRASIL, 2014).

Segundo o Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012 (BRASIL, 2014), as estratégias nacionais de controle de tabaco implementadas entre 1986 e 2008 demonstram queda de quase 48% da prevalência do tabagismo no Brasil. A redução do uso do tabaco no Brasil vem trazendo impacto positivo no perfil de saúde da população, o que reflete na distribuição proporcional do total de mortes por câncer de pulmão entre homens, por exemplo, com queda de 10% entre os períodos de 2006-2010. Ainda, observa-se, entre os anos de 1996 e 2007, que as taxas de mortalidade por outras doenças que têm forte associação com o tabagismo, como as cardiovasculares e as respiratórias crônicas, obtiveram queda de 31% e 38%,

respectivamente (BRASIL, 2014).

Dados levantados pela Vigitel (BRASIL, 2018) revelam que no conjunto das capitais brasileiras a frequência de adultos fumantes foi de 9,3%, apresentando maiores valores entre o sexo masculino (12,1%) do que no feminino (6,9%). Segundo relatório do III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (FIOCRUZ, 2017) a região Sul do país, composta pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, apresentou maior prevalência de consumo de cigarros industrializados nos últimos 30 dias (17,3%). No entanto, na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina, dados do Vigitel (BRASIL, 2018) evidenciaram percentual de 11,2% de fumantes.

O município de Araranguá, em Santa Catarina, atua no controle do uso do tabaco por meio da implantação, em 2008, do Programa de Controle do Tabagismo (PCT). Este programa é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e oferece tratamento com abordagem intensiva para cessação do tabagismo, o que consiste na estruturação de local específico para o atendimento de tabagistas que desejam parar de fumar. Essa abordagem é realizada na Unidade Básica Central na modalidade de grupo de apoio, pois permite o tratamento de um número maior de fumantes. O Ministério da Saúde preconiza mínimo de 4 sessões de 90 minutos para obter resultados satisfatórios no tratamento, no entanto, Araranguá realiza 10 sessões de acompanhamento (BRASIL, 2016).

O município possui uma equipe multidisciplinar que atua no PCT, composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo. Além disso, a equipe conta com apoio de profissionais do NASF (nutricionista e fisioterapeuta) na abordagem de questões relacionadas a alimentação saudável e estímulo a prática de atividade física. Todo tabagista que tem interesse em parar de fumar é inserido em uma fila de espera no Sistema de Regulação (SISREG) nas Unidades de Saúde e aguarda ser chamado para integrar o grupo. O tabagista é comunicado por telefone sobre a data de início do grupo de apoio que fica restrito aos inscritos na fila de espera. Os grupos são realizados no auditório da Unidade Central Bom Pastor, localizado centro da cidade, iniciam com uma média de 40 participantes e tem periodicidade trimestral.

As diretrizes terapêuticas seguem o que é preconizado pela Portaria nº 761 de 2016, em que a abordagem do fumante para a cessação do tabagismo baseia-se nas intervenções cognitivas, treinamento de habilidades comportamentais, apoio medicamentoso quando necessário (BRASIL, 2016) e estímulo a adoção de hábitos saudáveis e prática de atividade física.

Os medicamentos recomendados pela Portaria Ministerial são a Terapia de Reposição

de Nicotina, por meio do adesivo transdérmico, goma de mascar ou pastilha e o Cloridrato de Bupropiona, em comprimidos. A utilização dos medicamentos é sempre feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental e avaliação médica. O tratamento é realizado em encontros semanais com duração de 90 minutos em médica, por até 12 semanas de acompanhamento. Os indivíduos que apresentarem alteração do quadro psiquiátrico ao longo do tratamento, mesmo após o encerramento do grupo poderão permanecer em acompanhamento no Ambulatório de Álcool e outras Drogas.

Ao longo do período de atuação do Programa, os usuários que desistiram do tratamento nunca foram investigados quanto aos motivos que os levaram a não completar o tratamento. Assim, identificar estes usuários e as causas do abandono justificam a relevância de se pesquisar esta demanda. Relacionar tais motivos com a adesão ao tratamento pode apontar caminhos para diminuir as taxas de abandono do tratamento, o que contribui para fortalecer o processo de reabilitação do tabagista. Desenvolver a capacidade residual e potencial do fumante, mesmo após a passagem da doença, pode auxiliá-lo no ajustamento à situações irreversíveis, atenuar invalidez, evitar o óbito e promover maior qualidade de vida (DUBIELA, 2010).

Meier, Vannuchi e Secco (2011) afirmam que sobre o abandono do tratamento do tabagismo, pouco se sabe, especialmente sobre as causas que levam o fumante a apresentar tal comportamento. Nesse sentido, faz-se necessário reconhecer estas informações, objetivando melhorar a qualidade do PNCT. Assim, os órgãos de saúde possuirão subsídios para colaborar com o enfrentamento de um dos maiores desafios da saúde pública mundial, o consumo do tabaco (MEIER; VANNUCHI e SECCO, 2011).

Desta forma, o presente estudo tem a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os fatores que interferem no abandono do tratamento para o tabagismo?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores que interferem no abandono do tratamento antitabagismo entre os participantes do Programa de Controle do Tabagismo em Araranguá-SC.

1.1.2 Objetivos Específicos

Comparar características demográficas e de saúde dos participantes do programa em relação ao abandono de tratamento quanto ao sexo.

Identificar a taxa e os fatores associados ao abandono do tratamento.

Relatar as estratégias de coping e o grau de impulsividade dos participantes do programa.

Descrever os motivos que levaram os desistentes a abandonar o tratamento antitabagismo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO

O tabagismo é uma doença crônica, não-transmissível, epidêmica, relacionada à dependência física, psicológica e comportamental da nicotina. Ela integra, desde 1997, o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10 (INCA, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

A nicotina é uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central que atua ampliando a liberação de vários neurotransmissores, principalmente de dopamina nas sinapses neuronais do sistema mesolímbico. Pelo uso contínuo da substância, o cérebro se torna dependente de nicotina e tem modificada sua neurobiologia, o que passa a interferir sobre o humor, a percepção, o estado emocional, o comportamento e a aprendizagem. A nicotina inalada na fumaça do cigarro atinge o cérebro em aproximadamente 10 segundos, onde nutre os receptores das células cerebrais capazes de recebê-la. Assim, o organismo reage à nicotina e adéqua sua funcionalidade à presença da substância, o que caracteriza a dependência física, que se torna efetiva no decorrer de um a três meses de consumo. Instalada a dependência da nicotina, o fumante apresenta uma necessidade compulsiva de uso, tornando o cigarro como norteador de seu comportamento. Além disso, o indivíduo passa a fumar por outras diferentes razões, dentre estas, destaca-se: redução de ansiedade e estresse, devido ao efeito resultante da ligação química da nicotina com o seu receptor cerebral; ritual, uma vez que são necessários vários passos até que se acenda um cigarro; prazer, pois a nicotina induz a liberação de substâncias endógenas que aumentam a sensação de bem-estar; hábito, quando determinada situação ou circunstância condiciona o fumar, por exemplo, logo após o almoço (BRASIL, 2015a).

A nicotina, assim como outras drogas, gera no organismo adaptação fisiológica ao seu consumo habitual, surgindo sintomas quando seu uso cessa ou é reduzido. As principais adaptações do organismo relacionadas à dependência física são: tolerância e síndrome de abstinência. A tolerância é definida como o aumento gradativo da quantidade necessária da substância a ser consumida pelo indivíduo, para se alcançar os mesmos efeitos iniciais. Assim, quanto maior for a tolerância, maior será a necessidade de substância, o que gerará maior dependência dela. Na síndrome de abstinência tem-se o surgimento de sinais e sintomas fisiológicos a partir da cessação do efeito da substância, que reduz os estímulos ao SNC e que

geralmente desaparece rapidamente após o reinício do uso da nicotina, no caso. Alguns sintomas mais frequentes de abstinência da nicotina são: inquietação; transpiração súbita e/ou excessiva; alterações do sono e/ou insônia; sensação de tristeza e/ou depressão; ansiedade; irritabilidade; agressividade; dificuldades de concentração; dor de cabeça; tontura e constipação intestinal (BRASIL, 2015a).

Os fumantes inalam, ainda junto com a nicotina, mais de 4.720 substâncias tóxicas, entre elas estão: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído. Além disso, são expostos a 43 substâncias cancerígenas, como: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas. As substâncias tóxicas podem produzir irritação nos olhos, no nariz e na garganta, além de alteração nos brônquios, e paralisação dos movimentos ciliares (INCA, 2016). Dados trazidos por Pinto, Pichon-Rivier e Bardach (2015) apontam que 45% dos óbitos por doença coronariana, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% por doenças cerebrovasculares e 30% por câncer podem ser atribuídos ao tabagismo.

O tabaco também atua em sinergia com outros fatores de risco, tais como hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes, aumentando os riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Com o consumo do tabaco tem-se risco duplicado de acidente vascular cerebral, quatro vezes maior para doença coronariana e dez vezes maior para doenças vasculares periféricas. O tabagismo relaciona-se com o aumento de doença pulmonar obstrutiva crônica, com afecções reprodutivas, neonatais e com osteoporose em mulheres na fase pós-menopausa (MENDES, 2012). Mulheres tabagistas têm expectativa de vida de 4,47 anos menor que as não fumantes, já os homens fumantes possuem expectativa de vida 5,03 anos menor que aqueles que não fumam (PINTO, PICHON-RIVIER e BARDACH, 2015). Os fumantes passivos, ao manterem convívio com tabagistas, estão expostos aos mesmos malefícios do tabaco por compartilharem ambientes com os fumantes (BARACAT e ARREGUY-SENA, 2009).

Além do impacto direto na saúde e expectativa de vida, as doenças relacionadas ao consumo do tabaco também interferem na qualidade de vida dos indivíduos. Em razão disso, a redução da expectativa de vida é mais significativa quando avaliada em termos de anos de vida ajustados pela qualidade. Nesse sentido, a qualidade de vida física e mental tem sido utilizada como parâmetro na avaliação do impacto gerado pelo tabagismo e doenças associadas na vida do usuário (PINTO, PICHON-RIVIER e BARDACH, 2015; INCA, 2016; PEUKER, BIZARRO, 2015).

Quando se fala em qualidade de vida mental percebe-se que muitos fumantes não

consideram um problema de saúde o fato de fumarem e minimizam a sua dependência do tabaco. Assim, o modo como as pessoas pensam acerca da sua saúde tem implicações importantes no seu comportamento, o qual não é diferente no caso do tabagismo. As representações categorizam-se em cognitivas; emocionais e de compreensão. Representações cognitivas, emocionais e de compreensão mais ameaçadoras indicam maior percepção de que fumar faz mal à saúde, e conseqüentemente estão associadas à pior percepção da qualidade de vida. A morbidade psicológica relaciona-se com o comportamento tabágico ao apresentar conseqüências físicas ao nível da diminuição da qualidade de vida mental. De acordo com o modelo de estresse/enfrentamento, o consumo de tabaco pode ser visto como estressor, com efeito direto sobre o aumento da morbidade psicológica (AFONSO e ALVES, 2013). Baracat e Arreguy-Sena (2009) referem ainda que o uso do tabaco provoca além de danos físicos, o comprometimento psicológico, pois causa dependência física, psicológica e comportamental. Tais alterações podem levar ao surgimento de sentimento de culpa e derrota no fumante por não conseguir abandonar o uso.

Para Oliveira (2016), a dependência da nicotina tornou-se importante problema de saúde pública, pois está relacionada às principais causas de mortes evitáveis no mundo e adoecimento, além de causar impacto na economia familiar e poluição ambiental.

Segundo informações obtidas por meio da VIGITEL, do Ministério da Saúde, em 2015, houve queda de 30,7% no número de fumantes no Brasil desde 2006. Entre 2008 e 2013, o Brasil experimentou declínio na prevalência de tabagismo, com a implementação das advertências aversivas sobre saúde impressas nos maços de cigarros e afixadas nos pontos de venda (SZKLO et al, 2016).

Essas intervenções estão no Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, que estabelece a redução relativa de 30% na prevalência do tabagismo no mundo até 2025. Assim como, reforça o aumento do imposto sobre o cigarro, o que provou ser a estratégia mais potente e econômica na redução do uso do tabaco (ETIENNE, 2016).

A queda do número de fumantes é expressiva no Brasil, quando se considera que os fumantes atingiam 34,8% da população, no ano de 1989, e dados do ano de 2012 estimam que 15,1% da população brasileira é usuária de tabaco (MENDES, 2012). No entanto, dados de Mendes et al (2016) mostram que, no ano de 2008, houve 130 mil mortes por conseqüência do tabagismo no Brasil, 13% do total de óbitos anual. Assim, percebe-se que ainda há no país grande quantidade de fumantes e principalmente doenças decorrentes do uso do tabaco, com muitas mortes ainda por complicações desse uso.

Todo fumante que deseja parar de fumar deve receber tratamento e é essencial que as instituições de saúde implementem políticas abrangentes de controle do tabagismo, de modo que o impacto sobre a saúde seja significativo. Para abordar o tabagismo geralmente é necessário programar intervenções repetidas ao longo do tempo, somadas a manutenção de uma equipe de saúde treinada e envolvida com a temática (ARGENTINA, 2006).

Ao longo da história os seres humanos têm recorrido frequentemente ao consumo de substâncias como álcool, fumo e outras drogas, sejam em rituais religiosos, para anestesiarem o sofrimento, ou na busca de prazer momentâneo. O tipo de substância utilizada leva em consideração a época vivida e cada segmento social em que o indivíduo está inserido. A motivação para o uso possui circunstâncias distintas de vulnerabilidade individual, social e comunitária (BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, foram surgindo formas de abordar e intervir nas questões de saúde relacionadas ao consumo de drogas. Dentre essas formas tem-se a redução de danos como a ação que ofereceu melhores possibilidades de abordagem e garantia de direitos aos usuários de psicoativos até o momento. A discussão sobre redução de danos teve início em 1924, quando os ingleses sofriam com impactos da I Guerra Mundial e tinham no campo da saúde aumento no consumo de morfina e heroína. Ao tentar suspender o uso destas substâncias as ações eram ineficientes, pois a síndrome de abstinência devido à abrupta retirada da droga impedia a adesão dos usuários aos tratamentos vigentes da época. Assim, na época formou-se um grupo de trabalho com especialistas que elaboraram recomendações a serem seguidas para o tratamento de pessoas com dependência inicialmente de opiáceos, mas que logo se ampliou para outros tipos de substâncias (RAMMINGER et al, 2014).

A nicotina, ao ser inalada, produz alterações no sistema nervoso central, modifica o estado emocional e comportamental do indivíduo, assim como ocorre com o consumo de outras drogas. A substância ao atingir o cérebro, entre 7 a 19 segundos, libera neurotransmissores responsáveis por estimular a sensação de prazer que o fumante tem ao consumir o tabaco (INCA, 2016). Com isso, o cérebro se adapta a inalação contínua da nicotina e passa a precisar de doses cada vez maiores para manter o nível de satisfação inicial, o que caracteriza "tolerância à droga". Paralela a dependência, também cresce o risco do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, que podem levar à invalidez e à morte (INCA, 2016).

Um dos fatos que a redução de danos revela é que parte das pessoas que consomem algum tipo de droga não consegue, ou não quer cessar seu uso. No entanto, tal escolha não impede o direito ao cuidado e à saúde, como rege os princípios do SUS, o que oferece melhor

qualidade de vida e condições mínimas de saúde aos usuários de tabaco e outras drogas. O tabagista precisa ter sua escolha respeitada se desejar continuar fumando e não deve ser privado de receber orientações e tratamentos de saúde para minimizar riscos adicionais ao tabagista, como a obesidade, uso de álcool, dislipidemia, sedentarismo, entre outros. Além disso, ao decidir cessar o uso deverá ter acesso ao tratamento de qualidade, acessível e pela rede pública de saúde (BRASIL, 2015b).

A cessação definitiva do tabagismo é definida como a interrupção permanente do consumo do tabaco ou até que ocorra uma recaída, caracterizada como retorno ao consumo tabágico inicial. Pode haver ainda o lapso de consumo, em que acontece o uso eventual e isolado da substância durante o período de abstinência dela (BRASIL, 2015a).

A etapa inicial da avaliação do tabagista é o seu reconhecimento na comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) que pode ocorrer por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual, preferencialmente pelo agente comunitário de saúde, ou durante qualquer atendimento na UBS. O profissional de saúde deve dialogar com o usuário, e estimulá-lo a refletir sobre o seu consumo de cigarro. Essas abordagens iniciais aproximam o usuário das equipes e tornam mais fácil a procura por tratamento. Após o reconhecimento dos tabagistas no território, passa-se ao momento da diferenciação, onde se seleciona quem são os fumantes dispostos a parar de fumar e com interesse em iniciar alguma forma de tratamento para cessação. Para aqueles que não desejarem cessar o uso, o profissional de saúde deve orientá-los sobre os malefícios do tabagismo e sobre tipos e locais de tratamento disponíveis para a cessação. É necessário acompanhar periodicamente estes usuários para monitorar a questão do tabagismo, reavaliar o grau de motivação para cessação e, a qualquer tempo, ofertar a possibilidade de tratamento. Para os usuários que desejarem cessar o uso do cigarro é importante esclarecê-los quanto aos tipos de tratamento disponíveis, e avaliar também suas possibilidades singulares de presença nas atividades proporcionadas pela equipe. Uma avaliação individual prévia do usuário que deseja parar de fumar é necessária, pois é indispensável a identificação do nível de dependência, o grau de motivação e a história pregressa do indivíduo (BRASIL, 2015a).

Prochaska, DiClemente e Norcross (1993) desenvolveram um Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança que se aplica atualmente ao contexto da cessação do tabagismo, em que se baseia em informações coletadas por qualquer profissional da equipe de saúde no acolhimento ao usuário. O profissional identifica os elementos que mais surgem no discurso do usuário e classifica-o a em algum dos estágios: pré-contemplação – a possibilidade de mudança não é considerada; contemplação – admite o problema, mas

considera adotar mudanças eventualmente; preparação – inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudança; ação – realiza mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia em sua execução; manutenção – processo de continuidade para manter os ganhos e prevenir a recaída e, por último, a recaída – falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior.

No Brasil, evidências indicam que a oferta de tratamento antitabagismo nos serviços de saúde ainda é deficiente e insuficiente, mesmo com o elevado número de fumantes que desejam ou tentam parar de fumar. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), dos tabagistas adultos entrevistados, 51,1% alegaram que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses. Entre os fumantes pesquisados, apenas 8,8% afirmaram ter procurado tratamento com profissional de saúde para cessação do tabagismo. Assim, com base nestes dados o acesso ao tratamento para cessação do tabagismo no país vem sendo ampliado nos últimos anos, e incluem a Atenção Primária em Saúde na rede de assistência, o que torna a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista possível em seu território, e assim, promove melhora da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2015a).

Verbiest et al (2016) em seu *guideline*, refere que existe concordância quase universal entre as diretrizes antitabagismo quanto à necessidade da Atenção Primária em Saúde identificar fumantes, oferecer algum conselho de cessação do consumo, bem como suporte comportamental e farmacológico para o tratamento. As diferenças entre as recomendações das diretrizes foram maiores com relação às questões farmacológicas do tratamento, o que ocorre provavelmente devido às distintas interpretações da evidência científica, ou ainda por diferenças contextuais de saúde dos países. A orientação internacional de cuidados primários para a cessação do tabagismo é dinâmica, elaborada por especialistas em cuidados primários e com o resultado das últimas evidências, é um recurso muito útil para clínicos e formuladores de políticas públicas para desenvolver e aperfeiçoar diretrizes nos países (VERBIEST et al, 2016).

2.2 A CESSAÇÃO DO TABAGISMO E O ABANDONO DO TRATAMENTO

Doll et al (2004) relata que importante estudo prospectivo realizado no Reino Unido revelou que a cessação do tabagismo, independentemente da idade, aumenta a expectativa de vida do usuário. Fumantes que interromperam o consumo aos 60 anos obtiveram pelo menos três anos a mais na expectativa de vida. Já aqueles que interromperam o tabagismo aos 50 anos ganharam 6 anos e os que o fizeram aos 40 alcançaram cerca de nove anos adicionais.

Indivíduos que pararam antes da meia idade obtiveram até dez anos de vida a mais, ou até mesmo curvas de sobrevivência semelhantes às de pessoas não-fumantes (DOLL et al., 2004). Parar de fumar antes dos 50 anos, reduziu em 50% o risco de óbito por doenças tabaco-relacionadas, após 16 anos sem fumar. Quanto ao risco de morte por câncer de pulmão tem-se redução de 30% a 50% em ambos os sexos quando atinge dez anos de abstinência. A ocorrência de doenças cardiovasculares tem risco reduzido à metade após um ano sem fumar. Além disso, percebe-se a melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes, da vitalidade da pele, do convívio social e no desempenho de atividades físicas e cotidianas em curto prazo (BRASIL, 2015b).

A grande variação entre as taxas de cessação do consumo do tabaco demonstra o leque de causas envolvidas no sucesso de um PCT, já que dados mostram que no país têm-se taxas de cessação entre 23,5% e 50,8%, após no mínimo seis meses do início do tratamento (MENDES, 2016).

2.2.1 Fundamentação teórica

Para fundamentação teórica da pesquisa realizou-se uma revisão integrativa de literatura, pois é a mais ampla abordagem metodológica no que se refere a revisões e permite combinar dados da literatura teórica e empírica, o que favorece e enriquece a discussão da prática assistencial (SOUZA et al, 2010).

A revisão aborda artigos pesquisados no Portal Regional da BVS (bvsalud.org) com as chaves de busca selecionadas a partir da pergunta norteadora “Quais são os fatores que interferem no abandono do tratamento para o tabagismo?”. Utilizou-se a chave de busca: “*tabagismo AND tratamento AND (insucesso OR desistência OR fracasso) NOT custos AND (fulltext (“1”))*”. Foram encontrados 36 artigos, 4 estudos foram excluídos por estarem em duplicidade. Dos 32 restantes, após a leitura do resumo, 25 não apresentavam relação direta com a pergunta de pesquisa. Assim, foram incluídos na revisão 7 artigos que estão ordenados por autor/ano/local, objetivos, métodos e resultados no Quadro 1.

Entre os artigos selecionados no Quadro 1, salienta-se os resultados que contribuíram para construção deste estudo. Assim, encontrou-se relação entre o insucesso na tentativa de parar de fumar com a dependência da nicotina, bem como com o local onde o PCT é realizado, horário das reuniões e aos profissionais que prestaram assistência. Foram encontrados dados quanto a taxa de cessação de 66% entre os que aderiram ao tratamento, índice de recaída de 30%, aos 3 meses, e 50% aos 6 meses, taxa de abandono entre 23,8% e

34,26% com predomínio do gênero masculino, faixa etária 20-39 anos, trabalhadores, com baixa motivação, fumantes há menos tempo e em menor quantidade, mulheres que referiram fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, usuários de álcool e homens que faziam uso de medicamentos para depressão e/ou ansiedade tiveram risco de recaída maior. Resultados demonstraram que medidas de temperamento e impulsividade são úteis para prever os resultados do tratamento de tabagismo.

Meier, Vannuchi e Secco (2011) realizaram um estudo transversal com 92 fumantes do PCT do Município de Cambé-PR, de 2007 a 2008. O estudo tinha como objetivo investigar o abandono do tratamento do tabagismo. Os resultados demonstraram participantes com idade entre 40-59 anos (54,3%), maioria casada (59,8%) e maior participação feminina (62,0%) no PCT. A população do estudo apresentou um baixo nível de escolaridade e 65,1% dos participantes apresentaram grau elevado e muito elevado de dependência à nicotina. O percentual de abandono do programa foi de 23,8% e a maioria (61,8%) era do sexo masculino. As causas do abandono do programa foram relacionadas com o local onde o programa é realizado, horário das reuniões e aos profissionais que prestaram assistência. A utilização da terapia cognitivo-comportamental como única estratégia favoreceu para o abandono do tratamento. Na quarta sessão do PCT, o uso associado de bupropiona com adesivo de nicotina auxiliou na cessação de fumar (MEIER; VANNUCHI E SECCO, 2011).

Um estudo de coorte realizado no ano de 2012, na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, teve o objetivo de investigar a associação entre o abandono do tratamento para o tabagismo e um conjunto de variáveis clínicas e sociodemográficas. O estudo investigou 216 pessoas atendidas em unidades de saúde da cidade, 34,26% abandonaram o tratamento durante o processo e os demais completaram o tratamento em seis meses. A taxa de abandono do tratamento antitabagismo na população estudada após seis meses de observação foi considerada alta e a maior parte do abandono ocorreu antes do início da terapia cognitivo-comportamental. Participantes do sexo masculino tiveram maior taxa, e aqueles que estavam empregados. Uma vez que os homens formavam a maior força de trabalho e grupos de renda nesta população, é possível que os compromissos profissionais estivessem impedindo seu comparecimento ao tratamento. Outra variável importante associada ao abandono do tratamento foi à faixa etária, já que o grupo mais jovem (20-39 anos) apresentou maior taxa de abandono. As variáveis relativas ao *status* de tabagismo não foram associadas ao abandono do tratamento (PAWLINA et al, 2016).

O estudo de Jesus et al (2016) para compreender o insucesso da tentativa de parar de fumar teve como cenários duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um

município da Zona da Mata Mineira. As UAPS escolhidas promoviam a realização de grupos de prevenção e tratamento do tabagismo no ano de 2014. Os participantes foram selecionados por meio de visitas pelos pesquisadores às UAPS, onde obtiveram o número de telefone de fumantes que abandonaram o grupo de tratamento do tabagismo e que não conseguiram parar de fumar. Somente nove pessoas foram incluídas na pesquisa, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, que aceitaram participar voluntariamente, fizeram uso da medicação prescrita, participaram de todas as sessões do grupo e não conseguiram parar de fumar. O insucesso na tentativa de parar de fumar investigado foi relacionado ao fato de o cigarro ser considerado apoio para o enfrentamento do estresse do dia a dia, o que inclui o convívio familiar. As pessoas passam a acreditar que o cigarro pode deixá-las mais tranquilas e autoconfiantes, o que torna o ato de fumar um suporte para lidar com as dificuldades e emoções indesejadas. O estudo mostrou que a tentativa de cessar o tabagismo foi alicerçada na necessidade de melhoria da saúde, por pressão de pessoas próximas e pelo custo elevado do preço do cigarro. O estudo também aponta para a necessidade de acompanhamento psicológico especializado para os fumantes ao longo do tratamento (JESUS et al, 2016).

Um estudo foi realizado no sul de Minas Gerais, com objetivo de avaliar o impacto do Programa de Tratamento do ambulatório municipal na cessação do tabagismo, com abordagem qualitativa e quantitativa, identificou características sociodemográficas, a história do tabagismo e a presença de comorbidades de 35 tabagistas. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e quanto à cessação do tabagismo, 82,9% pararam de fumar durante o ano de tratamento e após 18 meses, 58,6% não apresentaram recaídas. Na análise qualitativa dos dados, foram identificadas oito categorias de análise, e a categoria da recaída como fator de insucesso foi o principal dado extraído deste estudo. O estudo revelou que os participantes que voltaram a fumar, após as sessões de tratamento, sentiram-se fracassados e lutam constantemente para parar de fumar. Com o uso da substância os fumantes acreditam que poderão atingir um estado de equilíbrio e controle satisfatório da tensão, o que reforça para muitos a necessidade de continuar fumando, pois sentem alívio dos sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, sabe-se que a ansiedade e os sintomas depressivos estão associados a maior risco de lapso durante a abstinência e muitas vezes de recaídas precoces (GOYATÁ, 2014).

Azevedo e Fernandes (2011), em estudo de coorte sobre fatores relacionados ao insucesso na tentativa de cessação do tabagismo, analisaram 100 fumantes que procuraram atendimento no Ambulatório de Substâncias Psicoativas de um Hospital Universitário. No estudo foram avaliadas variáveis sociodemográficas, grau de dependência, estágio de

motivação para a mudança e a presença de depressão e ansiedade dos participantes. O tempo de acompanhamento foi de até 24 semanas e os resultados encontrados mostraram maior percentual de mulheres (75%), faixa etária de 40 a 59 anos (67%), com ensino fundamental incompleto (60%), que realizam atividades de lazer (57%), com doenças tabaco-relacionada (53%) e com tentativas anteriores de cessação do tabagismo (70%). Dos participantes, 51% receberam recomendação médica para o tratamento e 66% tiveram incentivo para a cessação. Obteve-se 78% dos usuários com elevado grau de dependência a nicotina. O estágio de motivação principal encontrado foi o de contemplação/ação (43%) e a taxa de ansiedade relatada foi mais elevada (64%) que a de depressão (39%). A taxa de cessação foi de 66% entre os que aderiram e de 17% entre aqueles que não aderiram. A não-adesão foi relacionada principalmente à ausência de lazer, maior escolaridade e ausência de doença tabaco-relacionada (AZEVEDO e FERNANDES, 2011).

Nascimento, Azevedo e Silva & Nascimento (2016) avaliaram fatores associados ao tempo de recaída do fumante ao longo do tratamento no PCT do município do Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, com população de 136 pacientes, de 15 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, inscritos no Programa de sete Unidades de Saúde, de agosto de 2012 a dezembro de 2013. Todos os tabagistas avaliados receberam quatro sessões de tratamento cognitivo-comportamental e medicamentos nicotínicos. Foram efetuadas entrevistas com os participantes nas unidades de saúde, as quais foram feitas por profissionais de saúde treinados da própria unidade. O diagnóstico nutricional inicial foi realizado a partir do índice de massa corporal (IMC). Ocorreu reavaliação dos pacientes após três e seis meses, sobre a cessação do tabagismo e ganho de peso. Houve 13 pacientes que abandonaram o tratamento. O índice de recaída não foi estatisticamente diferente entre os sexos, demonstrando que para mulheres foi de 32,6% aos três meses e 48,4% aos seis meses e, para homens, 37,5% e 50,0%, respectivamente. A recaída, definida aqui como voltar a fumar após as quatro sessões estruturadas, é vista como falha do PCT. A idade na faixa de 45 a 64 anos parece proteger a recaída em homens e mulheres. O ganho de peso foi citado como agravante para recaída em mulheres, no entanto o ganho de peso foi maior entre os homens (NASCIMENTO, AZEVEDO E SILVA & NASCIMENTO, 2016).

Na Espanha foi realizado um estudo prospectivo ao longo de uma intervenção de tratamento para cessação do tabagismo no Serviço de Prevenção de Saúde Ocupacional da Universidade de Granada. O objetivo da pesquisa foi avaliar a impulsividade por dois ângulos diferentes, um pelo traço de personalidade e o outro nos correlatos comportamentais no prognóstico de fumantes no pós-tratamento. A pesquisa utilizou avaliações psicométricas

como linha de base para prever o *status* do tratamento em três pontos: três meses, seis meses e 12 meses após o início do tratamento. Os fumantes foram recrutados a partir do envolvimento em serviço de saúde ocupacional que oferece tratamento para o tabagismo, e incluiu componentes farmacológicos e comportamentais, de setembro de 2009 a setembro de 2013. O tratamento possui três fases consecutivas: psicoterapia e aconselhamento para reduzir o tabagismo; prescrição médica do medicamento vareniclina, em consonância com as diretrizes locais e treinamento de estratégias de prevenção a recaídas. A adesão dos participantes ao tratamento foi verificada clinicamente por meio de sessões de acompanhamento. Os participantes classificados como desistentes ao final de três meses puderam ser reclassificados como recaída ou abstinência nos finais de seis ou 12 meses. Foram recrutados cento e quarenta fumantes, com mais de 18 anos e clientes do Serviço de Prevenção de Saúde Ocupacional. No seguimento de 3 meses (n=140), 32 participantes abandonaram o tratamento e 27 participantes recaíram durante o tratamento, já no seguimento de 6 meses (n=123), 30 participantes abandonaram o tratamento e 37 participantes recaíram durante o tratamento. O seguimento de 12 meses (n=112) obteve 28 participantes que abandonaram o tratamento e 40 participantes com recidiva durante o tratamento. O estudo concluiu que o temperamento e impulsividade são preditores significativos no resultado do tratamento antitabagismo. Os resultados indicam que as medidas de temperamento e impulsividade são úteis para prever prospectivamente os resultados do tratamento de tabagismo, e podem ser utilizados para identificar usuários com risco aumentado de abandono do tratamento, combinar os perfis dos clientes com opções de tratamento adequadas ou planejar intervenções específicas para usuários em risco (LÓPEZ-TORRECILLAS et al, 2014).

Quadro 1 – Artigos selecionados na revisão de literatura

Autor/Ano/ Local	Objetivos	Métodos	Resultados
JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. 2016. Brasil	Analisar a experiência de tabagistas quanto ao insucesso da tentativa de cessação do cigarro.	Estudo fenomenológico, realizado por meio de entrevistas abertas com nove fumantes que tentaram parar de fumar, em novembro e dezembro de 2014.	O insucesso da tentativa de parar de fumar tem relação com a dependência da nicotina, agindo como suporte para enfrentamento de situações estressantes.
AZEVEDO, Renata Cruz Soares de;	Identificar fatores relacionados ao insucesso na tentativa	Avaliadas variáveis sociodemográficas, grau de dependência, estágio de	A taxa de cessação foi de 66% entre os que aderiram. O insucesso foi relacionado à

FERNANDES, Rejane Firmino. 2011. Brasil.	de cessação do tabagismo em um ambulatório de hospital geral universitário.	motivação para a mudança, presença de depressão e ansiedade. Usuários foram acompanhados por até 24 semanas.	carência de lazer, maior escolaridade e ausência de doença tabaco-relacionada.
GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu et al. 2014. Brasil	Avaliar o impacto do Programa de Tratamento do Tabagismo de um ambulatório municipal, no sul de Minas Gerais.	Pesquisa qualitativa e quantitativa, descritiva e exploratória com 35 tabagistas. Foram pesquisadas características sociodemográficas, história do tabagismo e a presença de comorbidades. As entrevistas foram submetidas à análise de seu conteúdo.	Possuíam alto grau de dependência 60% e 82,9% dos que pararam de fumar durante o tratamento.
NASCIMENTO, Cláudia Christina Sobrinho do; AZEVEDO E SILVA, Gulnar; NASCIMENTO, Maria Isabel do. 2016. Brasil.	Avaliar fatores associados ao tempo de recaída, durante o tratamento do fumante no Programa de Controle do Tabagismo em unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro.	Estudo de coorte prospectiva, composto por 135 pacientes.	O índice de recaída encontrado foi de 30%, aos 3 meses, e 50% aos 6 meses. O tempo de recaída mediano foi de 130 dias. O ganho de peso foi maior entre os homens. Mulheres que referiram fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico tiveram risco de recaída maior que àquelas que não o faziam. Risco maior entre usuários de álcool e homens que faziam uso de medicamentos para depressão e/ou ansiedade.
PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo et al. 2016. Brasil.	Comparar características sociodemográficas, status do tabagismo e motivação entre fumantes que abandonaram ou não o tratamento, assim como analisar a associação entre fatores	Estudo de corte transversal com pacientes dos programas de cessação de Cuiabá/MT. 216 pacientes participaram do estudo. Questionários utilizados: Perfil Sociodemográfico, Teste de Fagerström, URICA, Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck e Inventário de	A taxa de abandono foi de 34,26% com predomínio do gênero masculino, faixa etária 20-39 anos, trabalhadores, com baixa motivação, fumam há menos tempo e menor quantidade. Gênero e faixa permaneceram associados ao abandono.

	sociodemográficos e o consumo do tabaco.	Sintomas de Stress de Lipp.	
LÓPEZ-TORRECILLA S, F. et al. 2014. Espanha	Analisar a impulsividade no prognóstico de fumantes após tratamento ambulatorial.	Participaram 113 fumantes distribuídos em três grupos de acordo com abstinência do tabaco. Os participantes preencheram Entrevista Semiestruturada para Fumantes, o Teste de Fargeström, o Inventário de Temperamento e Personagem Revisado e a Tarefa de Discagem de Delay.	As medidas de temperamento e impulsividade são úteis para prever os resultados do tratamento de tabagismo, podendo ser utilizados para identificar usuários com alto risco de abandono do tratamento.
MEIER, Denise Andrade Pereira; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira, 2011. Brasil.	Analisar o abandono do tratamento para o tabagismo	Estudo transversal que acompanhou 92 participantes do PCT.	O percentual de abandono foi de 23,8% e a maioria era do sexo masculino. As causas do abandono relacionadas com o local onde o programa é realizado, horário das reuniões e aos profissionais que prestaram assistência.

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, pois a partir dele se obtém a frequência de ocorrência de eventos de saúde numa população, em um ponto no tempo ou em curto espaço de tempo. Além disso, permite investigar associações entre fatores de risco e doença (OPAS; FUNASA; CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, 1997).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Município de Araranguá – SC, localizado no extremo Sul catarinense, com população segundo IBGE (2010) de 61.310 habitantes. A Rede Municipal de Atenção à Saúde é composta por quinze Equipes de Saúde da Família; um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); um Centro de Atenção Psicossocial modalidade I (CAPS); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); uma Unidade Básica Central com Especialidades em saúde; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Ambulatório de Álcool e outras Drogas, onde está alocada a Equipe do PCT. A equipe atualmente é composta por uma psicóloga, um médico psiquiatra e uma enfermeira coordenadora.

3.3 PARTICIPANTES

O público-alvo da pesquisa foram os 109 participantes do Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá, que realizaram tratamento antitabagismo no período de março a dezembro de 2018.

Foram incluídos os indivíduos maiores de 18 anos, independente do sexo, que frequentaram ao menos uma sessão do grupo de tratamento do ano de 2018.

O abandono do tratamento foi considerado como a ausência em duas ou mais sessões de grupo consecutivas.

3.4 VIÉSES

O risco de viés observado no estudo foi quanto a seleção, tratando especificamente sobre as perdas de acompanhamento ao longo da pesquisa. As perdas ocorreram em função da ausência de participantes no momento de aplicação de questionários e a não localização de

alguns participantes por mudança de domicílio.

3.5 VARIÁVEIS

No Quadro 2 encontram-se as variáveis de estudo.

Quadro 2 – Variáveis de estudo

Variáveis	Natureza	Utilização
Abandono	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Sexo	Qualitativa nominal dicotômica	Masculino ou Feminino
Idade	Quantitativa discreta	Em anos completos
Comorbidade ou condição de saúde	Qualitativa nominal	Nome da doença ou condição de saúde
Tempo em uso do tabaco	Quantitativa discreta	Em anos completos
Grau de escolaridade	Qualitativa nominal policotômica	Analfabeto, ensino fundamental, médio, superior
Motivo do abandono	Qualitativa nominal policotômica	Descrição dos motivos
Primeiro tratamento	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não
Retorno a fumar	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não
Desejo de reiniciar tratamento	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não
Indicação médica para tratamento	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não
Prática de atividade física	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Pontuação do Inventário de Depressão de Beck	Quantitativa ordinal	0 a 63 pontos. Categorizada em: 0: sem depressão; 10 a 16: estado de depressão leve a moderada; 17 a 29: estado de depressão moderada á

		grave; 30 a 63: estado de depressão severa.
Dependência a nicotina	Quantitativa ordinal	Teste de Fargerström Pontuação de 0 a 10; Categorizada em: leve (0 a 4 pontos), moderada (5 a 7 pontos) e severa (8 a 10 pontos)
Impulsividade	Quantitativa ordinal	30 a 120 pontos. Categorizada em: <52: muito controlados; 52-71: limites normais de impulsividade; ≥72: altamente impulsivos.
Coping	Quantitativa numérica	Média entre os fatores: Fator 1 – Controle (Itens: 1, 6, 9, 15, 18); Fator 2 – Recusa (Itens: 10, 11, 12, 16); Fator 3 – Conversão (Itens: 4, 5, 14); Fator 4 - Suporte Social (Itens: 7, 8, 13); Fator 5 - Distração (Itens: 2, 3, 17).
Cessação do tabagismo	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não

Fonte: Elabora o do autor, 2020.

No estudo a única variável dependente foi o abandono do tratamento, demais variáveis apresentaram-se como independentes.

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de questionário de Meier (2010) adaptado com perguntas abertas e fechadas (APENDICE A) que foi usado para coleta dos dados demográficos, prática de atividade física, morbidades e grau de dependência (pelo

Fargerström). Ele foi preenchido individualmente por cada participante na primeira sessão de grupo antitabagismo. Na segunda sessão foram avaliados o grau de impulsividade e a presença de sintomas depressivos, o que também foi avaliado na quarta sessão (pós-parada de fumar). A impulsividade foi avaliada por meio do autopreenchimento da escala BIS 11 (ANEXO C), instrumento que é composto por 30 itens relacionados à impulsividade e embasados no modelo de Ernst Barratt. O participante analisou cada um dos itens, respondeu considerando seu próprio comportamento e classificou-os de acordo com uma escala do tipo Likert de quatro pontos. O somatório da pontuação das respostas pode variar entre 30 e 120 pontos e valores altos nos escores foram relacionados a comportamentos impulsivos (MALLOY-DINIZ; MATTOS et al, 2010).

A presença de sintomas depressivos foi verificada na autoaplicação do Inventário de Depressão de Beck - *BDI* (ANEXO D), validado no Brasil e mundialmente aplicado em adultos. Este questionário consiste no preenchimento de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes que variam em pontuação de 0 a 3 e o somatório do resultado final é classificado em uma das 4 categorizações. Quanto maior a soma dos valores, maior é a severidade dos sintomas depressivos. As afirmações abordam a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, autopunição, autodepreciação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, diminuição de libido (GORESTEIN & ANDRADE, 1998).

Para estimar o grau de dependência nicotínica foi aplicado o Questionário de Tolerância de Fagerström, ferramenta de avaliação validada e mundialmente utilizada em fumantes. O questionário é composto por seis perguntas que abordam o tempo que o fumante leva após acordar para acender o primeiro cigarro, se é difícil ficar sem fumar em ambientes proibidos, qual cigarro do dia traz mais satisfação, quantos cigarros fuma por dia, se fuma mais frequentemente pela manhã e se fuma mesmo doente. Cada resposta possui uma pontuação (0 a 3) e de acordo com a soma dos pontos obtidos nas perguntas (0 a 10) classificou-se a dependência nicotínica em três graus: leve, moderada e severa (HALTY et al, 2002).

Na última sessão de grupo, com o objetivo de avaliar o enfrentamento a situações estressantes, foi aplicada a Escala Toulousiana de Coping (ETC-R) de Nunes et al (2014). Utilizou-se a versão reduzida (ANEXO E), autoaplicável e composta por 5 fatores. O score individual foi calculado a partir da média dos itens de cada fator. Os fatores estão descritos abaixo, segundo Nunes et al (2014):

- Fator 1 – Controle: evidencia a reação ao estresse, ou seja, quando a pessoa diante de uma situação tem necessidade de refletir e projetar quais as melhores estratégias para utilizar na resolução com eficácia da situação, sem evitar o confronto. Itens: 1, 6, 9, 15, 18.
- Fator 2 – Recusa: A pessoa procura encontrar uma certa distância cognitiva e emocional face a resolução da situação/problema, podendo até agir recusando-se a admitir a realidade. Itens: 10, 11, 12, 16.
- Fator 3 - Conversão: Estratégia utilizada por quem utiliza-se da mudança de comportamento e adaptação da sua ação a situação/problema, responsabilizando-se pela gerência de seus problemas. Itens: 4, 5, 14.
- Fator 4 - Suporte Social: Estas pessoas necessitam de conselhos, informações, de ser ouvidas e reconfortadas pelos outros. Itens: 7, 8, 13.
- Fator 5 - Distração: Estratégia em que as pessoas procuram pela companhia de outros ou o envolvimento em atividades que as distraiam dos problemas que as incomodam. Itens: 2, 3, 17.

Após o encerramento dos grupos, os abandonos foram identificados e quantificados por meio da consulta as listas de presença utilizadas pelos profissionais do PCT. Realizou-se contato telefônico com 23 participantes, a fim de agendar encontro para aplicação do questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o abandono do tratamento. Os 21 participantes não localizados tiveram seus questionários enviados às ESFs para que os Agentes Comunitários de Saúde na visita domiciliar realizassem o preenchimento dos questionários. Foi enviado a cada ESF junto ao questionário um documento com orientações sobre o procedimento de coleta. Foi utilizado o espaço da reunião mensal da coordenação para esclarecer dúvidas das enfermeiras coordenadoras sobre a coleta dos dados em sua ESF. O questionário aplicado foi adaptado a partir do estudo de Meier (2015) e investigou os motivos que levaram o tabagista a abandonar o programa terapêutico, tais como principal motivo do abandono; local, horário e dia da semana em que o grupo de tratamento é realizado; problemas com a equipe do PCT e tipo de terapia utilizada. Avaliou também se houve indicação médica para o tratamento; se apresenta algum problema de saúde; quantos encontros frequentou; se continua fumando; se mora sozinho ou com mais fumantes na residência (APÊNDICE B).

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados digitados foram exportados para o programa Stata SE 13.0 para realização da análise estatística. Os procedimentos constam de análise descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas e tendência central e dispersão, para as quantitativas. Após isso foi realizada análise bivariada com utilização do teste qui-quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher para as variáveis qualitativas e Kruskal Wallis, para as quantitativas, após teste de normalidade.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, quatro principais referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros. Os referenciais englobam o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo da pesquisa (APÊNDICE C); proteção a grupos vulneráveis e legalmente incapazes; ponderação entre riscos e benefícios, em que haja o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC sob o CAAE 84197518.0.0000.0121 (ANEXO D).

Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos mínimos. Os questionários utilizados foram respondidos pelo próprio participante que preencheu somente informações referentes ao objetivo do estudo. Não foi realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no participante, que acarrete danos psicológicos e sociais. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, além de reconsideração e desculpas. O participante não teve nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, entretanto, caso tenha alguma despesa, essa será ressarcida nos termos da lei. Por fim, os pesquisadores salientam que os procedimentos que assegurem a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos participantes foram realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no consentimento livre e esclarecido desse estudo (BRASIL, 2012b).

O presente estudo não apresentou qualquer conflito de interesse e entre seus benefícios estão a melhora na compreensão do abandono do tratamento antitabagismo. Assim como por

meio dos resultados encontrados neste estudo, o Programa de Controle do Tabagismo em Araranguá poderá realizar mudanças que auxiliem na melhoria da qualidade da assistência ao tabagista.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES, CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORBIDADES RELACIONADAS AO TABAGISMO

Na amostra foram incluídos os participantes de 3 grupos de tratamento realizados ao longo do ano de 2018, com total de 109. Quanto ao sexo, a distribuição foi muito semelhante, 49,5% de mulheres e 50,5% de homens. Quanto ao tempo de tabagismo, a média encontrada para o sexo masculino foi de 28,0 anos e para o sexo feminino de 29,9 anos.

Os resultados encontrados a respeito da faixa etária, estado civil, escolaridade, IMC, prática de atividade física, uso de medicamentos e condições de saúde estão descritos na Tabela 1. As variáveis foram comparadas de acordo com sexo.

Houve diferença significativa entre o estado civil dos participantes, entre os homens, mais da metade eram casados, já entre as mulheres houve distribuição mais semelhante entre casadas e separadas/divorciadas. A prática de atividade física foi relatada por 21,1% dos indivíduos e as práticas descritas foram de caminhada (47,8%), musculação (34,8%), andar de bicicleta (13,1%) e corrida (4,3%).

Em relação as condições de saúde, as mulheres relataram significativamente mais aftas e tratamento psiquiátrico do que os homens. Entre as mulheres, não havia nenhuma gestante ou lactante. O uso de anticoncepcional foi relatado por 6 mulheres e 2 informaram realizar terapia de reposição hormonal.

O teste de Fargerström foi aplicado em 100% da amostra de tratamento, no entanto o Inventário de Beck foi preenchido por um percentual menor de participantes. O Inventário preenchido após a parada de fumar foi o que apresentou menor amostra, pois muitos indivíduos faltaram a sessão em que o teste foi aplicado. As escalas Bis e ETC também foram aplicadas. Não houve diferença entre os sexos em relação as escalas. Percebe-se que grande percentual dos participantes tem elevada dependência a nicotina (Tabela 2).

Tabela 1. Características da amostra, Araranguá, Santa Catarina, 2018

Variáveis	Masculino	Feminino	Total	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Características				
Faixa etária (n=108)				0,251
39 ou menos	20 (37,0)	11 (20,4)	31 (28,7)	
40-49	12 (22,2)	13 (24,1)	25 (23,1)	
50-59	16 (29,6)	20 (37,0)	36 (33,3)	
60 ou mais	6 (11,1)	10 (18,5)	16 (14,8)	
Estado civil (n=109)				0,017
Solteiro	15 (27,3)	10 (18,5)	25 (22,9)	
Separado/Divorciado	6 (10,9)	16 (29,6)	22 (20,2)	
Casado	31 (56,4)	20 (37,0)	51 (46,8)	
Viúvo	3 (5,5)	8 (14,8)	11 (10,1)	
Escolaridade (n=107)				0,798
Analfabeto	2 (3,6)	4 (7,7)	6 (5,6)	
Ensino Fundamental Incompleto	14 (25,5)	15 (28,8)	29 (27,1)	
Ensino Fundamental Completo	11 (20,0)	12 (23,1)	23 (21,5)	
Ensino Médio Completo	20 (36,4)	15 (28,8)	35 (32,7)	
Ensino Superior Completo	8 (14,5)	6 (11,5)	14 (13,1)	
ÍMC (Kg/m ²) (n=99)				0,123
Normal	12 (22,6)	19 (41,3)	31 (31,3)	
Sobrepeso	28 (52,8)	17 (37,0)	45 (45,5)	
Obesidade	13 (24,5)	10 (21,7)	23 (23,2)	
Prática de atividade física (n=109)				0,853
Sim	12 (21,8)	11 (20,4)	23 (21,1)	
Não	43 (78,2)	43 (79,6)	86 (78,9)	
Uso de medicamento (n=109)				0,463
Sim	34 (61,8)	37 (68,5)	71 (65,1)	
Não	21 (38,2)	17 (31,5)	38 (34,9)	
Condições de saúde				
Afta (n=109)	2 (3,6)	9 (16,7)	11 (10,1)	0,024
Gengivite (n=109)	3 (5,5)	5 (9,3)	8 (7,3)	0,446
Prótese dentária (n=109)	19 (34,5)	23 (42,6)	42 (38,5)	0,388
Diabetes (n=109)	7 (12,7)	5 (9,3)	12 (11,)	0,563
Hipertensão Arterial (n=109)	18 (32,7)	17 (31,5)	35 (32,1)	0,889
Problema Cardíaco (n=109)	9 (16,4)	4 (7,4)	13 (11,9)	0,149
Problema Pulmonar (n=109)	9 (16,4)	6 (11,1)	15 (13,8)	0,426
Problema Digestivo (n=109)	23 (41,8)	24 (44,4)	47 (43,1)	0,782
Alergia Cutânea (n=109)	6 (10,9)	5 (9,3)	11 (10,1)	0,775
Câncer (n=109)	2 (3,6)	-	2 (1,8)	0,157
Crise convulsiva (n=109)	3 (5,5)	2 (3,7)	5 (4,6)	0,662
Tratamento psicológico (n=109)	6 (10,9)	13 (24,1)	19 (17,4)	0,070
Tratamento psiquiátrico (n=109)	8 (14,5)	17 (31,5)	25 (22,9)	0,035
Uso de álcool/outras drogas (n=109)	10 (18,2)	9 (16,7)	19 (17,4)	0,835
Outros problemas de saúde (n=109)	18 (32,7)	18 (33,3)	36 (33,0)	0,946

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

Nos valores encontrados no Inventário de Beck obteve-se maior índice entre os que se declararam não deprimidos. O sexo masculino apresentou valores de média maiores na escala Bis, o que pode indicar maior impulsividade em homens tabagistas. Na média sobre a área não planejamento da escala Bis, ambos sexos apresentaram maiores valores, o que sugere dificuldade para planejar ações. No entanto, não houve significância estatística nos dados encontrados nas escalas (Tabela 2).

Obtiveram sucesso na cessação do tabagismo 73,4% dos fumantes em tratamento, 22,9% não conseguiu parar de fumar e de 3,7% não se obteve a informação (não foram localizados). A única variável que apresentou significância estatística na cessação do tabagismo foi o Teste de Fargerström (valor de $p=0,014$). Entre os 25 indivíduos que não cessaram, 15 tinham dependência severa a nicotina (dados não apresentados) (Tabela 2).

Tabela 2. Valores de Fargerström, Inventário de Beck antes e depois da parada de fumar, Araranguá, Santa Catarina, 2018

Variáveis	Masculino	Feminino	Total	Valor de p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Teste de Fargerström (n=108)				0,584
Leve	7 (12,7)	10 (18,9)	17 (15,7)	
Moderada	24 (43,6)	24 (45,3)	48 (44,4)	
Severa	24 (43,6)	19 (35,8)	43 (39,8)	
Inventário de Beck antes da parada (n=78)				0,394
Não está deprimido	14 (37,8)	17 (41,5)	31 (39,7)	
Depressão leve a moderada	15 (40,5)	10 (24,4)	25 (32,1)	
Depressão moderada a severa	7 (18,9)	11 (28,6)	18 (23,1)	
Depressão severa	1 (2,7)	3 (7,3)	4 (5,1)	
Inventário de Beck depois da parada (n=43)				0,049
Não está deprimido	18 (85,7)	10 (45,5)	28 (65,1)	
Depressão leve a moderada	1 (4,8)	6 (27,3)	7 (16,3)	
Depressão moderada a severa	1 (4,8)	3 (13,6)	4 (9,3)	
Depressão severa	1 (4,8)	3 (13,6)	4 (9,3)	
	Média (DP†)	Média (DP†)	Média (DP†)	Valor de p‡
Escala Bis (n=68)	67,4 (14,0)	62,3 (10,6)	67,4 (10,9)	0,201
Escala Bis área motora (n=72)	20,8 (6,8)	19,4 (4,1)	21,4 (5,0)	0,216
Escala Bis área atencional (n=70)	18,6 (4,2)	17,8 (4,2)	18,6 (3,5)	0,611
Escala Bis área não planejamento (n=72)	28,0 (4,9)	25,2 (6,2)	27,3 (5,1)	0,343
Escala ETC Fator 1 (n=40)	3,9 (1,2)	4,4 (0,5)	4,0 (1,0)	0,282
Escala ETC Fator 2 (n=38)	3,4 (1,0)	3,1 (1,0)	3,2 (0,9)	0,145
Escala ETC Fator 3 (n=41)	3,1 (1,1)	3,1 (0,9)	3,1 (0,9)	0,733
Escala ETC Fator 4 (n=42)	3,4 (1,2)	3,2 (0,9)	3,2 (1,0)	0,879
Escala ETC Fator 5 (n=41)	3,7 (1,1)	4,1 (0,7)	3,8 (0,9)	0,428

*valor de p do teste χ^2 ; † Desvio padrão; ‡valor de p do Teste U de Mann-Whitney

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

4.2 ABANDONO DO TRATAMENTO

O abandono do tratamento foi identificado em 40,4% dos participantes. Entre homens foi de 40,0% e entre as mulheres foi de 40,7%. Entre os indivíduos que abandonaram, 6,8% não foram localizados, pois mudaram-se para outro Município.

Entre os participantes que abandonaram, 41,5% teve indicação médica para iniciar o tratamento e 80,5% estava realizando o tratamento pela primeira vez. Quanto a frequência às sessões de grupo: 34,1% participou somente do primeiro encontro, 39% participou de 2 a 4 encontros e 26,8% participou de 5 ou mais encontros.

As informações relacionadas ao perfil da amostra e sua relação ao abandono do

tratamento estão representadas na Tabela 3. Houve diferença significativa entre a idade dos participantes. O abandono foi mais prevalente entre aqueles com 49 anos ou menos.

Tabela 3. Faixa etária e ocupação em relação ao abandono do tratamento, Araranguá, 2018

Variáveis	Abandono		Total n (%)	Valor de P
	Sim n (%)	Não n (%)		
Faixa etária (n=108)				0,042
49 ou menos	28 (50,0)	28 (50,0)	56 (51,9)	
50 ou mais	16 (30,8)	36 (69,2)	52 (48,1)	
Sexo (n=109)				0,937
Masculino	22 (40,0)	33 (60,0)	55 (50,5)	
Feminino	22 (40,7)	32 (59,3)	54 (49,5)	
Ocupação (n=95)				0,553
Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	1 (100)	-	1 (1,1)	
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (11,6)	
Profissionais das ciências e das artes	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (7,4)	
Técnicos de nível médio	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (4,2)	
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio, lojas e mercados	3 (20,0)	12 (80,0)	15 (15,8)	
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (4,2)	
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (15,8)	
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (5,3)	
Trabalhadores de manutenção e reparação	-	1 (100)	1 (1,1)	
Do lar/dona de casa**	7 (36,8)	12 (63,2)	19 (20)	
Aposentado**	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (12,6)	
Estudante**	1 (100)	-	1 (1,1)	

** Não classificados nas categorias do CBO.

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

A quantidade de abandonos por grupo de tratamento, os valores do teste de Fargerström e Inventário de Beck antes e após a parada de fumar, as condições de saúde estão e os valores da Escala BIS e sua subdivisão estão apresentados na Tabela 4. Não foram encontradas diferenças entre os grupos em relação a essas características.

Os motivos relatados pelos participantes para abandono do tratamento estão descritos na Tabela 5. Os principais motivos foram estar bem sem fumar e situações relacionadas ao trabalho, seguido de sintomas de abstinência. Outros motivos relacionados ao abandono que avalia equipe de saúde, estrutura, acesso ao serviço, tipo de tratamento, convívio com outros fumantes e disponibilidade para novo tratamento também foram investigados. E a principal questão levantada foi a respeito de continuar fumando. Além disso, 72% dos que abandonaram o grupo, disseram que participaram novamente.

Tabela 4. Grupo de tratamento, condições e problemas de saúde e o abandono do tratamento, Araranguá, 2018

Variáveis	Sim	Não	Total	Valor de p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Teste de Fargerström (n=108)				0,379
Leve	6 (35,3)	11 (64,7)	17 (15,7)	
Moderada	17 (35,4)	31 (64,6)	48 (44,4)	
Severa	21 (48,8)	22 (51,2)	43 (39,8)	
Inventário de Beck antes da parada de fumar (n=78)				0,876
Não está deprimido	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (39,7)	
Depressão leve a moderada	8 (32,0)	17 (68,0)	25 (32,1)	
Depressão moderada a severa	4 (22,2)	14 (77,8)	18 (23,1)	
Depressão severa	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (5,1)	
Inventário de Beck depois da parada de fumar (n=43)				0,771
Não está deprimido	2 (7,1)	26 (92,9)	28 (65,1)	
Depressão leve a moderada	-	7 (100,0)	7 (16,3)	
Depressão moderada a severa	-	4 (100,0)	4 (9,3)	
Depressão severa	-	4 (100,0)	4 (9,3)	
Condições de saúde				
Atividade física (n=109)	6 (26,1)	17 (73,9)	23 (21,1)	0,116
Alterações bucais (n=109)	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (12,8)	0,839
Diabetes (n=109)	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (11,0)	0,471
Hipertensão arterial (n=109)	17 (48,6)	18 (51,4)	35 (32,1)	0,230
Problema cardíaco (n=109)	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (11,9)	0,176
Problema pulmonar (n=109)	7 (46,7)	8 (53,3)	15 (13,8)	0,592
Alteração digestiva (n=109)	18 (38,3)	29 (61,7)	47 (43,1)	0,701
Alergia cutânea (n=109)	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (10,1)	0,717
Câncer (n=109)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (1,8)	0,779
Crise convulsiva (n=109)	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (4,6)	0,064
Anorexia (n=109)	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (4,6)	0,360
Obesidade (n=109)	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (10,1)	0,775
Tratamento psicológico (n=109)	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (17,4)	0,087
Tratamento psiquiátrico (n=109)	12 (48,0)	13 (52,0)	25 (22,9)	0,376
Uso de álcool/drogas (n=109)	6 (31,6)	13 (68,4)	19 (17,4)	0,390
Outro problema de saúde (n=109)	15 (41,7)	21 (58,3)	36 (33,0)	0,846
Uso medicamento (n=109)	30 (42,3)	41 (57,7)	71 (65,1)	0,583
Uso de prótese dentária (n=109)	15 (35,7)	27 (64,3)	42 (38,5)	0,433
Uso de ACO (n=109)	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (9,7)	0,674
Reposição hormonal (n=109)	-	2 (100,0)	2 (3,2)	0,222
	Média (DP)†	Média (DP)†	Média (DP)†	valor de p‡
Soma Escala Bis	69,3 (9,2)	66,4 (11,7)	67,4 (10,9)	0,281
Soma Escala Bis motora	22,0 (4,5)	21,1 (5,2)	21,4 (5,0)	0,453
Soma Escala Bis atencional	19,0 (2,8)	18,4 (3,8)	18,6 (3,5)	0,462
Soma Escala Bis não planejamento	28,3 (5,0)	26,9 (5,2)	27,3 (5,1)	0,298

*valor de p do teste χ^2 ; † Desvio padrão; ‡valor de p do Teste U de Mann-Whitney

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

Tabela 5. Motivos relatados de abandono do tratamento, Araranguá, 2018

Principal motivo relatado do abandono do tratamento (n=41)	n (%)
Já estava bem sem fumar	6 (14,7)
Situações relacionadas ao trabalho	6 (14,7)
Sintomas de abstinência	5 (12,2)
Não conseguiu parar de fumar	4 (9,8)
Falta de persistência/determinação	3 (7,3)
Falta de transporte para chegar ao local	3 (7,3)
Problemas de saúde	3 (7,3)
Problemas familiares	3 (7,3)
Procedimento Cirúrgico /Pós-operatório	3 (7,3)
Apresentou efeito colateral da medicação	2 (4,9)
Acreditou que pararia de fumar sozinho	1 (2,4)
Falta de motivação	1 (2,4)
Óbito	1 (2,4)
Outros motivos do abandono	
Continuam fumando (n=40)	25 (62,5)
Mora com fumantes (n=34)	13 (38,2)
Local de realização do grupo (n=40)	10 (25,0)
Horário de realização do grupo (n=40)	8 (20,0)
Dia da semana da semana que eram realiza (n=40)	5 (12,5)
Tipo de terapia utilizada (n=40)	4 (10,0)
Problemas com os profissionais do grupo (médico, enfermeira, psicóloga) (n=40)	2 (5,0)

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

5 DISCUSSÃO

No ano de 2018, 109 pessoas participaram dos grupos de tratamento antitabagismo. O percentual de abandono do tratamento foi de 40,4%. Os principais motivos relatados pelos participantes para abandono do tratamento foram “já estar bem sem fumar”, situações relacionadas ao trabalho e sintomas de abstinência. Dos que abandonaram o tratamento, 62,5% continuavam fumando, 38,2% moram com fumantes e 25% relataram descontentamento com o local onde o grupo era realizado.

O percentual de abandono do tratamento identificado no estudo foi relativamente próximo ao relatado por Longanezi (2016) em estudo no estado de São Paulo com abandono de 30,5%. Meier, Vannuchi e Secco (2011) encontraram percentual de 23,8%. No entanto, Santos et al (2018) em estudo em Minas Gerais observaram taxa de abandono do tratamento de 84,6%. A variação nos valores pode estar relacionada com os critérios utilizados para definir o abandono, como quantidade de faltas ao tratamento, tempo de tratamento e o momento que foi avaliado o abandono. Além disso, o fato de serviços não disponibilizarem gratuitamente a terapia medicamentosa, baixa renda dos participantes, baixo nível educacional e grau elevado de dependência a nicotina, são fatores que podem ter contribuído para o aumento do abandono do tratamento (SANTOS et al, 2018). Entre os fatores estudados quanto ao abandono, a idade mostrou-se associada, em que os mais jovens tiveram maior percentual de abandono.

A taxa de cessação apresentada no estudo mostrou-se superior a relatada pela literatura, que varia entre 15,4% e 60% (SANTOS et al, 2018). Para Zarghami et al (2018), o aconselhamento individual motivacional é fator significativo associado aos resultados da cessação do tabagismo. No entanto, a literatura indica que apenas medidas de dependência de nicotina foram consistentemente preditivas de sucesso em parar de fumar em estudos de base populacional, com maior sucesso encontrado entre aqueles com níveis mais baixos de dependência (SANTOS et al, 2018). Isso foi consistente com os achados deste grupo, visto que o grau de dependência a nicotina foi fator associado à cessação.

Os resultados revelam que os participantes dos grupos antitabagismo em Araranguá, em sua maioria, é formada por indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos, empregados, casados, com ensino médio completo, referindo sobrepeso, sedentários, em uso de medicação contínua.

O sobrepeso autorrelatado pelos participantes do PCT de Araranguá foi semelhante ao identificado por Lima et al (2017) em uma amostra de tabagistas ingressantes em um

programa de cessação em Presidente Prudente-SP, com IMC médio de 26,10 kg/m². Ferreira, Szwarcwald & Damacena (2019) indicam como principais fatores de risco para a obesidade/sobrepeso a alimentação não saudável e o exercício físico insuficiente (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019). O sedentarismo também foi identificado nos participantes do estudo em Araranguá, o que para Lima et al (2017) tem relação com maior dependência nicotínica. Tem-se observado que estes indivíduos demonstram pior capacidade funcional, o que pode ser atribuído a liberação de monóxido de carbono (CO) durante a combustão do cigarro. O CO interfere no transporte de oxigênio para todos os tecidos do corpo, provocando intoxicação crônica por CO devido a exposição prolongada. Tudo isso, pode ocasionar efeitos tóxicos cumulativos que incluem fadiga, tonturas, doenças respiratórias, cardiopatias e, inclusive, diminuição da capacidade física (LIMA et al, 2017).

A amostra tem faixa etária semelhante a identificada no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (FIOCRUZ, 2017), com maiores percentuais no consumo de cigarros nas faixas etárias de 45 a 65 anos. Assim, tem-se uma geração anterior a 1990, data da efetivação do PNCT, período que se inicia a disseminação do programa objetivando atingir formadores de opinião e desenvolver a capacidade de mudar a aceitação social do tabagismo. A partir de 1999, milhares de profissionais de saúde foram capacitados com intuito de incluir a abordagem mínima para o tratamento do fumante nas suas rotinas de atendimento e a promoção de ambientes livres de tabaco nos serviços de saúde. Em Araranguá, somente em 2008, os fumantes passaram a ter o tratamento ofertado pelo SUS. A articulação dessa rede com meios de comunicação ao longo dos anos tem contribuído para ampliar o conhecimento sobre os malefícios do tabaco, redução da aceitação social do tabagismo e motivação a deixar de fumar (BRASIL, 2011).

O estudo demonstrou índice expressivo de fumantes que apresentavam alterações bucais (afta, gengivite e a presença de prótese dentária), o que segundo a literatura pode ter relação com o uso do tabaco. Volkweis, Garcia e Pacheco (2010) obtiveram percepção semelhante ao pesquisar indivíduos atendidos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre (RS). O uso de prótese dentária pelos sujeitos relaciona-se diretamente com a quantidade de dentes perdidos. Estudos demonstraram que grau de perda óssea alveolar e de dentes foram maiores em fumantes altamente expostos ao tabaco, assim verificou-se possíveis associações entre tabagismo e a perda dentária (BARROS et al, 2016). O odontólogo detém grande potencial de convencimento do tabagista à cessação, principalmente quanto às doenças periodontais que acometem os fumantes, e em decorrência delas ocorre comprometimento

estético, funcional e social (BERNANDES; FERRES E LOPES, 2013). No entanto, a equipe multidisciplinar que atua no tratamento do tabagismo em Araranguá não possui odontólogo entre seus integrantes o que torna um fator limitante para melhorar as taxas de cessação. Corbin (2017) afirma que colaborações intersetoriais promovem mudanças tanto nos determinantes da saúde quanto nas iniciativas de mudança comportamental mais focadas individualmente. Destaca ainda, que redes profissionais eficazes mobilizam diversos atores que trabalham na promoção da saúde e saúde pública, destacando a necessidade de visão compartilhada e a problemática que surge quando é pequena a sobreposição entre os objetivos individuais dos parceiros.

A pesquisa revelou maior busca por tratamento antitabagismo pelo sexo masculino, dado que diverge da literatura. Estudos têm demonstrado maior procura por tratamento pelo sexo feminino (CARAM et al, 2009; SALES, FIGUEIREDO, OLIVEIRA e CASTRO, 2006; SANTOS, 2018). No entanto, Tadzimirwa et al (2019) em estudo realizado com tabagistas em tratamento na África do Sul encontraram predomínio de homens na amostra. Dados da VIGITEL (BRASIL, 2018) evidenciam queda de consumo do tabaco no país, mas ainda o percentual de consumo de tabaco é maior entre os homens. A divergência com a literatura pode estar relacionada com a inclusão do tabagismo como linha temática de abordagem em saúde masculina, por meio da implantação em 2008, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Estudo realizado no Canadá traz o sexo masculino como uma das variáveis relacionadas positivamente com a prontidão para parar de fumar, no entanto, o estudo não oferece mais dados sobre esse perfil (PAPADAKIS, TULLOCH, GHARIB, PIPE, 2016). Pesquisa realizada em São Paulo (SP) com homens que compareceram a Unidade de Saúde para atendimento eventual demonstrou comportamentos diferenciados da literatura apresentada em relação aos homens, pois os discursos que emergiram de suas falas refletiam indivíduos que usavam o serviço de saúde, eram assíduos, se preocupavam em seguir as recomendações dos profissionais, traziam a prática de hábitos saudáveis e comportamentos que contribuíam para o controle de doenças crônicas já existentes (BERTOLINI, SIMONET, 2014). Apesar de relatos de mudanças comportamentais masculinas na literatura, são necessários mais estudos com esta população para avaliar esta mudança quanto ao perfil relacionado ao sexo na busca por tratamento para o tabagismo.

Dados relativos à ocupação demonstram que entre os indivíduos não inseridos no mercado de trabalho, os aposentados, foram mais prevalentes na amostra. Estes indivíduos possuem maior disponibilidade de tempo para se dedicar ao tratamento. Para Silva (2017) a aposentadoria é a fase da vida em que se tem mais tempo para adoção de hábitos saudáveis.

O decreto nº 9.761 (BRASIL, 2019) direciona as políticas públicas no sentido de promoção e manutenção da abstinência. No entanto, devido a grande dificuldade de muitos fumantes na cessação do tabagismo, há que se discutir outras possibilidades de assistência em saúde a esses indivíduos. Beaglehole et al (2019) cita que especialistas escreveram a OMS, argumentando que a agência deveria incluir mais ativamente a redução de danos no tabagismo como estratégia para enfrentamento das doenças relacionadas ao fumo. Esse grupo sugere a utilização do *vaping* (vaporização sem fumo), pois afirmam que esses produtos desafiam não apenas o estrangulamento do tabaco fumado no mercado de nicotina, mas também a resposta da saúde pública à redução de danos. Infelizmente, a abordagem voltada somente à cessação vem apresentando impactos limitados em certos setores da sociedade, devido a baixa aceitação. Há um contraste com abordagens mais promissoras ao consumidor com base em alternativas mais seguras ao tabaco fumado e com a ampla aceitação. Beaglehole et al (2019) referem que as pessoas fumam cigarros em função da dependência a nicotina, mas muitas morrem por causa do alcatrão. No entanto, segundo Hartnett et al (2020) os cigarros eletrônicos da nova geração usam sais de nicotina, o que permite a inalação de maior quantidade de nicotina com menos irritação das vias aéreas. Os sais de nicotina podem aumentar o risco de efeitos nocivos aos pulmões devido à inalação mais frequente e mais forte. Bem como, podem aumentar os riscos de outros efeitos à saúde, como envenenamento por nicotina ou os efeitos de outros potenciais tóxicos, como agentes aromatizantes. Assim, deve-se avaliar caso a caso para a utilização do *vaping* como redução de danos, já que adolescentes e jovens são maioria entre o público que tem feito uso do *vaping* e conseqüentemente sofrendo os efeitos pelo uso abusivo (HARTNETT et al, 2020).

Um estudo realizado no Ambulatório de Dependência de Tabaco da Universidade de Munique, Alemanha, investigou a eficácia de um programa de redução do tabagismo com terapia cognitivo-comportamental (TCC). O programa de redução do tabagismo com a TCC foi eficaz na redução do tabagismo a curto prazo, mas sem efeitos significativos nas taxas de abstinência. Assim, a TCC torna-se mais uma ferramenta para auxiliar na redução de danos aos fumantes, atuando na diminuição de cigarros fumados/dia, bem como auxiliando o fumante a lidar melhor com sintomas de abstinência e situações estressantes do cotidiano (RÜTHER et al, 2017). Promover saúde, reabilitar e melhorar a qualidade de vida são os principais benefícios da redução do tabaco. Nesse sentido, oferecer ao fumante outras possibilidades para que ele possa obter esses benefícios, seja reduzindo ou cessando, é papel do estado, serviços de saúde e profissionais.

Entre as doenças tabaco-relacionadas informadas pelos participantes, a hipertensão

arterial e os problemas digestivos obtiveram os maiores prevalências. Souza (2015), em artigo de revisão, relata que os efeitos a longo prazo do tabagismo na pressão arterial são complexos e os achados contraditórios, no entanto, hipertensos que fumam têm pior prognóstico cardiovascular, mesmo quando medicados adequadamente. Moura Junior et al (2011) descrevem a nicotina como potente vasoconstrictor, o que leva ao aumento da pressão arterial em média 5 a 10 mmHg acima do valor basal. A elevação da pressão arterial está ligada à vasoconstrição mediada por adrenoreceptor, liberação de vasopressina, acúmulo de radicais livres devido a maior agregação plaquetária, o que contribui para o enrijecimento crônico das artérias. O estudo de Sattler e Cade (2012) avaliou o relato de comorbidades entre tabagistas em tratamento e os resultados mostraram que o aparelho digestivo foi o mais acometido. Estudo realizado na China apontou o tabagismo como importante fator de risco para doenças digestivas altas (CHUANG et al, 2017). Isto pode ser relacionado ao tabagismo como causa e/ou agravante de algumas doenças do aparelho digestivo, principalmente a doença do refluxo gastroesofágico, a úlcera péptica, a gastrite crônica e os tumores esofágico e gástrico.

O presente estudo se assemelha a literatura por apresentar dados estatisticamente significativos no acompanhamento psiquiátrico ser maior por mulheres. Esses achados podem estar relacionados ao aumento de prevalência de transtorno mental comum em mulheres que possuem comportamentos relacionados à saúde não são saudáveis, como serem fumantes, inativas fisicamente no lazer, com alimentação pouco saudável e que dormem no máximo seis horas por noite. O transtorno mental comum é caracterizado por sintomas depressivos, estado de ansiedade e um conjunto de queixas somáticas inespecíficas e encontra-se mais elevado nas mulheres, tornando-se a principal causa de anos de vida saudáveis perdidos para mulheres entre 15 e 24 anos (SENICATO, AZEVEDO e BARROS, 2018).

As mulheres também apresentaram maiores médias na Escala Toulousiana de Coping, o que pode estar relacionada a maior capacidade de enfrentamento a situações adversas. Devido a estereótipos tradicionais da sociedade, homens e mulheres vêm sendo criados de forma diferente para o enfrentamento do estresse. O homem é estimulado a agir e permanecer independente, já as mulheres são motivadas a buscar apoio e expressar suas emoções livremente, o que as fazem conversar e dividir aspectos emocionais de sua vida individual e conjugal nos momentos de estresse e dificuldades (MUSSUMECI; PONCIANO, 2018). Borges & Barbosa (2008) reconhecem a garra e coragem de muitas mulheres que apesar das inúmeras atribuições do cotidiano impostas pela sociedade, encontram forças para enfrentar e superar as dificuldades de seu contexto de vida.

O momento do tratamento em que houve maior percentual de abandono foi entre a

segunda e a quarta sessão de grupo, período em que ocorre a parada de fumar. Isso demonstra que o momento da parada de fumar é o que pode levar muitos a desistirem do tratamento por não se sentirem prontos para o enfrentamento da situação. Segundo Jesus et al (2016) alguns fumantes tendem a acreditar que o cigarro acalma, dá autoconfiança, e o ato de fumar torna-se apoio para lidar com dificuldades do dia a dia e emoções indesejadas. Além disso, a presença de sintomas da síndrome de abstinência pode surgir a partir da tentativa de cessação do tabagismo, causando conseqüente redução dos estímulos no Sistema Nervoso Central. Estes sintomas geralmente desaparecem rapidamente após o consumo da nicotina, levando o fumante a não obter sucesso na cessação e por conseqüência abandonando o tratamento (BRASIL, 2015a).

Quanto aos valores da escala de Fargerström, encontrou-se maior percentual na categoria de dependência nicotínica severa, apesar de não apresentar diferença estatisticamente significativa em relação ao abandono, houve diferença em relação à cessação do tabagismo. Casado et al (2019) afirmam que embora a determinação em parar de fumar seja necessária para tentativa de cessação, maior dependência nicotínica pode impedir seu sucesso, e faz com que muitos fumantes busquem o tratamento para cessação.

O perfil do fumante em abandono do tratamento é indivíduos com menos de 39 anos, sexo feminino, economicamente ativos, com elevada dependência a nicotina e não deprimidos, de acordo com Inventário de Beck inicial. Chean et al (2019) e Casado et al (2019) relacionam o alto grau de dependência da nicotina como a maior causa de falha na cessação do tabagismo. E como resultado disso, as tentativas de parar de fumar geralmente não são bem-sucedidas devido a sintomas de abstinência, incluindo estresse e ganho de peso. Assim, pessoas com baixa dependência tem maiores chances de sucesso na cessação do tabagismo.

Quanto ao sexo, o dado obtido diverge da literatura, pois as pesquisas de Meier, Vannuchi e Secco (2011) e Longanezi (2016) revelam maior abandono de tratamento pelo sexo masculino. O dado encontrado nesta pesquisa, com relação as mulheres, pode estar relacionado com as mudanças de humor, o que pode criar dificuldades diferenciadas diante da abstinência do tabaco. O ganho de peso feminino pode tornar-se obstáculo para o sucesso da cessação do tabagismo, pois a sociedade atual impõe padrões de beleza rígidos quanto as questões estéticas (INCA, 2018). O estudo de Borges e Barbosa (2008), que teve como público mulheres tabagistas, discute o quanto a sobrecarga de trabalho, reprodutivo e produtivo, as incessantes demandas sociais e familiares e as contradições que as mulheres têm vivenciado na sociedade contemporânea podem potencializar o tabagismo feminino. A

associação do cigarro a um “companheiro” que age auxiliando a mulher a suportar o enorme peso que vem recaído sobre “seus ombros”, não pode ser desconsiderada quando se deseja alcançar sucesso na abordagem para a cessação do tabagismo.

Na amostra estudada não havia gestantes. Thomson et al (2019) refere que o tabagismo na gravidez é uma das principais causas de desfechos adversos no pré-natal (aborto espontâneo, natimorto e prematuridade), bem como também tem relação com uma ampla gama de problemas de saúde na infância. Tudo isso favorece para aumento das taxas de mortalidade infantil, principal indicador de qualidade dos serviços de saúde. Uma revisão sistemática mostrou que os incentivos da cessação do fumo durante a gestação aumentam a probabilidade da mulher manter a cessação a longo prazo no pós-parto (NOTLEY et al, 2019). Estudo de Bertani et al (2015) revela alta prevalência do fumo ativo e passivo durante a gestação. Esta informação pode denotar conhecimento limitado dessas mulheres sobre as consequências adversas do tabagismo para a saúde, o que inclui os prejuízos na gestação para o feto e recém-nascido. Além disso, a gestante pode encontrar dificuldades no acesso ao tratamento para o tabagismo, bem como o não encaminhamento da gestante ao serviço de referência para cessação do tabagismo pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família que as acompanham.

Dentre as alterações ou condições de saúde relatadas pelos participantes que se obteve maior relação com o abandono do tratamento foi a presença de crises convulsivas e o acompanhamento psicológico prévio. A presença de crises convulsivas contraindica o uso da Bupropiona e levam o fumante a utilizar somente o adesivo de nicotina ou um medicamento de segunda escolha para o controle dos sintomas de abstinência. Isso pode dificultar a parada de fumar (BRASIL, 2016), e conseqüentemente, leva ao abandono do tratamento.

Quanto a impulsividade, as médias foram relativamente maiores entre os que desistiram do tratamento, denotando na área do não planejamento o maior valor. Para Tavares e Alarcão (2008) algumas pessoas, mesmo intelectualmente desenvolvidas, podem fracassar em responder adequadamente aos desafios da vida por não conseguirem se organizar. Uma das hipóteses que vem sendo estudada é a de que o consumo de tabaco em portadores do transtorno seja reflexo de uma busca por “automedicar-se” para alívio dos sintomas decorrentes do Transtorno de Déficit de Atenção, atuando como recurso para melhoria dos processos de atenção e cognição (RONDINA, GORAYEB e BOTELHO, 2007). No Transtorno de Déficit de Atenção, os sintomas manifestam-se na infância ou na adolescência, mas a inabilidade para concentrar-se no essencial e manter um curso estável de vida, com base em escolhas coerentes, pode impactar negativamente na fase adulta desse indivíduo. A

prevalência de tabagismo em adolescentes e adultos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção tende a ser maior, em comparação a sujeitos sem o transtorno (THAKUR et al, 2012). No entanto, a pesquisa realizada no Programa de Tabagismo de Araranguá-SC não investigou a presença de casos de Transtorno de Déficit de Atenção nos grupos de tratamento, mas podem estar relacionado a impulsividade.

O principal problema de saúde relatado no momento da entrevista de abandono do tratamento foi a depressão. No entanto, destaca-se que a maioria dos tabagistas que abandonaram o tratamento não foi submetido a segunda aplicação do Inventário de Beck, devido ao abandono do tratamento antes da aplicação do questionário. Assim, a depressão foi autorreferida pelo entrevistado, sem confirmação diagnóstica. Para Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) existe forte evidência de comorbidade entre o tabagismo e os transtornos depressivos. Tadzimirwa et al (2019) encontraram altos níveis de depressão em uma coorte de fumantes na África do Sul. Isso pode demonstrar uma probabilidade de cessação do tabagismo reduzida em fumantes com depressão. Nos tabagistas com histórico de transtornos depressivos o ato de parar de fumar é fator de risco para a manutenção do quadro clínico psiquiátrico, ou mesmo para o desenvolvimento de nova crise depressiva. O estudo de Sattler e Cade (2012) revela a depressão e/ou ansiedade como segunda comorbidade autorrelatada mais citada. A depressão e/ou ansiedade em tabagistas apresentam-se como dificultadores na cessação do tabagismo.

Entre os principais motivos relatados pelos tabagistas para abandono do tratamento estão: situações relacionadas ao trabalho (como alterações no horário, local ou tipo de trabalho), “já estava bem sem fumar” (demonstrando não necessitar mais de medicação e apoio psicológico de grupo) e sintomas de abstinência (dor de cabeça, irritabilidade excessiva, insônia). O percentual de tabagistas que havia parado de fumar quando foi realizada a entrevista sobre o abandono do tratamento foi superior ao relatado por Meier, Vannuchi e Secco (2011) que identificaram que 15,6% de fumantes desistentes conseguiram interromper o tabagismo sem auxílio. Assim, o estudo demonstra que mesmo sem concluir o tratamento há sucesso na cessação do tabagismo entre os desistentes.

Segundo o artigo 3º da Portaria nº 571 (BRASIL, 2013) a atenção ao tabagista deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Primária, o que amplia o acesso do tabagista ao PCT. A disponibilidade do PCT na Atenção Primária possibilita a oferta de tratamento no território e em horários alternativos ao ofertado atualmente, o que pode reduzir o abandono nos casos das situações relacionadas ao trabalho como empecilho para adesão ao tratamento.

Entre os outros motivos pesquisados e que estão relacionados com características da equipe e estrutura do Programa de Controle do Tabagismo, tem-se o local onde o grupo é realizado com maior percentual. Quanto ao local, os dois primeiros grupos foram realizados na recepção da Unidade Central Bom Pastor, pois o auditório da Unidade encontrava-se interditado. A mudança de local para realização do grupo pode ter contribuído para o abandono do tratamento, pois a recepção precisava ser preparada pela equipe do PCT para cada encontro, demandando maior tempo de trabalho e organização prévia, bem como o local não oferecia privacidade para realização de um grupo terapêutico. Segundo Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) uma estrutura física inadequada pode contribuir para redução do acesso, da humanização e da continuidade da assistência em saúde. Assim como, para o profissional de saúde também pode gerar prejuízos, já que compromete sua autonomia, gerando insatisfação, desgastes, improvisações, conflitos com os usuários, dificuldade para planejar recursos e dificuldades na realização de práticas com qualidade.

Este estudo apresenta o primeiro panorama do tratamento antitabagismo de Araranguá-SC. O número de perda amostral entre os indivíduos que frequentaram os dois primeiros encontros foi relativamente baixo. Entretanto, algumas limitações devem ser destacadas. As perdas de dados relativos à ausência de alguns participantes no momento da aplicação dos questionários reduziram bastante o tamanho da amostra em algumas medidas realizadas, o que dificultou a comparação. A aplicação do questionário de abandono pelas ACS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil vem apresentando sucesso na redução do número de fumantes desde a criação e expansão do PNCT, o que tem refletido no aumento da qualidade de vida da população. Em Araranguá-SC o programa de controle do tabagismo realiza importante papel no tratamento antitabagismo a nível local. A modalidade ampliada de acompanhamento oferecida pelo município, com encontros semanais durante 12 semanas, tem contribuído para o fortalecimento do vínculo terapêutico entre o fumante e os profissionais da equipe multidisciplinar. As sessões do grupo de apoio atuam como espaços de troca de experiências, esclarecimento de dúvidas e motivação para a cessação e prevenção de recaídas. Assim, os profissionais de saúde atuam como suporte ao grupo, o que promove um ambiente seguro e acolhedor ao fumante, o que interfere positivamente nas taxas de sucesso na cessação.

A presença de doenças cardiovasculares, sedentarismo e sobrepeso no perfil da amostra denotam o grande desafio do programa de controle do tabagismo quanto a estimular os participantes à adoção de hábitos de vida saudáveis. Além da cessação do tabagismo, o programa precisa incentivar o fumante à prática de atividade física, alimentação saudável e acompanhamento clínico às condições crônicas de saúde. A duração de 12 semanas de tratamento possibilita a equipe multiprofissional do programa oferecer uma abordagem integral à saúde, pois em cada encontro um profissional de saúde diferente realiza orientações ao grupo de tratamento sobre prevenção e promoção de saúde. A abordagem nos grupos enfoca o contexto do tabagismo, mas cada profissional contribui com informações referentes a sua área de conhecimento, o que possibilita ao fumante em tratamento maior acesso a informação.

A ausência de gestantes no tratamento antitabagismo revela possíveis dificuldades da Atenção Primária na abordagem e encaminhamento desse público para tratamento oportuno. Instrumentalizar as Estratégias de Saúde da Família quanto as técnicas de abordagem à gestante tabagista no pré-natal, a promoção de campanhas educativas voltadas especificamente para o controle do tabagismo na gravidez e a oferta de educação permanente à equipe de controle do tabagismo municipal para abordagem terapêutica da gestante tabagista, são algumas das possíveis ações a serem realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde em prol da saúde das mulheres tabagistas e de seus filhos.

Os dados do perfil irão contribuir junto a equipe de controle do tabagismo municipal para a melhoria da qualidade da abordagem relacionada as doenças/condições crônicas saúde do fumante que busca tratamento. As informações levantadas na pesquisa irão auxiliar os

profissionais de saúde no direcionamento das temáticas trabalhadas nos encontros dos grupos.

Cabe detectar que no grupo dos desistentes havia indivíduos que estavam sem fumar. Isso demonstra que nem todo abandono do tratamento antitabagismo tem relação direta com o insucesso na cessação.

O estudo também identifica como questões relacionadas ao acesso ao tratamento impactam na permanência do fumante no tratamento, pois houveram abandonos em função de dificuldades de adequar o tratamento com a jornada de trabalho de alguns participantes.

Atuar no cuidado, atenção e reabilitação em saúde do tabagista exige dos profissionais além de conhecimento técnico-científico, um olhar político e social. Faz-se necessário compreender cenários e inserções destes indivíduos, bem como, a importância do SUS e das políticas públicas na assistência a essa população. Melhorias na qualidade de vida e condições de saúde dos indivíduos estão intimamente relacionadas ao acesso universal e gratuito oferecido pelo SUS em todo território nacional.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Maria Fernanda Besteiro; ALVES, Maria Graça Pereira. **Morbidade psicológica como moderador da intenção para deixar de fumar: um estudo com fumantes e ex-fumantes**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n4/pt_1806-3713-jbpneu-39-04-0461.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.
- ARGENTINA; Ministro de Salud y Ambiente de la Nación y Entidades Académicas, Científicas e Instituciones Representativas Del Control del Tabaco. **Resumen de la guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco: primera parte**. Guía de Práctica Clínica. Evid. actual. páct. ambul. 9(3);88-90. Mar-Abr 2006.
- AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; FERNANDES, Rejane Firmino. **Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study**. Sao Paulo Med J. 2011;
- BARACAT, Luciene C; ARREGUY-SENA, Cristina. **Tabagismo e operacionalização de políticas públicas: encontrando o nó da questão para uma realidade Mineira**. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I10513.E3.T1997.D3AP.pdf>>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.
- BARROS, L M et al. **Ocorrência de doença periodontal, cárie e perda dentária em tabagistas pacientes de uma clínica-escola de Odontologia no sul do estado de Minas Gerais: estudo caso-controle**. Rev Fac Odonto, Passo Fundo, v. 21, n. 3, p. 414-419, set./dez. 2016.
- BEAGLEHOLE, Robert et al. **Nicotine without smoke: fighting the tobacco epidemic with harm reduction**. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31884-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31884-7/fulltext)>. Acesso em: 16 de março de 2020.
- BERNANDES, VS; FERRES, MO; LOPES JR., W. **O tabagismo e as doenças periodontais**. FOL/Unimep 2013;23(1):37-45
- BERTANI, André Luís; et al. **Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis**. Disponível em:<http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2391>. Acesso em 14 de julho de 2019.
- BERTOLINI, Daniele N P; SIMONET, Janete P. **O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde**. Esc Anna Nery 2014;18(4):722-727.
- BORGES, Márcia Terezinha Trotta; BARBOSA, Regina Helena Simões. **Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(12):2834-2842, dez, 2008.
- BRASIL. **Decreto Presidencial 7.508 de 2011a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Brasil/Santa Catarina/Araranguá**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/ararangua/panorama>>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Percepção do estado de saúde (2013): estilos de vida e doenças crônicas**. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em 04 de janeiro de 2018.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer/Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil 2011b**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>. Acesso em: 18 de dezembro de 2017.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 de outubro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011c)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 19 de dezembro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n. 40 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Política Nacional de Controle do Tabaco: Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012 (2014)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gest_ao.pdf>. Acesso em 19 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 21 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016**. Disponível em: <https://www.lex.com.br/legis_27159305_PORTARIA_N_761_DE_21_DE_JUNHO_DE_2016.aspx>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012b**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 26 de outubro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)**. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Políticas de combate ao tabagismo reduzem em mais de 30% número de fumantes no Brasil**. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/noticias/2015/05/politicas-de-combate-ao-tabagismo-reduzem-em-mais-de-30-por-cento-numero-de-fumantes-no-brasil>>. Acesso em: 18 de outubro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019: Aprova a política nacional sobre drogas**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em 16 de março de 2020.

CARAM, Laura M O et al. **Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo**. J Bras Pneumol. 2009; 35(10):980-985.

CHEAN, Kooi-Yau; et al. **Barriers to smoking cessation: a qualitative study from the perspective of primary care in Malaysia**. BMJ Open, 2019;9.

CHUANG, Y S et al. **Effects of alcohol consumption, cigarette smoking, and betel quid chewing on upper digestive diseases: a large cross-sectional study and meta-analysis**. Disponível em: <[http://www.oncotarget.com/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path\[\]=20831&path\[\]=66349](http://www.oncotarget.com/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path[]=20831&path[]=66349)>. Acesso em 21 de outubro de 2018.

DIAS, Hélia Maria. **Programa de Controle do Tabagismo no Município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/helia.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

CORBIN, J Hope. **Health promotion, partnership and intersectoral action**. Disponível em: <<https://academic.oup.com/heapro/article/32/6/923/4677254>>. Acesso em 2 de novembro de 2019.

DUBIELA, Angela. **Fisioterapia na cessação tabágica**. Disponível em: <https://anais.unicentro.br/sec/iiiisec/pdf/trabalho_276.pdf>. Acesso em 19 de fevereiro de 2020.

FERREIRA, Arthur P S; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. **Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22/e190024/pt/>>. Acesso em 13 de outubro de 2019.

FIOCRUZ, Ministério de Saúde. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2019.

GORESTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português**. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0ea5/a27feca50ce7c856611d44ef6dfed53d9fde.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

GRUPO COLABORATIVO PARA A PESQUISA MUNDIAL SOBRE TABAGISMO EM ADULTOS. **Perguntas sobre Tabaco para Pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (Global Adult Tobacco Survey - GATS)**. 2a Edição. Atlanta, GA: Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, 2011.

HALTY, Luis S et al. **Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica**. Disponível em: <http://jornaldepneumologia.com.br/PDF/2002_28_4_2_portugues.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2019.

HARTNETT, Kathleen P et al. **Syndromic Surveillance for E-Cigarette, or Vaping, Product Use-Associated Lung Injury**. N Engl J Med; 382(8): 766-772, 2020.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo: Tabagismo**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acesso em: 18 de dezembro de 2017.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Prevalência de tabagismo**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tabagismo e saúde da mulher**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tabagismo/saude-da-mulher>>. Acesso em 28 de junho de 2019.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. **Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social**. São Paulo: Revista Escola Enfermagem USP 2016.

JHA, Prabhat; PETO, Richard. **Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco**. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1308383>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2017.

LIMA, Mariana Belon Previatto de et al. **Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística**. Fisioter Pesqui. 2017;24(3):273-279.

LONGANEZI, Valeria. **Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/mestrado->

[profissional/mestrado-turma-2014/valerialonganezi-dissertacaocompleta.pdf](#)>. Acesso em 28 de junho de 2019.

LÓPEZ-TORRECILLAS, Francisca et al. **Temperament and Impulsivity Predictors of Smoking Cessation Outcomes**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25474540>>. Acesso em 3 de janeiro de 2018.

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes; MATTOS, Paulo; et al. **Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200004>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa de Saúde da Família: uma estratégia em construção**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>>. Acesso em 18 de dezembro de 2017.

MEIER, Denise A P. **Análise do Programa de Controle do Tabagismo em Município do norte do Paraná**. Disponível em: <www.uel.br/pos/mpsaude/diss/diss/02.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

MEIER, Denise Andrade Pereira; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira. **Abandono do tratamento do tabagismo em programa de Município do norte do Paraná**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 13, n. 1, p. 35-44, dez. 2011.

MENDES, Andréa Cristina Rosa; TOSCANO, Cristiana Maria et al. **Custos do Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006303>>. Acesso em 16 de dezembro de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MOURA JUNIOR, JAMES SILVA et al. **Influência Aguda do Tabaco na Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e na Hipotensão Pós-Exercício em homens Jovens Fumantes**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 14 Número 4 Páginas 57-64 2011.

MUSSUMECI, Aline Amaral; PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco. **Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100010>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

NASCIMENTO, Cláudia Christina Sobrinho do; AZEVEDO E SILVA, Gulnar; NASCIMENTO; Maria Isabel do. **Fatores associados à recaída do tabagismo em pacientes assistidos em Unidades de Saúde da Zona Oeste do Município do Rio De Janeiro**. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2510/1034>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2018.

NOTLEY C; et al. **Cochrane Database of Systematic Reviews Incentives for smoking cessation (Review)**. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004307.pub6/epdf/full>>.

Acesso em: 07 de setembro 2019.

NUNES, O et al. **Escala Toulousiana de Coping – Reduzida, Manual técnico de utilização, 2014**. Disponível em: <<http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3022/1/Relatorio%20tecnico%20ETC-R%202014.pdf>>. Acesso em 03 de março de 2019.

OLIVEIRA, Janine Gonçalves de. **Abordagem do tabagismo na área de abrangência da Equipe de Estratégia em Saúde da Família de Nova Aparecida - Nova União, Minas Gerais**. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5840>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

OPAS; FUNASA; CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Métodos de Investigação Epidemiológica em Doenças Transmissíveis**. Volume 1. Disponível em: <<https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/MetodosdeInvestigacaoEpidemiologica-SegundaEd.pdf>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mpower: Um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo**. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343_Tabaco_ebook.pdf>. Acesso em: 28 de dezembro de 2017.

PAIM, Jairnilson; et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract)>. Acesso em: 21 de outubro de 2017.

PAPADAKIS, Sophia; TULLOCH Heather E; GHARIB, Marie; PIPE, Andrew L. **Profile of tobacco users identified in primary care practice and predictors of readiness to quit: a cross-sectional survey**. doi: 10.9778/cmajo.20150055. eCollection 2016 Jan-Mar.

PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo et al. **Abandonment of nicotine dependence treatment: A cohort study**. São Paulo Med J. 2016;134(1):47-55

PEDROSA, Inês de Cássia Franco; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros**. Ciência Cuidado e Saúde, 2011 Jan/Mar; 10(1):058-065.

PEREIRA, Caroline F; VARGAS, Divane. **Perfil de mulheres que realizaram tratamento para cessação do tabagismo: revisão sistemática**. Rev Saúde Pública. 2015; 49:40.

PEUKER, Ana Carolina; BIZARRO, Lisiane. **Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada**. Contextos Clínicos, vol. 8, n. 1, Janeiro-Junho 2015

PINTO, Márcia Teixeira; PICHON-RIVIERE, Andres; BARDACH, Ariel. **A carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos**. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601283>. Acesso em: 19 de dezembro de 2017.

PROCHASKA, James O; DICLEMENTE, Carlo C; NORCROSS, John C. **In Search of How**

People Change: Applications to Addictive Behaviors. Addictions nursing network: volume 5, number 1, 1993.

RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Orgs). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas.** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 252 p.

RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clóvis. **Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco.** J Bras Pneumol. 2007;33(5):592-601.

RÜTHER, Tobias et al. **Evaluation of the cognitive behavioral smoking reduction program “Smoke_less”: a randomized controlled trial.** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Alemanha, 2017.

SALES, Maria P U; FIGUEIREDO, Mara R F; OLIVEIRA, Maria I; CASTRO, Helano N. **Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico.** J Bras Pneumol. 2006;32(5):410-7.

SANTOS, Sandro Rogério dos et al. **Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado.** Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2018.

SATTLER, Alexandre Coutinho; CADE, Nágela Valadão. **Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados.** Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n1/253-264/>>. Acesso em 26 de julho de 2019.

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de e BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis.** Ciênc. saúde coletiva 2018, vol.23, n.8, pp.2543-2554.

SILVA, Vanderlei C. **Aposentadoria, alimentação e fatores de risco à saúde no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil).** Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-16062017-150138/pt-br.php>>. Acesso em 20 de outubro de 2018.

SOUZA, MT; SILVA, MD; CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010; p. 102-106.

SOUZA, Marcio G. **Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão.** Rev Bras Hipertensão. vol. 22(3):78-83, 2015.

SZKLO, André Salem; VOLCHAN. Eliane et al. **Do more graphic and aversive cigarette health warning labels affect Brazilian smokers' likelihood of quitting?** Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.04.021>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2017.

TADZIMIRWA, G Y; et al. **Challenges for dedicated smoking cessation services in developing countries.** South Africa: June 2019, Vol. 109, No. 6.

TAVARES, Hermano; ALARCÃO, Gustavo. **Psicopatologia da impulsividade.** Disponível em: < https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_10_.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2019.

THAKUR, Geeta A; et al. **Family-based association study of ADHD and genes increasing the risk for smoking behaviours**. Disponível em:

<<https://adc.bmj.com/content/97/12/1027>>. Acesso em 12 de julho de 2019.

TORNEL, M^a Belén Cobacho; NICOLÁS, Ángel López; PARREÑO; José María Ramos. **El coste de mortalidad asociado al consumo de tabaco em España**. Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 271-280.

THOMSON, Ross et al. **Knowledge and education as barriers and facilitators to nicotine replacement therapy use for smoking cessation in pregnancy: a qualitative study with health care professionals**. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019.1-13.

VOLKWEIS, M R; GARCIA, R; PACHECO, C A. **Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas**. RGO, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 21-25, jan./mar. 2010.

WHO, World Health Organization. **Report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use**. Geneva: WHO, 2019.

WHO, World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies**. Disponível em:

<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf?ua=1&ua=1>>.

Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

ZARGHAMI, Mehran; et al. **Efficacy of Smoking Cessation on Stress, Anxiety, and Depression in Smokers with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Clinical Trial**. Disponível em: < <http://ahj.kmu.ac.ir>>. Acesso em: 25 de agosto de 2019.

APÊNDICE A – Formulário de atendimento inicial do tabagista

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO INICIAL DO TABAGISTA

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

- Nome: _____ CNS: _____

- Endereço Residencial: _____
Bairro: _____ Cidade: Araranguá-SC Fone: _____

- Local de Trabalho: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Fone: _____ Profissão/ocupação: _____

- Estado Civil: () Solteiro () Separado/Divorciado () Casado () Viúvo

- Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo
() Médio Completo () Superior Completo

II – ANÁLISE CLÍNICA:

Peso: _____ Altura: _____ Faz Atividade Física: () Sim () Não
Qual: _____ Quantas Vezes/Semana: _____

- No momento você está tendo algum sintoma que seja relacionado ao tabagismo?

- Tabagista há quanto tempo? _____

- Você tem ou teve algum problema de saúde como:

() Aftas, lesões ou sangramento na boca – **Faz tratamento** () Não () Sim

() Gengivites – **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Diabetes - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Hipertensão Arterial - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Problema Cardíaco - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Problema Pulmonar - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Queimação ou dor de estômago - **Faz tratamento** () Não () Sim

() Úlcera ou Gastrite - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Alergia Cutânea - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Lesão ou tumor maligno - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Crise convulsiva, convulsão febril - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Anorexia nervosa ou bulimia - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Obesidade - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual: _____

() Tratamento psicológico - **Faz tratamento** () Não () Sim

() Tratamento psiquiátrico - **Faz tratamento** () Não () Sim

() Uso de bebida alcoólica/drogas - **Faz tratamento** () Não () Sim

- () Algum outro problema de saúde - **Faz tratamento** () **Não** () **Sim Qual:** _____
 () Algum medicamento em uso: () **Não** () **Sim Qual:** _____
 () Tem prótese dentária móvel: () **Não** () **Sim**

- Se for do sexo feminino: Está Grávida: () SIM () NÃO
 Está Amamentando: () SIM () NÃO Faz uso de anticoncepcional: () SIM () NÃO
 Faz reposição hormonal: () SIM () NÃO

TESTE DE FAGERSTRÖM (Avaliação do grau de dependência)

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- () mais de 60 min _____ 0
 () entre 31 e 60 min _____ 1
 () entre 6 e 30 min _____ 2
 () menos de 6 min _____ 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

- () menos de 11 _____ 0
 () de 11 a 20 _____ 1
 () de 21 a 30 _____ 2
 () mais de 30 _____ 3

TOTAL DE PONTOS _____ ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

0-2 PONTOS -MUITO BAIXO

3-4 PONTOS - BAIXO

5 PONTOS - MÉDIO

6 – 7 PONTOS - ELEVADO

8-10 PONTOS - MUITO ELEVADO

- Concluiu o tratamento: () SIM () NÃO Data: _____

APÊNDICE B – Formulário para investigação sobre o abandono do tratamento para o tabagismo - Araranguá-SC

FORMULÁRIO Nº _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1. Iniciou o tratamento por indicação médica? () SIM () NÃO

2. Apresenta algum problema de saúde no momento? () SIM () NÃO

Qual? _____

3. Frequentou quantos encontros do grupo?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11

4. É a primeira vez que participa do grupo para tratamento do tabagismo?

() SIM () NÃO

5. Qual o principal motivo de você ter abandonado o grupo de tabagismo?

Existe outro motivo:

a) O local em que o grupo é realizado? () SIM () NÃO

b) O dia da semana em que o grupo é realizado? () SIM () NÃO

c) O horário em que o grupo é realizado? () SIM () NÃO

d) Problemas com os profissionais que o atenderam no grupo (médico, enfermeira, psicóloga)? () SIM () NÃO

e) O tipo de terapia utilizada (valorizando mais o trabalho em grupo e sua motivação pessoal que o tratamento somente com remédios)?

() SIM () NÃO

5. Você continua fumando?

() SIM () NÃO

6. Se SIM: Você gostaria de participar do grupo de apoio novamente?

() SIM () NÃO

7. Você mora sozinho?

() SIM () NÃO

8. Se NÃO: Dos que moram com você, tem algum fumante?

() SIM () NÃO

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a),

Este termo tem o objetivo de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada **Análise dos fatores que interferem no abandono do tratamento antitabagismo em Araranguá (SC)**. Esta pesquisa é desenvolvida pela Dr^a Ione Jayce Ceola Schneider, professora da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá e pela acadêmica Bruna Vanti da Rocha, do Mestrado em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina que utilizará os resultados desse estudo na Dissertação. A participação na pesquisa é voluntária e antes de assinar este termo, é importante que você leia as informações contidas no documento, que informa a proposta e os procedimentos que serão utilizados para a realização da pesquisa.

Objetivo do estudo: Analisar fatores que interferem no abandono do tratamento antitabagismo.

Medidas e avaliações: A coleta das informações será realizada através de um questionário respondido por você.

Procedimentos do estudo: A aplicação do questionário será mediante convite, que poderão responder o questionário e posteriormente devolver a pesquisadora.

Riscos e Desconfortos: Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos mínimos. Os questionários irão conter algumas informações referentes ao objetivo do estudo e serão respondidos pelo próprio participante. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no seu corpo, que acarrete danos físicos, psicológicos e sociais. Os participantes podem apresentar cansaço ou desconforto devido à aplicação do questionário, mas destacamos que você não é obrigado a responder nenhuma pergunta que cause desconforto, e caso relate cansaço, a coleta será interrompida e retomada quando você se sentir confortável. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, entretanto, caso tenha alguma despesa, essa será ressarcida. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Por fim, salientamos que os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

Benefícios: Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento oferecido.

Asseguramos antecipadamente que:

- a) Você somente participará da pesquisa com a sua autorização, por meio da entrega desse termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado;
- b) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo;
- c) Será garantida aos participantes a privacidade à sua identidade e o sigilo de suas informações;
- d) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para si;
- e) Se houver algum dano eventual decorrente da pesquisa, garantimos que o (a) Sr (a) será indenizado;

f) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo, entretanto, se o (a) Sr (a) tiver algum custo com a participação na pesquisa, como despesas do Sr (a) e seus acompanhantes, quando necessário, como transporte e alimentação, esse será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso você tenha dúvidas ou perguntas a respeito do estudo, você poderá contatar a pesquisadora pelo telefone (48) 99972-3512 ou pelo e-mail: ione.schneider@ufsc.br.

Eu, _____, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação no presente estudo.

Assinatura: _____

Local e data: _____.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em ___/___/___, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “**Análise dos fatores que interferem no abandono do tratamento antitabagismo em Araranguá (SC)**”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estarem devidamente informados 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 assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, e 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. Independentemente 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 a um dos proponentes do projeto acima citados”.

Araranguá (SC), _____ de _____, de _____

Assinatura do participante

Declaração do pesquisador: Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante.

Pesquisador responsável: Prof.^a. Ione Jayce Ceola Schneider – (48) 99972-3512 – ione.schneider@ufsc.br

Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4 - Bairro: Jardim das Avenidas

CEP: 88906-072 – Araranguá - SC

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400 Telefone: (48) 3721-6094 -E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Agradecemos a colaboração!

ANEXO A – Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11 versão em português

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu faço coisas sem pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu tomo decisões rapidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu não presto atenção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu tenho autocontrole.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu me concentro facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu falo coisas sem pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu troco de emprego.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu ajo por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu ajo no “calor” do momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu mantenho a linha de raciocínio (“não perco o fio da meada”).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eu troco de casa (residência).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu compro coisas por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Eu troco de interesses e passatempos (“hobby”).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Eu me preparo para o futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO B – Inventário de Depressão de Beck versão I em português

Nome: _____ **Idade:** _____ **Data:** ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, circule o número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1	1 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	2 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	3 0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	9 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	1 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	5 0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	1 0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	6 0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	1 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	1 0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões	18	1 0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

	do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões		2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	1 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	1 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	1 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	2 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	1 0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	2 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	1 0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO C – Escala Toulousiana de Coping (ETC-R)

Sempre que enfrenta uma situação difícil, provavelmente reage de forma variável. Depois de ter escolhido uma situação difícil (que esteja ou não a viver atualmente), que lhe diga respeito a si e que seja angustiante ou estressante, descreva-nos a forma como reage habitualmente a essa situação. Encontrará 5 números que indicam em que medida utiliza a afirmação proposta: de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). Na primeira linha escreva a situação difícil que escolheu. Em seguida marque com uma cruz (x) o número que melhor corresponde à reação que costuma ter face a essa situação. Tente responder a todas as frases,

	1= Nunca	5= Muito Frequentemente				
1	Enfrento a situação	1	2	3	4	5
2	Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	2	3	4	5
3	Tento não pensar no problema	1	2	3	4	5
4	Evito encontrar-me com pessoas	1	2	3	4	5
5	Mudo a minha forma de viver	1	2	3	4	5
6	Analiso a situação para melhor a compreender	1	2	3	4	5
7	Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	2	3	4	5
8	Procuro atividades coletivas	1	2	3	4	5
9	Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar	1	2	3	4	5
10	Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	2	3	4	5
11	Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita	1	2	3	4	5
12	Reajo como se o problema não existisse	1	2	3	4	5
13	Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade	1	2	3	4	5
14	Afasto-me dos outros	1	2	3	4	5
15	Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1	2	3	4	5
16	Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	2	3	4	5
17	Centro-me noutras atividades para me distrair	1	2	3	4	5
18	Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	1	2	3	4	5

tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Situação difícil escolhida: _____

ANEXO D – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS FATORES QUE INTERFEREM NO ABANDONO DO TRATAMENTO ANTITABAGISMO EM ARARANGUÁ-SC

Pesquisador: IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84197518.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.567.758

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-graduação em ciências de reabilitação do Campus de Araranguá da Universidade Federal de Santa Catarina orientada pela profa. Dra Ione Jayce Ceola Schneider e que pretende verificar os fatores que interferem no abandono do tratamento antitabagismo de Araranguá em SC. Será desenvolvido um estudo de coorte que será realizado no Município de Araranguá(SC). Terá como público-alvo participantes do Programa de Municipal de Controle do Tabagismo em tratamento de março a dezembro de 2018. A metodologia para coleta de dados será através do preenchimento de questionários pelos participantes do Programa. O primeiro questionário irá traçar o perfil demográfico, clínico dos usuários e o grau de dependência. A qualidade de vida será avaliada pela aplicação do questionário Brasil SF-36 e o nível de atividade física será mensurado através do IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta. O inventário de depressão de Beck e o instrumento BIS 11 irão avaliar respectivamente sintomas depressivos e o grau de impulsividade dos participantes. E um sexto questionário adaptado avaliará o abandono do tratamento, aplicado aos desistentes do Programa. O resultado esperado é investigar as causas do abandono e relacionar tais motivos com a adesão ao tratamento pode apontar caminhos para diminuir ainda mais as taxas de abandono do tratamento.

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: 2.567.758

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1063441.pdf	28/02/2018 17:51:50		Aceito
Folha de Rosto	20180228144424350.pdf	28/02/2018 17:46:45	BRUNA VANTI DA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeciencia.pdf	20/02/2018 00:08:18	BRUNA VANTI DA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOBRUNAVANTIDARROCHA.pdf	20/02/2018 00:07:13	BRUNA VANTI DA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.pdf	20/02/2018 00:06:32	BRUNA VANTI DA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 27 de Março de 2018

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