



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL: GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

JOSIMARY SOUZA DA SILVA

GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM
UM HOSPITAL PÚBLICO REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR PARA O SUL DO
BRASIL

Florianópolis

2020

JOSIMARY SOUZA DA SILVA

**GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO EM UM
HOSPITAL PÚBLICO REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR PARA O SUL DO BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de atuação: Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Nádya Chiodelli Salum, Dra.

Florianópolis

2020

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

SILVA, Josimary Souza da
Guia de implantação do programa de cessação do tabagismo
em um hospital público referência cardiovascular para o
sul do Brasil / Josimary Souza da SILVA ; orientador,
Nádia Chiodelli Salum, 2020.
195 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Tabaco. 3. Cessação do tabagismo. 4.
fumantes hospitalizados. I. Salum, Nádia Chiodelli. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

JOSIMARY SOUZA DA SILVA

**GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO EM UM
HOSPITAL PÚBLICO REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR PARA O SUL DO BRASIL**

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

Prof. Lúcia Nazareíta Amante Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Sabrina da Silva de Souza, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Daniela Farina. Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Dulcinéia Guizoni Schneider Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Jane Cristina Anders
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Nádia Chiodelli Salum, Dra.
Orientadora

Florianópolis,
2020.

Este trabalho é dedicado ao meu amado marido, que acreditou sempre no meu potencial e aos meus queridos pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amado marido Anderson, que esteve presente em momentos importantes da minha vida e sempre me apoiou e auxiliou. Obrigado pelo carinho, paciência, ajuda, piadas ruins e risadas. Com você tudo fica melhor, te amo muito mais!

Aos meus pais, pelo apoio e estarem sempre presentes em minha vida. Obrigada por sempre torcerem pelo meu sucesso. Amo vocês imensamente.

À minha orientadora, Dra. Nádia Chiodelli, agradeço por acreditar em meu projeto, pela paciência, ensinamentos e momentos vividos no decorrer do projeto. Muito obrigado por tudo!

Agradeço ao meu Deus, por me dar forças para mais esta conquista.

Às docentes, que fizeram parte da banca de qualificação e de defesa por dispensarem um tempo valioso de suas rotinas e aceitarem contribuir para melhorias e direcionamento na construção deste projeto.

Às docentes do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional as quais compartilharam seus conhecimentos e contribuíram com o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros do programa e nos transformaram em profissionais mais ativos, questionadores e com um novo olhar para a enfermagem.

A todos colegas do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem agradeço pelos momentos de troca de experiências e conhecimentos, além dos momentos de descontração.

Aos profissionais de saúde do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, agradeço pelos conhecimentos repassados, pela troca de experiências e todo apoio. Realmente são anjos de branco.

A toda minha família, pela torcida para a conclusão do projeto! Amo muito vocês!

A todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para o sucesso deste trabalho, eterna gratidão!

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”(Martin Luther King)

SILVA, Josimary Souza da. **Guia de implantação do programa de cessação do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil**. 2020. 194f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

RESUMO

O tabagismo é citado como um dos principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento das Doenças Crônicas não transmissíveis e está relacionado com mais de 50 doenças, sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral, entre tantas outras doenças. Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Como implantar o programa de combate ao tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil? Apresenta como objetivos específicos: Identificar as características do tabagista internado e, construir um guia para implantação do programa de controle do Tabagismo. Trata-se de um estudo misto, descritivo exploratório, com o objetivo geral de Implementar o Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde em um hospital público de referência cardiovascular do Sul do Brasil. O estudo foi realizado nas unidades de internação cardiovascular e no ambulatório ou reabilitação cardíaca do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2019 e fizeram parte da pesquisa os profissionais da equipe multiprofissional do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, bem como os tabagistas internados nas unidades, de ambos os sexos. A coleta de dados da etapa qualitativa ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com 11 profissionais, que foi submetida à análise de conteúdo de Bardin, a qual permitiu a organização das funções de cada profissional para a estruturação do atendimento aos tabagistas do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Na etapa quantitativa ocorreu a caracterização dos tabagistas internados por meio da aplicação de questionário com 17 tabagistas e a realização de grupos de cessação do tabagismo. Na análise estatística, foram utilizadas médias aritméticas, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e valores máximos. A construção do guia de implantação do programa de cessação ao tabagismo seguiu os padrões do Ministério da Saúde, com quatro sessões semanais, duas manutenções quinzenais e uma mensal até completar um ano. Os resultados obtidos foram apresentados por meio de dois manuscritos e um produto. O primeiro manuscrito “Grupo de Cessação do Tabagismo: Implantação em um Instituto de Cardiologia”, trata-se de um estudo misto, descritivo exploratório revelando que uma equipe multidisciplinar bem estruturada, eleva o sucesso no tratamento do tabagismo e o ambiente hospitalar se mostra propício para atuação desses profissionais com seus diferentes saberes e informações, sendo que propostas de atendimento hospitalar voltadas aos tabagistas podem auxiliar tanto em mudanças na prontidão de cessar o consumo do cigarro, como em cessações do hábito de fumar. O segundo manuscrito “Caracterização de Tabagistas na Implantação do Programa de Cessação do Tabagismo a Pacientes Internados em um Hospital Público”, verificou que a maioria dos tabagistas apresentavam grau elevado de dependência à nicotina e relataram elevada motivação para cessar com o hábito de fumar. Foram identificados 42 tabagistas que relataram interesse em parar de fumar, porém somente 17 participaram de grupos de orientação à cessação do tabagismo. A maioria dos tabagistas (58,8%), nunca utilizou métodos ou auxílio profissional para parar de fumar. Esses dados demonstram a necessidade de orientação aos pacientes da importância da

cessação do tabagismo. O produto “Guia de Implantação do Programa de Cessação ao Tabagismo” tem como objetivo orientar os profissionais da equipe multiprofissional para atuação nos grupos de cessação do tabagismo em um ambiente hospitalar de referência em doença cardiovascular no combate ao tabagismo. Este guia traz de forma prática e sintetizada informações para a assistência ao tabagista no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, incluindo também cuidados importantes para a abordagem durante a internação até a alta hospitalar. A implantação de grupos de cessação de tabagismo nos hospitais mostrou-se possível e pode se tornar uma prática contínua e eficaz no combate ao uso do cigarro.

Palavras-chave: Tabaco, Cessação do tabagismo, fumantes hospitalizados.

SILVA, Josimary Souza da. **Smoking cessation program implementation guide in a public hospital cardiovascular disease reference public hospital in southern Brazil**. 2020. 194f. Thesis (Professional Master's in Nursing) - Federal University of Santa Catarina, Postgraduate Program in Nursing, Florianópolis, 2020.

ABSTRACT

Smoking is cited as one of the major risk factor to the noncommunicable diseases development and is related with more than 50 diseases, being the cause of 30% of mouth cancer deaths, 90% of lung cancer deaths, 25% of heart disease deaths, 85% of bronchitis and pulmonary emphysema deaths, 25% of stroke deaths, and several other diseases. With that in mind, the following question comes into view: How to implement the smoking control program in a cardiovascular disease reference public hospital in southern Brazil. Having as specific goals: identify features of hospitalized smokers patients and, build a guide to the implementation of the Smoking Control Program. It is a mixed, descriptive exploratory study, with the main goal to implement the Ministry of Health Smoking Control Program in a cardiovascular disease reference public hospital in southern Brazil. The study was made in the cardiovascular inpatient units and in the outpatient clinic cardiac rehabilitation at the Institute of Cardiology of Santa Catarina. The data collection took place between August and December 2019, and the multidisciplinary team of the Institute of Cardiology of Santa Catarina was engaged, as well as hospitalized smoking patients, both sexes. The qualitative stage data collection was made through semi-structured interviews with 11 professionals, and was submitted to Bardin's content analysis, which allowed the organization of the functions of each professional for structuring care for smokers at the Cardiology Institute of Santa Catarina. In the quantitative stage, hospitalized smokers were characterized by applying a survey with 17 smokers and conducting smoking cessation groups. In the statistical analysis, averages, standard deviation, median, minimum and maximum values were used. The guide to the implementation of the smoking cessation program was builded following the standards of the Ministry of Health, with four weekly sessions, two fortnightly maintenance sessions, and one monthly session, until completing one year. The results obtained were presented by means of two papers and a product. The first paper, "Smoking Cessation Group: Implementation in an Institute of Cardiology", it is a mixed, descriptive exploratory study, revealing that a well-structured multidisciplinary team increases the success in the treatment of smoking and the hospital environment shows itself conducive to the performance of these professionals with their different knowledge and information, and proposals for hospital care aimed at smokers can assist in changes in the readiness to stop smoking, as well as in smoking cessations. The second paper, "Smokers Characterization in the Implementation of the Smoking Cessation Program to Patients Admitted to a Public Hospital", found that most smokers had a high degree of nicotine dependence and reported high motivation to quit smoking. Were identified, 42 smokers who reported interest in quitting smoking, however, only 17 participated in smoking cessation orientation groups. Most smokers (58.8%) never used methods or professional help to quit smoking. These data demonstrate the need to guide patients on the importance of smoking cessation. The product, "Smoking Cessation Program Implementation Guide", has the goal to guide the multidisciplinary team's professionals to work in smoking cessation groups in a reference hospital environment in cardiovascular disease in the fight against smoking. This guide provides practical and synthesized information for the assistance to smokers at the Institute of

Cardiology of Santa Catarina, including important care for the approach during hospitalization until discharge. The implantation of smoking cessation groups in hospitals proved to be possible and can become a continuous and effective practice in combating the use of cigarettes.

Keywords: Tobacco, Smoking cessation, hospitalized smokers

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diversos tipos de apresentação do tabaco.....	37
Figura 2: Produtos de tabaco não geradores de fumaça (smokeles).....	37
Figura 3: Produtos fumenígenos sem tabaco.....	38
Figura 4: Fluxograma dos grupos nas unidades de internação com uma sessão.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Posologia da Goma de Mascar	55
Quadro 2: Posologia da Pastilha.....	56
Quadro 3: Posologia de adesivo de nicotina.....	56
Quadro 4: Cloridrato de Bupropiona.....	57
Quadro 5: Atribuições de cada profissional no grupo de cessação ao tabagismo	69
Quadro 6: Temas dos encontros e participantes	89

LISTA DE SIGLAS

CONICQ - Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro
CQCT - Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
CAGE - *Cut Down, Annoyed By Critics, Guilty Eye- Opener*
DCVs - Doenças Cardiovasculares
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAD-A/D - *Hospital Anxiety and Depression Scale*
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
ICSC - Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
IMC - Índice de Massa Corpórea
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PCR - Proteína C Reativa
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNPS - Programa Nacional de Promoção da Saúde
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
QSU-B - *Questionnaire of Smoking Urges-Brief*
QV - Qualidade de Vida
MS - Ministério da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRN - Terapia de reposição da nicotina
TCC - Tratamento cognitivo-comportamental
Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3 REVISÃO DA LITERATURA	31
3.1 TABAGISMO.....	32
3.2 AÇÕES DA NICOTINA	34
3.3 APRESENTAÇÃO DE PRODUTOS COM TABACO.....	35
3.4 O CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNDO E NO BRASIL	39
3.5 TRATAMENTO DO TABAGISMO	42
3.5.1 Tratamento medicamentoso.....	54
3.5.2 Outras formas de tratamento do tabagismo	58
3.6 O TABAGISMO E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	59
3.7 ENFERMAGEM E O TABAGISMO	61
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	64
4.1 ESTUDO METODOLÓGICO	64
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	64
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	66
4.4 COLETA DE DADOS	67
4.4.1 Unidades de internação	73
4.4.2. Ambulatório e reabilitação cardíaca.....	75
5 ASPECTOS ÉTICOS	76
6 RESULTADOS.....	78
6.1 GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO EM UM INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	79
6.2 CARACTERIZAÇÃO DE TABAGISTAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO	102
6.3 PRODUTO: GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO.....	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICES	171
APÊNDICE 1: ROTEIRO ENTREVISTA PROFISSIONAIS	171
APÊNDICE 2: INFORMAÇÕES RESUMIDAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	172
APÊNDICE 3 : CARTA PARA O APOIADOR	177
APÊNDICE 4: ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO	179

APÊNDICE 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) COM PROFISSIONAIS.....	185
APÊNDICE 6: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES	189
ANEXOS	193
ANEXO 1: CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	193
ANEXO 2: CONSENSO 2001	194

1 INTRODUÇÃO

A epidemia do tabaco é uma grande ameaça à saúde pública, matando mais de oito milhões de pessoas por ano. Mais de sete milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhões são resultados de não fumantes expostos ao fumo passivo. Dentre os 1,1 bilhão de fumantes no mundo, cerca de 80% vivem em países de baixa e média renda, sendo que o peso das doenças relacionadas ao uso do tabaco e de mortes é alarmante, demonstrando a necessidade de atuação maior nesses locais (WHO, 2019).

A dependência pelo tabaco ocorre por inúmeros fatores, como os comportamentais, psicológicos, fisiológicos, psicossociais, culturais e genéticos, justificando o consumo do tabaco, mesmo em decorrência do conhecimento de todos os problemas de saúde e convívio familiar ou social que pode causar o seu uso (FIDLER; WEST, 2011; USSHER; BROWN; RAJAMANO HARAN, 2014; SILVA et al., 2016).

Vale ressaltar que mesmo com tantos avanços no combate ao tabagismo, as estratégias de marketing das indústrias de cigarro são constantemente adaptadas e bem formuladas, buscando mudanças no mercado, com novos produtos para seduzir os consumidores, como o cigarro eletrônico, com uma boa aparência e nova tecnologia, atrai os consumidores jovens, além do Narguilé, que se mostra um produto sedutor em encontros de grupos, garantindo assim os novos consumidores do tabaco (ERIKSEN et al., 2015).

O tabagismo é citado como um dos principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) e está relacionado com mais de 50 doenças, sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral, entre tantas outras doenças (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017; INCA, 2018; DROPE et al., 2018).

Em pesquisa realizada pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas que utilizou o inquérito telefônico (Vigitel), com o objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), identificou uma queda importante no total de tabagistas no Brasil. Os dados atuais, apontam que 9,3% pessoas fumam, sendo que em pesquisa anterior, realizada em 2006, o índice era de 15,6% (BRASIL, 2019).

Os últimos registros do VIGITEL, apresentaram dados quanto ao número de adultos tabagistas, que variam entre 4,8% em Salvador e São Luís, em Porto Alegre foi de 14,4%. Quanto ao gênero, se observa maior frequência de fumantes do sexo masculino, em Porto Alegre (17,3%), Campo Grande e São Paulo (15,6%), o sexo feminino apresenta os seguintes números: Porto Alegre (11,9%), São Paulo (9,8%) e Curitiba (9,5%) (BRASIL, 2019).

Pessoas que residem em zonas rurais estão mais propensas ao consumo do tabaco e tem suas chances reduzidas em relação a cessar o hábito do tabagismo (POLTYN et al., 2019). Um dos motivos que levam ao consumo excessivo do tabaco e da problemática em cessar o hábito tabágico em áreas rurais se deve a fatores como a dificuldade de acesso pelas equipes de saúde nessas áreas, fatores culturais, falta de informação, entre outros (SILVA et al., 2017; CROFT et al. 2018).

Outra característica da população brasileira que consome o tabaco é em relação às diferenças dos níveis de instrução, sendo que os percentuais mais elevados de tabagistas estão entre pessoas com menor nível de instrução e adultos, onde se observa o total de 12,1% para os homens e 6,9 para mulheres adultas (BRASIL, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), realiza periodicamente relatórios sobre o quadro geral do tabagismo, e em uma de suas publicações de 2008, criou um pacote de seis políticas, o MPOWER/OMS, onde cada letra aponta para uma ação: [M - *Monitor*] – Monitoramento, [P - *Protect*] – Proteção de não fumantes, [O - *Offer*] – Oferta de tratamento para deixar de fumar, [W - *Warn*] – Advertência quanto aos perigos do tabaco, [E - *Enforce*] – reforço da proibição de propaganda, promoção e patrocínio, e [R - *Raise*] – Aumento de impostos. Com a utilização desse relatório é possível verificar as medidas de controle do tabaco nos países (INCA, 2014).

O 7º relatório sobre a Epidemia Global de Tabagismo apresenta grande progresso na implementação das políticas de controle do tabaco MPOWER por alguns países, além de outros avanços no combate ao cigarro. Cita um total de 65% da população mundial (quase 5 bilhões de pessoas), que estão cobertas por ao menos uma medida MPOWER ao mais alto nível, em comparação ao relatório anterior de 2015 que demonstrava o total de 40% da população mundial (2,8 milhões de pessoas), demonstrando o grande avanço dado ao combate do tabagismo (BRASIL, 2019; OPAS, 2019).

Segundo o atual relatório da OMS, da Epidemia Mundial do Tabaco, o Brasil se tornou

um dos primeiros países do mundo a conseguir implementar em quase sua totalidade as medidas MPOWER, demonstrando assim que as estratégias adotadas para o combate ao cigarro no país foram adequadas e bem sucedidas, tornando-se uma referência internacional de combate ao tabagismo (BRASIL, 2019).

Dentre as ações do Ministério da Saúde (MS), no combate ao tabagismo, vale ressaltar o plano de ações e metas, que visam promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT, seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Tem como uma de suas ações a adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos (BRASIL, 2011).

Outra estratégia desenvolvida é a implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo a partir de 1996, em que se observou uma queda no número de fumantes que receberam tratamento, com resultados em 2011, de aproximadamente 140.000 fumantes atendidos, sendo que cerca de 64 mil (46%) deixaram de fumar, demonstrando assim uma efetividade nas ações de controle a tabagismo no Brasil (BRASIL, 2015; SZKLO et al., 2016).

As estratégias para o combate do tabagismo se dividem em intervenções psicossociais (aconselhamentos, material de autoajuda e abordagem cognitiva comportamental) e a utilização de terapia medicamentosa, que podem ser utilizadas isoladamente ou combinada para aumentar as chances de sucesso na cessação do tabagismo (BRASIL, 2015).

A Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016, valida orientações técnicas do tratamento do tabagismo, trazendo indicações de como devem ocorrer os Grupos de Cessação do Tabagismo (GCT), quanto a formação dos profissionais, o número de sessões, o tempo de tratamento e acompanhamento, utilizando a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e o uso de medicamentos (BRASIL, 2016).

Em relação ao tratamento psicossocial para a cessação do tabagismo, este pode ser realizado de duas maneiras, individualmente ou em grupo, devendo haver ao menos um profissional treinado, para conduzir esse atendimento (NUNES; CASTRO, 2011).

As intervenções em grupo são mais indicadas, pois existe uma boa relação custo-benefício, com a possibilidade de atender um maior número de tabagistas ao mesmo tempo e, também permite que os participantes observem e discutam entre si vivências, possibilitando desta forma, a percepção de si mesmo e do outro (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2014; BRASIL,

2016).

A morbimortalidade causada pelo tabagismo em pacientes cardiovasculares impõe uma forte necessidade de atuação com esse grupo. Mesmo estando cientes dos males que o cigarro pode lhes causar, os pacientes cardiovasculares apresentam dificuldade de cessar com o hábito (GAALEMA et al., 2018).

Logo após um evento médico importante como um infarto, amputação, entre outros, os tabagistas estão mais dispostos a abstinência, entretanto, os sintomas sofridos durante esse período os leva muitas vezes a retornar com o hábito de fumar. Além disso, esses tabagistas na maioria das vezes não recebem orientação profissional adequada para a cessação do tabagismo e os estudos epidemiológicos são reduzidos no que diz respeito ao tratamento intra hospitalar para a cessação do tabagismo (GAALEMA et al., 2018; CAMPOS et al., 2018).

Apesar das estratégias de combate ao tabagismo estarem mais direcionadas no âmbito da rede básica, algumas iniciativas de tratamento para cessação do tabagismo com pacientes internados são realizadas em diferentes hospitais pelo mundo, com taxas de sucesso bem variadas. Indicam que essas estratégias dentro dos hospitais devem ser constantemente avaliadas em busca de um atendimento de melhor qualidade, devendo incluir orientações sobre o tabagismo durante o período de internação, com o acompanhamento após a alta, uma vez que quanto maior a intensidade, duração e frequência dos aconselhamentos, mais eficaz se torna essas intervenções, aumentando assim as taxas de sucesso (JIMÉNEZ et al., 2017; CAMPOS et al., 2018; RAMSEY et al., 2019).

No Brasil, estas iniciativas hospitalares ainda são incipientes, talvez pela dificuldade em conseguir fazer todo o ciclo de quatro encontros para cessação do tabagismo conforme preconizado pelo MS, em virtude de altas breves, agravamento de quadro clínico, entre outros. Mesmo com dificuldades para a realização de grupos no hospital, se faz necessário iniciativas para auxiliar os tabagistas internados, pois é comprovado por meio de estudos, que existem grandes benefícios em iniciar o tratamento do tabagismo no momento da internação e dar continuidade a esse tratamento após a alta (CAMPOS et al., 2018; RAMSEY et al., 2019).

Segundo um estudo misto realizado em Missouri no ano de 2019, que buscou estruturar um protocolo para o atendimento à beira leito com tabagistas de um hospital terciário, um dos pontos importantes na abordagem é a participação dos enfermeiros, através de um protocolo que os oriente a realizar intervenções como a terapia de reposição da nicotina o mais breve possível,

para reduzir sintomas de abstinência, demonstrando que as intervenções de enfermagem contribuem para aumentar as taxas de cessação do tabagismo (RAMSEY et. al., 2019).

Os benefícios à saúde ao cessar o hábito de fumar, justificam implementar diversos tipos de atendimentos aos tabagistas tanto na rede básica quanto nas hospitalares, sendo que no caso do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), que é referência no atendimento de pacientes com problemas cardiovasculares que apresentam diversas complicações, sendo muitas dessas, causadas pelo uso do cigarro, as estratégias de cessação dentro do ICSC seriam extremamente benéficas.

Em decorrência da minha vivência profissional no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, foi notório os transtornos causados pelo consumo do cigarro e as dificuldades relatadas pelos seus usuários tanto no que diz respeito à sua saúde quanto à vida familiar e social. Durante os momentos de coleta de informações para realizar a Sistematização da Assistência - histórico de enfermagem, muitos pacientes relataram suas angústias em não conseguir largar o hábito de consumir o cigarro e todo problema causado por ele.

Sendo assim, o interesse pelo tema se dá pela necessidade de oferecer apoio à cessação do uso do cigarro pelos pacientes cardiopatas em virtude da sua melhora clínica e melhoria qualidade de vida, visando evitar ou minimizar os malefícios trazidos pelo consumo do cigarro.

Diante do contexto aqui apresentado e da vivência enquanto enfermeira em um hospital referência em pacientes com problemas cardiovasculares, apresenta-se o seguinte questionamento: Como implementar o programa de combate ao tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar o Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde em um hospital público de referência cardiovascular do Sul do Brasil;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as características do paciente tabagista internado em um hospital público do sul do Brasil.
2. Elaborar um guia para implantação do programa de controle do Tabagismo em um hospital público referência cardiovascular do sul do Brasil.
3. Identificar o conhecimento dos profissionais sobre o programa de cessação do tabagismo do Ministério da Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que engloba os temas: tabagismo, cessação do tabagismo, tabaco, hospitalização, políticas públicas, doenças cardiovasculares e enfermagem.

A revisão narrativa busca discutir acerca de um tema, contribuindo para o desenvolvimento ou o estado da arte sobre um tópico específico. Nesse tipo de revisão a subjetividade do autor é apresentada como um elemento de grande influência no desenvolvimento do estudo. É necessário se aproximar do tema de estudo, levantando quais conhecimentos sobre determinado tópico estão sendo produzidos, identificar os estudos relevantes e proporcionar embasamento para uma pesquisa significativa. Seu objetivo não é apenas organizar e sintetizar a literatura, mas também identificar seus limites e recomendar novos sujeitos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011; GREGORY; DENNISS, 2018).

A revisão de literatura foi organizada de forma narrativa, a partir da consulta nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), o serviço de publicação do National Library of Medicine/Center for Biotechnology Information (PUBMED), Base de dados de Enfermagem (BDenf), Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde (ColecionaSUS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA). Além destes, foram utilizados livros, portarias e cadernos ministeriais, guidelines, protocolos e textos de referências, relacionados ao assunto abordado e que demonstre relevância ao estudo.

Os descritores utilizados para busca foram selecionados de acordo com o tema proposto, quais sejam: (tabagismo, cessação do tabagismo, tabaco, hospitalização). Foi utilizado como critérios de inclusão: formato de artigo; texto completo e disponível; idiomas português, inglês e espanhol; e com ano de publicação no período de 2009-2019.

Os critérios de seleção foram baseados na leitura crítica do material encontrado nos artigos relevantes ligados ao tabagismo e ao objetivo de pesquisa, ficando esta capítulo constituído dos seguintes temas: tabagismo, ações da nicotina, outros produtos do tabaco, o controle do tabagismo no mundo e no Brasil, tratamento do tabagismo, o tabagismo e as doenças cardiovasculares, enfermagem e o tabagismo.

3.1 TABAGISMO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e é reconhecido como uma doença epidêmica, resultado da dependência de nicotina, que pode levar a morte de duas em cada três pessoas que consomem o cigarro, além de afetar pessoas que não fumam (fumantes passivos), por inalar a fumaça do cigarro de terceiros (INCA, 2018).

Segundo a Portaria nº 761/MS de 2016, que validou orientações sobre o tratamento do tabagismo, é considerado tabagista, o indivíduo que fumou mais de cem cigarros durante toda sua vida e que ainda esteja fumando (OPAS, 1995; BRASIL, 2016). Segundo estudos realizados não há uma definição de tabagista ou outros sinônimos dados aos tabagistas, seja ele enquadrado em qualquer dimensão (diário ou não, com alto ou baixo grau de dependência, dentre outros), o que demonstra não haver outras definições que englobe todas as categorias de tabagistas (BERG et al., 2010; SANTOS et al., 2011; BARBOSA et al., 2014).

Segundo Silva et al. (2016) há mais de duas décadas o tabagismo é considerado uma doença neuro comportamental causada pela dependência da nicotina. Além disso, existem inúmeros fatores, principalmente comportamentais e psicológicos, que induzem ao ato de fumar e que, portanto, dificultam sua cessação. A ansiedade, depressão, transtornos de diversas natureza, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismo em fumar, gatilhos e costumes, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos, são indutores para o hábito de fumar (SILVA et al., 2016).

O tabagismo é considerado uma doença crônica, na qual existe uma dependência à nicotina existente nos produtos à base de tabaco (INCA, 2018). Existe uma grande variedade de produtos derivados de tabaco que podem ser encontrados no mercado nacional ou internacional, sendo que suas formas de uso são as mais variadas, como fumada ou inalada, aspirado, mascado ou absorvido pela mucosa oral, em todos os tipos existe a presença da nicotina, que causa dependência e na maioria dos casos leva ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a forma predominante do uso do tabaco é fumado (INCA, 2018).

A próxima edição da revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrará em vigor em 2022 e atualmente dispõe de uma versão para pré-visualização, na qual os países poderão adaptar-se e realizar suas traduções, consta o uso do tabaco como item de uso de substâncias perigosas e sua sigla aparece como: “Uso de tabaco QE13 e os distúrbios devido ao

uso da nicotina têm a sigla 6C4A” (OPAS, 2019; WHO, 2018; WHO, 2019). O atual CID-11 em sua versão pré-visualização, descreve que os distúrbios pelo uso da nicotina são gerados pelo uso dessa substância que pode levar a intoxicação e possui propriedades que causam sua dependência, sendo que a nicotina gera uma grande quantidade de danos à saúde (WHO, 2018; WHO, 2019).

A Organização Mundial de Saúde já havia incluído em sua décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de 1998, o tabagismo como uma doença, onde classifica-a como dependência do tabaco pela sigla F17.2 (BRASIL, 2016).

Em relação à dificuldade de cessar o tabagismo estão presentes tanto questões físicas, como por exemplo, o forte desejo de fumar e pela abstinência com presença de sintomas, quanto questões ligadas a fatores psicológicos, em que o cigarro se torna uma “bengala” para que o tabagista possa lidar com seus problemas diários (FERRAZ et al., 2015).

A nicotina identificada pela primeira vez no início dos anos 1800, é o principal componente de reforço do tabaco (VOLKOW, 2009). A iniciação do tabagismo também têm envolvimento com fatores genéticos, demonstram uma indicação que o período em que se inicia o tabagismo, o grau de dependência, a dificuldade de cessar e a manutenção da abstinência são substancialmente determinados por um tipo de herança genética mais complexa, na qual envolve múltiplos polimorfismos genéticos (SWAN; LESSOV-SCHLAGGAR, 2009; TOBACCO GENETICS CONSORTIUM, 2010; THORGEIRSSON et al., 2010).

São diversos os fatores que levam uma pessoa a experimentar o fumo, e entre esses fatores que influenciam o comportamento de fumar temos a idade, sexo, genética, doença mental e abuso de outras substâncias (ROSEMBERG, 2010). Algumas pessoas podem ser mais susceptíveis ao consumo das drogas, e diversos fatores estimulam o indivíduo a buscar pôr essa tendência humana, sendo a própria sociedade um importante estimulador para o consumo do cigarro, pois o indivíduo para obter alívio de suas tensões e aceitação social usa determinada substância, buscando repetir atitudes de pessoas que tenham papel de modelos de comportamento (INCA, 2018).

A publicidade influencia de maneira ímpar o consumo do tabaco e de seus derivados. As empresas de publicidade e indústrias do cigarro criaram uma forte divulgação, seduzindo ao consumo do cigarro diferentes grupos sociais como: adolescentes, mulheres, população mais carente e com menor nível escolar, entre outras. A publicidade sobre o cigarro busca manipular as

pessoas sobre o consumo ser algo normal e bem aceito pela sociedade, para isso utiliza imagens de pessoas famosas, que são considerados ídolos e modelos de comportamento de um determinado público-alvo. Desde 1996 a publicidade sobre o cigarro está proibida no Brasil, sendo que anteriormente, as propagandas eram realizadas por meio de veículos de comunicação de massa, com anúncios atraentes e bem elaborados (INCA, 2018).

3.2 AÇÕES DA NICOTINA

Existem mais de 5.000 produtos químicos encontrados na fumaça dos produtos à base do tabaco, dentre eles temos a nicotina, que foi identificada pela primeira vez no início do ano de 1800, além da nicotina outros compostos podem causar a dependência e ainda estão em estudo como a anabasina, anatabina, nornicotina, miosmina, harmane, norharmane e tiraminae, porém a nicotina é citada como o principal componente que leva a necessidade de utilizar o tabaco constantemente (HALL et al., 2014).

A nicotina quando inalada na fumaça do cigarro, leva aproximadamente 10 segundos para chegar até o cérebro, onde alimenta os receptores das células cerebrais que têm a capacidade de reconhecimento das mesmas. O organismo reage à nicotina e se adapta a essa substância, levando a um quadro de dependência física, que costuma ocorrer entre um a três meses de uso (BRASIL, 2014). O uso constante da nicotina leva a alta necessidade em fumar, que faz com que o tabagista não leve em consideração as consequências negativas do tabaco, dificultando a decisão de cessar o hábito de fumar naqueles que tentam parar, pois a nicotina ativa a via de recompensa da dopamina mesolímbica, mediada pela área tegumentar ventral no núcleo accumbens, causando efeitos estimulantes e recompensatórios (GOTTI et al., 2010; WEST; SHIFFMAN, 2016; MARUSICH et al., 2017).

A inalação de fumaça de um cigarro exsuda a nicotina do tabaco, essas partículas de fumaça levam a nicotina para os pulmões, onde é absorvida pela circulação venosa pulmonar, entrando assim na circulação arterial sendo transportada ao cérebro, onde ocorre ligação aos receptores colinérgicos nicotínicos (canais iônicos dependentes), esse é o principal mediador da dependência da nicotina (BENOWITZ, 2010).

Existe uma atuação direta da nicotina nos receptores colinérgicos nicotínicos, levando a liberação de neurotransmissores que produzem efeitos psicoativos gratificantes, sendo esta



exposição repetida, ocorre a tolerância aos efeitos da nicotina, tornando a pessoa dependente fisicamente da nicotina e causando sintomas de abstinência na ausência de nicotina (BENOWITZ, 2010). Os níveis de nicotina no organismo com relação a um nível específico de ingestão de nicotina pelo tabagista são regulados pela taxa de metabolismo da nicotina, que acontece no fígado, na qual a principal atuação é pela enzima CYP2A6 (BENOWITZ, 2010). Essa substância é um alcaloide líquido, hidrossolúvel, extraído das folhas do tabaco, *Nicotiana tabacum*, estimulando diversas estruturas que possuam receptores nicotínicos, além de atuar nas glândulas suprarrenais e quimiorreceptores carotídeos e aórticos. Têm dupla ação, gerando tanto estimulação quanto depressão em todas as estruturas com receptores nicotínicos, como o sistema nervoso autônomo e central, aparelhos cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário e musculatura estriada (DE LUCIA, 2016).

A exposição à nicotina durante a adolescência têm demonstrado efeitos sistêmicos que podem persistir na idade adulta e favorecem o aumento no consumo de tabaco e outras drogas de abuso e consecutivamente a dificuldade de cessação ao tabagismo nos indivíduos que começaram a fumar durante a adolescência (DOURA et al., 2010).

A nicotina causa efeitos cumulativos no tabagista, gerando uma intoxicação permanente. Com a cessação do uso da nicotina ocorre uma síndrome de abstinência, que se apresenta com quatro ou mais sintomas como: inquietação ou impaciência; insônia; irritabilidade; ansiedade; dificuldade para se concentrar; humor disfórico ou deprimido; bradicardia; aumento do apetite e por consequência o ganho de peso (NUNES, CASTRO 2011).

3.3 APRESENTAÇÃO DE PRODUTOS COM TABACO

Existem diversos produtos do tabaco, sendo alguns demonstrados a seguir:

<p>Cigarro</p> 	<p>O cigarro é o produto mais comum no Brasil. Existem quatro composto: tabaco envolto por papel; tabaco homogeneizado ou reconstituído; mistura de celulose e tabaco; ou com outro envoltório que não seja exclusivamente folha de tabaco.</p>
<p>Charuto</p> 	<p>O charuto têm em sua composição folhas de tabaco inteiras, picadas, desfiadas ou partidas, enroladas em forma de cilindro, com envoltório constituído por folha de tabaco ou tabaco reconstituído.</p>

<p>Cigarrilha</p> 	<p>A cigarrilha se apresenta com peso menor que 1.360 g/1.000 cigarrilhas. Sua composição é de folhas de tabaco, picadas, desfiadas, em pó ou partidas, formando um cilindro, sendo envolvida por folha de tabaco ou tabaco reconstituído.</p>
<p>Fumo desfiado</p> 	<p>O fumo desfiado é composto de folhas de tabaco desfiadas e pode ou não ser processado pela indústria, permitindo que o próprio usuário enrole o seu cigarro.</p>
<p>Fumo de Rolo</p> 	<p>Fumo de rolo, também chamado de fumo de corda, é feito de folhas de tabaco destaladas, entrelaçadas e enroladas, submetidas ao processo de cura ao sol.</p>
<p>Cachimbo</p> 	<p>O cachimbo requer um fumo destinado ao seu uso, chamado fumo para cachimbo.</p>
<p>Cigarro Kretek</p> 	<p>O cigarro kretek, popularmente conhecido como cigarro de cravo ou cigarro de bali, é uma mistura de 60% a 80% de tabaco e 40% a 20% de cravo. Pode ser enrolado por papel, tabaco homogeneizado ou reconstituído, por uma mistura de celulose e tabaco, ou outro envoltório.</p>
<p>Cigarro de palha</p> 	<p>Cigarro de palha também é um dos produtos sem filtro. Sua composição é simples: tabaco picado enrolado em palha de milho.</p>
<p>Cachimbo</p> 	<p>O cachimbo requer um fumo destinado ao seu uso, chamado fumo para cachimbo.</p>
<p>Cigarro Kretek</p> 	<p>O cigarro kretek, popularmente conhecido como cigarro de cravo ou cigarro de bali, é uma mistura de 60% a 80% de tabaco e 40% a 20% de cravo. Pode ser enrolado por papel, tabaco homogeneizado ou reconstituído, por uma mistura de celulose e tabaco, ou outro envoltório.</p>
<p>Cigarro de palha</p> 	<p>Cigarro de palha também é um dos produtos sem filtro. Sua composição é simples: tabaco picado enrolado em palha de milho.</p>
<p>Bidi</p> 	<p>O bidi não tem filtro e é feito por uma pequena porção de tabaco picado envolto por folhas de tendu ou temburí, plantas nativas da Ásia.</p>


<p style="text-align: center;">Blunt</p> 	<p>O blunt é considerado derivado do tabaco porque ele está presente em sua composição. Diferente dos demais produtos apresentados, é um envoltório utilizado para colocar fumo em seu interior (por exemplo, fumo desfiado) com a finalidade de serem fumados.</p>
---	---

Figura 1: Diversos tipos de apresentação do tabaco

Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Guia para o profissional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: controle de produtos derivados do tabaco, (2016).

<p style="text-align: center;">Tabaco inalável</p> 	<p>Tabaco inalável, também conhecido como rapé, é um dos produtos compostos de tabaco que não gera fumaça, em razão de ser aspirado.</p>
<p style="text-align: center;">Snus /Fumo para mascar</p> 	<p>Com um nome diferente, o snus, muito comum na Suécia, é constituído por tabaco úmido, em pó, para uso oral. Fumo para mascar, ou tabaco mascável, é um dos produtos de tabaco que não geram fumaça, utilizado para ser mascarado ou sugado.</p>
<p style="text-align: center;">Dispositivos eletrônicos</p> 	<p>Dispositivos eletrônicos para fumar também são conhecidos como narguilé eletrônico, cigarros eletrônicos, e-cigarettes, e-ciggy, ecigar, entre outros, que podem ter diferentes formas, mas com o objetivo comum de simular o uso de produtos de tabaco como cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e similares. Esses equipamentos eletrônicos vaporizam um cartucho ou recipiente que contém extrato de folhas de tabaco. Podem utilizar também o líquido adquirido individualmente e conter nicotina ou não.</p>

Figura 2: Produtos de tabaco não geradores de fumaça (smokeles)

Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Guia para o profissional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: controle de produtos derivados do tabaco, (2016).

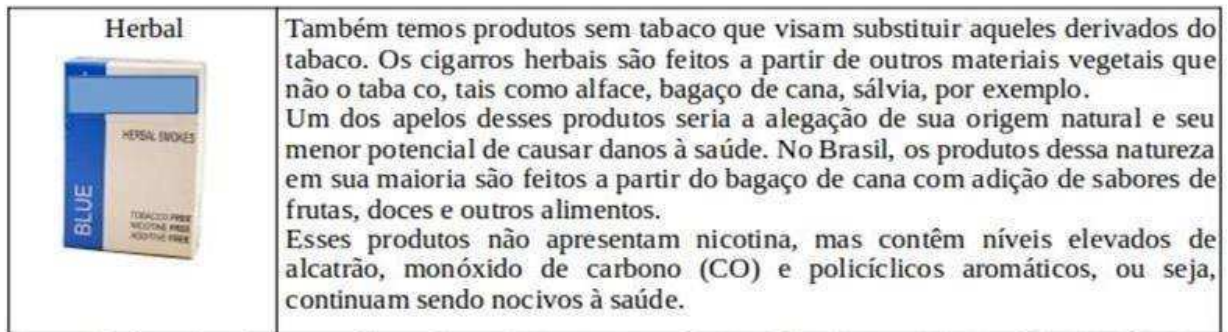


Figura 3: Produtos fumenígenos sem tabaco

Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Guia para o profissional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: controle de produtos derivados do tabaco, (2016).

Novos dispositivos pretendem substituir o cigarro comum, colocando toda uma nova geração em risco de se viciar em nicotina, retrocedendo as décadas de esforço investido para protegê-los (WHO, 2019). Além dos novos dispositivos, existe um novo tipo de fumante que é o poli fumante ou duplo fumante, aquele que além do cigarro comum utiliza outras formas de produto do tabaco, podendo aumentar ainda mais o consumo da nicotina (cigarro comum e narguilé ou cigarro eletrônico e narguilé, entre outros exemplos), muito deste novo tipo de uso se dá pela utilização dos aromatizantes, que os tornam mais atraentes, especialmente aos jovens (DAI, 2018).

Esses novos produtos do tabaco estão ganhando um número crescente de jovens, que vem a ter conhecimento dos mesmos por meio de novas estratégias de marketing das empresas multinacionais de tabaco e das mídias sócias, como por exemplo, contratar um influenciador das mídias sociais para colocar fotos suas com o produto do tabaco, ou instigar a postagem de fotos utilizando o produto para receber curtidas. Dentre esses novos dispositivos, temos os produtos do tabaco aquecido que produz aerossóis contendo nicotina além de outros produtos químicos tóxicos (iQOS, Ploom, glo e vaporizadores PAX), outro é o sistema eletrônico de entrega de nicotina, que são dispositivos que aquecem uma solução (e-líquido) para criar um aerossol que é então inalado pelo usuário ("e-cigs", "vapes", "e-hookahs" ou "vape canetas") (WHO, 2019).

Tem sido vinculada a utilização de novos dispositivos do tabaco (cigarros eletrônicos e narguilés entre os jovens como se fosse uma forma de consumo menos invasiva ou sem nicotina, o que tem estimulado o consumo desses produtos, especialmente pelos seus fabricantes. Estudos apontam entretanto, que a utilização de narguilé, contém uma quantidade significativa de nicotina

que provoca o vício e a dependência, os cigarros eletrônicos demonstram menor teor de nicotina, porém não há evidências para demonstrar que esses produtos não são realmente prejudiciais à saúde e a OMS considera que todas formas de uso do tabaco são maléficas para a saúde e medidas políticas e regulamentares devem ser aplicadas a todos produtos do tabaco (DAVIS; WILLIAMS; TALBOT, 2019; WHO, 2019; ACTBR, 2019).

O uso de narguilé por jovens e estudantes universitários está ganhando grande popularidade (AKL et al., 2010; AMERICAN LUNG ASSOCIATION, 2011; U.S., 2012). A utilização do narguilé (shisha, hubble-bubble, argileh, goza ou cachimbo de água), é uma maneira de fumar tabaco através de misturas, como frutas ou açúcar de melaço, com a utilização de uma tigela e mangueira ou tubo que termina em um bocal no qual o fumante inala a fumaça das substâncias queimadas (AANYU C et al., 2019). Em uma sessão típica de narguilé (cerca de 1 hora), o fumante pode inalar uma quantidade similar de toxinas que o consumo de mais de 100 cigarros, e mesmo se for utilizado o narguilé sem tabaco, ainda haverá risco para a saúde em virtude do monóxido de carbono e outras toxinas presentes no carvão usado para queimar o narguilé (AKL et al., 2010; AANYU C et al., 2019)

3.4 O CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNDO E NO BRASIL

O reconhecimento que o tabagismo é um problema mundial, fez com que 192 países que fazem parte da Assembleia Mundial de Saúde, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), criassem o primeiro tratado internacional de saúde pública para a articulação de ações multissetoriais como resposta à epidemia do tabaco. Foi desenvolvido a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), esse tratado tem como objetivo principal proteger as futuras e presentes gerações dos agravos causados pelo consumo e pela exposição ao cigarro, também irá proporcionar uma referência nas medidas adotadas no controle do tabaco, devendo ser implementadas em níveis nacional, regional e internacional, buscando reduzir continuamente e substancialmente a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2018; WHO, 2020). Conforme o decreto 5.658 de 02/01/2006 a adesão do Brasil à Convenção-Quadro foi ratificada pelo Congresso Nacional em novembro de 2005 (BRASIL, 2018).

Desde 1989, o Ministério da Saúde articula, através do INCA (Instituto Nacional de Câncer) com apoio da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan Americana da

Saúde, ações nacionais de controle do tabagismo, tendo como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco, com o uso de estratégias para prevenir a iniciação ao tabagismo, protegendo a população da exposição ambiental à fumaça de tabaco, realizando a regulação dos produtos de tabaco, promovendo ações educativas, realizando mobilizações políticas e iniciativas legislativas e econômicas, além de apoiar atividades de cessação do hábito de fumar (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018)

Os países membros da Convenção-Quadro, para executar medidas de combate ao tabagismo, utilizam um conjunto de políticas e intervenções para o controle dessa epidemia mundial, que foi denominado de MPOWER, sendo lançado pela OMS em 2008, na qual a sigla representa um pacote de seis medidas estratégicas: M (Monitor) - monitorar o tabagismo a nível nacional; P (Protect) - proteger a população contra a fumaça do tabaco; O (Offer) – ofertar ajuda para cessação do fumo; W (Warn) - advertir sobre os perigos que o tabaco oferece; E (Enforce) – Reforçar as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio; e R (Raise) - aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco (WHO, 2015).

O Relatório sobre a Epidemia Global de Tabagismo lançado pela OMS em 07 de julho de 2015 nas Filipinas, trouxe questões relacionadas com o aumento de impostos sobre os produtos de tabaco e sobre a implementação das medidas mais efetivas adotada pelos países membros da organização para o controle do tabaco e desse relatório se destacou que o aumento de impostos sobre o tabaco é a medida que teve menor ênfase entre os governantes que fazem parte do MPOWER (WHO, 2015). O Brasil em 2015, pôde celebrar os avanços alcançados no controle do tabagismo no país, com a redução da prevalência do consumo de tabaco nos últimos 20 anos, sendo este o resultado das medidas adotadas relacionadas à lei antifumo, proibição da publicidade ao cigarro e aumento do preço dos produtos de tabaco (WHO, 2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída em 2006, como a Portaria MS/GM nº 687, sendo após redefinida em 2014 pela Portaria nº 2.446 e atualmente revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2018). A PNPS busca ampliar e qualificar ações de promoção a saúde e dentro de um tipo de agenda estratégica, criada para auxiliar esse processo de promoção a saúde, definiu alguns pontos como prioritários. Um desses pontos prioritários está ligado ao enfrentamento do consumo do tabaco e de seus derivados, no qual a PNPS busca articular a promoção e mobilização de ações no combate do uso do tabaco,

com intervenções em diversas áreas, como da educação, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais (BRASIL, 2018).

Todo esforço do Brasil no controle do tabagismo teve reconhecimento internacional pela Bloomberg Philanthropies e recebeu o “Prêmio Bloomberg para o Controle Global do Tabaco”, durante a 16ª Conferência Mundial Sobre Tabaco ou Saúde, realizado em 2015, em Abu Dhabi, capital dos Emirados Árabes. Essa premiação foi dada pela atuação que o Ministério da Saúde e IBGE realizaram no monitoramento epidemiológico do consumo de tabaco e pela implantação de políticas públicas que auxiliaram na redução da prevalência do tabagismo em todo país (WHO, 2015).

Existem pilares que o Brasil se apoia para o controle do tabagismo, sendo eles: taxar altos preços no cigarro, proibir toda e qualquer forma de propaganda, eliminar todas as áreas reservadas ao uso do tabaco (fumódromos) e ofertar programa de tratamento ligado ao SUS, incluindo o apoio medicamentoso quando necessário (INCA, 2014; PORTES, 2018).

O Brasil ao reconhecer o papel da publicidade na adesão de novos consumidores de tabaco, buscou por ações legislativas a fim de desestimular o consumo pelo tabaco, como a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996 que em seu artigo 3º determina a proibição em todo território nacional de propaganda comercial de tabaco e seus derivados ou não, sendo permitido somente a exposição dos produtos do tabaco em locais de venda, porém os mesmos devem respeitar a cláusula de advertência, que consta do acondicionamento das embalagens de cigarro em local interno de venda, as embalagens devem vir com advertências escritas sobre o malefício do cigarro, imagens que ilustrem as mensagens de advertência, proibição da venda para menores de 18 anos, entre outras (Redação dada pela Lei nº 12.546, de 2011 que alterou a lei 9294 de 1996) (BRASIL, 2011).

A propaganda comercial dos produtos do tabaco deve se ajustar às seguintes diretrizes: advertir da diminuição do uso, não deve referir que o consumo pode causar algum benefício à saúde ou induzir ao bem-estar; não deve ligar o consumo a celebrações cívicas ou religiosas; não deve induzir o consumo como se o produto oferecesse propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzem fadiga ou tensão, ou que cause qualquer efeito similar; não associar o consumo do tabaco a imagens ou ideias que cause melhora no desempenho sexual; não ligar o uso do produto à prática esportiva, nem sugerir ou induzir o consumo em situações ou locais perigosos e/ou ilegais que representem situações abusivas; não utilizar imperativos que levem ao consumo; não

utilizar a participação de crianças ou adolescentes (INCA, 2018).

Os resultados das medidas de restrição à publicidade no controle do tabagismo em vários países mostram que esse é um instrumento legítimo e necessário para a redução do consumo, associado à medidas legislativas, econômicas e educativas, entre outras (INCA, 2018).

Em 2019, a OMS em seu 7º relatório sobre a Epidemia Global de Tabagismo, demonstra grande progresso na implementação das políticas de controle do tabaco MPOWER por alguns países, e o Brasil e a Turquia foram os únicos países que obtiveram sucesso em suas implementações além, de outros avanços no combate ao cigarro. Esse relatório cita um total de 65% da população mundial (quase 5 bilhões de pessoas), que está coberta por ao menos uma medida MPOWER ao mais alto nível. Ao comparar o relatório anterior de 2015 que demonstrava o total de 40% da população mundial (2,8 milhões de pessoas), se observa avanços no combate do tabagismo (BRASIL, 2019; OPAS, 2019).

3.5 TRATAMENTO DO TABAGISMO

O tratamento do tabagismo no Brasil é realizado por meio das diretrizes do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), que por sua vez é coordenado e gerenciado da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (Ditab), do INCA (INCA, 2019). Por volta de 1996 se iniciaram diversas ações do PNCT, para auxiliar na cessação ao tabagismo, sendo lançado um livro intitulado de: Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, que contém informações sobre dependência da nicotina, abordagens ao tabagistas e uso de medicamentos na cessação do tabagismo, auxiliando assim os profissionais nos cuidados prestados aos tabagistas (BRASIL, 2015).

O MS busca ofertar atualizações sobre o tabagismo, e vem publicando e atualizando portarias que incluem o tratamento do tabagismo na rede SUS, nos três níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade), onde se definem abordagens e tratamentos do tabagismo, além de buscar aprovar planos de implantação, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (INCA, 2019).

Dentre as atualizações realizadas pelo MS, temos a publicação da Portaria nº 571/GM/MS de 05 de abril de 2013, onde foram revogadas a Portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004 e a Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004, e a atualização mais recente publicada em

Diário Oficial da União (DOU) no dia 22 de junho de 2016 a Portaria nº 761/SAS/MS de 21 de junho de 2016, que revalida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina- Anexo II da Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2015, INCA, 2019). Segundo o INCA, um novo Protocolo Clínico, está em fase de elaboração, com adequações metodológicas orientadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), estando essas orientações de acordo com as principais diretrizes internacionais no tratamento do tabagismo (INCA, 2019).

A promoção da saúde permite que os indivíduos compreendam as consequências dos maus hábitos, a necessidade de mudá-los, e principalmente, que os principais beneficiários dessa mudança e responsáveis, são eles próprios, porém, dados recentes mostram que muitos dos tabagistas que tentam a cessação do cigarro, apenas uma minoria recebe aconselhamento de um profissional de saúde sobre como parar e uma parte menor ainda recebe um acompanhamento adequado para este fim (BRASIL, 2015).

Para Girão (2015), convencer um paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando isto implica em mudanças no estilo de vida ou ainda na necessidade de usar medicamentos diariamente, é um objetivo difícil de alcançar. Os profissionais de saúde devem estar muito bem orientados e preparados para abordar adequadamente esses pacientes (BRASIL, 2015; GIRÃO, 2015).

O hábito de fumar é um comportamento reforçado diariamente, necessitando de uma abordagem com base no modelo cognitivo comportamental, que é uma técnica recomendada para o tratamento do tabagista, estando embasada no entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por situações e emoções, que levam a dependência, em virtude das propriedades psicoativas da nicotina (INCA, 2019).

Na atuação ao tabagista é realizado a entrevista motivacional (EM) que é uma ferramenta clínica que busca ofertar aconselhamentos para ajudar o tabagista a cessar o hábito de fumar, com mudanças de seu estilo de vida (NUNES; CASTRO 2011; BRASIL, 2015). As entrevistas motivacionais mais longas e com mais sessões de tratamento, demonstraram ser mais eficazes do que as mais curtas e com um número menor de sessões (LINDSON et al., 2019). De acordo com esses mesmos autores a EM têm quatro princípios orientadores, que devem ser lembrados durante o atendimento ao tabagista, que se caracterizam em:

1. Resistir ao reflexo de consertar as coisas;

2. Buscar compreender e explorar as motivações do tabagista;
3. Escutar com empatia;
4. Buscar fortalecer o tabagista, estimulando a esperança e otimismo.

De acordo com a descrição das principais estratégias da EM, é utilizado as seguintes estratégias (SEREBRENIC; LIMA, 2019):

- a) **Perguntas abertas (*Open questions*)** - não utilizar perguntas fechadas, que levem a respostas limitadas como “sim” ou “não”. Permitir que o tabagista fale livremente, pois é a partir de sua fala que se criará uma estratégia de tratamento;
- b) **Afirmativas (*Affirmations*)** - auxiliar a autoeficácia do tabagista, buscando tecer comentários positivos sobre suas qualidades e pontos a serem fortalecidos;
- c) **Escuta reflexiva (*Reflective Listening*)** - ponto fundamental para estruturar uma conversa efetiva, sendo necessário utilizar empatia, respeito e compreensão sobre a fala do tabagista. É importante lembrar que é o tabagista que sabe sobre suas dificuldades e motivações, não julgar ou realizar comparações é importante para a criação de um clima propício para a conversa direcionada para a mudança. Uma boa tática a ser utilizada é desenvolver a reflexão do tabagista em alguns temas que necessitem serem trabalhados na mudança;
- d) **Sumário (*Summaries*)** - levantar as principais falas do tabagista durante a EM. Algumas informações podem ser úteis para motivar a mudança. Neste momento se busca reunir material (informações) para fazer ligações ou desconexões sobre temas levantados (ressalta discrepância ou ambivalência) (SEREBRENIC; LIMA, 2019).

Abordagem centrada na pessoa se trata de outra técnica para atender ao tabagista, que têm a intenção de promover a motivação para mudança, desviando o foco do tratamento para a pessoa atendida. É um novo modelo de relação entre o profissional de saúde e usuário, que não têm mais o foco no profissional de saúde ou em uma doença existente e sim no usuário e com uma comunicação mais adequada (BRASIL, 2015).

1) Abordagem cognitivo comportamental

Essa abordagem combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, sendo a mais indicada no atendimento da cessação do tabagismo (HAMMETT et al., 2018). A terapia cognitiva comportamental (TCC) é baseada na compreensão de cada

pessoa sobre suas crenças e padrões de comportamento, onde o profissional de saúde deve buscar maneiras para alcançar uma mudança cognitiva, com a modificação de pensamentos e do sistema de crenças dessa pessoa e assim produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK J.S., 2013).

O foco da TCC é voltado aos problemas, com ênfase no presente e nas dificuldades do momento atual. A TCC busca estabelecer metas mutuamente acordadas entre o tabagista e profissional da saúde, sendo que esses objetivos devem ser: específicos, mensuráveis, realizáveis, realistas e com tempo limitado. O profissional de saúde deve auxiliar o tabagista a priorizar objetivos, buscando retirar o foco em um problema, criando objetivos menores a serem alcançados. As sessões de TCC devem ter uma estrutura que busque aumentar a eficiência do tratamento, melhorando a aprendizagem e concentração as atividades “terapêuticas” em problemas específicos e possíveis soluções. Treinamento constantes de relaxamento e exercícios respiratórios devem ser utilizados, afim de reduzir os sintomas de abstinência ou ansiedade (FENN; BYRNE, 2013).

2) Modelo transteórico (PROCHASKA; DI CLEMENTE, 1982)

Outra estratégia utilizada durante a entrevista motivacional é o uso do modelo transteórico proposto por Prochaska & Di Clemente (1982), sendo este modelo utilizado em larga escala no Brasil (MESQUITA, 2013; BRASIL, 2015; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018; LINDSON et al., 2019).

O modelo transteórico de mudança foi projetado levando em conta transformações ou falta de transformações no comportamento do tabagismo, esse modelo se mostra uma ferramenta eficaz em prever a disponibilidade para alterar a cessação do tabagismo. De acordo com o estágio motivacional de cada indivíduo, utiliza-se uma intervenção apropriada. Os estágios de mudança são cinco: 1. Pré-contemplação: Não pensa em parar de fumar nos próximos seis meses; 2. Contemplação: Pensando em parar de fumar nos próximos seis meses; 3. Preparação: Pensando em agir dentro de 30 dias; 4. Ação: Alterou o comportamento nos últimos seis meses; 5. Manutenção: Mudança de comportamento de manutenção por mais de seis meses (ERIKSEM et al., 2013; FIDANCI et al., 2017).

A TCC é recomendada para o tratamento do tabagismo, pois objetiva a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças, buscando desconstruir vínculos de comportamento ao ato de fumar, trabalhando intervenções cognitivas e treinando habilidades

comportamentais (SILVA et al., 2011; SATTLER; CADE; 2013; MESQUITA, 2013; MENDES et al., 2016; INCA, 2019).

Na TCC, se busca manter uma postura empática, não confrontativa, explorando a resistência entre os prós e contras no uso do cigarro, tendo o objetivo de ensinar técnicas e estratégias que auxiliem os tabagistas a cessarem o uso do cigarro. Dentre as técnicas utilizadas se busca treinar habilidades sociais, resolução de problemas, psicoeducação em relação aos efeitos e às consequências do uso do cigarro e planejar estratégias para lidar com a fissura e com as situações de risco (BRASIL, 2012).

Dentre as técnicas utilizadas para abordar o usuário de algum tipo de droga, é empregado a auto monitoração, controle de estímulos, técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos. É necessário trabalhar com o auto controle ou auto manejo, para que o indivíduo consigo desenvolver meios de não voltar à dependência e ter controle sobre si e seus atos, sendo seu próprio agente de mudança (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

O principal objetivo com as intervenções realizadas ao tabagista é a cessação do uso do fumo, e existem diversos fatores que devem ser avaliados para obter sucesso no tratamento ao tabagista, sendo alguns deles: avaliação das últimas tentativas de parar de fumar, quais terapêuticas já foram realizadas, quais condições para se obter sucessos no tratamento e quais motivos levaram à recaídas, entre outros (RUSSO; AZEVEDO, 2010). Essa avaliação permite a elaboração de um adequado plano terapêutico específico para cada paciente, sendo assim, uma boa anamnese se mostra essencial no tratamento do tabagista, levando em consideração cada realidade vivida e situação de saúde (RUSSO; AZEVEDO, 2010).

É importante que ao realizar uma avaliação inicial e traçar o perfil do tabagista, seja estabelecido qual o tipo de tratamento será realizado, podendo ser individual ou em grupo e com ou sem necessidade de apoio medicamentoso. Caso o tratamento aconteça em grupo, este deve ser realizado em quatro sessões de até uma hora e meia seguindo as cartilhas do Ministério da Saúde. Uma das abordagens que são pouco utilizadas, porém, têm grande importância é a orientação a respeito de crenças sobre a cessação do tabagismo e o preparo do paciente para este momento (OLIVEIRA et al., 2017).

Algumas vezes é necessário utilizar terapia medicamentosa em conjunto com a abordagem cognitiva comportamental para um melhor resultado, diminuindo os sintomas da síndrome de abstinência, para fumantes com alto grau de dependência. A farmacoterapia

combinada com a abordagem comportamental se mostra efetiva na cessação do tabagismo, quando comparadas com as terapêuticas aplicadas isoladamente (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

A dependência à nicotina do fumante pode ser avaliada através do teste de Fagerström, este teste possui seis alternativas, onde existe uma pontuação ao lado (número entre parênteses), que ao final do teste ao se somar esses pontos se chegará ao resultado para o grau de dependência do fumante (MENESES-GAYA, et al., 2009).

Em um estudo realizado por Pinto de Jesus et al. (2016) com pacientes de grupos de cessação ao tabagismo, ficou claro durante a fala dos participantes a grande dificuldade em conseguir lidar com os sintomas de abstinência da nicotina, dependência psicológica e comportamentos que estão associados ao hábito de fumar, evidenciando a necessidade de apoio profissional especializado e com grande manejo com esses grupos.

Existem tipos de abordagens que podem ser utilizadas após a detecção do tabagista, sendo elas a abordagem breve/mínima, a abordagem básica e a abordagem intensiva, sendo a principal diferença entre elas, o tempo de atendimento ao tabagista, onde respectivamente equivale a, menor que três minutos, entre três e dez minutos, e maior que dez minutos (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015). No atendimento ao tabagista, os conselhos breves têm se mostrado uma ferramenta importante para auxiliar na cessação ou mudança no estágio motivacional (BRASIL, 2015; PROCHASKA, et al.; 2019). É amplamente utilizado internacionalmente pelos profissionais da saúde, os conselhos breves voltados aos 5As do *Nacional Cancer Institute*, que são:

1. (*Ask*) pergunte sobre o uso de tabaco;
2. (*Advise*) aconselhar para sair;
3. (*Assess*) avaliar a disposição de fazer uma tentativa de desistir;
4. (*Assist*) ajudar na tentativa de parar; e
5. (*Arrange*) providenciar acompanhamento.

Abordagem breve/mínima (PAAP): Essa abordagem tem a intenção de perguntar - avaliar - aconselhar – preparar o tabagista atendido por um profissional de saúde. Esse tipo de aconselhamento costuma dobrar as taxas de abandono, em média de 5% para 10%, essa abordagem aumenta a motivação dos pacientes para iniciar mudanças, com o fornecimento de informações sobre os riscos do tabagismo e os motivos para parar (NUNES; CASTRO, 2011;

BRASIL, 2015).

Essa abordagem tem por base sua aplicação em consultas de rotina ou atendimentos rápidos como na emergência, por exemplo, com orientações breves e assertivas, buscando saber qual o grau de motivação do tabagista (NUNES; CASTRO, 2011).

Na abordagem básica, com o mnemônico (PAAPA): se busca perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o tabagista na cessação ao tabagismo. Pode ser feita também, por qualquer profissional de saúde durante uma consulta de rotina, e sua duração é de 3 a 10 minutos em média, devendo ser reforçado novas abordagens nos retornos (BRASIL, 2015). Na abordagem básica, deve-se perguntar a todo paciente se é fumante, e caso a resposta seja positiva, avaliar o grau de dependência física e motivacional em parar de fumar; aconselhar a cessação do cigarro e preparar o tabagista para deixar de fumar (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015). No caso dos pré contemplativos (não pensa em parar) a abordagem deve enfatizar a importância do abandono, riscos de continuar fumando e quais principais barreiras encontradas, destacando sempre os benefícios de parar de fumar, já os tabagistas contemplativos (percebeu seu problema e pensa em talvez parar de fumar), neste caso, deve-se sugerir a cessação de fumar, com mudanças comportamentais. A simples motivação nessa abordagem do profissional de saúde, pode muitas vezes, motivar o fumante a pensar em cessar o hábito de fumar (NUNES; CASTRO, 2011).

Este método de abordagem se torna mais eficaz que a abordagem breve (PAAP), pois se espera o retorno do paciente para o acompanhamento do mesmo em uma possível fase crítica da abstinência ou em outras necessidades que o paciente possa apresentar. Ambas abordagens têm baixo custo e são comprovadamente efetivas no combate ao tabagismo (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015).

A abordagem intensiva (também denominada específica): tem definido o contato do profissional de saúde com o tabagista, por tempo superior a dez minutos. Essa abordagem apresenta maiores taxas de sucesso para cessação do tabagismo, podendo ser realizada tanto de forma individual quanto em grupo, e aqui também como na abordagem básica se busca perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o tabagista atendido (MIRRA et al. 2010; BRASIL, 2015). A abordagem intensiva pode acontecer em grupo ou individualmente, sendo a mais utilizada em grupo em virtude de proporcionar um ambiente terapêutico adequado, em que se busca explorar habilidades de relacionamento, o ajustamento social e os estilos de vida, além de permitir possíveis vivências semelhantes auxiliando na troca de experiências (SANTANA et al.,

2014).

Em relação ao tempo de abordagem intensiva, as evidências sugerem que o ideal de tempo a ser investido é de 90 minutos para ser mais efetivo e quanto mais sessões realizadas, melhor o resultado, tendo como ideal o total de quatro sessões ou mais, sendo que após as quatro sessões iniciais, recomenda-se acompanhamento posterior, com retornos, contribuindo nas recaídas e reforçando a cessação ao tabagismo (MIRRA et al., 2010; BRASIL, 2015).

Como já foi dito anteriormente a abordagem intensiva pode ser realizada nas modalidades individual ou em grupo, com boa eficácia em ambas. É necessário fazer uma boa avaliação para distinguir qual tipo é ideal para o tabagista que será acompanhado, é necessário observar se o perfil do tabagista se enquadra no grupo (uma gestante entre muitos homens, por exemplo), alterações psiquiátricas (transtornos de ansiedade, distúrbio de pânico, esquizofrenia, depressão maior ou outros), entre outras situações que necessitem de avaliação cuidadosa que justificam um acompanhamento individual mais próximo (BRASIL, 2015).

Abordagem individual necessita de maior tempo do profissional de saúde, com um único paciente, já o tratamento em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado, e tem como vantagem a troca de experiências entre os participantes, o que permite uma contribuição no aspecto terapêutico de cessação ao tabagismo (BRASIL, 2015). As abordagens individuais apresentam evidências de alta qualidade para auxiliar o tabagista na cessação do tabagismo, podendo ser utilizada em situações que não é possível aplicar os grupos (dificuldade de participar de grupos, transtornos psiquiátricos, déficits auditivos ou cognitivos) (LANCASTER; STEAD, 2017).

A abordagem e o tratamento do tabagista adotado pelo MS, consiste em realizar uma consulta inicial de avaliação clínica do fumante, após se realiza quatro sessões iniciais, estruturados, preferencialmente semanais, seguidos de duas sessões quinzenais, com os mesmos participantes, sendo que após estas sessões se realizará uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até finalizar um ano, tendo o total de 16 sessões de grupos terapêuticos. Essa estrutura de grupo requer, que cada profissional e equipe adaptem o método à sua realidade, podendo aumentar o número de sessões ou condensá-las, para garantir melhor acesso (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

O ideal para o realização do grupo de cessação ao tabagismo segundo o MS, são de um a dois profissionais de saúde de nível universitário, já capacitados e que tenham compromisso com

o tema tabagismo, porém, caso necessário, os grupos podem acontecer com somente um desses profissionais (BRASIL, 2016).

Os encontros são preestabelecidos em suas abordagens e condutas, sendo que o primeiro encontro aborda qual o motivo que levou o participante a fumar e como o cigarro afeta sua saúde. O segundo aborda as alterações que ocorrem nos primeiros dias sem fumar. No terceiro encontro discute-se quais benefícios foram percebidos após parar de fumar. No quarto encontro se discute sobre os benefícios de ter parado de fumar. Esse programa já definido pelo MS, têm seus temas prontos, porém existe a abertura para realizar atividade extras durante os encontros caso se veja necessidade, buscando sempre enriquecer as orientações sobre a cessação do hábito de fumar (BRASIL, 2015).

Após o primeiro mês de abordagem ao tabagista, se realiza encontros de manutenção, que visam apoiar os participantes que cessaram o uso do tabaco, e sua periodicidade passa a ser quinzenal no segundo mês de tratamento, sendo que após o segundo mês os encontros de manutenção são mensais até que se complete o período de um ano (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016). Todo tabagista deve ser acompanhado durante o período de seis meses a um ano, podendo ser esse acompanhamento realizado por meio de consultas, nos grupos de manutenção, através de chamadas telefônicas, e-mails, whatsapp e SMS (BRASIL, 2015; USSHER et al., 2016).

O número ideal de participantes é de 10 a 15, com o tempo médio de uma hora e meia, coordenados por um a dois profissionais de saúde de nível superior (NUNES; CASTRO, 2011). O MS sugere atuações frente ao tratamento do tabagista, e em cada sessão é apresentado temas para serem abordados. O coordenador dos grupos de cessação realiza seus encontros de acordo com essas sugestões por apresentarem eficácia comprovada (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Na primeira sessão, se realiza o acolhimento dos participantes, com apresentações dos integrantes do grupo, orientações sobre como será a dinâmica das sessões e algumas regras para o bom andamento dos encontros. Após se discute a respeito dos motivos que levam uma pessoa a fumar e das ambivalências vivenciadas (parar versus continuar fumando); os benefícios de parar de fumar; levantasse questões para compreender que fumar é um ato de dependência química com algumas questões como: (quanto você fuma? O que faz você fumar? Qual o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar? Quanto tempo depois de levantar você acende seu primeiro cigarro?); orientação sobre dependência química, dependência psicológica e condicionamento; algumas formas de parar de fumar (abrupto/gradual); a escolha da data para parar de fumar ("dia

D”). (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015)

Na segunda sessão, se busca informações dos participantes sobre suas vivências durante a semana com relação ao cigarro, são orientadas técnicas de controle comportamental e a importância de ser assertivo nas atitudes do dia a dia. É orientado o uso de técnicas de autocontrole e sobre a síndrome de abstinência (sintomas e técnicas de manejo). Nesta sessão deve-se orientar sobre técnicas de relaxamento e respiração e buscar desenvolver um pensamento construtivo no grupo com relação ao abandono do cigarro (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015).

A abstinência surge por razões fisiológicas, em especial no cérebro, como resposta à ausência de nicotina, conseqüente à redução dos estímulos no SNC, e que geralmente desaparecem rapidamente após o consumo da droga, sendo no caso, o cigarro fumado (BRASIL, 2015; USSHER et al., 2016). Os sintomas mais comuns são: fadiga, desejo de fumar, inquietação, distúrbios do sono/insônia, sensação de tristeza/depressão, ansiedade, cefaleia, irritabilidade, aumento da tosse e constipação, sendo que tais sintomas, geralmente duram poucos dias, mas também podem se prolongar durante o primeiro mês de abstinência (BRASIL, 2015; USSHER et al., 2016).

Os sintomas de abstinência se devem ao efeito da nicotina, sendo que suas propriedades de reforço positivo ativam a via dopaminérgica no sistema de recompensa cerebral, dando ao fumante a sensação de prazer e relaxamento, fazendo o tabagista repetir o comportamento de fumar (BRASIL, 2012; USSHER et al., 2016).

Na terceira sessão do programa, se busca métodos para auxiliar com obstáculos que possam surgir, na cessação ao hábito do tabagismo, como por exemplo, o aumento de peso. É discutido com os participantes sobre as mudanças percebidas ao iniciar a cessação do cigarro, como melhorias e benefícios físicos e mentais, neste momento é importante ressaltar sobre atividade física e técnicas de alimentação saudável. Busca-se trabalhar dificuldades trazidas pelos participantes e possíveis crenças relacionadas a cessação do tabagismo. É importante destacar mudança de rotinas e comportamentos para evitar situações que lembrem o uso do cigarro (“gatilhos”), orientando sobre o autocontrole e reflexões sobre o enfrentamento dessas situações (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015).

A quarta sessão, se faz um balanço geral do funcionamento do grupo, conquistas e desafios encontrados em ter cessado o tabagismo. Neste momento, trazer um ex participante de

grupos anteriores relatando sobre sua experiência é bastante promissor para o grupo se sentir motivado. Deve-se lembrar os benefícios que em longo prazo são obtidos com a cessação do cigarro. Manter sempre o reforço positivo com os participantes, encorajando e parabenizando suas conquistas. Nesta sessão, é interessante ressaltar sobre possíveis recaídas e como preveni-las e encorajar os que não pararam de fumar a continuar tentando, além de orientar quanto ao prosseguimento do tratamento e retornos (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015).

Nas demais sessões, que seriam de manutenção da cessação do tabagismo, se busca motivar os participantes a compartilharem suas experiências desde o último encontro, nessas reuniões é reforçado a identificação das situações de alto risco de recaída, e a busca em evitar essas situações com o treinamento de habilidades comportamentais. É importante manter o reforço positivo sobre as conquistas e orientar sobre a possibilidade de se manter nos encontros de manutenção até o período de um ano, para evitar recaídas (NUNES; CASTRO, 2011; BRASIL, 2015).

Durante o tratamento do tabagismo, podem ocorrer alguns obstáculos ou desafios que devem ser abordados pelo profissional da saúde e são muito comuns durante o processo de cessação do tabagismo que são a recaída, abstinência, consumo de álcool, aumento de peso, entre outros (BRASIL, 2015).

A recaída pode ocorrer dentro dos primeiros 90 dias de cessação e vai reduzindo o seu índice com o passar dos meses (INCA, 2013). Os tabagistas que recaem têm como principais características um grau de dependência elevado, influências econômicas (desemprego), idade de início do consumo de cigarro precoce (infância ou adolescência), convivência com outros tabagistas, história de problemas de saúde (dores crônicas, depressão, abuso de álcool ou outras drogas), influências psicológicas (falta de esperança, desespero, estresse, ansiedade, baixa motivação). Estes tabagistas devem ser estimulados a reconsiderar novas tentativas de cessação do uso do cigarro, pois os benefícios de cessar o uso do cigarro se sobrepõem aos sintomas da abstinência que é passageiro, sendo que a redução do consumo de tabaco significa reduzir morbidade e mortalidade (NUNES; CASTRO, 2011; INCA, 2013; NASCIMENTO et al., 2016).

O tabagista pode enfrentar uma situação que é confundida com a recaída que é o **lapso**, onde o tabagista traga algum cigarro esporadicamente após ter cessado, sem que retorne ao hábito de fumar (BRASIL, 2015).

Os sintomas de abstinência são causados pela retirada repentina do suprimento de

nicotina, podendo se manifestar nas primeiras quatro a doze horas após parar de fumar. Os sintomas variam de acordo com cada tabagista, podendo haver maior ou menor intensidade, sendo manifestações temporárias, atingindo sua máxima intensidade nas primeiras 24 a 72 horas e reduzindo seus sintomas a partir da terceira a quarta semana seguinte (ENSP, 2016).

Os principais sintomas incluem: necessidade aguda/incontrolável de fumar (desejo); irritabilidade; inquietação, raiva, sentimentos de ansiedade; cansaço; aumento do apetite, especialmente para doces e consequente ganho de peso; problemas para concentrar e focar a memória; depressão; dores de cabeça; insônia; tonturas (BRASIL, 2015)

Dentre os tabagistas que buscam cessar o uso do cigarro 75% apresenta sintomas relacionados com a abstinência, o que pode leva a recaídas, necessitando de acompanhamento do profissional de saúde com orientações a respeito dos sintomas, orientando técnicas para lidar com a fissura que tem seu período de duração de cinco minutos (MARTINEZ et al., 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Tabagistas são propensos a consumir maior quantidade de bebidas alcoólicas e mais frequentemente que os não tabagistas, podendo ser este um fator desencadeante ao retorno do hábito de fumar (recaída). É necessário tomar medidas durante o processo de cessação ao tabagismo, reduzindo ou não consumindo bebidas alcoólicas (BATISTA et al., 2011).

Ao longo do processo da cessação tabágica, é comum a necessidade de ingerir alimentos particularmente mais calóricos, levando a um aumento de peso. O excesso de peso é um dos fatores citados como um forte motivo para a relutância em cessar o hábito de fumar, levando a recaída. Neste sentido é de extrema importância a orientação relacionada ao consumo adequado de alimentos durante a cessação do cigarro, buscando trazer estratégias de substituição saudável de alimentos (BRASIL, 2015; SIMAS; MARINHO; DIAS, 2015).

Uma estratégia utilizada pela diretriz de cessação do tabagismo europeia (2012), é a utilização dos 5R (*relevance, risks, rewards, road-blocks*), que têm a intenção de trazer ao tabagista razões pessoais para cessar o hábito de fumar, demonstrando os riscos relacionados ao fumo, identificando bloqueios e criando recompensas ao cessar o hábito de fumar (ENSP 2016). Essas estratégias consistem:

- 1) Relevância (*Relevance*), buscar responder à pergunta: “Por que parar de fumar é importante para você em um plano pessoal? ”;
- 2) Riscos (*Risks*): identificar riscos potenciais para a saúde de cada tabagista e

estratificar os riscos agudos (exacerbações da DPOC) e de longo prazo (infertilidade, câncer);

- 3) Recompensas (*Rewards*): demonstrar os benefícios pessoais de parar de fumar;
- 4) Obstáculos (*Road-blocks*): solicitar ao tabagista que identifique as barreiras ou obstáculos que possam impedir o sucesso de uma tentativa de parar;
- 5) Repetição (*Repetition*): intervenções para parar de fumar devem ser realizadas repetidamente, mesmo que o tabagista não tenha motivação para cessar o hábito de fumar.

3.5.1 Tratamento medicamentoso

O tratamento da dependência do tabaco é uma das ações mais econômicas na área da saúde (RIGOTTI, 2012). A farmacoterapia é usada como apoio, em alguns casos que somente uma abordagem comportamental não esteja surtindo efeito (PAWLINA et al., 2014; DANTAS et al., 2016). Alguns medicamentos têm eficácia comprovada e são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos. Os nicotínicos, que também são chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. Os medicamentos não-nicotínicos são os antidepressivos, como a bupropiona e nortriptilina, e o anti hipertensivo clonidine (BRASIL, 2015).

Os medicamentos de primeira linha para cessação do tabaco incluem terapia de reposição de nicotina (TRN), bupropiona e vareniclina. Os medicamentos de segunda linha incluem nortriptilina e clonidina (CAHILL et al., 2013; BRASIL, 2015).

A portaria nº 761, de 21 de junho de 2016, valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina, e traz informações sobre o uso das medicações para o tratamento do tabagismo (BRASIL, 2016). O apoio farmacoterápico tem um papel bem definido no processo de cessação de fumar, que é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência, quando estes representam uma importante dificuldade para o fumante deixar de fumar. Sua função é, portanto, facilitar a abordagem cognitiva comportamental na fase em que os tabagistas manifestam sintomas da síndrome de abstinência. Todos os tabagistas em uso de apoio medicamentoso devem ser acompanhados e avaliados durante o tratamento (BRASIL, 2015).

A terapia de reposição de nicotina (TRN), após ser avaliado cada caso para afastar contra indicações, é utilizada nas formas de goma de mascar de nicotina, pastilha de nicotina ou adesivo transdérmico de nicotina, sendo que o MS oferta atualmente na forma de adesivo. Orientações de uso são importantes, evitando erros de aplicação ou utilização, assim como o tabagista deve ser orientado de não estar fumante durante a utilização da TRN, em função da intoxicação nicotínica (STEAD, 2012; BRASIL, 2016).

A goma de mascar de nicotina é um resinato, com apresentação de 2 mg, sendo mascado com força várias vezes, para liberação do produto. Sua absorção ocorre pela mucosa oral, e é liberada aos poucos de acordo com a intensidade da mastigação, podendo levar entre dois a três minutos para a nicotina atingir o cérebro. A recomendação é utilizar no máximo a quantidade de 15 gomas de 2 mg por dia. A duração total do tratamento é de 12 semanas (BRASIL, 2016).
Posologia:

Quadro 1: Posologia da Goma de Mascar

Semana de uso	Quantidade utilizada
Semana 1 a 4	1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo de 1 tabletes por dia)
Semana 5 a 8	1 tablete a cada 2 a 4 horas
Semana 9 a 12	1 tablete a cada 4 a 8 horas

Fonte: (BRASIL, 2016)

É importante orientar o uso correto deste produto, como não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma e não fumar durante a utilização desse produto. As contraindicações da goma de mascar com nicotina são: hipersensibilidade conhecida a um dos componentes da fórmula; impossibilidade mastigar ou em indivíduos com afecções ativas da articulação temporomandibular; estar no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio; portadores de úlcera péptica (BRASIL, 2016).

Pastilha de nicotina se apresenta em tabletes de 2 mg de nicotina que dissolvem na boca completamente entre 20 a 30 minutos. A absorção ocorre na mucosa oral, onde é absorvida completamente a nicotina, caso seja deglutida esse valor cai para 80% a 93% da nicotina. A duração do tratamento recomendada é de 12 semanas (BRASIL, 2016).

Quadro 2: Posologia da Pastilha

Semana de uso	Quantidade utilizada
Semana 1 a 4	1 pastilha a cada 1 a 2 horas (máximo de 1 tabletes por dia)
Semana 5 a 8	1 tablete a cada 2 a 4 horas
Semana 9 a 12	1 tablete a cada 4 a 8 horas

Fonte: (BRASIL, 2016)

Para a utilização adequada da pastilha é importante que se mova a pastilha de um lado para o outro da boca, várias vezes, até que seja totalmente dissolvida, podendo levar de 20 a 30 minutos esse processo. A pastilha não deve ser mordida ou deglutida, devendo ser evitado o consumo de líquidos durante seu uso para garantir melhor resultado. As contraindicações da Pastilha de Nicotina são: hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula; portadores de fenilcetonúria; estar no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio; portadores de úlcera péptica (BRASIL, 2016).

O adesivo transdérmico de nicotina têm sua apresentação de 7 mg, 14 mg e 21 mg, e é aplicado na pele, onde a nicotina presente no adesivo será absorvida pela derme e têm sua liberação lenta e contínua na corrente sanguínea. Sua troca ocorre a cada 24 horas (BRASIL, 2016).

Quadro 3: Posologia de adesivo de nicotina

Teste de Fagerström	Semana de uso	Quantidade utilizada
Escore do entre 8 a 10 e/ou tabagista de mais de 20 cigarros por dia	Semana 1 a 4 Semana 5 a 8 Semana 9 a 12	adesivo de 21mg a cada 24 horas adesivo de 14mg a cada 24 horas adesivo de 7mg a cada 24 horas
Duração do tratamento de 12 semanas		
Escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou tabagista de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar	Semana 1 a 4 Semana 5 a 8	adesivo de 14mg a cada 24 horas adesivo de 7mg a cada 24 horas
Duração do tratamento de 8 semanas		
Escore de 5 ou menos e/ou pessoas que fumam menos que 10 cigarros por dia	Semana de 1 a 6	adesivo de 7 mg a cada 24 horas
Duração do tratamento de 6 semanas		

Fonte (BRASIL, 2016)

Dentre as orientações para o uso do adesivo de nicotina é importante salientar a realização do rodízio a cada 24 horas ao aplicar na pele, mulheres devem evitar a região dos seios e homens devem evitar colocá-lo em região que apresente pelos. Não deve haver exposição solar ao adesivo e não há restrição quanto ao uso na água (banho, praia). As contraindicações do Adesivo

Transdérmico de Nicotina são: hipersensibilidade conhecida a um dos componentes da fórmula; doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo; estar no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio; gestação; amamentação (BRASIL, 2016).

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo atípico que inibe a recaptção neuronal de dopamina e norepinefrina, em maior intensidade e também da serotonina em intensidade menor, apresentando atividade dopaminérgica no núcleo accumbens e noradrenérgica no locus coeruleus. Também pode exercer ação de antagonizar os receptores nicotínicos. Sua apresentação é de comprimidos com 150 mg (BRASIL, 2016).

Quadro 4: Cloridrato de Bupropiona

Dias de uso	Quantidade utilizada
Do 1 ao 3 dia	01 cp. ao dia (manhã)
Do 4 dia em diante	02 cp. ao dia (intervalo de 8 horas do primeiro cp.)
Duração do tratamento de 07 a 12 semanas	

Fonte (BRASIL, 2016)

Durante o tratamento, é importante que se tenha parado de fumar no 8º dia após o início da medicação. As contraindicações do Cloridrato de Bupropiona são: hipersensibilidade conhecida a um dos componentes da fórmula; risco de convulsão (história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância e anormalidades eletroencefalográficas conhecidas); alcoolistas em fase de retirada de álcool; uso de benzodiazepínico ou outro sedativo; doença cérebro vascular (tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa); gestação; amamentação. Tabagistas que fazem uso de inibidor da MAO, é necessário suspender a medicação, pelo período de 15 dias antes do início do Cloridrato de Bupropiona. (BRASIL, 2016)

A vareniclina foi desenvolvido especificamente para o tratamento da dependência do tabaco, reduzindo o desejo por nicotina e os sintomas de abstinência, tendo seus mecanismos diferentes daqueles da Bupropiona e da terapia de reposição da nicotina. Em pesquisa realizada pela CONITEC, não foi verificado superioridade da vareniclina para as medicações já adotadas pelo SUS para o tratamento do tabagismo (TRN e cloridrato de Bupropiona), portanto, não houve incorporação no SUS da vareniclina (Champix®) para o tratamento do tabagismo. A forma de apresentação da vareniclina é de 0,5 mg, sendo a posologia recomendada de um comprimido de 0,5 mg, uma vez ao dia do 1º ao 3º dia; tomar um comprimido de 0,5 mg, duas vezes ao dia do 4º ao 7º dia, e após utilizar 01 comprimido de 1,0 mg, duas vezes ao dia do 8º dia até o final do tratamento, que tem duração de 12 semanas. Os eventos adversos moderados significativamente

mais frequentes para vareniclina foram: náusea, insônia, sonhos anormais e dor de cabeça. (BRASIL, 2019).

Nortriptilina é um antidepressivo tricíclico de segunda geração, usado no tratamento da depressão. É considerado como uma medicação de segunda linha para o tratamento ao tabagismo e não é recomendado pelo MS, assim como a clonidina, que é indicada para tratamento da hipertensão arterial, também é uma medicação não recomendada pelo MS para o tratamento do tabagismo (BRASIL, 2015).

Embora o apoio medicamentoso aumente as chances da cessação de fumar, para que se alcance um resultado satisfatório não deve ser usado fora do contexto do apoio comportamental, onde o fumante vai sendo aos poucos estimulado e orientado a lidar com a dependência psicológica e a se “descondicionar” das associações feitas ao tabaco (INCA, 2013).

3.5.2 Outras formas de tratamento do tabagismo

O uso das práticas integrativas e complementares (PICS) na saúde, têm sido cada vez mais frequentes. O MS em sua Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, busca ofertar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tratamentos que utilizam recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, que é um modelo de saúde baseado em saberes, crenças e nas experiências características de diferentes culturas, que conta com conhecimentos próprios, capacidades e práticas de promoção, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 2019).

Estudos mostram que algumas PICS, quando associadas aos programas de cessação do tabagismo, contribuem em maior escala para a cessação do hábito de fumar (TANG et al., 2013; BOCK et al., 2019; VIEIRA et al., 2018).

Outras intervenções psicossociais podem ser utilizadas no sentido de fortalecer a cessação do tabagismo, podendo ser utilizadas como apoio. Entre elas temos os materiais de autoajuda, apoio por mensagens de texto para celulares, material de suporte disponibilizado via internet, apoio por telefone (helplines ou quitlines), aconselhamento via internet (ZWAR et al., 2011; GILLASPY et al., 2013; MAHONEY et al., 2014; MEHRING et al., 2014; WHITTAKER et al., 2019).

3.6 O TABAGISMO E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares causam um grande número de mortes no mundo sendo o tabagismo um importante fator de risco para essas doenças, assim como as doenças cardíacas coronarianas, acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica e a insuficiência cardíaca congestiva. O uso de cigarros está ligado ao aumento dos níveis de colesterol, reatividade vasomotora coronariana, agregação plaquetária e possibilidade de desenvolver episódios trombóticos (NUNES; CASTRO, 2011; RAMOTOWSKI et al., 2019). Existe uma relação entre o tabagismo e o aumento da Proteína C Reativa (PCR), fibrinogênio e homocisteína levando ao aumento de alterações inflamatórias e promovendo mecanismos para a arteriosclerose (NUNES; CASTRO, 2011).

Dentre os fumantes atuais, calcula-se que estes consumam cerca de 6 trilhões de cigarros todos os anos. Aproximadamente 50% das mortes poderiam ser evitadas entre os fumantes se o vício fosse tratado e abolido, o que diminuiria também o número de mortes por doenças cardiovasculares (DCVs), que carrega um número elevado de casos (INCA, 2017).

As doenças cardiovasculares são as causas mais prevalentes de morte e incapacidade física em praticamente todas as regiões do mundo, com repercussões importantes nos custos da assistência médica. Atualmente em torno de 34% de todos os óbitos são devidos às DCV (doenças cardiovasculares), notadamente a cardiopatia isquêmica e os acidentes vasculares cerebrais. No mundo ocidental, 44% das mortes por infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorrem em indivíduos com menos de 65 anos de idade e 38%, em pessoas com menos de 55 anos. Dados do Ministério da Saúde mostram que os brasileiros estão igualmente morrendo mais precocemente pelas DCV (NUNES; CASTRO, 2011; INCA, 2017).

Os profissionais da equipe de cardiologia, exercem uma função importante ao buscar combater o tabagismo, sendo que a assistência à cessação do tabagismo é um elemento fundamental para o manejo do paciente cardiovascular (PROCHASKA; BENOWITZ; 2015).

Vale lembrar que os tabagistas internados são mais receptivos às informações e orientações a respeito da cessação ao tabagismo, esse fato muitas vezes ocorre em virtude da fragilidade do momento, por medo das complicações, novas internações, não poder fumar durante a internação, medo da morte e muitos outros motivos (ABROUG et al., 2020). Esses fatores levam a necessidade de intervenções organizadas e com uma equipe multiprofissional, na

cessação do tabagismo com os pacientes cardiovasculares (BAINS et al, 2014; WESTMAAS et al., 2015; ABROUG et al., 2020).

Segundo Benowitz e Fraiman (2017), os efeitos cardiovasculares que o tabaco pode causar são:

- a) Efeitos hemodinâmicos (aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, aumento da contratilidade miocárdica, aumento de trabalho do miocárdico, vasoconstrição cutânea e coronária, aumento de fluxo sanguíneo coronário e diminuição da reserva de fluxo sanguíneo coronário);
- b) Disfunção endotelial (dilatação mediada por fluxo prejudicada com infusão intravenosa local e spray nasal de nicotina);
- c) Arritmogênese ventricular (diminuição do limiar de fibrilação ventricular; aumento de ectopia ventricular, aumento de choques do CDI e morte súbita em fumantes);
- d) Arritmogênese atrial (fibrilação atrial (FA); aumento da incidência de FA em fumantes);
- e) Anormalidades lipídicas (baixos níveis de HDL e triglicerídeos mais altos nos fumantes);
- f) Resistência à insulina e diabetes mellitus (aumento da incidência de diabetes tipo 2 e resistência a insulina em fumantes, aumento da sensibilidade à insulina em fumantes);
- g) Efeitos do miocárdio (promove remodelação e fibrose e causa disfunção após isquemia, aumenta o risco e/ou agravamento da insuficiência cardíaca).

Os cigarros sem fumaça ainda são alvos de estudos, sendo que uma meta-análise de 2016, que analisou o uso de tabaco sem fumaça e o risco de DCV, verificou que existe um aumento do risco de doença isquêmica do coração e mortes por AVC entre os usuários desses tipos de cigarros (VIDYASAGARAN et al., 2016).

Ainda sobre a utilização dos cigarros eletrônicos como auxílio da redução de complicações cardiovasculares, não há evidências suficientes a respeito dos seus reais benefícios a longo prazo, sendo uma questão que continua sendo objeto de debate, porém, com base nas atuais evidências, os cigarros eletrônicos não são totalmente isentos de emissões, e o nível de toxicidade entre os cigarros eletrônicos e os cigarros comuns ainda é controverso. Os produtos químicos emitidos pelo cigarros eletrônicos podem atingir níveis comparáveis aos da fumaça do tabaco, podendo variar de acordo com alguns fatores, como o tipo de dispositivo, e-líquido,

topografia e experiência com vapores (BENOWITZ; BURBANK et al., 2016; SLEIMAN et al., 2016).

3.7 ENFERMAGEM E O TABAGISMO

O enfermeiro, tanto na atenção básica como no âmbito hospitalar, têm destaque no que diz respeito à promover cuidados para o controle do aparecimento e piora das doenças crônicas e seus agravos. No cuidado prestado às pessoas em condições crônicas de saúde ou no próprio âmbito das promoções de saúde para essas doenças a enfermagem se faz presente, oferecendo orientações e cuidados, na busca pela mudança desses indivíduos, em seu estilo de vida (CRUZ; GONÇALVES, 2010; BARBIANE et al., 2016). No tabagismo são relatados resultados de impacto sustentável com a abordagem empírica assertiva do profissional de enfermagem, demonstrando efeitos positivos da influência desse profissional, estando sempre presentes nas ações de combate ao uso do cigarro, em todos os níveis de atenção (CRUZ; GOLÇALVES, 2010; SMITH et al., 2011; FELLOWS et al., 2012; SARNA et al., 2013; RICE et al., 2013; SHELLEY et al., 2017; ZAMPIER et al., 2019).

As ações do enfermeiro no programa de cessação do tabagismo vão desde elaboração de material técnico de apoio ao programa, treinamento de equipes, atividades educativas em escolas e nos ambientes de saúde, consultas de enfermagem, abordagem breve e intensiva ao tabagista, organizar e coordenar as sessões de abordagem em grupo, entre tantas outras ações. Porém se percebe falhas na sistematização dessas ações de enfermagem, sendo que muito do trabalho realizado não fica visível e tantas ações passam despercebidas (CRUZ; GOLÇALVES, 2010; ZAMPIER et al., 2019).

Segundo a Diretriz de Cessação ao Tabagismo Europeia (2016), os enfermeiros devem possuir habilidades teóricas e práticas para fornecer aconselhamento breve e intensivo sobre o tabagismo, assim como, auxiliar no tratamento da cessação do tabagismo, sendo apresentado com nível de evidência alto (ENSP, 2016).

Em um estudo sobre a implantação das normas da *Joint Commission*, realizado em dois hospitais da cidade de Nova York, aplicado com 4.871 tabagistas, no período de 2012 a 2015, sobre o tratamento do tabagismo, buscou-se avaliar o impacto entre duas intervenções para o tratamento do tabagismo. Uma intervenção era a prescrição de farmacoterapia pelos médicos e a

outra era a aplicação de aconselhamento por uma enfermeira. Ao final do estudo observou-se aumento considerável com relação aos aconselhamentos recebidos pelos tabagistas. Intervenções focadas nas atuações dos enfermeiros, que estão em situação privilegiada, de contato direto com o tabagista, demonstram a importância do papel da enfermagem nas ações de prevenção ao tabagismo. Assim foi possível aumentar os aconselhamentos sobre cessação do tabagismo (SHELLEY et al., 2017).

O enfermeiro tem um importante papel como multiplicador das ações de prevenção, com a responsabilidade e o dever de falar e aconselhar os usuários acerca dos malefícios do uso do tabaco. Além disso, devem desempenhar ações educativas que promovam a cessação de fumar. O profissional de enfermagem deve atuar através de seus conhecimentos e habilidades, desenvolvendo diversas atividades estratégicas, tanto no planejamento quanto na intervenção para o controle do tabagismo (CRUZ; GONÇALVES, 2010).

A abordagem realizada pelo enfermeiro ao tabagista pode ocorrer tanto na modalidade individual, oportunamente, ou em grupo, fundamentada na terapia cognitivo-comportamental. No que se refere ao aconselhamento comportamental, o enfermeiro busca promover motivação e a autoeficácia dos tabagistas na intenção de cessar o hábito de fumar, além de auxiliar com suporte social, removendo barreiras de comportamento que venham a ser prejudiciais para a cessação do tabagismo (ZAMPIER et al., 2019).

Segundo um estudo *Cochrane*, realizado em 2013, a atuação dos enfermeiros junto aos tabagistas têm demonstrado benefícios importantes e evidências razoáveis de eficácia. É importante ressaltar que a evidência se torna fraca, caso as intervenções sejam breves e fornecidas por enfermeiros cujo papel principal não seja a promoção da saúde ou a cessação do tabagismo (RICE et al., 2013).

De acordo com a nova política de cessação ao tabagismo em Taiwan, os serviços de aconselhamento devem incluir prestação de cuidados não médicos (especificamente enfermeiros), relatando que esses profissionais exercem papel essencial durante o abordagem ao tabagista, inclusive dentro dos hospitais (LI et al., 2014).

O enfermeiro está envolvido em diversos níveis de atenção à saúde e faz parte de todo um processo dentro do programa de cessação ao tabagismo, que visa conscientizar e atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar. O aconselhamento e o apoio fornecido pelos enfermeiros aos tabagistas tanto da rede pública quanto hospitalar, demonstra ser efetivo e aumenta as taxas

de sucesso na cessação do tabagismo (RICE et al., 2017)

O enfermeiro desenvolve ações como multiplicadores de prevenção nos seus locais de trabalho, onde deve aconselhar, rotineiramente, seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco. Outras ações que envolvem o enfermeiro é com relação a organização dos grupos, triagem dos participantes, consulta de enfermagem, entre outros (CRUZ; GOLÇALVES, 2010).

A inserção do enfermeiro nas ações voltadas ao tabagismo são favorecidas por sua disponibilidade, formação generalista, facilidade de comunicação e experiência no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde assistenciais, administrativas e educacionais (CRUZ; GONÇALVES, 2010; MOLL et al., 2017).

Estudo misto realizado em hospital terciário dos EUA no ano de 2019, com o objetivo de estruturar um protocolo para o atendimento aos tabagistas dentro de meio hospitalar, teve como conclusão a necessidade de abordagem padronizada para tratamento do tabagismo e a implementação de protocolo dirigido por enfermeiros para administração de terapia nicotínica, aconselhamentos breves e caminhos “*links*” para dar continuidade em tratamento ambulatorial (RAMSEY et al., 2019).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 ESTUDO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo metodológico, de natureza descritivo exploratória. Os estudo metodológicos buscam investigar métodos para a obtenção e organização de dados e condução de pesquisas obedecendo etapas e definindo tanto objetivos, população estudada, instrumentos utilizados como análises e interpretações de dados com o devido tratamento, articulando com teorias existentes (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos descritivos descrevem as características de uma população ou fenômenos de experiências, por meio de técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionários, entrevistas ou observação (SAMPIERI et al, 2013) . Em geral a pesquisa descritiva tem seu enfoque no levantamento de fatos observados, registros e descrição, sem interferir neles, procurando observar frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Pesquisa exploratória se refere à necessidade de buscar mais informações sobre o assunto pesquisado, para que seja possível definir de forma mais clara e melhor delinear o tema da pesquisa, buscando formular melhores hipóteses ou enfoque para o assunto. Costuma ser feito através de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), caracterizado como um hospital de alta complexidade em doenças cardiovasculares, criado pelo Decreto GP – 28/05/62 / 1.508 e inaugurado em 19 de abril de 1963, pelo então governador Celso Ramos. Pertence à rede pública do Estado de Santa Catarina. Funcionou a princípio na Rua Felipe Schmidt no centro de Florianópolis, em uma sede alugada, onde era prestado atendimento ambulatorial. Posteriormente passou a ocupar o mesmo espaço físico do Hospital Nereu Ramos e desde 1987 divide espaço físico com o Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (SANTA CATARINA, 2005; 2017).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização de 2012, (PDR-2012) a instituição atende como referência cardiovascular para algumas regiões de saúde do Estado de Santa Catarina segundo a Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular de Santa Catarina, (Portaria GM/MS nº 1.169, de 15 de junho de 2004), dentre as quais, a Região de saúde da Grande Florianópolis, Região de saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, Serra Catarinense e Região de saúde do Planalto Norte. O ICSC é citado como o primeiro hospital público em Santa Catarina a realizar transplante do coração, seus atendimentos são 100% realizados pelo SUS, e os serviços prestados na instituições são destinados para internações ou reabilitação cardíaca, até os de alta complexidade, como, medicina nuclear, hemodinâmica, estudo eletrofisiológico e cirurgia cardíaca (SANTA CATARINA, 2012).

O ICSC tem como **missão**

proporcionar assistência hospitalar humanizada a pacientes portadores de doenças cardiovasculares de alta complexidade. Atender utilizando-se de tecnologias desenvolvidas que proporcionem avanços na prevenção, no diagnóstico, na reabilitação e na cura das doenças cardiovasculares e nas pesquisas científicas da área, promovendo a qualidade e a segurança do paciente (ICSC, 2019, p. 1).

E sua Visão é “ser reconhecida como instituição pública que, com eficiência e excelência, oferece assistência de qualidade, ensino e pesquisa agregando valor ao cenário estadual e nacional da especialidade cardiovascular” (ICSC, 2019, p. 1).

O ICSC é composto por três unidades de internação: sendo a unidade 2A destinada a internação de pacientes cardiovasculares. É composta por 33 leitos mistos. A equipe de enfermagem, é constituída de 28 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros diurnos (duas no período matutino e duas no período vespertino), atuando em escala de serviço de seis horas diárias, sendo que no período noturno temos um enfermeiro que realiza a supervisão das três unidades (2A, 2B e 3C) seguindo uma escala de 12 por 60 horas.

A unidade 2B, é destinada para internação de pacientes cardiovasculares. É composta por 22 leitos mistos. A equipe de enfermagem é constituída por 24 técnicos de enfermagem e duas enfermeiras no período diurno (matutino e vespertino), atuando em escala de seis horas diárias e no período noturno temos um enfermeiro supervisor, já citado anteriormente, cobrindo as três unidades (2A, 2B e 3C).

A unidade 3C presta atendimento aos pacientes vasculares, mas mantêm um quarto destinados a pacientes cardíacos do setor de arritmia. A unidade é composta por 18 leitos mistos,

e têm uma equipe de enfermagem formada por 21 técnicos de enfermagem e duas enfermeiras no período diurno (matutino e vespertino), atuando em escala de seis horas diárias e no período noturno temos o enfermeiro supervisor, cobrindo as três unidades (2A, 2B e 3C).

A equipe de enfermeiros das unidades A, B, C é composta de 11 enfermeiros assistenciais e uma chefia imediata, responsável pelas unidades de internação.

Além da equipe de enfermagem, temos outros profissionais que atuam nas unidades, sendo eles: Unidade 2A, três médicos; unidade 2B são dois médicos e na unidade 3C são quatro médicos que formam uma equipe junto com os residentes da cardiologia e vascular. Também atuam nas três unidades uma equipe de fisioterapia composta por quatro fisioterapeutas e uma chefia, totalizando cinco fisioterapeutas. É importante ressaltar que esta equipe atua também em outros setores do ICSC, assim como a equipe de nutrição, que é composta por uma chefia e dois nutricionistas, além de uma estagiária, totalizando quatro profissionais de nutrição. No atual momento dispomos de duas psicólogas que iniciaram suas atividades no segundo semestre de 2018. A equipe de serviço social presta atendimento em todo ICSC, sendo que são em total de quatro, onde uma dessas fica responsável pelos atendimentos nas unidades.

A unidade de reabilitação da cardiologia presta atendimento aos pacientes que receberam alta hospitalar, no qual são realizadas atividades para melhorar as condições físicas, buscando oferecer mais autonomia aos pacientes atendidos neste local. Também são realizadas atividades educativas aos pacientes, pela equipe multiprofissional que lá atua.

A equipe multiprofissional que compõe o quadro de funcionários da reabilitação cardíaca é formada: um educador físico, uma enfermeira, um médico, uma psicóloga, uma nutricionista, e quatro técnicos de enfermagem.

Na unidade ambulatorial do ICSC são realizadas consultas médicas aos pacientes cardiovasculares e alguns exames (Teste de esteira e Ecocardiograma). Neste setor a equipe que atua é composta por três enfermeiros assistenciais e uma que exerce função de chefia no setor. O total de técnicos de enfermagem são dez. Também atuam quatro médicos no setor em conjunto com os residentes.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte da pesquisa os profissionais da equipe multiprofissional do ICSC, bem

como os pacientes tabagistas internados nas unidades A, B, C, e os tabagistas atendidos nas unidades de ambulatório e reabilitação cardíaca, de ambos os sexos.

Em relação aos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde do ICSC, foi utilizado como critérios de inclusão os profissionais que aceitaram participar dos grupos de Cessação do Tabagismo. Foi adotado como critérios de exclusão os profissionais que estivessem de férias ou licenças no período de coleta de dados. Participaram da pesquisa 11 profissionais da equipe multiprofissional, sendo um assistente social, um educador físico, um enfermeiro da unidade de internação, dois médicos, dois farmacêuticos, um fisioterapeuta, dois psicólogos, um nutricionista.

A inclusão dos tabagistas se deu pela identificação no prontuário eletrônico, onde constam os dados clínicos de saúde do paciente e do hábito de fumar dos pacientes internados nas unidades A, B e C, e os tabagistas que são atendidos no ambulatório cardiovascular e na reabilitação cardíaca. Caso essa informação não constasse no prontuário eletrônico, era questionado diretamente com o paciente na unidade de internação. Foram excluídos aqueles tabagistas que não estivessem em condições de saúde ou com alta hospitalar prevista. Participaram o total de 17 tabagistas.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do estudo metodológico seguiu 2 etapas que ocorreram no período de agosto a novembro de 2019.

Primeira Etapa - Junto aos profissionais

A técnica para coleta de dados junto aos profissionais se deu por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1) e da realização de grupo de discussão.

A partir da identificação dos participantes se seguiram as entrevistas com roteiro semiestruturado constando de dados de identificação e seis perguntas que buscaram levantar o conhecimento dos profissionais sobre o programa de cessação do tabagismo do MS, quais benefícios destes grupos para o hospital e qual seria a atuação de cada profissional nos grupos, assim como a dinâmica de trabalho desses grupos no ICSC.

Foram realizadas 11 entrevistas, que aconteceram de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho de cada participante, em

local reservado, com duração de 30 a 40 minutos, solicitando permissão para gravar através do celular, e assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Após a realização das entrevistas e os dados organizados, foram convidados a participar de um grupo de discussão com o objetivo de apresentar o resultado das entrevistas, identificar os tópicos a serem incluídos no guia de funcionamento dos grupos de cessação ao tabagismo (GCT) no ICSC e organizar a programação de atendimento aos tabagistas, como número de encontros e quem iria participar de cada encontro.

O grupo de discussão teve duração de duas horas com a participação de nove profissionais. Aos dois profissionais, uma farmacêutica e um médico que não puderam estar presentes no momento, foi repassado as informações posteriormente.

As informações levantadas nas entrevistas foram resumidas e apresentadas como tópicos para serem discutidos com os profissionais, sendo elencadas por maior frequência de citação, observando os tópicos mais importantes, a saber: reforçar aos profissionais sobre o PNCT, pois em sua maioria havia desconhecimento; a importância dos GCT para os tabagistas do ICSC; quais funções cada profissional exerceria nos grupos e sua organização.

Foi apresentado um esboço da programação para os grupos de cessação ao tabagismo, que constava de conteúdo específico para cada uma das quatro sessões e manutenção, segundo orientação do MS. Após discussão esta foi adequada com algumas alterações a realidade do hospital. Os profissionais analisaram o esquema e conseguiram vislumbrar suas atuações de acordo com os conteúdos apresentados. Durante a realização deste encontro, também foi apresentado o PNCT (sua organização e passos) e discutido sobre os tipos de tratamentos oferecidos (Terapia Cognitiva Comportamental e farmacológico).

Após a definição do grupo de como seria implementado o Programa no hospital, com a organização e conteúdo dos encontros, buscou-se obter as medicações para o tratamento do tabagismo que é ofertado pelo MS para os municípios. Esta tarefa coube a mim buscar junto a Secretaria de estado o fornecimento das medicações que seriam disponibilizadas aos tabagistas que necessitassem.

A análise dos dados se deu de forma qualitativa segundo Bardin (2013), buscando uma avaliação crítica dos conteúdos apresentados. Foi definido quem seria entrevistado e construído o roteiro de perguntas pela pesquisadora (APÊNDICE 1), contendo informações que seriam relevantes para a organização dos GCT no ICSC.

Na fase de pré-análise buscou-se organizar as ideias iniciais, além de formular hipóteses de atuações, com leituras exaustivas do conteúdo das entrevistas para preparação da apresentação do programa ao grupo de discussão com os profissionais.

A exploração do material se deu a partir da transcrição das entrevistas e das reflexões do grupo de discussão. Foi empregada técnica de avaliação das comunicações que auxiliou na compreensão do que está por trás dos discursos.

Categorizou-se em unidades semelhantes de temas mais citados e após, através da interpretação controlada das comunicações, se obteve como resultado a formação de um GCT e conhecimentos acerca do PNCT. Com a interpretação, se obteve a definição dos papéis de cada profissional dentro dos GCT, quais os temas que seriam abordados e quais sessões cada profissional deveria atuar. Nesse momento se obteve uma organização dos grupos dentro do ICSC.

Ao definir os papéis de cada profissional dentro do PCT no ICSC, identificou-se que algumas funções podem ser realizadas por qualquer um dos profissionais, tais como: coordenador, realizar busca ativa dos tabagistas ativos e passivos no hospital, prestar atendimento individual com abordagem breve e outras orientações do tabagismo, discussão de casos entre a equipe multiprofissional, trazer tratamentos com práticas integrativas naturais ou profissionais com experiência na área, registro em prontuário eletrônico dos cuidados prestados. Outras atividades mais específicas de cada profissional ficaram organizadas como é demonstrado nos dados do quadro abaixo:

Quadro 5: Atribuições de cada profissional no grupo de cessação ao tabagismo

Continua..

Categoria	Papel no grupo
Assistente Social	Orientar sobre os programas de tratamento ao tabagismo. Realizar encaminhamento ao setor de tratamento do tabagismo próximo da residência. Identificar demandas de sua área de atuação.
Educador físico	Orientar a prática saudável de atividades físicas de acordo com cada situação de saúde-doença dos tabagistas.
Enfermeiro	Realizar consultas aos tabagistas Reforçar com equipes de enfermagem as orientações breves a beira leito para os tabagistas internados. Capacitar equipes de enfermagem e outros colaboradores sobre a cessação do tabagismo periodicamente. Realizar cadastramento dos tabagistas no E-SUS

Conclusão....

Farmacêutico	Orientar o tratamento medicamentoso. Manter o controle das medicações e estoque na farmácia. Repassar dados de entradas e saídas ao programa de cessação do tabagismo do município até o quinto dia útil de todo mês.
Fisioterapeuta	Orientar sobre exercícios respiratórios e atividades voltadas a sua área de atuação.
Médico	Fornecer tratamento medicamento aos tabagistas. Orientar sobre questões médicas ligadas ao tabagismo e doenças cardiovasculares.
Nutricionista	Orientar sobre alimentação saudável e utilização adequada de substitutos ao cigarro. Orientação em geral sobre necessidade nutricional para pacientes cardiovasculares.
Psicólogo	Orientar atividades de relaxamento e maneiras para lidar com estresse e ansiedade. Buscar junto ao tabagista possíveis necessidades ligadas a questões psicológicas.

Fonte: entrevista e grupo de discussão com os profissionais, 2019

Após tudo devidamente acordado e organizado, se iniciou a segunda etapa, descrita abaixo:

Segunda etapa - Junto aos pacientes

A coleta de dados junto aos pacientes ocorreu por meio de entrevista (com aplicação de questionário) e reunião de grupo de Cessação do Tabagismo.

1) Entrevistas

As entrevistas foram guiadas pelo questionário disponibilizado pelo MS e adaptado pela pesquisadora (APÊNDICE 4). O reconhecimento do paciente tabagista internado deu-se pela busca ativa no prontuário eletrônico (verificado duas vezes na semana), ou por indicação de um profissional do setor. Após identificação dos pacientes fumantes estes eram questionados com uma visita ao leito o desejo de participar do Grupo de Cessação do Tabagismo. Em caso de resposta positiva era agendado a data da entrevista e solicitado a assinatura do TCLE.

A busca dos tabagistas no ambulatório e reabilitação cardíaca se deu por lista de tabagistas interessados em participar dos grupos ou por encaminhamento de profissional desses setores.

A aplicação do questionário ocorreu em local privado na sala de prescrição médica nas unidades de internação ou na sala do ambulatório cardiovascular para garantir a privacidade do paciente.

O questionário (APÊNDICE 4) foi adaptado do questionário de anamnese clínica para o tratamento de tabagismo do Consenso do Ministério da Saúde (ANEXO 2). (BRASIL, 2001; BRASIL, 2015). Para este questionário foi aplicado um pré-teste para avaliar dificuldades ou acréscimos que fossem necessários para uma melhor aplicabilidade. Após o pré-teste notou-se

que o tempo necessário para aplicar o questionário era longo e não prático considerando o dia a dia de um ambiente hospitalar. O questionário foi reformulado, reduzindo questões sobre depressão, ansiedade e fissura e não foi incluído nos dados.

O questionário foi aplicado durante a realização de uma consulta de enfermagem e está constituído de IV etapas, a saber:

I. Etapa: Identificação

A etapa de identificação busca caracterizar o paciente fumante. Inicialmente o questionário apresenta dados sociodemográficos que identificam os pacientes tabagistas. Neste campo constam dados pessoais, tais como nome (pseudônimo), sexo, idade, estado civil, profissão, endereço de residência, telefone, renda familiar e escolaridade.

II. Etapa: Exame Físico

Nesta etapa é realizado uma breve avaliação física, que consta do diagnóstico, peso, altura, pressão arterial e índice de massa corpórea (IMC).

III. Etapa: História tabagística

A etapa III é composta pela aplicação de questões subjetivas sobre o hábito tabágico, pela aplicação do teste de Fagerström, avaliação do estágio motivacional de Proschaska e DiClemente e pelo teste de CAGE, descritos a seguir:

a) Hábito tabágico do paciente.

Neste momento foi levantado dados sobre o histórico tabágico do paciente, abordando: a quantidade do consumo de cigarros; idade de início e tempo de tabagismo; interesse em abandonar o tabagismo; número de tentativas prévias para parar de fumar; necessidade de ajuda para abandonar o hábito; história familiar de tabagismo.

b) Teste para grau de dependência de nicotina (Teste de Fagerström)

O teste de dependência de nicotina é composto por seis perguntas objetivas que englobam uma análise da dependência ao tabaco como algo compulsivo, que gera dificuldade no fumante de deixar o hábito e abandonar o consumo de tabaco. As perguntas são a respeito de quanto tempo demora em fumar o primeiro cigarro da manhã; se têm controle do uso em locais proibidos; se o primeiro cigarro do dia é o que lhe traz maior satisfação; qual a frequência de utilização de cigarros ao dia; se fuma frequentemente pela manhã; e se mesmo doente, que precisasse ficar maior tempo de cama ainda assim fumaria (FAGERSTRÖM, 1978; CARMO; PUEYO, 2002; MENEZES-GAYA et al., 2009). Os graus de dependência são citados como

sendo, dependência muito baixa (escore 0-2), baixa (3-4), média (5); elevada (6-7) e muito elevada (8-10) (CARMO; PUEYO, 2002).

c) Estágio Motivacional - Avaliação de Prochaska e DiClemente (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982)

A partir das respostas sobre os hábitos tabagísticos, se avaliou qual o estágio motivacional que o paciente se encontra para parar de fumar. Para os estágios de motivação em relação ao interesse de abandonar o tabagismo, foi utilizado o modelo de um estudo de PROCHASKA; DICLEMENTE (1982), o qual busca compreender como ocorre a mudança das pessoas frente a uma determinada conduta viciante, sendo neste caso o uso do cigarro.

Este modelo descreve cinco estágios de mudança comportamental até que o fumante consiga parar de fumar, sendo elas: **fase pré-contemplativa**, não existe intenção de parar de fumar neste momento, mesmo que a pessoa conheça os riscos do cigarro; **fase contemplativa**, aqui o fumante relata desejo de parar de fumar, porém refere grande dificuldade em conseguir, refere sentimentos de medo pela falta do cigarro; **fase de preparação para a ação**, fumante passa a ter atitudes para parar de fumar; **fase de ação**, onde existe o enfrentamento da abstinência e por último a fase de manutenção, após o período de abstinência existe o risco de recaídas, o ex-tabagista está aprendendo a viver sem o cigarro. Quando ocorre falha na manutenção e o tabagista retoma o hábito de fumar, ou seja, retorna ao comportamento anterior, todo o processo recomeça em algum dos estágios anteriores (PROCHASKA et al, 1992).

d) Etapa: Teste de CAGE (CUT DOWN, ANNOYDE BY CRITICIMS, GUILTY E EYE- OPENER)(Ewing JA, 1974)

Este teste faz uma avaliação para detectar o consumo ou dependência de álcool. Evidências demonstram alto nível de relação entre a dependência de nicotina e álcool, além de outras drogas, o que justifica a investigação sobre o uso de álcool entre os tabagista hospitalizados, para realizar um melhor tratamento e encaminhamentos (ELICKER, et al., 2015)

A estratégia que foi utilizada para atuar no ICSC com os tabagistas se deu de duas formas: Uma com os tabagistas internados nas unidades A, B e C e a outra foi com os tabagistas atendidos no ambulatório e reabilitação cardíaca. Essa estratégia foi necessária após buscar os tabagistas nas unidades de internação e constatar que não há possibilidade de realizar as quatro sessões semanais como é solicitado pelo MS, em virtude de altas breves ou por indisposição dos tabagistas, exames, entre outras dificuldades encontradas.

Para a análise de dados dessa etapa de caracterização dos tabagistas, com a aplicação do questionário adaptado, a mesma ocorreu utilizando estatística descritiva. A organização, tabulação e sumarização dos dados ocorreu pela sua distribuição em planilhas do LibreOffice CALC 6.2.8.2. Depois dessa etapa, foi utilizada a análise descritiva para a interpretação dos dados.

Para variáveis quantitativas, foram utilizados médias aritméticas, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e valores máximos. Os dados foram organizados em uma planilha de dados no aplicativo *Google Sheets* e posteriormente as análises foram realizadas nesse aplicativo juntamente com o aplicativo *Google Colab*.

Utilizou-se estatística inferencial e desvio padrão, sendo que o teste do Chi quadrado (χ^2) foi empregado para a comparação do grau de dependência em relação às variáveis categóricas, aplicado quando adequado e considerando nível de significância de 5%. Após foram analisados os dados encontrados através de identificação de padrões e distribuição de frequência e comparados com outros estudos na área para verificar conformidades ou diferenças entre eles.

2) Grupo de cessação do tabagismo

Foram realizados três grupos com uma sessão sobre Cessação do Tabagismo com a participação de 10 pacientes. O material didático utilizado nas sessões seguiram as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo que com os tabagistas internados utilizou-se informações de forma resumida (APÊNDICE 2) em virtude de se realizar em uma sessão.

Com os tabagistas do ambulatório e reabilitação cardíaca, foi realizado um grupo com as quatro sessões e as manutenções com a participação de sete tabagistas (ANEXO 1). Os grupos ocorreram como demonstrado em esquema e serão descritos abaixo:

- a) Unidades de Internação – Grupos com uma sessão
- b) Ambulatório e reabilitação cardíaca – Grupos com quatro sessões e manutenção

4.4.1 Unidades de internação

Com os tabagistas internados nas unidades A, B e C foram realizados três grupos com uma sessão. Foram ofertadas orientações breves sobre tabagismo durante a visita no leito e após era agendado o grupo que acontecia em média de dois a três dias após a entrevista.

Para a realização dos grupos de cessação ao tabagismo nas unidades de internação foi

utilizado espaço dentro da unidade, ficando próximo dos leitos, não havendo necessidade de grandes deslocamentos e facilitando assim a realização dos encontros. O tempo de realização dos grupos foi de aproximadamente uma hora e trinta minutos, com a participação da pesquisadora e de um profissional da equipe multiprofissional que compõem o Grupo de Cessação do Tabagismo. Foi oportunizado a continuidade ao tratamento para os tabagistas participantes, orientando a respeito dos grupos que ocorreriam no hospital com quatro sessões e manutenção.

Eram levantadas informações de cada participante sobre seus hábitos de fumar, e também foram repassadas informações sobre os benefícios da cessação do cigarro, formas de parar de fumar, sintomas comuns ao parar de fumar, técnicas para ajudar a evitar o cigarro, ajudando a lidar com o stress e ansiedade e frases de apoio. Foi levado para degustação, algumas formas de substituição do cigarro aos tabagistas, como água saborizada, cenoura e outras opções.

Ao encerrar o grupo buscou-se um *feedback* dos pacientes se as informações haviam sido válidas e benefícios do grupo.

A medida que se buscava novos tabagistas internados, e esses aceitavam participar da pesquisa, um novo grupo era agendado para evitar a perda desses participantes, por uma alta hospitalar, por exemplo.

Os grupos nas unidades de internação podem ser melhor descritos pelo esquema representativo abaixo:

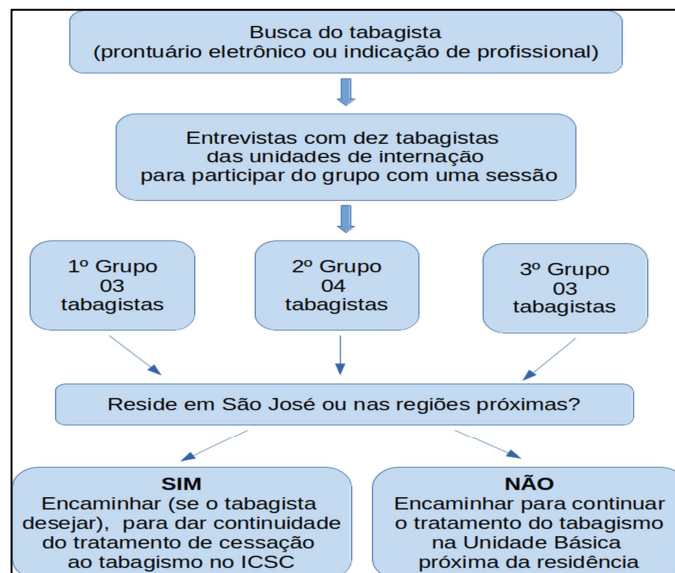


Figura 4: Fluxograma dos grupos nas unidades de internação com uma sessão

Fonte: A pesquisadora

4.4.2. Ambulatório e reabilitação cardíaca

Com os tabagistas do ambulatório e reabilitação cardíaca foi realizado 1 grupo com 4 sessões. A realização do grupo com quatro sessões, teve a participação de sete tabagistas. Ocorreu em uma sala do ambulatório preparada para estes momentos, com duração de duas horas. A organização das sessões ocorreu da seguinte forma:

- 1ª Sessão: participaram um médico, uma assistente social e sete tabagistas. A participação do médico foi prestar orientações sobre o tabagismo, avaliar o tratamento medicamentoso e orientar cuidados. A assistente social prestou orientação e avaliou a necessidade de atendimento de acordo com os relatos dos tabagistas na apresentação (fazendo amizades), caso algum relato estivesse ligado a questões de necessidades assistenciais, esse profissional iria colaborar com seu atendimento. Foi entregue um documento de solicitação de “apoiador” aos tabagistas do grupo (APÊNDICE 3), com informações que tem a intenção de buscar apoio entre familiares e amigos, fortalecendo e auxiliando em condutas do cotidiano.
- 2ª Sessão: a segunda sessão contou com a participação da psicóloga, farmacêutica e de cinco tabagistas. A psicóloga buscou auxiliar os tabagistas com situações de estresse e ansiedade, sendo estes os maiores motivos de recaída ao hábito de fumar e a farmacêutica se incumbiu de prestar assistência nas dúvidas a respeito das medicações utilizadas no tratamento do tabagismo. Nesta sessão foi orientado atividades de relaxamento e esclarecido dúvidas sobre tratamento medicamentoso do tabagismo.
- 3ª Sessão: participaram na terceira sessão o educador físico e a nutricionista e cinco tabagistas. Os tópicos abordados foram voltados para o aumento de peso e atitudes saudáveis, como a prática de alguma atividade esportiva e hábitos saudáveis no estilo de vida.
- 4ª Sessão: a quarta sessão incluiu a participação de um enfermeiro com especialidade em práticas integrativas naturais, fisioterapeuta e de quatro tabagistas. A fisioterapeuta orientou técnicas de respiração, orientando sobre alterações que podem surgir ao cessar o hábito de fumar, como a tosse por exemplo.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa buscou assegurar os aspectos éticos, garantindo a impessoalidade e sigilo de identidade. Foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa (APÊNDICE 5), assim como foram atendidos os requerimentos previstos pela resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012)

Para cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, devem cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas. Os dados da pesquisa serão arquivado pelo período de cinco anos após o término da pesquisa (BRASIL, 2012).

Este projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer nº protocolo/UFSC 12994319.9.0000.0121 e pelo Comitê de Ética da instituição envolvida onde ocorreu a pesquisa, nº protocolo/ICSC 15727219.2.0000.0113.

Esta Resolução possui quatro referenciais básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado.

Todas as atividades salvaguardaram o bem-estar dos participantes e proibiram danos deliberados ou potenciais. Foi preservado o respeito pelos participantes no exercício da autonomia em optar por participar ou não, e em desistir da proposta a qualquer momento, sem que tal atitude fosse geradora de ônus ou constrangimentos, também foi garantido o anonimato dos participantes.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos atenderá os requerimentos previstos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. A mesma incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Para todos os participantes da pesquisa foram explicados os objetivos e o método utilizado no presente estudo, a pesquisadora se colocou a disposição para esclarecer dúvidas se surgissem. Por fim foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e deixado cópia com os participantes (APÊNDICE 5).

Dos benefícios da pesquisa, além dos relacionados à comunidade científica que poderá a partir deste estudo, ampliar seus conhecimentos acerca dos cuidados e ações sobre o tabagismo, também houve benefícios gerados com a cessação do tabagismo de alguns participantes da pesquisa, a partir da participação dos grupos de tabagistas. Este estudo trouxe elementos imprescindíveis e poderá auxiliar de subsídio para um olhar diferenciado na implantação e operacionalização das políticas no âmbito do combate ao tabagismo.

Os nomes dos participantes foram substituídos pelas letras “P”, que significa a letra inicial da categoria dos profissionais entrevistados e letra “T”, para os tabagistas entrevistados, seguida de números absolutos e crescentes como P1, P2, ... até P11 e T1, T2, ... até T17.

6 RESULTADOS

O presente capítulo será apresentado de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC (MPENF, 2014).

Sendo assim, os resultados serão apresentados na forma de dois manuscritos e um produto final com os seguintes títulos:

MANUSCRITO 1: GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO EM UM INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

MANUSCRITO 2: CARACTERIZAÇÃO DE TABAGISTAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO A PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

PRODUTO: GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO

6.1 GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO EM UM INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Josimary Souza da Silva
Nádia Chiodelli Salum

RESUMO

Objetivo: Implantar grupos de cessação do tabagismo, em um hospital público referência cardiovascular no sul do Brasil. **Método:** Estudo descritivo exploratório, desenvolvido em um hospital de referência cardiovascular no sul do País. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada junto a 11 profissionais da equipe multiprofissional, entre os meses de outubro e dezembro de 2019. Também participaram 17 tabagistas por meio da aplicação de questionário adaptado do Ministério da Saúde e da participação dos grupos de cessação do tabagismo. **Resultados:** Os dados revelaram que os profissionais de saúde têm conhecimento da existência do Programa de Cessação do Tabagismo, e das suas atribuições no grupo. Reconhecem que um atendimento multiprofissional voltado ao tabagista, traz benefícios ao estado de saúde dos pacientes. Foram formados quatro grupos, sendo que três aconteceram com pacientes internados e um foi realizado com tabagistas do ambulatório e reabilitação cardíaca. Os tabagistas apresentaram grau elevado de dependência à nicotina, entretanto, houve boa adesão ao programa com redução do consumo de tabaco a partir dos grupos, sendo que três cessaram o hábito de fumar. **Conclusões:** A realização dos grupos de cessação do tabagismo no meio hospitalar por uma equipe multiprofissional mostra-se uma estratégia eficaz no combate ao tabagismo pela contribuição dos diferentes saberes nas informações ofertadas aos tabagistas. Propostas de atendimento hospitalar voltadas aos tabagistas devem ser investidas e divulgadas.

Descritores: Tabaco, Cessação do tabagismo, fumantes hospitalizados.

ABSTRACT

Objective: Implement smoking cessation groups, in a cardiovascular disease reference public hospital in southern Brazil. **Method:** Descriptive exploratory study, developed in a cardiovascular disease reference public hospital in southern Brazil. The data collection was made through semi-structured interviews with 11 professionals from the multiprofessional team, from October to December 2019. Also, 17 smoking patients participated by applying an adapted survey from the Ministry of Health and the participation of smoking cessation groups. **Results:** The data analysis revealed that health professionals are aware of the existence of the Smoking Cessation Program, and their assignments in the group. They recognize that a multiprofessional service aimed at smokers, benefits the patients' health status. Four groups were formed, three of which happened to patients admitted to the inpatient units and one was carried out with smokers from the outpatient clinic and cardiac rehabilitation. The smokers had a high degree of nicotine dependence, however, there was good adherence to the program with a reduction in tobacco consumption from the meetings, three of whom ceasing smoking. **Conclusions:** The realization of smoking cessation groups in the hospital by a multidisciplinary team is an effective strategy in combating smoking by the contribution of different knowledge in the information offered to smokers. Hospital care proposals aimed at smokers must be invested and disclosed.

Descriptors: Tobacco, Smoking cessation, hospitalized smokers.

INTRODUÇÃO

O uso do tabaco é uma grande ameaça à saúde pública, levando à morte mais de oito milhões de pessoas por ano, ressaltando que sete milhões dessas mortes são causadas pelo uso direto do tabaco e aproximadamente 1,2 milhões resultam de fumantes passivos, que estão expostos ao cigarro (WHO, 2019).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) revela que a utilização do tabaco fumado, ou até mesmo em suas outras apresentações (mascado, aspirado, inalado), causa até 90% de todos os tipos de cânceres de pulmão, além de ser um fator predisponente para acidentes cerebrovasculares (AVC), ataques cardíacos potencialmente mortais, além de ter relação com outras 50 enfermidades aproximadamente (INCA, 2018).

Em pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), com o objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), houve uma queda no total de tabagistas no Brasil. Os dados atuais apontam que, no conjunto das 27 cidades que foram pesquisadas, o total de adultos fumantes foi 9,3%, sendo que, em pesquisa anterior, realizada em 2006, o índice era de 15,6% (BRASIL, 2019).

O tabagismo apresenta um custo elevado aos cofres públicos, todavia, intervenções utilizadas para auxiliar o tabagista a parar de fumar são extremamente custo-efetivas e auxiliam a reduzir também os gastos gerados pelas doenças tabaco relacionadas (SANTOS et al. 2013; BRASIL, 2015; OPAS, 2019; WHO, 2019). Entre estas estratégias, encontra-se o Programa de Combate ao Tabagismo, que prevê a realização de grupos, para abordar intervenções psicossociais (aconselhamentos, material de autoajuda e abordagem cognitiva comportamental) e a utilização de terapia medicamentosa, que pode aumentar as chances de sucesso na cessação do tabagismo (BRASIL, 2015).

Os grupos de cessação ao tabagismo idealizado pelo MS recomendam a participação de 10 a 15 integrantes, com a coordenação de um a dois profissionais de saúde de nível superior. É utilizada a terapia cognitivo comportamental (TCC), que consiste em sessões de grupos de apoio ou individual, com quatro sessões estruturadas (semanais) no primeiro mês; após, são realizadas mais duas sessões (quinzenais) no segundo mês com os mesmos participantes, e, a partir desse momento, é realizada uma única sessão por mês de manutenção até completar um ano, com a

participação de todos os grupos, para prevenção da recaída. A TCC poderá estar aliada ao uso de medicamentos próprios para auxiliar na cessação ao tabagismo, que são fornecidos gratuitamente, como a Terapia de Reposição de Nicotina e o Cloridrato de Bupropiona (BRASIL, 2016).

O MS reforça a atuação dos diferentes profissionais de saúde na busca de apoio e estímulo aos tabagistas cessarem o hábito de fumar. Apresenta diferentes propostas para atender ao tabagismo, e uma delas envolve a busca pela especificidade de determinados grupos de tabagistas com atenção especial ao olhar individualizado, buscando, assim, efetividade nas abordagens para a cessação do tabaco. Essa proposta torna-se viável com a participação de diferentes profissionais com seus olhares específicos. A atuação de diferentes profissionais de saúde contribui para reforçar questões que envolvem múltiplas intervenções com olhares específicos, de acordo com cada competência e saberes, tornando o processo de abordagem ao tabagismo mais dinâmico, voltado para necessidade de cada tabagista (BRASIL, 2015; LOPES et al., 2019).

Existem diferentes iniciativas no mundo de programas de tratamento para cessação do tabagismo, entretanto, com pacientes internados, ainda são poucas as experiências exitosas desenvolvidas (MESQUITA, 2013; BELLO et al., 2016; BOEHM et al., 2015; YLIOJA et al., 2017; CAMPOS et al., 2018; GARCIA et al., 2018).

Considera-se que a atenção básica ocupa uma posição privilegiada e estratégica para o controle do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o tabagismo no meio hospitalar não costuma ser questionado entre os internados, e, muitas vezes, os tabagistas têm alta do hospital sem nenhuma abordagem ou orientação (FERREIRA et al. 2011; BRASIL, 2015; GARCIA et al. 2018). Nesse sentido, existem muitas lacunas com relação ao tratamento do tabagista no meio intra-hospitalar, mesmo sabendo dos benefícios da cessação tabágica que se inicia no hospital. A hospitalização é um momento de reflexão, no qual o tabagista vivencia uma fragilidade na sua vida e se preocupa mais com seu estado de saúde, podendo apresentar um estágio motivacional mais positivo para deixar o hábito de fumar (MESQUITA et al., 2015; CAMPOS et al. 2018; GARCIA et al. 2018).

Sendo assim, a intenção desse estudo dá-se pela necessidade de apoio à cessação do tabagismo a pacientes hospitalizados, buscando sua melhora clínica e qualidade de vida. Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo implantar grupos de cessação do tabagismo, em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritivo exploratória. O cenário do estudo foi o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), caracterizado como um hospital de alta complexidade cardiovascular, no período de julho a setembro de 2019.

Participaram 11 profissionais da equipe multiprofissional que atendem nas unidades de internação do referido hospital e 17 pacientes que participaram dos grupos de Cessação do Tabagismo.

Os critérios de inclusão dos 17 tabagistas foi ter interesse pela temática e aceitar participar dos grupos de cessação do tabagismo. Como critérios de inclusão dos tabagistas, adotaram-se pacientes de ambos os sexos, que desejassem parar de fumar e poder participar dos grupos. O critério de exclusão foi a impossibilidade de condições clínicas para participar dos grupos.

A seguir, apresenta-se detalhadamente a estratégia metodológica para coleta e análise dos dados, que foi realizada em duas etapas, sendo a primeira realizada junto aos profissionais da equipe multiprofissional com entrevista semiestruturada; e na segunda etapa, a abordagem junto aos pacientes, com aplicação do questionário do MS e a realização dos grupos de cessação do tabagismo.

Etapa 1: junto aos profissionais

Esta etapa foi constituída de entrevista semiestruturada com os profissionais da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre o PNCT e quais contribuições cada um poderia trazer para o grupo de cessação do tabagismo no ICSC. Foram realizadas 11 entrevistas, sendo, cujos participantes foram dois médicos, uma enfermeira, duas farmacêuticas, uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma nutricionista, uma assistente social e um educador físico.

Para a entrevista, foi utilizado um roteiro com perguntas fechadas e abertas, sendo estas gravadas e transcritas para posterior análise. As questões abordadas com a equipe multiprofissional foram as seguintes: conhece o PNCT?; o PNCT traria benefícios para os tabagistas internados no ICSC? Em que aspectos? Comente; já observou atuações de cessação ao tabagismo pelos profissionais de saúde do hospital para os tabagistas internados? Quais aspectos foram abordados? Quais profissionais realizaram?; Você gostaria de participar do programa de cessação ao tabagismo no ICSC? Se a resposta for positiva, comente quais contribuições você

poderia trazer ao grupo e quais atuações você traria aos grupos?; qual dinâmica que considera mais adequada para realizar aos tabagistas do ICSC?.

Após concluídas as entrevistas, foi realizado um encontro com os profissionais para apresentar o resultado dessas entrevistas, definir as funções de cada integrante no grupo e identificar os tópicos a serem incluídos no guia de funcionamento dos grupos de cessação do tabagismo no ICSC.

Neste encontro, também foi apresentado aos profissionais o PNCT (sua organização e passos) e discutiram-se os tipos de tratamentos oferecidos (Terapia Cognitiva Comportamental e farmacológico). Por fim, buscou-se estruturar os grupos de tabagismo dentro do ICSC e sua dinâmica.

Etapa 2: junto aos pacientes

A segunda etapa teve início com a busca ativa dos pacientes tabagistas internados nas unidades A, B e C ou os acompanhados no ambulatório e na reabilitação cardíaca, com interesse em cessar o uso de tabaco.

Para os pacientes tabagistas, foi realizada busca ativa com a verificação dos registros (prontuário eletrônico) ou por indicação dos próprios profissionais da instituição das referidas unidades e ambulatório ou reabilitação cardíaca sobre o interesse em participar de um grupo de tabagismo. Em caso afirmativo, era agendada uma entrevista para aplicação do questionário adaptado do questionário do MS para caracterização dos tabagistas, dados relacionados à história tabágica, o Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (1991) e o modelo de estágios de mudança para a cessação do tabagismo de acordo com Prochaska e Di Clemente (1982) e fornecidas orientações breves sobre cessação do tabagismo. Após a aplicação do questionário, foi agendada a data para a realização dos grupos de cessação do tabagismo, que normalmente ocorriam dois a três dias após a entrevista. Para a análise dos dados do questionário, foram utilizados análise estatística simples, Chi quadrado e desvio padrão.

Foram entrevistados 17 pacientes, aos quais também foi aplicado o questionário, dos quais sete participaram do grupo com quatro sessões e encontros de manutenção e os outros dez tabagistas participaram de grupos de uma única sessão (na unidade de internação). Os grupos foram organizados seguindo as orientações e temas do MS. Desta forma, a estruturação dos grupos de cessação do tabagismo do ICSC deu-se com duas abordagens: uma com os pacientes internados nas unidades e a outra com os pacientes que estão sendo acompanhados no

ambulatório e na reabilitação cardíaca.

Essa divisão em duas abordagens foi necessária, pois, após realizar busca ativa e iniciar as primeiras entrevistas com os tabagistas, foi identificado que o período de internação do paciente no ICSC é inferior ao tempo suficiente para realizar os quatro encontros semanais como sugere o MS. Seria necessária a internação do tabagista pelo período de um mês ou mais, não sendo possível mantê-lo internado para finalizar o processo, além de quê, em alguns momentos que se buscaram os pacientes para participarem dos encontros, os mesmos estavam realizando exames, possuíam agravamento do quadro clínico ou sem condições de participar por diversas causas, e outros que desistiram.

Os encontros aconteciam em um período próximo da entrevista realizada para garantir que o tabagista motivado participasse do encontro antes da alta, sendo realizados em média de dois a três dias após a entrevista. O tempo médio foi de uma hora e meia a duas horas. Foram realizados três grupos com uma única sessão, tendo a participação de três tabagistas no primeiro grupo, quatro no segundo e três no terceiro grupo.

A outra forma de atendimento deu-se com os tabagistas que eram acompanhados no ambulatório e na reabilitação cardíaca do ICSC. Estes eram encaminhados pela equipe de profissionais do hospital, ou por iniciativa própria do paciente, quando do conhecimento sobre o projeto dos grupos de cessação do tabagismo no ICSC. Em caso de interesse, seu nome e telefone eram registrados em listas, que ficavam retidas nos setores de referência para o atendimento de tabagistas. Após levantar os tabagistas interessados, foi agendada uma entrevista para aplicação do questionário do MS. Foi realizado um grupo com quatro sessões semanais durante um mês, e duas manutenções no período de 30 dias e 60 dias após a quarta sessão.

Durante as sessões, os tabagistas foram incluídos em um grupo de ajuda no aplicativo telefônico já existente e comum a todos (WhatsApp), tendo o objetivo de enviar dicas para se manterem abstinidos por meio de mensagens educativas, e buscando também saber como estavam lidando com a cessação do cigarro. Caso o participante não tivesse cadastro em WhatsApp ou não aceitasse participar por aplicativo, buscou-se realizar somente o contato telefônico, o que não foi necessário.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados segundo as etapas de desenvolvimento e coleta de dados.

Na primeira etapa junto aos profissionais da equipe multiprofissional, foram elencadas características, conhecimento e atribuições dos 11 profissionais que compuseram o Grupo de Cessação do Tabagismo (GCT) do ICSC.

Tabela 01: Categorização dos profissionais da equipe multidisciplinar. São José, 2019

Variáveis	Número	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	02	18,18
Feminino	09	81,81
Faixa etária em anos		
25-34	02	18,18
35-44	04	36,36
45-54	03	27,27
55-64	02	18,18
Mais de 65 anos	00	-
Profissão		
Assistente social	01	9,09
Educador Físico	01	9,09
Enfermeira	01	9,09
Farmacêutica	02	18,18
Fisioterapeuta	01	9,09
Médico	01	18,18
Nutricionista	01	9,09
Psicóloga	02	18,18
Tempo de atuação profissional		
01 a 14 anos	03	27,27
15 a 24 anos	04	36,36
25 a 34 anos	04	36,36
35 anos ou mais	00	-

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

Os dados das entrevistas com os 11 profissionais permitiram elencar o conhecimento e as atribuições dos profissionais que formaram o Grupo de Cessação do Tabagismo (GCT). Foi identificado que os profissionais têm conhecimento da existência do Programa de Cessação do Tabagismo do MS, mas não compreendem exatamente como ele ocorre.

Desse modo, foi possível perceber, durante as entrevistas, que, mesmo desconhecendo o PNCT do MS, houve relatos muito pertinentes a respeito das atuações profissionais com o tabagista, assim como possíveis atuações com o GCT no ICSC. Nesse sentido, o GCT multiprofissional no ICSC tem o potencial para estimular e conscientizar os pacientes da

importância de parar o hábito de fumar. Observa-se que, de maneira geral, cada profissional reconhece seu papel no grupo, conforme nos apresentam as falas:

Tem muito do hábito de fumar que envolve aspectos psicológicos, os enfrentamentos, as vivências da vida, os sofrimentos, então eu acho que poderia ajudar nesse sentido (P1).

Essa parte dos exercícios respiratórios um pouco, esse controle principalmente para o fumante de longa data ele tem muita tendência a aprisionamento aéreo (P2).

Atividade física, eu acho que vai ajudar muito no alívio do stress. É o que eu costume dizer, na hora que eles estão aqui, eles não fumam (P4).

A minha proposta inicial para ele seria, alimentos saudáveis, horários, essas coisas assim (P5).

A participação do médico nas questões efetivas de estímulo. O fundamental vai ser na hora do segmento efetivo com o remédio. Da avaliação do grau de dependência e da efetiva terapêutica, com droga quando se define o que vai acontecer (P6).

Já tive participação em outros grupos e eu sou adepta às práticas naturais de acupuntura, então a gente teve bastante êxito na auriculoterapia para diminuição de ansiedade, chás naturais e a própria conversa em grupo (P7).

Orientação em relação ao medicamento, às vezes o paciente pode usar vários outros medicamentos, a gente pode estar fazendo um trabalho junto com relação a isso (P10).

Os profissionais descrevem suas percepções sobre a importância de ter um GCT dentro do ICSC. É possível perceber em seus relatos que um atendimento voltado para esse grupo de pacientes traria muitos benefícios para o estado de saúde do paciente com redução das internações. Para a maioria desses profissionais, suas funções dentro do GCT estavam claras, contudo, durante a realização dos grupos, observou-se a necessidade de ajustes e novos encontros com os profissionais para acurar a atuação de cada membro. Durante alguns encontros, observou-se a repetição de informações dadas por outros profissionais em sessões anteriores.

A caracterização sociodemográfica dos pacientes está apresentada na tabela 2.

Tabela 02: Características sociodemográficas dos tabagistas entrevistados no estudo do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. São José, 2019.

Continua...

Variáveis	Número	%	Idade Média/dp*
Sexo			
Homens	08	47,1	
Mulheres	09	52,9	
Idade			
18-34 anos	01	5,9	
35-44 anos	01	5,9	55,6/8,3
45-64 anos	13	76,5	
Mais de 65 anos	02	11,8	

Conclusão....

Nível de escolaridade		
Analfabeto	-	-
Semi analfabeto	02	11,8
1º grau incompleto	04	23,5
1º grau completo	05	29,4
2º grau incompleto	02	11,8
2º grau completo	04	23,5
Nível Superior incompleto	-	-
Nível Superior completo	-	-
Renda familiar		
Até 2 Salários mínimos	09	52,9
2 a 4 Salários mínimos	07	41,2
4 a 7 Salários mínimos	01	5,9
7 a 12 Salários mínimos	-	-
Mais que 12 Salários mínimos	-	-
Total	17	100%

Fonte: Dados da pesquisadora, 2019

A idade média dos tabagistas entrevistados foi de 55,6 anos (desvio padrão (dp) \pm 8,3) e (Intervalo de Confiança (IC): 47,3 a 63,9), e o sexo não teve quase diferença, ficando entre oito homens (47,1%) e nove mulheres (52,9%). A idade média de início do consumo de cigarro foi de 15,6 anos (dp \pm 7,2) e (IC: 8,4 – 22,8), sendo os maiores valores observados nas idades de 11 anos (quatro tabagistas) e 16 anos (quatro tabagistas).

A doença cardiovascular está presente em 100% dos tabagistas entrevistados em virtude do local de pesquisa ser referência em cardiologia, seguida da hipertensão arterial com 82,4%, e a depressão e/ou ansiedade demonstraram alto índice também com 64,8% dos tabagistas acometidos.

O consumo de bebidas alcoólicas entre os tabagistas entrevistados mostrou-se reduzido, 17,7% relatando consumir bebidas alcoólicas nos finais de semana, 41,2% relataram consumir raramente e outros 41,2% nunca consomem bebidas alcoólicas. O teste de CAGE foi aplicado com os tabagistas que relataram ingerir bebidas alcoólicas todos os finais de semana e os resultados apresentaram-se positivos nos três testes aplicados, sugerindo indicação positiva de dependência de álcool.

Sobre as tentativas anteriores de tentar deixar o hábito de fumar, 70,6% dos tabagistas relataram que já tentaram de uma a três vezes, 11,8% tentaram e não conseguiram parar, 5,9% tentaram mais de três vezes e 11,8% nunca tentaram. Os sintomas percebidos durante as tentativas anteriores de cessar o hábito de fumar foram ansiedade e irritação 80%, fissura 60%, inquietação 53,3%, tristeza 40%. Dos recursos utilizados nas tentativas anteriores de cessação ao tabagismo, grande parte relatou que não utilizou nenhum método para parar, 58,8%, reposição de nicotina foram 29,4%, bupropiona 29,4%,

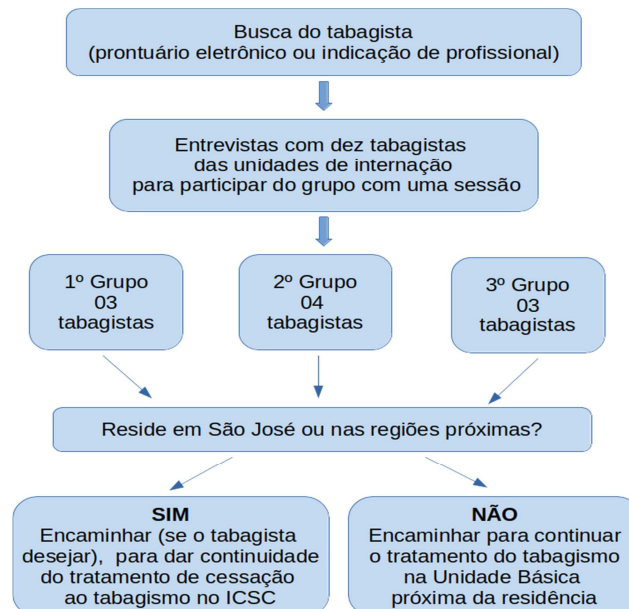
auxílio de um profissional 29,4% e outros métodos em geral foram 26,7%.

Dos motivos para cessarem o hábito de fumar, destaca-se a preocupação com a saúde com 88,2% preocupados com a saúde atual e 76,5% preocupados com a saúde no futuro, 41,2% relataram que desejam parar porque os filhos pedem, 35,3% querem parar pelo bem estar da família, 17,6 relataram querer parar por pressão de outras pessoas ou por questões financeiras, 11,8% não querem ser um mal exemplo para crianças ou por não gostarem de ser dependentes e, por fim, apenas 5,9% referiram querer parar pela restrição em locais fechados e por ser antissocial.

O teste de Fagerström demonstrou alto índice de dependência dos 17 tabagistas, apresentando grau muito elevado 29,4%, grau elevado 35,3%, grau médio 5,9%, grau baixo 29,4% e não houve nenhum tabagista com baixo grau de dependência. A média foi de 6,2 e desvio padrão de 2,1.

De acordo com o modelo transteórico de Prochaska & Di Clemente que descreve a prontidão para a mudança, os tabagistas que estavam em estágio contemplativo foram 29,4%, prontos para a ação eram 29,4% e em estágio de ação eram 41,2%.

Quanto à formação dos grupos de GCT, como já citado anteriormente, aconteceram em duas abordagens, entretanto, ficou definido que, para as unidades de internação, seria adotado o grupo com uma única sessão, conforme demonstrado no fluxograma abaixo, de forma sucinta:



Fluxograma dos grupos únicos realizados nas unidades de internação:

Fonte: Pesquisadora, 2020

O grupo com quatro sessões e manutenções seguiu as orientações do MS, sendo que os profissionais de saúde discutiram sobre os temas abordados e se organizaram em quais sessões deveriam atuar, ficando as sessões dispostas da seguinte forma, como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 6: Temas dos encontros e participantes

1º Encontro	2º Encontro	3º Encontro	4º Encontro	Manutenção
Apresentação dos participantes e equipe de saúde. Explanção breve sobre o cigarro. Porque se fuma! Dicas para parar de fumar. Ambivalência do cigarro.	Esclarecendo mitos sobre o tabaco. Os primeiros dias sem cigarro. Como lidar com a abstinência. O estresse e o cigarro. Aprendendo a relaxar. Tratamento medicamentoso. Saberes sobre Mudanças.	Vencendo obstáculos. Ganho de peso. Técnicas p/ alimentação saudável. Exercícios Físicos, esclarecendo dúvidas	Benefícios obtidos após parar de fumar. Evitando os Gatilhos. Dicas para se manter sem o cigarro. Técnicas de respiração. Conhecendo um ex-tabagistas.	Discussões a respeito das mudanças e sucessos alcançados. Apoios em fases críticas. Orientações gerais e informações sobre o tabagismo. Buscando novas atitudes
Profissionais participantes: Coordenador Assistente Social, Médico, enfermeiro	Coordenador Farmacêutica, Psicóloga e Enfermeiro	Coordenador Educador físico, nutricionista e enfermeiro	Coordenador Fisioterapeuta, enfermeiro, convidado que parou de fumar	Coordenador Psicóloga e outro profissional do grupo

Fonte: Autora, 2019

Ao final dos grupos, foi solicitado feedback e a maioria dos participantes relatou serem válidas as orientações recebidas, uma vez que puderam sanar dúvidas e trocar experiências.

Os tabagistas internados (dez tabagistas) relataram que já não estavam fumando em virtude da internação e por receio de piora da sua saúde, entretanto, não foi possível identificar após a alta se houve cessação. Dos sete tabagistas que participaram do grupo com quatro sessões no ambulatório e reabilitação cardíaca, houve a desistência de dois, três relataram não fumar mais e os outros dois reduziram o consumo de 20 cigarros/dia para uma média de cinco cigarros/dia. Apesar de ter se obtido um sucesso de 42,9% na cessação do tabagismo com o grupo, a amostra é muito pequena para afirmar a efetividade do método utilizado.

DISCUSSÃO

Na organização para implantação do PCT dentro de um hospital, recomenda-se contar com adequada participação de uma equipe multiprofissional, em que os profissionais desenvolvam ações estratégicas no atendimento do tabagista. A diversidade de conhecimentos e informações de cada profissional enriquece as orientações prestadas, assim como torna mais dinâmicos e atrativos os grupos (BAIOTTO et al. 2016; BETTIO et al., 2018).

A equipe multiprofissional do estudo mostrou que tem uma adequada percepção do seu papel no grupo, e da importância de essa abordagem ocorrer de forma integrada e complementar, de forma a fornecer um suporte adequado aos tabagistas em suas diferentes necessidades durante a cessação do hábito de fumar, promovendo hábitos mais saudáveis no estilo de vida. Corroborando outros estudos, notou-se a necessidade prévia de uma adequada e ampla divulgação sobre o programa entre os profissionais dos setores do hospital, bem como junto aos pacientes (LOPES et al., 2014; PEREIRA et al. 2018). Esta estratégia pode favorecer o alcance dos tabagistas, uma vez que cada profissional pode, durante a prestação do cuidado, orientar que a instituição dispõe de um grupo de apoio para aqueles que desejam parar de fumar e melhorar sua qualidade de vida.

Em relação à caracterização dos tabagistas, pode-se observar que a idade média foi de 55,6 anos, com baixa escolaridade, equivalência entre os sexos, baixa renda familiar. Esses dados vêm ao encontro de diversos estudos que apontam o nível de escolaridade inversamente proporcional ao consumo do tabaco (PEUKER; BIZARRO, 2015).

Segundo dados de prevalência de tabagismo do INCA, a atual média de idade para experimentação do tabaco entre jovens brasileiros é de 16 anos de idade para ambos os sexos, sendo que a idade média dos tabagistas estudados ficou entre 15,6 anos, corroborando esses dados (BRASIL, 2019).

O estudo apontou que 100% dos tabagistas possuem problemas cardíacos, corroborando que o tabagismo aumenta a probabilidade de complicações cardiovasculares que, conseqüentemente, levam à morbidade e mortalidade prematura. Os produtos químicos tóxicos que são exalados pelo tabagista ao fumar causam diversos efeitos deletérios para a saúde, incluindo os problemas cardiovasculares, causados a partir de alterações no endotélio vascular, lipídios sanguíneos e fatores de coagulação que podem causar aterosclerose, levando a outras

complicações como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, dissecção aórtica, doença arterial periférica, amputações, entre outras (ROY, et al., 2017).

A abordagem ao tabagista requer atenção a todos os aspectos que possam dificultar a cessação do cigarro e levar a recaídas, e este fato justifica a necessidade de avaliar o consumo de álcool no atendimento do tabagista e utilizar técnicas e orientações voltadas a sua realidade (BRASIL, 2015; VERTAPLAETSE, MCKEE, 2017). No cérebro, as vias de recompensa do álcool e cigarro são comuns e acabam por serem potencializadas com o uso concomitante dessas substâncias, o que leva o tabagista comumente a utilizar o álcool e podendo ocorrer consumo excessivo das duas substâncias.

A ansiedade é um fator psicológico presente na maioria dos tabagistas. Com a exposição crônica à nicotina, ocorre indução para neuroadaptações tendendo ao desenvolvimento de estado ansiogênico na tentativa de cessação do hábito de fumar (SILVA et al., 2016; MOLAS et al., 2017). Estudos apontam para melhora progressiva na condição de ansiedade e estresse após iniciar o tratamento para cessação do hábito de fumar, podendo ser percebida após o primeiro mês de cessação, reforçando os benefícios do tratamento para o tabagismo (MCDERMOTT et al., 2013; FLUHARTY et al., 2017; ALMADANA et al., 2017).

Para se obter sucesso na cessação do tabagismo, poderão ser necessárias inúmeras tentativas até a completa cessação. A literatura não aponta um número de vezes que o tabagista deve tentar cessar o hábito de fumar; é importante se ter em mente que várias tentativas de cessar o hábito de fumar ocorrem com frequência, sendo necessário dar atenção aos tabagistas, sem julgamento de insucessos anteriores (CHAITON et al., 2016).

No estudo, observa-se que a maioria já tentou parar de fumar uma vez ou mais, e o insucesso decorre dos sintomas de abstinência e fissura, entretanto, observou-se que a maioria relatou que não utilizou medicação, ou participação em grupos para auxiliar na cessação do cigarro. Tentar cessar o uso do cigarro é algo bastante complexo e dinâmico, uma vez que a manutenção da abstinência pela nicotina é um fator dificultador que deve ser bem trabalhado pelos profissionais da saúde, oferecendo orientações de alternativas de ações nos momentos de possíveis recaídas (ZHOU et al., 2009; KOBER et al., 2010; PEUKER; BIZARRO, 2015, RODRIGUES; JÚNIOR, 2017).

A preocupação com a saúde atual e futura tem sido o maior motivo citado pelos tabagistas para cessar o hábito de fumar. Mostraram-se, desta forma, com alta motivação para cessar o

hábito (ação ou pronto para a ação), fortalecendo ainda mais a necessidade de ações dentro do ambiente hospitalar. Estudos também apontam que a preocupação com o estado de saúde é a motivação principal que leva o tabagista a buscar cessar o hábito de fumar (FERREIRA et al., 2011; BARRETO et al., 2012; PEUKER; BIZARRO, 2015; MESQUITA et al., 2015).

Nesse sentido, reforça-se a importância de os profissionais de saúde estarem engajados nesta luta que sabidamente não é fácil para o paciente. A utilização do tabaco causa diversos efeitos deletérios à saúde, além de ser um dos vícios por outras drogas que mais causa dependência, como demonstrado em um estudo de revisão sistemática e metanálise que chegou aos valores de cessação com taxas de sucesso aos seis meses de 47% para cocaína, 44% para opióides, 18% para álcool e apenas 8% para nicotina (MOORE, AUBIN, 2012).

A organização para implantar o PNCT no ICSC foi bastante complexa em virtude de diversas variáveis já citadas na metodologia. Desta forma, buscaram-se novas alternativas, tornando-se mais viável a realização de grupos com uma sessão nas unidades de internação, e grupos com quatro sessões no ambulatório e reabilitação cardíaca. Esta mostrou-se uma possibilidade viável para grupos de cessação do tabagismo em hospitais, corroborando o MS, que preconiza o PNCT tanto com quatro sessões como atendimentos breves, podendo ser adaptados a cada realidade, inclusive no ambiente hospitalar, como demonstrou este estudo (BRASIL, 2013; INCA, 2019).

Outro aspecto que pode interferir no sucesso dos grupos em hospitais está o pouco conhecimento da equipe multiprofissional sobre o PNCT nos hospitais, bem como a escassez de estudos e protocolos de atendimento do tabagista no meio hospitalar (SANTOS et al., 2018).

Para Garcia et al. (2018), um protocolo de cessação do tabagismo no serviço intra-hospitalar faz-se necessário para o seu bom funcionamento, devendo existir integração de uma equipe capacitada, de acordo com as rotinas hospitalares, além de uma abordagem aos pacientes tabagistas, aliada ao fornecimento de tratamento farmacológico e comportamental.

Estudos internacionais a respeito de protocolos de cessação ao tabagismo no meio hospitalar se mostram bastante precisos na atuação voltada à cessação do tabagismo. Nos Estados Unidos da América, observa-se uma política de incentivo aos hospitais que realizam tratamento e pesquisa voltada ao tabagismo, mediante a realização de algumas ações como a criação de ambientes livres do tabaco; promoção de políticas antitabaco por meio de comunicações e treinamentos entre os funcionários para construção de uma equipe multidisciplinar qualificada;

avaliar junto aos pacientes tabagistas protocolos que irão melhorar os resultados de seus tratamentos; orientar e trabalhar com os visitantes no hospital para fazer cumprir as políticas antitabágicas; registro de todo tabagista ativo, passivo ou ex-tabagista; identificar, tratar e encaminhar os tabagistas hospitalizados; oferecer aconselhamento que pode ser individual, em grupo ou por telefone; fornecer tratamento medicamentoso comprovadamente aprovado (bupropiona, vareniclina e reposição de nicotina), dentre outras ações. O padrão seguido pela maioria dos hospitais está voltado às medidas orientadas pela Joint Commission em sua publicação *A Practical Tool for Hospitals and Health Systems*, que indica as normativas voltadas à construção de uma equipe multidisciplinar, identificação dos tabagistas para tratamento e encaminhamento, capacitação da equipe e médicos para realizar adequado tratamento aos tabagistas e avaliação do processo de tratamento, buscando, assim, ajustar o programa de cessação ao tabagismo e otimizar sua eficácia. Também indicam que as abordagens rápidas à beira do leito são bastante eficazes no combate ao tabagismo (SMOKING CESSATION LEADERSHIP CENTER, 2013).

O atendimento aos tabagistas hospitalizados de estudos internacionais apresenta medidas sucintas, destacando a necessidade de caracterizar o tabagista internado, realizar ações educativas utilizando o processo dos 5As (Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar) durante a internação, tratamento medicamentoso, e, por último, manter um seguimento no atendimento (follow-up) após a alta hospitalar, sendo relevante buscar o tabagista após a alta no período de 15 a 30 dias. Também é ressaltada a necessidade do tratamento cognitivo comportamental, em conjunto com a utilização da terapia medicamentosa para aumentar a eficácia desse atendimento (METSE et al., 2014; RIGOTTI et al., 2014; REID et al. 2015; JOINT COMMISSION, 2019).

A não efetiva contrarreferência foi um complicador, pois os pacientes que recebiam as orientações no grupo único acabavam ficando sem continuidade do tratamento, uma vez que muitos municípios ainda não dispõem do PCT nas unidades básicas de saúde. Desta forma, não é possível confirmar a continuidade do tratamento e das sessões de manutenção. Corroborando esta possibilidade, estudo realizado por Faseru et al., (2010) observou que somente 5% dos tabagistas que foram encaminhados pelos hospitais para dar continuidade ao tratamento de cessação ao tabagismo nas cidades de origem (onde residem) haviam buscado participar desses serviços para dar continuidade. Contrarreferências devem ser criadas para garantir o acesso desses tabagistas ao PNCT e garantindo melhores resultados pelo apoio e acolhimento desses pacientes (RICHTER et

al., 2012; BRASIL, 2013).

Estudos apontam que os tabagistas podem apresentar recaída no período de três meses, devido ao meio ambiente e a uma série de obstáculos que encontram ao deixar o hospital, retornando, assim, a fumar; portanto, o acompanhamento intensivo pode consolidar e melhorar a taxa de adesão e abstinência (EISENBERG et al., 2013; EISENBERG et al., 2016; JING-GUANG et al., 2018).

Apesar de os grupos contarem com a participação de poucos pacientes, ainda assim foi possível perceber que as informações fornecidas auxiliavam no dia a dia desses tabagistas. Além de que, é possível observar que esses participantes estão realmente se esforçando para cessar o hábito de fumar, a partir das orientações recebidas nos grupos, ou seja, encontram-se na fase de preparação ou ação, demonstrando todo potencial que um grupo pode trazer (VELOSO et al., 2011).

A utilização de práticas alternativas naturais utilizadas durante as sessões, combinadas com aconselhamento e tratamento farmacológico, mostrou-se efetiva para ajudar na cessação ao tabagismo. Nesse sentido, a sessão de auriculoterapia e Barra de Access serviram como prática de relaxamento considerada válida e benéfica pelos participantes, corroborando estudos já realizados que utilizaram agentes naturais como pimenta preta, limão fresco, erva de São João, dentre outros produtos, além da auriculoterapia e acupuntura, que se mostraram eficazes e acessíveis como suporte extra em combinação com a TCC e a terapia medicamentosa (CABALLERA et al., 2013; LEOPOLDO, 2018; NISAA; ZAFAR, 2018; WANG et al., 2019).

Outro aspecto que se mostrou válido foram as orientações oferecidas no grupo e o acolhimento que receberam da equipe multidisciplinar, bem como as mensagens enviadas via aplicativo WhatsApp. As mensagens via WhatsApp caracterizam-se como um forte aliado no feedback, reforçando a importância de não fumar e como evitar gatilhos (WU et al., 2016; YBARRA et al., 2016; LI et al., 2019; CHEUNG et al., 2020). Em estudo realizado em Hong Kong com tabagistas com o objetivo de motivar para a cessação do tabagismo e adotar estilo de vida mais saudável por meio de mensagens motivacionais via WhatsApp ou WeChat, esse meio de comunicação facilitou o alcance aos tabagistas que não podem participar de grupos presenciais por motivos de trabalho, ou outros, melhorando sua adesão ao tratamento (LI et al., 2019).

Pode-se inferir que a realização dos grupos de cessação do tabagismo no meio hospitalar com a participação de uma equipe multiprofissional mostra-se uma estratégia eficaz no combate

ao tabagismo pela contribuição dos diferentes saberes e informações ofertadas aos tabagistas. Assim, uma equipe multidisciplinar bem estruturada poderá elevar ao sucesso no tratamento dos tabagistas.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que os tabagistas apresentam alto índice de dependência da nicotina, o que aumenta significativamente as complicações dela decorrente. Identificar esses fatores possibilita um melhor planejamento dos grupos de cessação do tabagismo no meio hospitalar. É necessário, portanto, buscar melhorias nos atendimentos prestados ao tabagista dentro dos hospitais, por estarem mais propensos a mudanças de comportamento decorrentes de sua condição física. Capacitações aos profissionais, introduzir diferentes técnicas no combate ao tabagismo, criar grupos de tabagismo adequados a cada realidade vivenciada nos hospitais são alternativas que podem ser abordadas. Este estudo apresenta uma possibilidade de enfrentamento do tabagismo pela implantação de um Programa de Cessação de Tabagismo em um hospital, entretanto, são necessários mais estudos semelhantes que auxiliem o atendimento a essa demanda, permitindo, assim, impedir novas mortes e complicações relacionadas ao tabaco. Traz como limitação a pequena participação de tabagistas, mas com possibilidade de ser replicado em outras realidades.

REFERENCIAS

ALMADANA, P. V.; GÓMEZ-BASTERO F. A. P.; VALIDO MORALES, A. et al.. Anxiety, depression and tobacco abstinence. *Ansiedad, depresión y deshabituación tabáquica*. A, v. 29, n. 4, p. 233-244, 2017.

BAIOTTO, CC. S.; LORENZ, C.; KLEIN, D. L. M. et al. Avaliação da efetividade do programa nacional de controle do tabagismo no centro municipal de saúde de Pejuçara (RS). *Biomotriz*, v.10, n. 02, p. 35- 50, dez., 2016

BARRETO, R. B.; PINCELLI, M. P.; STEINWANDTER, R. et al.. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, n.1, p. 72-80, fev., 2012

BELLO, M. S.; PANG, R. D.; CROUSEY, K. L. et al. Tobacco withdrawal amongst african american, hispanic, and white smokers. **Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 18, n. 6., 1479-1487, 2016. doi:10.1093/ntr/ntv231

BETTIO C. J. S.; BONILHA L. A. S.; SOUZA A. S.; et al.. Fatores emocionais associados ao hábito de fumar em usuários de um programa antitabagismo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza: v 31, n. 1, jan./mar., 2018, p. 1-10. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6536/pdf>> Acesso: 28 mai. 2018.

BOEHM, G.; SCHROEDER, Y.; SCHOBERBERGER, R. Inpatient smoking cessation therapy: truth or dare? **Wiener klinische Wochenschrift**, v. 127, n. 19, p. 786–791, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00508-015-0820-9>. Acesso em: 15 abr. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2013. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Tratamento do tabagismo**. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em 29 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: **O cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2015. 154p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 40)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, n. 118, 22 jun. 2016. Seção 1, p. 68-69. Disponível em <http://www.in.gov.br/autenticidade.html> , cód. 00012016062200068. Acesso em 30 nov. 2019.

CABALLERA, M. A.. COLÁS, V. N. C.; ALVAREZ, V. M. C. et al. Eficácia da auriculoterapia no tratamento de fumantes ativos. **Medisan**, v. 17, n. 11, nov., 2013. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100010&lang=pt
Acessado em 01 mai de 2019.

CAMPOS, A. C. F.; NANI, A. S. R.; FONSECA, V. A. S; et al . Comparação de duas intervenções de cessação do tabagismo em pacientes internados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 195-201, May 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000300195&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

CHAITON, M.; DIEMERT, L.; COHEN, J. E et al. Estimativa do número de tentativas de abandono necessárias para deixar de fumar com sucesso em uma coorte longitudinal de fumantes. **BMJ**, v. 6, p. e011045, 2016. doi: 10.1136 / bmjopen-2016-011045

CHEUNG, Y. T. D.; CHAN, C. H. H.; HO, K. S. et al. (2020) Effectiveness of WhatsApp online group discussion for smoking relapse prevention: protocol for a pragmatic randomized controlled trial. **Addiction**, 27 fev. 2020. <https://doi.org/10.1111/add.15027>.

EISENBERG, M. J.; GRANDI, S. M.; GERVAIS, A, et al.; Investigators. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. **J Am Coll Cardiol.**, v. 61, n. 5, p. 524-532, 2013.

EISENBERG, M. J.; WINDLE, S. B.; ROY, N; et al.; Evita Investigators. varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. **Circulation**, v. 133, n. 1, p. 21-30, 2016.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav.**, v. 3, n.3-4, p. 235-241, 1978.

FASERU, B.; TURNER, M.; CASEY, G. et al. Evaluation of a hospital-based tobacco treatment service: outcomes and lessons learned. **Journal of Hospital Medicine**, 24 nov. 2010. <https://doi.org/10.1002/jhm.835>

FERREIRA A. S.; CAMPOS, A. C. F.; SANTOS, I. P. A. et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 4, p. 488-494, aug. , 2011.

Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(1):3-13. doi:10.1093/ntr/ntw140

GARCIA, T.; ANDRADE, S. A. dos. S.; BIRA, A. T. et al . Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 42-48, Feb. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000100042&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 13 fev. 2020.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. **Diretrizes INCA terapia nicotina**. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/doc/dcnt/2014_diretrizes_inca_terapia_nicotina.pdf Acesso em: 23 jan. 2019.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Tratamento do tabagismo. Última modificação: 03/10/2018 disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em 29 nov. 2018

JING-GUANG, L.; LING, H.; LI-WEI, C. et al. Effect of intensive personalized “5As+5Rs” intervention on smoking cessation in hospitalized acute coronary syndrome patients not ready to quit immediately: a randomized controlled trial, **Nicotine & Tobacco Research**, v. 20, n. 5, p. 596-605, mai., 2018. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx126>

KOBER, H.; KROSS, E.F.; MISCHER, W. et al. Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 106, n. 1, p. 52-55, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.017>

LEOPOLDO, T. da S. **Terapias complementares no tratamento da dependência da nicotina: uma revisão integrativa**. Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Estética e Bem Estar da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) em junho de 2018. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/5634>. Acesso em: 15 dez. 2019.

LI, W.H.C.; HO, K.Y.; LAM, K.K.W. et al. A study protocol for a randomised controlled trial evaluating the use of information communication technology (WhatsApp/WeChat) to deliver brief motivational interviewing (i-BMI) in promoting smoking cessation among smokers with chronic diseases. **BMC Public Health** v. 19, 1083, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7417-6>

LOPES R.P.; CAVALCANTE A.S.P.; GOMES D.F.; RIBEIRO M.A.; MATHIAS D.P.; et al. Abordagem e tratamento do tabagismo na atenção primária à saúde. v.1, n. 17. Jan/Jul. Pág. (28-39) - 2019: Revista Extensão em Ação. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.32356/exta.v1.n17.33110>. Acesso em: 17 Ago. 2020.

LOPES, F. M.; PEUKER, A. C. W. B.; RECH, B. E. et al.. Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido e uma universidade pública. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. [Internet], v. 22, n. esp. 2014.. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.025>. Acesso em 22 set. 2017.

MCDERMOTT, M.; MARTEAU, T.; HOLLANDS, G.; et al.. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: Cohort study. **British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 62-67, 2013.. doi:10.1192/bjp.bp.112.114389

MESQUITA, A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Revista Brasileira de Comportamento Cognitivo** São Paulo , v. 15, n. 2, p. 35-44, ago. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200004&lng=pt&nrm=iso> . acessos em: 28 jan. 2020.

- MESQUITA, A. L.; AZEVEDO, C. B. dos S.; BELTRÃO, D. I. et al. A influência da interação sobre pacientes tabagistas: uma revisão de literatura. **RESU – Revista Educação em Saúde**: v. 3, n. 2, Disponível em: http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoem_saude/article/view/1388. Acesso em 03 abr. 2019.
- METSE, A. P.; BOWMAN, J. A.; WYE, P. et al. Evaluating the efficacy of an integrated smoking cessation intervention for mental health patients: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 266, 2014. doi:10.1186/1745-6215-15-266.
- MOLAS, S.; DEGROOT, S. R.; ZHAO-SHEA, R. et al.. Anxiety and nicotine dependence: emerging role of the habenulo-interpeduncular. **Axis. Trends Pharmacol Sci.**, v. 38, n. 2, p. 169-180, 2017. doi: 10.1016/j.tips.2016.11.001..
- MOORE, R. A.; AUBIN, H. J. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? **Int J Environ Res Public Health**, v. 9, n. 1, p. 192-211, 2012. doi:10.3390/ijerph9010192. Acesso em: 03 jan. 2020.
- NISAA, Z. U.; ZAFAR, A.; ZAFAR, F.; Efficacy of a smoking cessation intervention using the natural agents. **International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**, v. 10, n. 2, 2018. Disponível em: <http://internalmedicine.imedpub.com/efficacy-of-a-smoking-cessation-intervention-using-the-natural-agents.php?aid=23299>. Acesso em: 27 jan. 2020.
- OPAS (Organização Pan America de Saúde). **OMS lança novo relatório sobre a epidemia mundial do tabaco**; Brasil é 2º país a alcançar alto nível de todas as medidas MPOWER. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5993:oms-lanca-novo-relatorio-sobre-a-epidemia-mundial-do-tabaco-brasil-e-2-pais-a-alcancar-alto-nivel-de-todas-as-medidas-mpower&Itemid=839. Acesso em: 14 mai. 2019.
- OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Tabaco**. Atualizada em julho de 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097. Acesso em: 24 ago. 2019.
- PEREIRA, A. A. C.; GRITSCH, L. J.; PASSOS, M. S. et al. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n.3, p. e55096, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55096>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- PEUKER, A. C.; BIZARRO, L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 87-98, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.09>. Acessos em: 27 jan. 2020.
- PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 20, p. 161-173, 1982.
- REID, Z. Z.; REGAN, S.; KELLEY, J. H. et al. Comparative effectiveness of post-discharge strategies for hospitalized smokers: study protocol for the Helping HAND 2 randomized controlled trial. **BMC Public Health**., v. 15, n. 109, 2015. doi:10.1186/s12889-015-1484-0.

RICHTER, K. P.; FASERU, B.; MUSSULMAN, L. M. et al. "Using "warm handoffs" to link hospitalized smokers with tobacco treatment after discharge: study protocol of a randomized controlled trial." **Trials**, v. 13, n. 127, aug. 2012, doi:10.1186/1745-6215-13-127

RIGOTTI, N .A. et al. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 312, n. 7, p. 719–728, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.9237>. Acesso em: 15 fev. 2020.

RODRIGUES, B. J. C.; VELOZO-JUNIOR, R. Intervenções com grupos e tabagismo: relato de experiência no contexto do sistema único de saúde brasileiro sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. **Única-Cadernos Acadêmicos**. v. 3, n. 3, 2017. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/60>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ROY A, RAWAL I, JABBOUR S, et al. Tobacco and cardiovascular disease: a summary of evidence. In: PRABHAKARAN D, ANAND S, GAZIANO TA, et al., editors. Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; 2017 Nov 17. Chapter 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525170/> doi: 10.1596/978-1-4648-0518-9_ch4Ambuj Roy, Ishita Rawal, Samer Jabbour, and Dorairaj Prabhakaran.

SANTOS, J. D,P.; ACHUTTI, A,; GUTHS, P. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 564-573.

SANTOS, R. S., BITTENCOURT, A. R. C; ENGEL, R. H. et al. Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, n. e17381, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.17381>

SILVA, L. C. C.; ARAUJO, A. J. de; QUEIROZ, A. M. de et al. Controle do tabagismo: desafios e realizações. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 4, p. 290-298, 2016. doi: 10.1590 / S1806-37562016000000145

SMOKING CESSATION LEADERSHIP CENTER. **Destination tobacco free: a practical tool for hospitals and health systems**. 2013. Disponível em: https://smokingcessationleadership.ucsf.edu/sites/smokingcessationleadership.ucsf.edu/files/Downloads/Toolkits/df_2013_toolkit.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

THE JOINT COMMISSION SPECIFICATIONS. **Manual for Joint Commission National Quality Measures. Tobacco Treatment Measures (TOB)**. Publicado em 01 ago. 2019. Disponível em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2020A/TobaccoTreatmentMeasures.html>. Acesso em: 22 fev. 2020

VELOSO, N. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. de S. et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 193-198, 2011.. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(20\)216](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(20)216)

Verplaetse, T. L., & McKee, S. A. (2017). An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(2), 186–196. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1189927>

WANG, J. H.; VAN HASELEN, R.; WANG, M. et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. **Tob Induc Dis.** , v. 17, p. 48, 2019. doi:10.18332/tid/109195

WHO (World Health Organization). Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 de novembro de 2019.

WHO (World Health Organization). **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 23 dez. 2019.

WU, L.; HE, Y.; JIANG, B. et al. Additional follow-up telephone counselling and initial smoking relapse: a longitudinal, controlled study. **BMJ Open, British Medical Journal Publishing Group**, v. 6, n. 4, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e010795>. Acesso em: 24 jan. 2020.

YBARRA, M. L; JIANG, Y.; FREE, C. et al.. Participant-level meta-analysis of mobile phone-based interventions for smoking cessation across different countries. **Preventive Medicine**, v. 89, p. 90–97, 2016. ISSN 0091-7435. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.05.002.

YLIOJA, T.; COCHRAN, G.; CHANG, Y. et al. “Postdischarge smoking cessation in subgroups of hospitalized smokers: A latent class analysis.” **Substance abuse**, v. 38, n.4, p. 493-497, 2017. doi:10.1080/08897077.2017.1355870

ZHOU, X.; NONNEMAKER, J.; SHERRILL, B. et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. **Addictive Behaviors**, v. 34, n. 4, p. 365-373., 2009. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>

6.2 CARACTERIZAÇÃO DE TABAGISTAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Josimary Souza da Silva
Nádia Chiodelli Salum

RESUMO:

Objetivo: Identificar as características sociodemográficas de pacientes tabagistas internados, com vistas à implantação do Programa de Cessação do Tabagismo em um hospital público do sul do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado com 17 pacientes que compuseram o Grupo de Cessação do Tabagismo de um hospital de cardiologia. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas guiadas pelo questionário do Ministério da Saúde no período de outubro a dezembro de 2019. **Resultados:** A idade média dos tabagistas foi de 55,6 anos, sexo feminino, casados, com baixo nível de escolaridade. A idade média de início do consumo de cigarro foi de 15,6 anos. Apresentam grau elevado de dependência à nicotina, mas com elevada motivação para cessar com o hábito de fumar. 70,6% relataram que tentaram parar de fumar de uma a três vezes, porém os sintomas de abstinência foram a principal causa de falha durante o processo. **Conclusão:** É necessário valorizar a busca ativa de padrões e características dos tabagistas, abordando-os de forma estruturada e dinâmica, para construir estratégias e planejar ações específicas no combate ao tabagismo.

Descritores: Tabagismo. Prevenção do hábito de fumar. Hospitalização. Cessação do tabagismo. Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

ABSTRACT

Objective: Identify the sociodemographic features of hospitalized smoking patients, with a view to implementing the Smoking Cessation Program in a public hospital in southern Brazil. **Method:** This is a descriptive exploratory study carried out with 17 patients who made up the Smoking Cessation Group at a cardiology hospital. Data collection took place through interviews guided by the Ministry of Health survey from October to December 2019. **Results:** The age average of smokers was 55.6, most of them female, marriage and with a low level of education. The age average of starting smoking was 15.6. They have a high degree of nicotine dependence, but a high motivation to quit smoking. 70.6% reported that they tried to quit smoking one to three times, but withdrawal symptoms were the main cause of failure during the process. **Conclusion:** It is necessary to value the active search for patterns and characteristics of smokers, addressing them in a structured and dynamic way, to build strategies and plan specific actions in the fight against smoking.

Descriptors: Smoking. Smoking habit prevention. Hospitalization. Smoking cessation. National Smoking Control Program.

INTRODUÇÃO

Reconhecidamente, o tabagismo é um importante fator de risco de mortes por doenças

crônicas não transmissíveis, levando mais de oito milhões de pessoas por ano à morte, sendo que mais de sete milhões dessas mortes são o resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhões são o resultado de não fumantes expostos ao fumo passivo (WHO, 2019; DROPE et al., 2018).

A tentativa de abandonar o consumo de cigarro é um processo complicado e requer uma série de mudanças no estilo de vida dos tabagistas. A mudança nas rotinas diárias de qualquer pessoa, fumante ou não, é algo árduo e difícil de se alcançar (PEUKER; BIZARRO, 2015).

O Brasil tem importante destaque mundial no combate ao tabagismo com políticas e ações voltadas ao controle e tratamento do tabagismo, seguindo as diretrizes da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde (CQCT-OMS) sancionada em 2006 pelo Decreto nº 5.658. Essas diretrizes buscam reduzir o consumo de tabaco e prevalência do tabagismo em diversas regiões do mundo (WHO, 2015; PINTO et al., 2019).

No Brasil, com a implantação do Programa de Cessação ao Tabagismo, tornou-se referência mundial no combate ao tabagismo, observando-se uma queda no número de fumantes que receberam tratamento, com resultados, em 2011, de aproximadamente 140.000 fumantes atendidos, sendo que cerca de 64 mil (45%) deixaram de fumar (BRASIL, 2014; GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2017).

O consumo do cigarro envolve alguns fatores biopsicossociais, que devem ser identificados, auxiliando em questões de tratamento e condutas voltadas a reduzir este consumo. Monitorar padrões de tabagismo, assim como as características dos tabagistas atuais, é necessário e está previsto segundo o Art. 20 da CQCT-OMS, que trata da pesquisa, vigilância e monitoramento de informação, esses dados são importantes para subsidiar o desenvolvimento de alternativas eficazes e específicas para combater o consumo de cigarro, que leva a tantas mortes e incapacitações (INCA, 2020).

Os gastos gerados por hospitalizações e tratamentos de doenças relacionadas ao tabaco são altíssimos, evidenciando aumento de 70% entre 2011 e 2015, tornando necessário intervir na tentativa de ofertar tratamento para cessação do tabagismo, já demonstrado em estudos que é menos custoso aos cofres públicos, considerando todo prejuízo gerado pelas doenças e também por gerar invalidez e aposentadorias precoces em virtude de suas complicações (PINTO et al., 2019, MESQUITA et al., 2015).

Estudo de revisão da literatura sobre o tabagismo no ambiente hospitalar verificou índices

de prevalência do tabagismo em pacientes internados com idade superior ou igual a 18 anos, por qualquer causa, de 12,1% a 18,7%, podendo chegar a valores de 23% no caso da população idosa, demonstrando a necessidade de intervir com o paciente hospitalizado (MESQUITA et al., 2015). Estes estudos realizados em pacientes hospitalizados, podem auxiliar na busca de informações relevantes para contribuir na cessação do tabagismo. É reconhecido que o momento de hospitalização de um paciente com doença cardiovascular grave pode levar a uma maior motivação para cessar com o hábito de fumar em virtude das complicações decorrentes da doença crônica relacionadas ao tabaco. Nesse sentido, torna-se um momento propício para iniciar orientações e incentivos sobre a cessação do cigarro (PEUKER, BIZARRO, 2015; MESQUITA et al., 2015; LINDSON-HAWLEY et al., 2016).

Obter êxito ao tentar parar de fumar não é algo simples, estudos fora do Brasil demonstram que poucos tabagistas têm sucesso em cessar com o hábito de fumar, solidificando a necessidade de buscar mais informações sobre técnicas adequadas de tratamento ao tabagista, preenchendo lacunas no atendimento, buscando maior eficácia (LINDSON-HAWLEY et al., 2016; ANDRITSON et al., 2016; DAUTZENBERG, B., 2018).

A indústria do tabaco apresenta-se bem preparada para manter seus consumidores dependentes do cigarro, pois mesmo com tantas informações sobre os malefícios causados pelo uso desse produto e todas as ações no combate de seu consumo, ainda temos um número elevado de usuários do cigarro. Recentemente, ganhou grande popularidade o uso dos cigarros eletrônicos, principalmente junto aos jovens, e ocorreu um aumento no consumo do narguilé. Esses produtos são comercializados com a proposta de serem menos danosos a saúde e como forma de substituir o uso do cigarro, sendo amplamente comercializados em muitos países sem uma adequada regulamentação. Entretanto, os benefícios ou malefícios não são totalmente conhecidos, levando ao receio de que possa ocorrer incentivo da experimentação pelos jovens e futura dependência da nicotina e, conseqüentemente, dos produtos do tabaco (WHO, 2019; ACTBR, 2019). Demonstra, assim, a importância do conhecimento do perfil dos tabagistas para a implantação de políticas e ações voltadas à vigilância desses produtos e à necessidade de alertar a população dos reais riscos à saúde (GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2017; WANG et al., 2019).

Diante desta realidade, este estudo tem como objetivo: Identificar as características sociodemográficas de pacientes tabagistas internados, com vistas à implantação do Programa de

Cessação do Tabagismo em um hospital público do sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de descritivo, exploratório, realizado no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) no período de outubro a dezembro de 2019. Participaram 17 pacientes tabagistas. Foram adotados como critérios de inclusão ser tabagista internado ou em acompanhamento no ambulatório de cardiologia ou na reabilitação cardíaca, de ambos os sexos, que demonstraram interesse em parar de fumar. Como critérios de exclusão, pacientes em exames ou com alta hospitalar prevista. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista guiada pelo roteiro adaptado do Ministério da Saúde para o Programa de Cessação do Tabagismo, elaborado para auxiliar os profissionais de saúde na abordagem e tratamento do fumante (BRASIL, 2001).

Para os tabagistas participantes, foi realizada uma entrevista e aplicado um questionário com a intenção de levantar dados sobre: características sociodemográficas, exame físico básico (com verificação da pressão arterial, peso e estatura). Foi levantada a história clínica de saúde/doença, medicações em uso atualmente, ingestão de bebidas alcoólicas e frequência, caso se confirmasse o uso diário ou nos finais de semana, era aplicado o teste de Cage (1974) (CUT DOWN, ANNOYDE BY CRITICIMS, GUILTY E EYE- OPENER). Foram avaliados também dados relacionados à história tabágica com informações de: idade com que começou a fumar, situações relacionadas ao uso do cigarro, razões para fumar, tentativas anteriores de abandono (sintomas de abstinência que vieram a ocorrer), métodos utilizados para cessar com o hábito de fumar, motivo que levou ao retorno do hábito de fumar, motivo(s) atual(is) para pensar em deixar o hábito de fumar, convive com fumantes em seu dia a dia). Também fizeram parte do questionário o Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (1991) e o modelo de estágios de mudança para a cessação do tabagismo de acordo com Prochaska e Di Clemente (1982).

Os dados foram organizados em uma planilha de dados no aplicativo *Google Sheets*, e, posteriormente, as análises foram realizadas nesse aplicativo juntamente com o aplicativo *Google Colab*.

Utilizou-se estatística inferencial e desvio padrão, sendo que o teste do Chi quadrado (χ^2) foi empregado para a comparação do grau de dependência em relação às variáveis categóricas, aplicado quando adequado e considerando nível de significância de 5%.

Foi utilizada a mediana do teste de Fagerström para a dependência de nicotina (FTND) que identifica a dependência à nicotina, como ponto de corte, separando em dois grupos distintos, os de grau elevado de dependência (GED) e grau baixo de dependência (GBD). Como a mediana das pontuações foi seis, foi estabelecido que as pontuações maiores ou iguais a seis entraram no grupo de GED e as pontuações menores que seis entraram no grupo GBD. Para análise dos dados do perfil epidemiológico (sociais e demográficos) e das variáveis descritivas, foi utilizado análise de estatística descritiva por meio das frequências absolutas e relativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e pelo Comitê de ética do ICSC (Protocolo/UFSC 12994319.9.0000.0121 e protocolo/ICSC 15727219.2.0000.0113), com anuência dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram aplicados questionários com 17 tabagistas, sendo dez das unidades de internação e sete do setor de ambulatório e reabilitação cardíaca. Foram realizados três grupos com uma sessão e um grupo com quatro sessões e manutenção.

Durante a busca pelos tabagistas nas unidades de internação, foram identificados em média 36 tabagistas hospitalizados, destes, somente dez manifestaram interesse em participar dos grupos.

No ambulatório e reabilitação cardíaca, foram levantados 19 tabagistas interessados em participar dos grupos, Após realizar contato telefônico, houve o interesse de dez tabagistas que aceitaram fazer parte do grupo, porém ocorreu a desistência de três destes, totalizando a participação de sete tabagistas.

A caracterização dos 17 participantes identificada por meio de anamnese e aplicação do questionário adaptado do MS segue na tabela 01:

Tabela 1: Características sociodemográficas dos tabagistas do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. São José, 2019.

Variáveis	Número	%	Idade Média/dp*
Sexo			
Homens	08	47,1	
Mulheres	09	52,9	
Idade			
18-34 anos	01	5,9	55,6 anos/± 8,3
35-44 anos	01	5,9	
45-64 anos	13	76,5	
Mais de 65 anos	02	11,8	
Nível de escolaridade			
Analfabeto	-	-	
Semi analfabeto	02	11,8	
1º grau incompleto	04	23,5	
1º grau completo	05	29,4	
2º grau incompleto	02	11,8	
2º grau completo	04	23,5	
Nível Superior incompleto	-	-	
Nível Superior completo	-	-	
Renda familiar			
Até 2 Salários mínimos	09	52,9	
2 a 4 Salários mínimos	07	41,2	
4 a 7 Salários mínimos	01	5,9	
7 a 12 Salários mínimos	-	-	
Mais que 12 Salários mínimos	-	-	
Total	17	100%	

dp*= desvio padrão

A idade média dos tabagistas entrevistados foi de 55,6 anos (desvio padrão (dp) ± 8,3) e (Intervalo de Confiança (IC): 47,3 a 63,9), e no sexo, não houve quase diferença ficando entre oito homens (47,1%) e nove mulheres (52,9%). A idade média de início do consumo de cigarro foi de 15,6 anos (dp ± 7,2) e (IC: 8,4 – 22,8), sendo os maiores valores observados nas idades de 11 anos (quatro tabagistas) e 16 anos (quatro tabagistas).

Ao buscar comparar o grau de dependência com relação à idade dos tabagistas neste estudo, não se observou relação com essas duas variáveis, sendo que o valor do χ^2 foi de 3,508 (NS de 5%), obstante dos estudos citados abaixo.

Tabela 02: Grau de dependência relacionado com a idade dos tabagistas no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. São José, 2019.

Idade	GED	GBD	Total
<= 30	0	0	0
31-40	0	1	1
41-50	2	1	3
51-60	6	1	7
>= 61	3	3	6
Total	11	6	17

Teste $\chi^2 = 3,508$; $p=0,3198$ (Nível de significância de 5%)

Ao aplicar o Teste χ^2 , observou-se que o grau de dependência de acordo com o Teste de Fagerström não tem relação com o gênero (masculino/feminino), conforme demonstrado na tabela 03:

Tabela 03: Grau de dependência comparado com o gênero (masculino ou feminino) dos tabagistas do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. São José, 2019.

Gênero	GED	GBD	Total
Masculino	6	2	8
Feminino	5	4	9
Total	11	6	17

Teste $\chi^2 = 0,662$ (Nível de significância de 5%).

Dos tabagistas entrevistados, 88,2% são moradores da grande região de Florianópolis e 11,8% residem em outros municípios de Santa Catarina. O grau de escolaridade apresentou 11,8% semianalfabetos, 23,5% com o primeiro grau incompleto, 29,4% o primeiro grau completo, 11,8% segundo grau incompleto, 23,5% com segundo grau completo e nenhum tabagista com nível superior, sendo maior a prevalência do menor nível de escolaridade.

Dentre as principais doenças levantadas entre os tabagistas entrevistados, a doença cardiovascular está presente em 100% dos tabagistas. Este fato pode estar relacionado ao hospital ser referência em tratamento de doença cardiovascular, seguido da hipertensão arterial com 82,4%, e a depressão e/ou ansiedade demonstraram alto índice também com 64,8% dos tabagistas acometidos.

O consumo de bebidas alcoólicas mostrou-se reduzido, com 17,7% relatando consumir bebidas alcoólicas nos finais de semana, 41,2% relataram consumir raramente e outros 41,2% nunca consomem bebidas alcoólicas. O teste de CAGE que identifica tendência para dependência do álcool apresentou-se positivo nos três testes aplicados, sugerindo indicação positiva de

dependência de álcool. Com relação ao grau de dependência com os testes de CAGE positivos, os resultados demonstram grau elevado de dependência tabágica, chegando à média 8 (dp:1).

As situações cotidianas mais relatadas, que estão ligadas ao hábito de consumir cigarros, foram as relacionadas com ansiedade/stress 82,4%, após as refeições 82,4%, após a ingestão de café 76,5%, a tristeza em 58,8%, durante o trabalho 35,3%, após ingerir bebidas alcoólicas 29,4%, ao falar no telefone 23,5% e relacionadas ao sentimento de alegria, 11,8%.

Sobre as tentativas anteriores em abandonar o hábito de fumar, 70,6% relataram que já tentaram de uma a três vezes, 11,8% tentaram e não conseguiram parar, 5,9% tentaram mais de três vezes e 11,8% nunca tentaram.

Os sintomas percebidos durante as tentativas anteriores de cessar o hábito de fumar foram ansiedade e irritação 80%, fissura 60%, inquietação 53,3%, tristeza 40%. Os principais motivos relatados para o retorno do hábito de fumar foram os sintomas de abstinência com 80% e stress 29,4%.

Dos recursos utilizados nas tentativas anteriores de cessação ao tabagismo, grande parte relatou que não utilizou nenhum método para parar 58,8%, reposição de nicotina foram 29,4%, bupropiona 29,4%, auxílio de um profissional 29,4% e outros métodos em geral foram 26,7%.

Ao serem questionados sobre os principais motivos para cessarem o hábito de fumar, a preocupação com a saúde destacou-se entre as opções fornecidas com 88,2% preocupados com a saúde atual e 76,5% preocupados com a saúde no futuro, 41,2% relataram que desejam parar porque os filhos pedem, 35,3% querem parar pelo bem estar da família, 17,6 relataram ser por pressão de outras pessoas ou por questões financeiras, 11,8% não querem ser um mal exemplo para crianças ou por não gostar de ser dependente, e, por fim, apenas 5,9% querem parar pela restrição em locais fechados e por ser antissocial.

O maior contato com o cigarro, vivenciado pelos tabagistas, foi com amigos em 94,1%, em suas casas 41,2% e em seu ambiente de trabalho 35,3%.

Ao serem questionados a respeito do receio de engordar ao tentar cessar com o hábito de fumar, 80% relataram não ter preocupação de engordar e 29,4% relataram ser uma preocupação importante.

O teste de Fagerström para a dependência de nicotina (FTND) foi aplicado aos tabagistas e os resultados demonstrados de acordo com cada questão abordada, apontaram que a maioria dos tabagistas apresentam alto grau de dependência ao cigarro. Segue tabela com resultados encontrados:

Tabela 04: Resultados do teste de Fagerström em tabagistas internados no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. São José, 2019.

Variáveis	Nº	%	Média/dp*
Grau de dependência de Fagerström			
Baixo	05	29,4%	6,2/2,1
Médio	01	5,9%	
Elevado	06	35,3%	
Muito elevado	05	29,4%	
Total	17	100%	

Média 6,2 (desvio padrão=2,1)

Observa-se que 64,6% dos pacientes fumam de 11 a 31 cigarros dia, o que caracteriza como um alto índice de dependência do tabaco. Ao avaliar as relações do grau de dependência em relação com o número de cigarros fumados por dia, com nível de significância de 5%, obteve-se o valor de $\chi^2=17,429$, demonstrando, assim, que existe relação entre essas duas variáveis.

Segue a análise das variáveis em tabela abaixo:

Tabela 05: Análise das variáveis de grau de dependência e número de cigarros fumados ao dia de pacientes internados no ICSC. São José, 2019.

No. Cigarros	GED	GBD	Total
Até 10	0	6	6
De 11 a 20	3	0	3
De 21 a 30	5	0	5
Mais de 31	3	0	3
Total	11	6	17

$\chi^2=17,429$; $p < 0,01$. GED: Grau elevado de dependência; GBD: Grau Baixo de dependência

As variáveis relacionadas ao grau de dependência e o número de tentativas de parar de fumar ao serem avaliadas demonstraram não ter relação, apresentando resultado do teste Chi quadrado de 3,888 (dp: 5%).

Tabela 6: Grau de dependência e número de tentativas de parar de fumar de pacientes internados no ICSC. São José, 2019.

Tentativas	GED	GBD	Total
De 1 a 3 vezes	7	5	12
Mais de 3 vezes	0	1	1
Tentativa sem sucesso	2	0	2
Nunca tentou	2	0	2
Total	11	6	17

$\chi^2=3,888$; $p=0,2738$. GED: Grau Elevado de Dependência; GBD: Grau Baixo de Dependência

De acordo com o modelo transteórico de Prochaska e Di Clemente, que indica o quanto um indivíduo pode estar motivado, ou não, por uma mudança, foram encontrados os valores de 41,2% tabagistas que estavam em estágio motivacional de ação, outros 29,4% encontravam-se prontos para a ação e em estágio contemplativo totalizaram 29,4%.

Ao questionar os tabagistas sobre a necessidade de fumar naquele momento (fissura), 58,8% referiram que não sentiam a vontade de fumar naquele momento e 41,2% relataram que desejavam fumar naquele momento, sendo inversamente respondido quando a questão foi se o tabagista iria fumar assim que terminasse a entrevista, resultando em 58,8% relatos que iriam fumar assim que saíssem do hospital e 41,2% responderam que não iriam fumar após a alta hospitalar.

Questionados sobre sinais e sintomas de depressão e/ou ansiedade, os tabagistas relataram que conseguem realizar atividades de relaxamento/diversão 58,8% e, dentre os principais sentimentos vivenciados no último mês, a falta de energia foi referida por 76,5%, sentimento de tristeza e inquietação foi relatado por 41,2%, perda de interesse/prazer e culpa ou sentimentos de inutilidade foram relatados por 35,3%.

Quanto à realização dos grupos, dos 17 participantes, dez fizeram parte dos grupos de uma sessão enquanto os outros sete tabagistas participaram do grupo com quatro sessões. Dois tabagistas desistiram do grupo de quatro sessões e terminaram o tratamento completo o total de cinco tabagistas, ao que se observou que três tabagistas não fumaram mais e dois reduziram o consumo de 20 cigarros/dia para uma média de cinco cigarros/dia. Esses dados foram obtidos através de relatos pessoais, não sendo possível realizar a medida de CO para confirmar a informação. Apesar de ter se obtido um sucesso de 42,9% na cessação do tabagismo com os grupos, a amostra não é significativa para afirmar a efetividade do método utilizado.

DISCUSSÃO

Apesar das tentativas e programas de cessação tabágica no Brasil, o número de programas desenvolvidos em hospitais e de fumantes que pararam de fumar ainda é bastante reduzido. Neste estudo de 36 pacientes em uso de tabaco, somente 17 aceitaram participar dos grupos de cessação do tabagismo no período de três meses.

Os dados sociodemográficos, como a idade dos tabagistas, que apresentou uma média de

55,6 anos, baixa escolaridade, maior número de tabagistas casados, baixa renda familiar, corrobora outros estudos realizados (PEUKER, BIZARRO, 2015; MESQUITA et al., 2015; LINDSON-HAWLEY et al., 2016).

Observa-se que, quanto mais idade tiver o tabagista, maior também é a busca em cessar o hábito de fumar. Muitas vezes, esse fato está relacionado com problemas de saúde, que surgem com a idade (PEREIRA, BARRETO, 2017; POLONIO et al., 2017).

A sutil diferença entre os gêneros neste estudo aproxima-se dos dados encontrados em estudo realizado com pacientes clínicos e cirúrgicos quanto ao sexo e número de cigarros fumados/dia (MARTINELLI et al., 2014). Entretanto, outros estudos realizados citam o predomínio de mulheres, com média de idade de 48 anos, mais de 30 anos de história tabagística, com média de uma a três tentativas anteriores de cessação tabagística. Porém, estudo aponta que as mulheres apresentam maior dificuldade para cessação do tabagismo enquanto o resultado final é melhor observado no sexo masculino (LEAL et al., 2017).

Na avaliação das variáveis relacionadas com o gênero e grau de dependência, deduziu-se que não houve relação entre elas. Resultados diferentes foram verificados em um estudo que buscou estimar a prevalência do tabagismo diário por idade e gênero e o número de cigarros diários por fumante em 187 países, observando que a prevalência do consumo de cigarro indica que o grau de dependência masculino é maior (NG et al., 2014).

Em relação à escolaridade, observa-se que a maioria dos tabagistas não tinham estudo acima do segundo grau, incluindo dois semianalfabetos. A relação entre tabagismo e grau de escolaridade é notória em diversos estudos realizados, apresentando-se convencionalmente inversamente proporcional à baixa escolaridade com relação ao consumo do tabaco (PEUKER; BIZARRO, 2015; MESQUITA et al., 2015, LEAL et al., 2017).

Quanto à idade média de consumo do cigarro pelos tabagistas do ICSC, foi de 15,6 anos, corroborando estudos que afirmam que a idade de início do consumo de cigarro é na adolescência. Esses relatos reafirmam dados do INCA e de outros estudos, que alertam a necessidade de políticas públicas voltadas ao adolescente para evitar a experimentação do cigarro na adolescência. A adolescência torna-se uma janela crítica para o desenvolvimento de vícios pela questão das experimentações ligadas a este momento de descobertas e pela busca de identidade e de espaço no mundo adulto (YUAN et al., 2015; OWOTOMO, MASLOWSKY, 2018; BRASIL 2019; PROCHASKA; BENOWITZ, 2019).

Novos dispositivos pretendem substituir o cigarro comum; esses produtos põem uma nova geração em risco de viciar-se em nicotina, retrocedendo às décadas de esforços investidos para protegê-los. Os novos produtos do tabaco estão ganhando um número crescente de jovens que vêm a ter conhecimento deles através das novas estratégias de marketing das empresas multinacionais de tabaco e das mídias sociais (WHO, 2019; ACTBR, 2019).

Dentre esses novos dispositivos, temos os produtos do tabaco aquecido que produz aerossóis contendo nicotina além de outros produtos químicos tóxicos (*iQOS*, *Ploom*, *glo* e vaporizadores *PAX*), outro é o sistema eletrônico de entrega de nicotina, que são dispositivos que aquecem uma solução (e-líquido) para criar um aerossol que é então inalado pelo usuário ("*e-cigs*", "*vapes*", "*e-hookahs*" ou "*vape canetas*") (WHO, 2019). Existem alegações que esses produtos têm menor risco para a saúde, especialmente pelos seus fabricantes, porém não há evidências para demonstrar que esses produtos não são realmente prejudiciais à saúde, e a OMS considera que todas as formas de uso do tabaco são maléficas para a saúde, recomendando que medidas políticas e regulamentares devem ser aplicadas a todos os produtos do tabaco (WHO, 2019, ACTBR, 2019). Também o uso de narguilé por jovens e estudantes universitários está ganhando grande popularidade. A utilização do narguilé (*shisha*, *hubble-bubble*, *argileh*, *goza* ou cachimbo de água), é uma maneira de fumar tabaco através de misturas, como frutas ou açúcar de melado, com a utilização de uma tigela e mangueira ou tubo que termina em um bocal no qual o fumante inala a fumaça das substâncias queimadas. Em uma sessão típica de narguilé (cerca de 1 hora), o fumante pode inalar uma quantidade similar de toxinas que o consumo de mais de 100 cigarros, e mesmo se for utilizado o narguilé sem tabaco, ainda haverá risco para a saúde em virtude do monóxido de carbono e outras toxinas presentes no carvão usado para queimar o narguilé (AANYU et al., 2019).

O tabagismo está relacionado com a complicação de mais de 50 doenças, sendo que, dentre estas enfermidades, as mais comuns registradas em estudos, são o aumento da pressão arterial e suas complicações, além das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus, corroborando os dados deste estudo (LINHAS, DIAS, BARROSO, 2018; BARUA et al., 2018; KALKHORAN et al., 2018).

O uso de bebidas alcoólicas está fortemente ligado ao consumo de outras drogas, dentre elas, o tabaco em suas diferentes apresentações (fumado e cigarro sem fumaça, eletrônico, mascado). Diferentemente de outros estudos, poucos tabagistas neste estudo relataram consumir

álcool regularmente, porém, entre aqueles que consumiam bebidas alcoólicas com maior frequência, demonstraram teste positivo para CAGE (BEARD et al. 2017; LEE; KANG-SOOK, 2019). O fato de existir o consumo de bebidas alcoólicas em conjunto com o hábito de consumir cigarros dificulta o processo de cessação do tabagismo (CHOU et al., 2016).

Quando questionados acerca das situações que despertam a vontade de fumar, relatam ser diante de ansiedade ou estresse e após refeições ou café. Esse resultado aproxima-se de outros estudos que caracterizam tabagistas e seus hábitos de consumo do cigarro, evidenciando que o uso do cigarro em 100% dos tabagistas é devido à sensação de calma que o cigarro causa (BAIOTTO et al., 2016).

Estes relatos são pertinentes em se tratando dos efeitos que a nicotina exerce no organismo. A nicotina, quando inalada, gera ação rápida no cérebro e causa os efeitos psicológicos que são comumente relatados de sensação de prazer e calma, porém a nicotina apresenta meia vida de duas horas e será necessária uma nova dose para manter a sensação causada pelo seu uso, a partir desse momento, será gerado um condicionamento comportamental que leva à necessidade de dosagem frequente de nicotina (PROCHASKA; BENOWITZ, 2019).

Os tabagistas relataram a falta de energia como principal sintoma, 76,5%, e cerca de 41,2% referiram sentimento de tristeza e inquietação. Os níveis de ansiedade e depressão não apresentam alteração de acordo com a situação tabágica e não se associaram com a motivação em parar de fumar, porém os níveis de ansiedade demonstraram associação com o grau de dependência à nicotina (PAWLINA¹ et al., 2014). No que se refere à ansiedade e à depressão, existem diversas hipóteses diferentes a respeito dessa relação causal, sendo que, em uma revisão sistemática que buscava a associação entre tabagismo com depressão e ansiedade, os resultados foram inconsistentes para afirmar essa real relação (FLUHARTY et al., 2017). Outros estudos demonstram que o tabagista com histórico de depressão apresenta maior dificuldade em deixar o hábito de fumar, sendo a depressão um preditor de insucesso para a cessação do tabagismo (TEJADA et al., 2013).

É importante estar atento aos sintomas de depressão e ansiedade que venham a surgir durante o período de cessação do tabagismo, além de avaliar como era esse paciente antes e após o tratamento. Estudos demonstram que não existe ligação de piora do quadro depressivo ou ansioso com relação à cessação, e alguns relatam até melhora destes sintomas, por sua vez, fumantes ansiosos têm mais dificuldade em abandonar sua dependência e precisam ser melhor

investigados (PAWLINA¹ et al., 2014; FLUHARTY et al., 2017).

O hábito de fumar costuma estar associado com situações particularmente cotidianas, ao humor ou a fatores ambientais que se tornam “gatilhos” para fumar, tornando-se hábito fumar após uma refeição, café ou álcool, enquanto dirigem e/ou com amigos que fumam (PROCHASKA, BENOWITZ, 2019; JESUS et al., 2016). Foi possível observar qual o grau de dependência dos tabagistas no ICSC, identificando a média de 6,2 (dp: 2,1), demonstrando níveis de dependência altos. A maioria dos tabagistas fuma de 11 a 31 cigarros/dia, o que caracteriza alta dependência do tabaco e, dentre eles, relataram ter tentado deixar o hábito de fumar de uma a três vezes pelo menos. O estudo mostrou que a tentativa de cessar o hábito foi alicerçada na necessidade de melhoria da saúde e minimizar os riscos de complicações, além da pressão de pessoas próximas e do elevado preço do cigarro, o que justifica a procura pelo tratamento do tabagismo. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo realizado na Polônia, que avaliou as barreiras e motivadores percebidos para a cessação do tabagismo entre populações socialmente desfavorecidas, em que a maioria dos fumantes admitiu ter tentado parar de fumar em média três vezes (MILCARZ et al., 2019).

Já em outro estudo realizado para avaliar a quantidade de tentativas efetivas que um tabagista apresenta sucesso em cessar o consumo de tabaco, concluiu-se que são necessárias inúmeras tentativas para conseguir, apresentando como principais sintomas ao tentar deixar o cigarro a ansiedade, irritação e fissura (CHAITON et al., 2016). A síndrome de abstinência é uma das principais causas de fracasso na cessação do tabagismo, fazendo com que o tabagista retorne ao consumo do cigarro para aliviar os sintomas apresentados (PEUKER, BIZARRO, 2015; ZAMPIER et al., 2017). Estas evidências chamam a atenção do profissional para a necessidade de intervenções que reforcem a automotivação como elemento fundamental para a cessação do hábito de fumar (MESQUITA et al., 2015; JIMÉNEZ et al., 2017). Neste estudo, os tabagistas relatam que não buscam nenhum tipo de auxílio para cessar o consumo de cigarros, corroborando outros estudos que apontam que os tabagistas pouco procuram tratamento ou métodos para cessar o consumo de tabaco. Dentre os motivos de alguns tabagistas não procurarem tratamento adequado com profissionais, destaca-se o medo do fracasso anterior em tentar cessar (PEREIRA; BARRETO, 2017; JIMÉNEZ et al., 2017). Apresentando atitudes positivas frente à redução no consumo da quantidade de cigarros consumidos ao dia, pode ser uma estratégia motivadora para cessação completa.

Orientações voltadas para sintomas de abstinência e atitudes assertivas em situações vivenciadas no cotidiano podem aumentar as chances de cessação do cigarro, evidenciando que tabagistas que realizam tratamento para cessação do tabagismo através de um método formal são menos propensos a recaídas (HARTMANN-BOYCE et al., 2018).

Estudos apontam que há tabagistas que têm sucesso em cessar o hábito de fumar por conta própria, sem auxílio profissional e estes apresentam algumas características que os diferem da maioria, tais como, uma menor carga tabágica, ausência de doenças psiquiátricas, além de outros pontos, o que poderia justificar a não necessidade de auxílio farmacológico ou profissional (PEREIRA, BARRETO, 2017).

Os motivadores para cessação do tabagismo deste estudo vêm ao encontro de outros estudos realizados no Brasil e em outros países, em que o principal motivo para cessar o consumo do tabaco está ligado à preocupação com a saúde, pressão de familiares ou outras pessoas próximas, e, por último, os gastos gerados pelo cigarro (JESUS et al., 2016)

A maior convivência dos participantes é com amigos também tabagistas, o que dificulta a cessação do cigarro, pois não é possível evitar sempre os encontros sociais que levem ao cenário de um possível cigarro sendo oferecido. Em estudo realizado com tabagistas na Malásia, identificou-se como motivos de recaídas a influência de amigos que fumavam em atividades sociais ou locais de trabalho (CHEAN et al., 2019).

Outro aspecto que dificulta a cessação do tabaco é a preocupação com o aumento de peso, entretanto, no estudo, estes dados não apareceram, diferindo de outros estudos. O controle do peso é um cuidado que deve estar presente no tratamento do tabagismo, incluindo a escolha por alimentos de qualidade, a realização de atividades esportivas e exercícios físicos na busca de uma melhor qualidade de vida. Estudos demonstram que essa é uma prática importante para manter a adesão ao tratamento (SIMAS, MARINHO, DIAS, 2015; RODRIGUES; JÚNIOR, 2017).

Ao avaliar as relações do grau de dependência em relação com o número de cigarros fumados por dia, obteve o valor de $\chi^2=17,429$, demonstrando, assim, que existe relação entre essas duas variáveis, asseverando a necessidade do reforço positivo e orientação ao tabagista, que a redução no consumo de cigarros ao dia poderá fortalecer uma futura cessação completa, além de propiciar a melhora com relação aos fortes sintomas de abstinência que esses tabagistas pesados apresentam. Qualquer redução no número de cigarros fumados ao dia promove uma melhoria no quadro de saúde geral do tabagista (PAWLINA² et al., 2014; SHIFFMAN et al.,

2018; NI; WANG; SHERMAN al., 2020).

As variáveis relacionadas ao grau de dependência com relação ao número de tentativas de parar fumar não se mostraram significativas no estudo, corroborando estudos que demonstram que muitos tabagistas buscam cessar o hábito de fumar, porém não existem registros que liguem o grau de dependência com o número de tentativas para parar de fumar (PAWLINA² et al., 2014).

Buscando avaliar a prontidão para mudança de acordo com o modelo transteórico de Prochaska & Di Clemente, os estágios de ação foram de 41,2% e prontos para a ação foram 29,4%, já o estágio contemplativo totalizou 29,4%. Esses dados reforçam que o período de hospitalização exerce influência positiva na prontidão em cessar com o hábito de fumar em virtude da preocupação com o estado de saúde. Desta forma, é necessário sensibilizar os gestores de saúde hospitalar na busca de abordagens com os tabagistas internados, que envolvam ações de orientações de como cessar o tabagismo, técnicas para lidar com os sintomas da fissura, medicamentos para reduzir sintomas de abstinência, dentre outras, são importantes nesse período em que o tabagista não pode fumar por se encontrar internado (MESQUITA et al., 2015; JIMÉNEZ et al., 2017).

Com a realização de grupos de cessação e nos encontros de manutenção, alguns participantes relataram que sentiam necessidade de fumar logo após sair do hospital, desses relatos, apenas um dos tabagistas relatou ter fumado, demonstrando, assim, a importância de manter encontros regulares com o tabagista para reforçar técnicas para evitar “gatilhos” e também técnicas para evitar o consumo. Os sintomas de fissura contribuem para a continuidade do hábito de fumar, mesmo não sendo a única causa. É de extrema importância controlar esses sintomas de fissura para manter o tabagista sem fumar, entretanto, comprovadamente, não é uma tarefa fácil em virtude da alta dependência que o cigarro causa, necessitando de estratégias cognitivas voltadas para lidar com os sintomas da fissura, bem como profissionais capacitados e empáticos para atuar junto a estes pacientes (PEUKER; BIZARRO, 2015).

É necessário monitorar com precisão os padrões de tabagismo, buscando identificar características que contribuam com estratégias de intervenção para os diferentes grupos de tabagistas existentes (mulheres, adolescentes, homens, tabagistas hospitalizados, grupos religiosos, entre outros). A identificação de facilidades e dificuldades torna-se uma ferramenta importante, auxiliando no tratamento que muitas vezes já se buscou alcançar mais de uma vez pelo tabagista que realiza diversas tentativas de cessação ao tabagismo no longo de sua vida.

O desconhecimento sobre o tratamento oferecido pelos programas do Ministério da Saúde para a cessação do tabagismo também é um dificultador no combate ao cigarro, no sentido de os tabagistas não estarem preparados para cessar o hábito de fumar sem orientações profissionais, mediante à vigência de sintomas desagradáveis de abstinência tabágica. É necessário, portanto, investir em políticas de orientação à comunidade para maior conhecimento de como se dá o tratamento do tabagismo e suas complicações.

CONCLUSÃO

A realidade mostra que ainda há um impressionante número de fumantes em todo mundo, mesmo com todas as ações de combate ao fumo existentes. A indústria do cigarro desempenha um excelente trabalho de propaganda, buscando sempre novas tecnologias para atrair mais consumidores. Nesse sentido, serão necessárias políticas públicas, leis eficazes e profissionais capacitados para minimizar os efeitos deletérios do tabaco, bem como, inibir sua propagação. O conhecimento das características dos tabagistas pode permitir maior eficácia no tratamento e intervenções voltadas para a cessação mais dinâmicas.

A hospitalização de pacientes com história de hábitos tabágicos pode ser um momento oportuno para a abordagem em prol da cessação do cigarro, pelos benefícios voltados à saúde. Desta forma, a implantação de grupos de cessação do tabagismo dentro dos hospitais trará benefícios para os tabagistas internados com a melhoria de sua condição de saúde, convívio social e qualidade de vida; para a equipe de saúde e gestores de saúde, o benefício da redução nas internações hospitalares, redução de complicações causadas pelo cigarro e, em consequência, a redução nos gastos gerados por esses atendimentos.

Entre as limitações do estudo, estão a amostra pequena de tabagistas que participaram dos grupos e a limitação de tempo. Entretanto, sugere-se a continuidade desta perspectiva em outros locais e outras realidades na busca de novas estratégias de motivação e adesão dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AANYU C, KADOBERA D, APOLOT RR, et al. Prevalence, knowledge and practices of shisha smoking among youth in Kampala City, Uganda. *Pan Afr Med J.* 2019;32:61. Published 2019 Feb 5. doi:10.11604/pamj.2019.32.61.15184

ACTBR (Aliança de Controle do Tabagismo Brasil). **Cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido**. Campaign for tobacco-free kids. Publicado em> ago. 2019. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivos/Resumo-de-politicas-para-Audiencia-Anvisa_CTFK.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

ANDRITSON, M.; LITSIOM, E.; SALTAGIANNI, V. et al. Success rates are correlated mainly to completion of a smoking cessation program. **European Respiratory Journal**, v. 48, p. PA4599, 2016. DOI: 10.1183/13993003.congress-2016.PA4599

BAIOTTO, CC. S.; LORENZ, C.; KLEIN, D. L. M. et al. Avaliação da efetividade do programa nacional de controle do tabagismo no centro municipal de saúde de Pejuçara (RS). **Biomotriz**, v.10, n. 02, p. 35- 50, dez., 2016

BARUA, R. S.; RIGOTTI, N. A.; BENOWITZ, N. L.; et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. **J Am Coll Cardiol.**2018;72(2):3332-65.

BEARD, E.; WEST, R.; MICHIE, S. et al. “Association between smoking and alcohol-related behaviours: a time-series analysis of population trends in England.” **Addiction** (Abingdon, England) vol. 112,10 (2017): 1832-1841. doi:10.1111/add.13887

BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Tratamento do tabagismo** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em 29 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**, Rio de Janeiro: INCA, 2001.

CHAITON, M.; DIEMERT, L.; COHEN, J. E et al. Estimativa do número de tentativas de abandono necessárias para deixar de fumar com sucesso em uma coorte longitudinal de fumantes. **BMJ**, v. 6, p. e011045, 2016. doi: 10.1136 / bmjopen-2016-011045

CHEAN, K.; GOH, L. G.; LIEW, K. et al. Siew-Ting. Barriers to smoking cessation: a qualitative study from the perspective of primary care in Malaysia. **BMJ Publishing Group**, v. 9, 2019. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025491.

CHOU, S. P.; GOLDSTEIN, R. B.; SMITH, S. M. et al. The epidemiology of DSM-5 nicotine use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. **J. Clin. Psychiatry**, v. 77, p. 1404–1412, 2016.

DAUTZENBERG, B. Successful implementation of the smoking cessation services in France. **Tobacco Prevention & Cessation**, v. 4, n. Suppl., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18332/tpc/91866>. Acesso em: 26, jun. 2020.

DROPE, J.; SCHLUGER, N.; CAHN, Z. et al. The Tobacco Atlas. 6 th. Atlanta: **American Cancer Society and Vital Strategies**. 2018 Disponível em: www.tobaccoatlas.org. Acesso em: 19 jun, 2018

FLUHARTY, M.; TAYLOR, A. E.; GRABSKI, M. et al. “The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review.” **Nicotine & Tobacco Research**, v. 19, n. 1 (2017): 3-13. doi:10.1093/ntr/ntw140

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet** (London, England), v. 389, p. 1885–1906, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30819-X.

HARTMANN-BOYCE, J.; CHEPKIN, S. C.; YE, W. et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.5, 2018 [DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub5]

INCA, (Instituto Nacional do Câncer). **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Dados e números da prevalência do tabagismo. 2020** - Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em 21, Julho de 2020.

JESUS, M. C.; SILVA, M. H. da; CORDEIRO, S. M. et al. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, USP, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 71-78, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>. Acesso em: 20 jan. 2019.

JIMÉNEZ-RUIZ, C. A.; DE GRANDA ORIVE, J. I.; SOLANO REINA, S. et al. (2017). Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. **Archivos de Bronconeumología** v. 53, n. 7, p. 387–394, 2017. . doi:10.1016/j.arbr.2017.05.008

KALKHORAN, S.; BENOWITZ, N. L.; NANCY, A. et al. Prevention and treatment of tobacco use. *jacc health promotion series*. **J Am Coll Cardiol.**, v. 72, n. 9, p. 1030-1045, 2018.

LEAL, A. C. S.; SILVEIRA, A. C.; FREIRE, A. P. C. F. et al. Socio-demographic characteristics and smoking pattern of smokers seeking care in cessation programs. **Mundo da Saude**, v. 41, n. 2, p. 163-169, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/180173>>.

LEE, Y.; KANG-SOOK, L.. "Association of alcohol and drug use with use of electronic cigarettes and heat-not-burn tobacco products among Korean adolescents." **PloS one**, v. 14, n. 7, p. e0220241. Jul., 2019. doi:10.1371/journal.pone.0220241

LINDSON-HAWLEY, N.; HARTMANN-BOYCE, J.; FANSHAW, T. R. et al. "Interventions to reduce harm from continued tobacco use." **The Cochrane Database Of Systematic Reviews**, v. 10, n. 10, p. CD005231, .out., 2016, doi:10.1002/14651858.CD005231.pub3

LINHAS, A; R. D.; DIAS, M. C. P.; BARROSO, A. M. P. Smoking cessation before initiation of chemotherapy in metastatic non-small cell lung cancer: influence on prognosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 44, n. 5, p. 436-438, out.. 2018.. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000323>. Acesso em: 05 abr. 2020.

MARTINELLI, P. M.; LOPES, C. N.; MUNIZ, P. T. et al . Tabagismo em adultos no município de Rio Branco, Acre: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 989-1000, dez., 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040016>.. Acesso em 14 jan. 2020.

MESQUITA, A. L.; AZEVEDO, C. B. dos S.; BELTRÃO, D. I. et al. A influência da interação sobre pacientes tabagistas: uma revisão de literatura. **RESU – Revista Educação em Saúde**: v. 3, n. 2, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/1388>. Acesso em 03 abr. 2019.

MILCARZ, K.; POLAŃSKA, K.; BALWICKI, Ł. et al. "Perceived barriers and motivators to smoking cessation among socially-disadvantaged populations in Poland." **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 32, n. 3, p. 363-377, 2019. doi:10.13075/ijomeh.1896.01377.

NG, M.; FREEMAN, M. K.; FLEMING, T. D., et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. **JAMA**, v. 311, n. 2, p. 183–192, 2014. doi:10.1001/jama.2013.284692

NI K.; WANG, B.; LINK A. R. et al.;. Does Smoking Intensity Predict Cessation Rates? A Study of Light-Intermittent, Light-Daily, and Heavy Smokers Enrolled in Two Telephone-Based Counseling Interventions. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 22, n. 3, Mar., 2020, Pages 423-430. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ntr/nty257>. Acesso em: 15, apr. 2020.

OWOTOMO, O.; MASLOWSKY, J. Adolescent Smoking Susceptibility in the Current Tobacco Context: 2014-2016. **American Journal of Health Behavior**, v. 42, n.3, p. 102–113, 2018.doi:10.5993/ajhb.42.3.10

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. C.; ESPINOSA, M. M. et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014 .. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000014>. Acesso em: 28 jan. 2020.

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. C.; ESPINOSA, M. M. et al. Dependência de nicotina e níveis de depressão e ansiedade em fumantes no processo de cessação do tabagismo. **Rev.**

Psiquiatr. Clin. São Paulo, v. 41, n.4, p.101-105, agosto de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832014000400101&lng=en&nrm=iso>. acesso em 25 de jul. de 2020.

PEREIRA, E.; BARRETO, G., Fatores associados à cessação do tabagismo sem ajuda. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 02, p. 30-43, dez., 2017. doi = 10.24118/rev1806.9495.2.3.2017:347. Acesso em: 26 dez. 2019

PEUKER, A. C.; BIZARRO, L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 87-98, jun. 2015 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.09>. Acessos em: 27 jan. 2020.

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A. et al . Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 8, p. e00129118, 2019 . <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129118>. Acesso em: 31 mar. 2020.

POLONIO. I. B.; GIL, G. H.; CALDEIRA FILHO, J. M. et al. Comparação da prevalência de ansiedade e depressão e possível estágio de motivação para parar de fumar em duas populações de pacientes internados: clínicos e cirúrgicos. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 62, n.1, p. 22-26, 2017.

PROCHASKA, J. J.; BENOWITZ, Neal L. “Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction.” **Science Advances**, v. 5, n. 10, p. eaay9763, out.. 2019, doi:10.1126/sciadv.aay9763

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psych Theory Res Pract.**, v. 19, n. 3, p. 276-288, 1982. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088437>

RODRIGUES, B. J. C.; VELOZO-JUNIOR, R. Intervenções com grupos e tabagismo: relato de experiência no contexto do sistema único de saúde brasileiro sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. **Única-Cadernos Acadêmicos**. v. 3, n. 3, 2017. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/60>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SHIFFMAN, S.; KURLAND, B. F.; SCHOLL, S. M. et al. Nondaily Smokers' Changes in Cigarette Consumption With Very Low-Nicotine-Content Cigarettes: A Randomized Double-blind Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v. 75, n. 10, p. 995–1002, 2018.. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1831>

SIMAS, P.; MARINHO, A. R.; DIAS, T. **Cessação tabágica e ganho ponderal**: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Cessação Tabágica e Ganho Ponderal. linhas de orientação. Lisboa/PT: Direcção-Geral da Saúde, 2015.

TEJADA, C. A. O.; EWERLINF, F.; SANTOS, A. M. A. dos et al . Factors associated with smoking cessation in Brazil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 8, p. 1555-1564, ago.. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00120412>. Acesso em: 02 fev. 2020..

WANG, T. W.; GENTZKE, A. S.; CREAMER, M. R. et al. Tobacco Product Use and Associated Factors Among Middle and High School Students —United States, 2019. **MMWR Surveill Summ**, v. 68, n. SS12, p.1-22, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6812a1>. Acesso em: 6 dez. 2019.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Tobacco**. Key facts. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 02 fev. 2020.

WHO. Report on the global tobacco epidemic. World Health Organization; 2015. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/. Acesso em: 20 fev. 2020.

YUAN, M.; CROSS, S. J.; loughlin, s. e. et al. “Nicotine and the adolescent brain”. **The Journal Of Physiology**, v. 16, n. 16, p. 3397-3412, 2015. doi:10.1113/JP270492

ZAMPIER, V. S. de B.;SILVA, m. h. DA; JESUS, R. R. de. et al . Manutenção da abstinência do tabaco por ex-fumantes: estudo fenomenológico. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre , v. 38, n. 4, e2017-0027, 2017 . <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0027>. Acesso em: 31 mar. 2020.

6.3 PRODUTO: GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO

Este produto foi desenvolvido com base em entrevistas realizadas com a equipe multiprofissional do ICSC e discussão a respeito da melhor organização dos grupos de cessação ao tabagismo dentro do hospital. Também foram utilizadas as experiências decorrentes da realização dos grupos. Após acordado a estrutura dos grupos, os mesmos foram realizados tanto no setor de internação, como também no ambulatório e reabilitação cardíaca para adequar a estrutura dos GCT no ICSC.

A construção do guia tem como objetivo auxiliar os profissionais no atendimento dos tabagistas no ICSC com desejo de cessar o hábito de fumar. O guia é constituído por tópicos que abordam uma breve introdução sobre a importância dos grupos de cessação ao tabagismo, orientações sobre como funcionam esses grupos, a organização dos grupos e tópicos abordados em cada sessão no ICSC, incluindo: busca pelos pacientes do ICSC, organização de sessões em quantidades diferenciadas para tabagistas internados e tabagistas pós alta; o desenvolvimento dos grupos, atuação de cada profissional; abordagens e tratamento nas sessões e manutenção; ações que devem ser desenvolvidas durante todo ano pelos profissionais para manter o tabagismo sempre em discussão no hospital e estimular atividades sobre o tema.



Guia de Implantação do Programa de Cessação ao Tabagismo no ICSC*

* Este produto foi desenvolvido como parte integrante da Discussão e Análise dos achados da Dissertação intitulada "Guia de implantação do Programa de cessação ao tabagismo no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina" pertencente ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, sob o curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis (SC), Brasil.

São José - SC

2020



Programa de Pós Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem

Universidade Federal de Santa Catarina

Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Autoras:

Josimary Souza da Silva

Nádia Chiodelli Salum

Colaboradores:

Equipe de Saúde Multidisciplinar do Instituto de Cardiologia

Revisores:

Lúcia Nazareth Amante

Sabrina Silva de Souza

Apresentação

Este **Guia de Implantação do Programa de Cessação ao Tabagismo no ICSC** foi elaborado a partir das evidências científicas localizadas por meio de revisão de artigos, além das normas e diretrizes brasileiras vigentes. Além das buscas nas bases de dados, incluem-se no *corpus* desta produção, os conteúdos recomendados nas diretrizes e protocolo de terapia da nicotina do INCA, estratégias para o cuidado da pessoa tabagista, sobre cessação do tabagismo que oferece orientações sobre o tratamento do tabagista, além de guidelines dos EUA, Canadá e Diretrizes Europeias.

Este guia tem como objetivo orientar os profissionais da equipe multiprofissional para atuação no combate ao tabagismo de pacientes internados em um hospital de referência em doença cardiovascular.

O desenvolvimento dos grupos de cessação do tabagismo ocorreu no período de dois anos durante o Mestrado Profissional realizado no Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Foram desenvolvidos quatro grupos com 17 pacientes que avaliaram positivamente as intervenções realizadas pela equipe multiprofissional.

Este Guia sugere orientações para o desenvolvimento de grupos de cessação do tabagismo no ambiente hospitalar, por ser um local que gera a reflexão sobre a situação de saúde/doença, onde o tabagista vivencia fragilidades e geralmente apresentam o estágio motivacional positivo para deixar o hábito de fumar. As orientações foram organizadas de acordo com as normas do MS, sendo desenvolvido um resumo de orientações para os tabagistas internados, onde acontece um único encontro. Já com os tabagistas que são atendidos no ambulatório e reabilitação cardíaca, os encontros são semelhantes ao preconizado pelo MS, com quatro sessões e temas semelhantes, a manutenção desses tabagistas acontece até o período de 12 meses.

Este guia ficará disponível para todos os profissionais do ICSC por meio de acesso por via digital (compartilhado por computador), além de versão impressa disponível nas unidades de internação, ambulatório, reabilitação cardíaca e emergência.

ÍNDICE

1.	Introdução	página 05
2.	Grupo de cessação do tabagismo.....	página 05
3.	Busca pelos pacientes do ICSC.....	página 06
4.	Grupo de cessação do tabagismo do ICSC.....	página 07
•	Tabagista internado no ICSC (Unidade de internação, emergência e coronária)...	página 07
•	Tabagista do ambulatório e reabilitação cardíaca.....	página 09
5.	Desenvolvimento dos grupos.....	página 10
6.	Abordagens e tratamento.....	página 10
7.	Manutenção.....	página 15
8.	Ações desenvolvidas durante todo ano.....	página 16
9.	Apêndices.....	página 17

1. Introdução

Os grupos de cessação ao tabagismo permitem a vivência pelos participantes de situações muitas vezes semelhantes às suas, favorecendo a aprendizagem a partir de outras experiências. Além disso os grupos de cessação ao tabagismo do MS, estão bem estruturados e organizados, oferecendo intervenções mais intensivas, o que favorece o tratamento. (VELOSO et al., 2011; BRASIL, 2016; STEAD, CARROLL, LANCASTER, 2017).

Grupo de cessação do tabagismo caracteriza-se por ser formado por tabagistas que desejam parar o hábito de fumar e são direcionados, aconselhados e acompanhados por uma equipe de saúde, preferencialmente multiprofissional, que busca abordar comportamentos, pensamentos e sentimentos dos tabagistas com técnicas que promovem a cessação do uso de cigarro e a capacidade de lidar com situações que possam levar à recaída. Se necessário é utilizado terapia medicamentosa, entre outras formas de auxílio para promover a cessação tabágica.

O Ministério da Saúde realiza ações de combate ao tabagismo desde 1996, tendo lançado em 2000 o livro *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*, com informações sobre dependência da nicotina, abordagens e a introdução dos grupos de cessação ao tabagismo (GCT), com a finalidade de melhorar a saúde e a qualidade de vida do tabagista, além de contribuir para o controle dos custos envolvidos no tratamento para cessação do tabagismo no Brasil. (BRASIL, 2015). Os GCT são desenvolvidos em quatro sessões semanais, duas quinzenais e após esse período acontecem uma vez ao mês durante o período de seis meses a um ano. As sessões têm a duração de aproximadamente uma hora e meia.

Sendo assim, a introdução de grupos de cessação do tabagismo dentro do ICSC, se mostra fundamental no sentido de buscar o momento da internação, já dita antes como uma ocasião em que o tabagista se encontra em reflexão sobre sua saúde e busca realizar atividades mais saudáveis em sua vida, para realizar ações voltadas para a cessação do hábito de fumar.

2. Grupo de Cessação do Tabagismo

O trabalho em grupo se mostra benéfico pois permite um adequado ambiente terapêutico, onde o tabagista poderá lidar com questões interpessoais constantemente, ocorre uma troca de saberes, propicia o desenvolvimento de habilidades de relacionamento. Além de ser uma intervenção menos onerosa aos cofres públicos. (BRASIL, 2015)

A realização de grupos com uma equipe multiprofissional é uma estratégia que traz excelentes resultados, sendo que os profissionais desenvolvem ações voltadas a diferentes áreas da saúde, enriquecendo os temas e encontros realizados (SANTANA, SILVA, GONÇALVES, MELO, 2014)

O grupo de cessação do tabagismo (GCT) do ICSC está atualmente formado por uma equipe* de: Duas assistentes sociais, um educador físico, duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma fisioterapeuta, duas psicólogas, dois médicos.

Os grupos devem ser conduzidos por dois a três profissionais de saúde, onde um exerce a função de coordenador** e os outros desempenham o papel de observador e/ou orientador.

3. Busca pelos pacientes do ICSC

Questionar todo paciente que interna no ICSC se fuma ou se têm contato com fumantes (fumante passivo). Seguir o fluxograma abaixo para o atendimento:



* O grupo está aberto para a inclusão de mais profissionais com perfil e interesse na temática do tabagismo.

** O coordenador têm a função de trazer discussões dentro da pauta, cuidar dos horários, explicar os conteúdos e dinâmicas dos grupos, registrar os progressos do grupo.

Abordagem para quem **não fuma** ou **já fumou alguma vez** e está em abstinência:

1. Parabenizar pela conduta;
2. Realizar orientações voltadas a manutenção da cessação;
3. Caso o paciente seja fumante passivo, orientar a respeito de cuidados para evitar o contato com a fumaça. Entregar folder de orientação (Apêndice A)

Abordagem para o tabagista que **não está disposto a parar de fumar**:

1. Realizar abordagem breve, buscando motivar o tabagista a cessar o hábito de fumar;
2. Orientar sobre os benefícios de cessar o hábito de fumar;
3. Se colocar à disposição de uma futura tentativa de cessação ao tabagismo

Abordagem para o tabagista que está **motivado a parar de fumar**:

1. Realizar uma abordagem breve e registrar em prontuário* (Todos profissionais devem realizar esse registro);
2. Registrar em lista própria, deixada nos setores, o nome do tabagista com o número do leito se estiver internado, e o telefone se for do ambulatório ou reabilitação cardíaca;
3. A equipe de cessação do tabagismo buscará esses dados uma vez por semana. (Toda Segunda feira)



4. Grupo de cessação do tabagismo do ICSC

Os atendimentos acontecem de duas formas no ICSC. Uma com tabagistas internados e outra com tabagistas atendidos em ambulatório e reabilitação cardíaca.



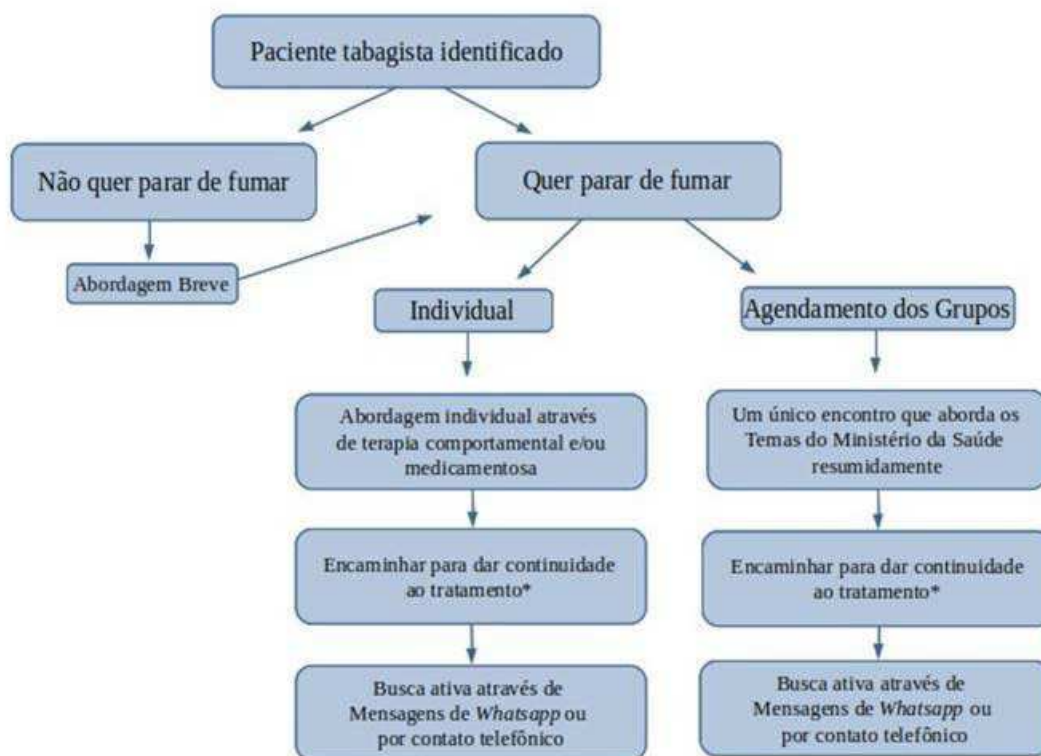
Tabagista internado no ICSC (Unidade de internação, emergência, coronária):

- ❖ Os tabagistas registrados receberão orientações por um profissional do GCT, sobre o tabagismo e possíveis tratamentos em beira de leito (de 05 a 10 minutos). Caso demonstrem prontidão em parar de fumar, serão encaminhados para participar dos grupos.
- ❖ Os grupos nas unidades acontecem com um único encontro, em virtude de possível alta breve. A duração do grupo é de uma hora. Com a participação de pelo menos, dois profissionais de saúde do GCT.
- ❖ Os agendamentos dos grupos serão realizados nas quintas ou sextas feiras;
- ❖ Utilizar abordagem terapêutica de acordo com cada caso. Podendo ser através da terapia comportamental e/ou terapia medicamentosa;
- ❖ Os casos que necessitem de medicamentos serão atendidos individualmente;
- ❖ Todos tabagistas que receberem alta, será encaminhada uma mensagem via Whatsapp ou uma ligação para verificar se houve a continuidade do tratamento.



* Deve ser realizado sempre os registros dos dados coletados em prontuário eletrônico (tabagista ativo, passivo ou ex-tabagista), dados do questionário (se aplicado), assim como os resultados e evolução do tratamento.

Fluxograma dos Grupos de Cessação ao Tabagismo no ICSC com pacientes internados



* O tabagista será encaminhado para dar continuidade ao tratamento em local de sua escolha. Podendo ser em local próximo de sua residência (Unidade Básica ou Centro de Referência em atendimento ao tabagismo) ou no próprio ICSC (no ambulatório). Caso o tabagista escolha a Unidade Básica ou Centro de Referência, deverá ser encaminhado uma ficha de alta e a solicitação para o tratamento da cessação do tabagismo.

Fornecimento de medicamentos caso seja indicado, será realizado somente pelos médicos cadastrados no FormSUS, um serviço do Ministério da Saúde. O controle da saída e recebimento das medicações para cessação do tabagismo, serão acompanhados através do FormSUS, garantindo o recebimento do tratamento para o ICSC.

Tabagista do ambulatório e reabilitação cardíaca:

- ❖ Para acionar a equipe multiprofissional do GCT, deverá ser registrado o nome completo do tabagista e telefone de contato. Essas informações serão verificadas uma vez por semana (segunda feira).
- ❖ Caso o tabagista não esteja motivado a cessar o hábito de fumar, deverá ser realizado orientação breve para buscar modificar a prontidão para deixar o hábito de fumar. Orientar sempre da existência dos GCT no ICSC.
- ❖ Os tabagistas que aceitarem receber tratamento para a cessação do tabagismo será realizado a entrevista motivacional e aplicado questionário (Apêndice B), que contém dados socioeconômicos, a história de saúde/doença, medicamentos em uso, o histórico tabágico, grau motivacional para cessar o uso do cigarro e teste de Fagerstrom.
- ❖ Após a entrevista será agendado uma data para iniciar os grupos de cessação ao tabagismo.

5. Desenvolvimento dos grupos

Este guia segue as orientações do Ministério da Saúde, que se baseia em encontros para auxiliar o tabagista a parar de fumar utilizando abordagens cognitivas e o treinamento de habilidades comportamentais.

- ❖ O número total de participantes tabagistas nos grupos deve ser de cinco a dez tabagistas;
- ❖ As medicações somente serão entregues para os tabagistas que participarem dos encontros. (Poderá haver somente uma falta justificada ao grupo, do contrário o tabagista deverá iniciar um novo grupo)
- ❖ Após o período de um ano, não serão mais enviadas as mensagens e o tabagista terá alta do tratamento.
- ❖ Caso algum tabagista apresentar recaída, será verificado as possíveis causas e se buscará nova data para cessação e retorno a um novo grupo.

- ❖ Ao ser iniciado um grupo de cessação ao tabagismo, deverão permanecer os mesmos participantes até o segundo mês de tratamento. Após o terceiro mês, onde se inicia os encontros de manutenção, esses serão abertos para qualquer participante dos grupos existentes que desejarem participar.

6. Abordagens e Tratamento

- ❖ Primeiro mês - Quatro sessões semanais com duração de duas horas (Apêndice C);
- ❖ Segundo mês - Duas sessões com intervalo de 15 dias, com duração de uma hora e meia;
- ❖ Terceiro mês - Uma sessão mensal até completar um ano, com duração de uma hora.
- ❖ A partir do terceiro mês de tratamento os tabagistas receberão mensalmente recados via mensagens de whatsapp ou mensagem telefônica (as mensagens serão enviadas uma única vez por mês). Essas mensagens irão conter informações sobre o uso do cigarro, técnicas para se manter abstêmios e outras informações (Apêndice D).

Fluxograma dos Grupos de Cessação ao Tabagismo no ICSC com pacientes atendidos no ambulatório e reabilitação cardíaca



Os temas abordados em cada sessão:



1ª Sessão: Fazendo amizades (apresentar equipe e participantes); conhecendo mais sobre o cigarro; porque se fuma!; dicas para parar de fumar; ambivalência do cigarro.

2ª Sessão: Esclarecendo mitos; os primeiros dias sem cigarro; como lidar com a abstinência; o estresse e o cigarro; aprendendo a relaxar; tratamento medicamentoso; saberes sobre mudanças

3ª Sessão: Vencendo obstáculos; ganho de peso; técnicas para manter uma alimentação saudável; exercícios físicos - esclarecendo dúvidas.

4ª Sessão: Benefícios obtidos após parar de fumar; cuidados com os gatilhos; dicas para se manter sem o cigarro; técnicas de respiração; como você se sente agora?; conhecendo um ex-tabagista

Sessões de manutenção: Tenha orgulho de si; apoio em fases críticas; orientações gerais e informações sobre o tabagismo; buscando novas atitudes

O MS utiliza um material próprio para cada uma das primeiras quatro sessões (Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Participante), este material está disponível em formato virtual, podendo ser acessado através dos links abaixo:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf

As formas para parar de fumar podem ser:

- ❖ PARADA ABRUPTA (de uma só vez)
- ❖ PARADA GRADUAL (aos poucos)



Que são divididas em duas maneiras: **REDUZINDO** o número de cigarros por dia ou **ADIANDO** o horário do próximo cigarro para umas horas depois.

A abordagem mínima (breve) é realizada de acordo com a Paap (perguntar, avaliar, aconselhar e preparar) e leva em torno de três minutos. Na abordagem básica é realizado Paapa (perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar), aqui o tempo de atendimento é de dez minutos em média. Na abordagem intensiva se realiza também o Paapa (perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar) e o tempo de atendimento deve ser superior aos 10 minutos e com mais sessões. (BRASIL, 2015)

Teste de Fagerström: Teste para saber qual o grau de dependência à nicotina. De acordo com o grau de dependência se traça ações e tratamento ao tabagista, inclusive o medicamentoso. Este teste faz parte do questionário (Apêndice B), que é aplicado na entrevista individual.

"Questionário de Tolerância de Fagerström"	
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	1) Dentro de 5 minutos 2) Entre 6 e 30 minutos 3) Entre 31 e 60 minutos 4) Após 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (lugares fechados, em geral)?	1) Sim 2) Não
3. Qual o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	1) O primeiro da manhã 2) Outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	1) 10 ou menos 2) 11 a 20 3) 21 a 30 4) 31 ou mais
5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	1) Sim 2) Não
6. Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar na cama a maior parte do tempo?	1) Sim 2) Não
PONTUAÇÃO GRAU DE DEPENDÊNCIA	
0 a 2 - Muito baixo 3 a 4 - Baixo 5 - Médio 6 a 7 - Elevado 8 a 10 - Muito elevado	

Medicamentos utilizados para o tratamento do tabagismo

➡ Só foram citados os medicamentos liberados pelo Ministério da Saúde no momento de construção deste guia.

a) Adesivo de nicotina (7 mg, 14 mg e 21 mg): Os adesivos de nicotina são os mais indicados pois fornecem uma liberação lenta da substância no organismo, simulando o nível de nicotina no organismo proporcionado pelo uso regular do tabaco ao longo do dia. Devem ser colados em local que não tenha exposição ao sol. Podem ser deixados por 24 horas até a troca ou colando o adesivo ao acordar e retirando-o ao ir dormir. A dosagem deve ser progressivamente diminuída, a cada 4 semanas.

Pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia, ou que pontuaram entre 8 e 10 pontos no teste de Fagerström devem fazer o tratamento por 12 semanas da seguinte maneira:

* Semanas 1 a 4 = adesivo de 21 mg;

* Semanas 5 a 8 = adesivo de 14 mg;

* Semanas 9 a 12 = adesivo de 7 mg



Pessoas que fumam 10 ou mais cigarros por dia, ou que pontuaram entre 5 e 7 pontos no teste de Fagerström devem fazer o tratamento por 8 semanas da seguinte maneira:

* Semanas 1 a 4 = adesivo de 14 mg

* Semanas 5 a 8 = adesivo de 7 mg

Pessoas que fumam menos que 10 cigarros por dia, ou que pontuaram menos de 5 pontos no teste de Fagerström podem iniciar com dose de 7mg e fazer tratamento por até 6 semanas.

b) Bupropiona 150 mg*: A Bupropiona é um medicamento que tem na sua composição Cloridrato de Bupropiona, um composto antidepressivo que reduz a vontade de fumar em pessoas com dependência à nicotina. O cloridrato de Bupropiona interage com duas substâncias químicas no cérebro, a noradrenalina e a dopamina, que estão relacionadas com dependência e abstinência. Além disso, o Cloridrato de Bupropiona por ser um antidepressivo, também pode ser usado no tratamento da depressão. Duração do tratamento é de 7 a 12 semanas, com dose inicial de 150 mg ao dia por 3 dias, a partir do quarto dia a dose é de 150 mg pela manhã e 150 mg oito horas após a primeira dose.

Segurança não estabelecida: gestantes, nutrízes e menores de 18 anos. Efeitos mais comuns: insônia, cefaleia, boca seca, tonturas, aumento da PA. Outros efeitos descritos: arritmias cardíacas, enxaqueca, náuseas, vômitos, constipação, dor abdominal, convulsões, anorexia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, equimoses, hipoprolactinemia, urticária, entre outros.

⇒ *A dispensação da bupropiona deve ocorrer mediante a apresentação do Receituário de um médico cadastrado no PCT do ICSC.



Práticas integrativas e complementares



Além das técnicas convencionais utilizadas para a cessação do tabagismo, também podem ser utilizadas as práticas integrativas e complementares (PICS), com o intuito de fortalecer a cessação do tabagismo, podendo ser utilizadas como apoio. São exemplo dessas práticas a auriculoterapia, acupuntura, musicoterapia, meditação, yoga, aromaterapia, entre outros.

Avaliando o estágio motivacional

Modelo motivacional transteórico proposto por Prochaska & Di Clemente (1983):
Esse modelo demonstra os estágios de mudança de comportamento de um indivíduo e afirma que essas mudanças ocorrem de forma não-linear, podendo ocorrer retornos aos estágios anteriores. Levando em conta transformações ou falta de transformações no comportamento do tabagismo:



- ❖ 1. Pré-contemplação: Não pensa em parar de fumar nos próximos 6 meses.
- ❖ 2. Contemplação: Pensando em parar de fumar nos próximos 6 meses
- ❖ 3. Preparação: Pensando em agir dentro de 30 dias
- ❖ 4. Ação: Alterou o comportamento nos últimos 6 meses
- ❖ 5. Manutenção: Mudança de comportamento de manutenção por mais de 6 meses

7. Manutenção

Durante o tratamento do tabagismo, podem ocorrer alguns obstáculos ou desafios que devem ser abordados pelo profissional da saúde e são muito comuns durante o processo de cessação do tabagismo que são:

- ❖ **1. Recaída** pode ocorrer dentro dos primeiros 90 dias de cessação e vai reduzindo o seu índice com o passar dos meses. Estes tabagistas devem ser estimulados a reconsiderar novas tentativas de cessação. O tabagista pode enfrentar uma situação que é confundida com a recaída que é o **lapso**, onde o tabagista traga algum cigarro esporadicamente após ter cessado, sem que retorne ao hábito de fumar.
- ❖ **2. Síndrome de abstinência de nicotina** os sintomas de abstinência são causados pela retirada repentina do suprimento de nicotina, podendo se manifestar nas primeiras quatro a doze horas após parar de fumar. Os sintomas variam de acordo com cada tabagista, podendo haver maior ou menor intensidade, sendo manifestações temporárias, atingindo sua máxima intensidade nas primeiras 24 a 72 horas e reduzindo seus sintomas a partir da terceira a quarta semana seguinte.

Os principais sintomas incluem:

- Irritabilidade;
- Cansaço;
- Tonturas;
- Depressão;
- Insônia;
- Dores de cabeça;
- Problemas para concentrar e focar a memória;
- Inquietação, raiva, sentimentos de ansiedade;
- Necessidade aguda/incontrolável de fumar (desejo);
- Aumento do apetite, especialmente para doces e consequente ganho de peso.



Orientações importantes para o tabagista nesses momentos:



- ❖ Motive o tabagista para acreditar em si mesmo e que você pode abandonar o cigarro.
- ❖ Oriente exercícios respiratórios. Atividades físicas. Alongamento
- ❖ Oriente a realizar outras atividades como jogar no celular, montar um quebra cabeças, fazer um trabalho manual (crochê, tricô, artesanatos, jardinagem, madeira, pinturas, entre outros), escrever um diário, arrumar algo na casa, leitura etc. Aprender uma atividade nova!
- ❖ Oriente a beber muita água - vários copos por dia. É interessante ter sempre algo para mastigar, como uma bala ou chiclete dietético (sem açúcar), castanha, gengibre, cravo, canela, ou qualquer coisa com poucas calorias. Aprender pratos saudáveis!
- ❖ Oriente que existem programas para baixar no celular que são voltados para quem quer parar de fumar, eles podem ajudar. (Parar de fumar assistente, Flamy, QuitNow! Pare de fumar - EasyQuit, entre outros)

8. Ações desenvolvidas durante todo ano

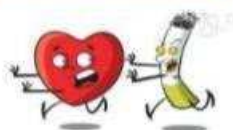
É importante que todo hospital esteja engajado nas ações de cessação ao tabagismo, sendo que desde a segurança do hospital, a recepção e limpeza devem conhecer a existência do programa dentro do ICSC e podem prestar informações breves sobre malefícios e busca por tratamento adequado e a quem recorrer. É necessário realizar atividades educativas com esses grupos para oferecerem informações adequadas aos tabagistas no instituto de cardiologia.

- ❖ Realizar capacitações com os profissionais do ICSC, incluindo recepção, segurança e serviços gerais;
- ❖ Realizar atividades voltadas a prevenção do tabagismo nas datas de campanhas (Dia Mundial em 31 de maio e Dia Nacional em 29 de agosto);
- ❖ Fixar informativos em locais de maior circulação de pacientes e em locais que são utilizados por tabagistas. (Escadas, corredores, área externa próxima ao hospital);
- ❖ Promover através do informativo mensal do ICSC, atividades voltadas a prevenção do tabagismo como competições culturais. (Frases para fixar nos cartazes e desenhos/imagens que promovam a prevenção do tabagismo.

Apêndices

Apêndice A

Fumante Passivo



Tabagismo passivo é quando uma pessoa que não fuma, inala a fumaça do cigarro ou de seus derivados por um tabagista próximo.

O fumante passivo inala dois tipos de fumaças:

1. A principal (exalada pelo tabagista)
2. A secundária (emitida pela ponta final de um cigarro aceso)

A secundária apresenta três vezes mais nicotina e monóxido de carbono e pode ser até 50 vezes mais cancerígenas do que a fumaça exalada pelo tabagista.

O número de mortes no mundo relacionadas ao tabagismo passivo chega em até 1,2 milhões por ano.

“Um fumante passivo pode consumir o equivalente a dez cigarros por dia, dependendo da exposição a que foi submetido” (INCA)

O fumante passivo pode adquirir doenças como: Câncer de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero, doenças cardiovasculares, Infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e enfisema pulmonar em adultos.

Em crianças pode ocorrer bronquites, pneumonias e infecções de ouvido, rinite aguda, crises de asma, resfriados constantes.

Mulheres grávidas podem apresentar aborto espontâneo, ter bebê prematuro, baixo peso no bebê ao nascer, má formações.

Você deve adotar medidas para evitar o contato com o cigarro para você e sua família, como:

1. Dentro de casa é proibido fumar. Mesmo as visitas;
2. Evite ficar próximo de lugares que estejam fumando;
3. Incentive seus amigos e familiares a buscarem ajuda para cessar o hábito de fumar



Não existe um nível seguro de exposição passiva à fumaça do tabaco.

Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem

Autoras:

Josimary S. da Silva
Nádia Chioldelli Salum



Apêndice B

Questionário com pacientes para o tratamento do tabagismo (Anamnese)

1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: _____ Sexo: M () F ()
 Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão e Função: _____
 Endereço residencial: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 UF: _____ Tel.: _____ Cel.: _____
 Estado civil: _____
 () Solteiro () Divorçado () Viúvo
 () Casado () Separado () Outros
 Escolaridade: _____
 () Analfabeto () 1ª grau completo () Nível superior incompleto
 () Semielementar () 2ª grau incompleto () Nível superior completo
 () 1ª grau incompleto () 2ª grau completo
 Renda familiar (trabalho formal ou informal de todas as pessoas que vivem na sua casa):
 () Até 2 salários mínimos () 7 a 10 salários mínimos
 () 2 a 4 salários mínimos () 10 a 20 salários mínimos
 () 4 a 7 salários mínimos () Mais de 20 salários mínimos

2. EXAME FÍSICO
 Peso: _____ Altura: _____ Pressão arterial: _____ CO: _____
 IMC: peso = _____ kg/m² (altura)

HISTÓRIA PATOLÓGICA

1) Lesões frequentes, aftas, feridas ou sangramento na boca?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
2) Diarreias recorrentes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
3) Hipertensão arterial (pressão alta)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
4) Problema cardíaco (ao caminhar)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
5) Queimadura, afta, úlcera no estômago ou doeris ou gástrico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
6) Problema pulmonar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
7) Alergia respiratória?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
8) Alergia cutânea (de pele)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
9) Tem ou teve lesão ou tumor maligno? Onde?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
10) Tem ou teve crise convulsiva ou epilepsia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
11) Anorexia nervosa ou bulimia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
12) Costuma ter crises de depressão ou ansiedade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
13) Faz ou já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?
 Nunca () Todos os dias () Finais de semana () Raramente ()
 *Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE.
 15. Você teve ou teve algum problema de saúde sério que não foi curado?
 Não () Sim () Qual? _____
 16. Algum medicamento em uso atualmente?
 Não () Sim () Qual? _____
 17. Tem pressão dentária móvel? Não () Sim ()
 18. Está grávida? Não () Sim () Quantos meses? _____
 19. Está amamentando? Não () Sim ()

01

3. HISTÓRIA TABAGÍSTICA

A. Hábito Tabagístico

1. Com que idade você começou a fumar? _____
 2. A que situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? (pode escolher várias)
 Ao falar ao telefone () Com café () Alegre () Nenhum ()
 Após refeições () No trabalho () Tristeza ()
 Com bebidas alcoólicas () Ansiedade () Stress ()
 Outros: _____
 3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar? (Pode escolher várias).
 a) Fumar é um grande prazer? Sim () Não () Às vezes ()
 b) Fumar é muito sobressado? Sim () Não () Às vezes ()
 c) O cigarro o (a) acalma? Sim () Não () Às vezes ()
 d) Acha chato fumar? Sim () Não () Às vezes ()
 e) Você fuma porque acha que fumar emagrece? Sim () Não () Às vezes ()
 f) Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos? Sim () Não () Às vezes ()
 4. Quantas vezes conseguiu deixar de fumar?
 () De 1 a 3 vezes () Então mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7)
 () Mais de 3 vezes () Nunca tentou (seguir para pergunta 7)
 5. Quando foi? _____ Penúltima: _____ Antepenúltima: _____
 Última vez: _____
 6. Apresentou sintomas de síndrome de abstinência:
 () Ansiedade () Tristeza () Dificuldade de concentração
 () Inquietação () Sonolência ou insônia () Jorreira
 () Irritabilidade () Constipação () Injúria
 () Nenhum sintoma
 7. Por que voltou a fumar?
 Resposta: _____
 8. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?
 () Nenhum () Reposição de nicotina
 () Apoio de profissionais de saúde () Lemura de orientações em folhetos e revistas
 () Outros: _____

02

09. Qual motivo para pensar em deixar de fumar? (Pode escolher várias opções)
 () Porque está afetando a saúde () Porque não gosta de ser dependente
 () Porque está preocupado com a saúde no futuro () Porque acha fumar anti-social
 () Outras pessoas estão pressionando () Porque os filhos pedem
 () Porque gasta muito dinheiro com cigarro () Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados.
 () Pelo bem-estar da família

10. Você convive com fumantes em sua casa?
 Não () Sim () Qual o grau de parentesco? _____
 Em seu trabalho? Não () Sim ()
 No seu círculo de amizades? Não () Sim ()

11. Você tem medo de engordar ao parar de fumar?
 Sim () Não ()

B. TESTE DE FAGERSTRÖM:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 Dentro de 5 minutos (3) Entre 31 e 60 minutos (1)
 Entre 6 e 30 minutos (2) Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc?
 Sim (1) Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 O primeiro da manhã (1) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 Até 10 (0) De 11 a 20 (1)
 De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)

5. Você fuma frequentemente pela manhã?
 Sim (1) Não (0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 Sim (1) Não (0)

Resultado do Teste de Fagerström Grau de dependência
 0 a 2 pontos = muito baixo / 6 a 7 pontos = elevado / 3 a 4 pontos = baixo / 8 a 10 pontos = muito elevado / 5 pontos = médio

D. Enjôo Motivacional:

Pre-contemplativo: fumando, não pensa em parar nem tem motivação para deixar o fumo.
 Contemplativo: motivado a parar algum dia na vida. Sem data estipulada nos próximos dias.
 Preparação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.
 Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês.
 Manutenção: Mudou o comportamento e se mantém sem fumar.

03

Avaliação de Fissura

1. Você gostaria de fumar um cigarro agora. SIM () NÃO ()
 2. Você vai fumar assim que sair do hospital? SIM () NÃO ()
4. (Ansiedade e Depressão)
 1) Você se sente triste, deprimido, desesperado nos últimos dias? SIM () NÃO ()
 2) Você teve a sensação de que faz coisas sem prazer nem interesse nos últimos dias? SIM () NÃO ()
 3) Você já precisou tomar alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar? SIM () NÃO ()
 4) Você costuma ter uma sensação de medo/pânico? SIM () NÃO ()
 5) Você consegue se divertir naturalmente? SIM () NÃO ()
 6) No último mês você sentiu:
 Tristeza Perda de interesse e prazer Energia reduzida ou grande cansaço
 Concentração e atenção reduzidas Auto-estima e autoconfiança reduzidas
 Sentimento de culpa e inutilidade Pessimismo ou dedicado
 Inquietação Apetite diminuído
 7) O paciente apresentou durante a consulta:
 Agitação Pensamento e fala lentificados ou acelerados
 Falta de concentração Nenhuma alteração

5. Teste de CAGE

a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
 Não () Sim ()
 b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? Não () Sim ()
 c) Você se sente culpado ou chateado pela maneira como costuma beber? Não () Sim ()
 d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Não () Sim ()

Resultado do Teste de CAGE: _____
 3 ou 4 respostas positivas mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

Assinatura do profissional de saúde

Avaliação Multiprofissional _____ Data ____/____/____
 Discussão de caso com a equipe: _____

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

1. Tratamento individual _____
 2. Tratamento em grupo - Início ____/____/____
 3. Reposição de Nicotina: Adesivo () Goma ()
 4. Bupropiona _____
 5. Outros: _____
 Assinatura dos profissionais: _____

04

Apêndice C

**Programa de Combate ao Tabagismo da Cardiologia**

Parabéns pela decisão em procurar tratamento para deixar de fumar!
Teremos 4 encontros programados nas próximas semanas e encontros de manutenção.
Você receberá em alguns encontros material de apoio referente ao assunto apresentado.
Esperamos que ao longo desses encontros, você se prepare para parar de fumar! Será um grande desafio, para você e para toda equipe envolvida, mas o importante é nunca desistir!

Importante saber:

1. Os temas abordados seguem uma sequência de passos para ajudá-lo a deixar de fumar. É importante que você participe de todos os encontros;
2. Caso você tenha dúvidas após a reunião, toda equipe profissional envolvida nos grupos de tabagismo está disponível para orientá-lo assim que for possível.
3. Mesmo que os encontros sigam um roteiro, saiba que não são aulas, a essência é a troca de experiências e algumas orientações e dicas.
4. É importante acompanhar todas sessões para não perder orientações importantes. Sendo assim é permitido somente uma falta justificada.

Programação

1º Encontro Data: __/__/__	2º Encontro Data: __/__/__	3º Encontro Data: __/__/__	4º Encontro Data: __/__/__	Manutenção Data: __/__/__
*Fazendo Amizades *Conhecendo mais sobre o cigarro *Porquê se fuma! *Dicas para parar de fumar *Ambivalência do cigarro 	*Esclarecendo mitos *Os primeiros dias sem cigarro *Como lidar com a abstinência *O estresse e o cigarro *Aprendendo a relaxar *Tratamento medicamentoso *Saberes sobre Mudanças.	*Vencendo obstáculos *Ganho de peso *Técnicas p/ alimentação saudável *Exercícios Físicos, a esclarecendo dúvidas 	*Benefícios obtidos após parar de fumar *Evitando os Gatilhos *Dicas para se manter sem o cigarro *Técnicas de respiração *Como você se sente agora? *Conhecendo um ex-tabagistas	*Tenha orgulho de si *Apoios em fases críticas *Orientações gerais e informações sobre o tabagismo *Buscando novas atitudes 
Profissionais: Coordenador Assistente Social, Médico, enfermeiro	Coordenador Farmacêutica, Psicóloga e enfermeiro	Coordenador Educador físico, nutricionista e enfermeiro	Coordenador Fisioterapeuta, enfermeiro, convidado que parou de fumar	Coordenador Psicóloga e outro profissional do grupo

Local dos encontros: Aguardar na recepção da emergência da cardiologia

Horário: _____

Equipe profissional: Médico, Assistente Social, Educador Físico, Enfermeira, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicóloga, Técnico de enfermagem.

Apêndice D

Modelos de mensagens para o *Whatsapp*

Mensagens enviadas para os participantes dos grupos de tabagismo:



Acredite em si mesmo.
Acredite que você pode abandonar o cigarro.
Pense em algumas das coisas mais difíceis que você já fez em sua vida e perceba que você tem coragem e determinação para deixar de fumar.
Cabe a você.

Prepare sua mente para "o primeiro dia do resto da sua vida".
Você poderá até fazer uma pequena cerimônia quando fumar o último cigarro.



Caminhe ou realize algum esporte como meta para permanecer sem fumar.
Coloque desafios em sua rotina.

Quando você para de fumar:

Em 20 minutos, seu ritmo cardíaco e a pressão arterial baixa.
Em 12 horas, o nível de monóxido de carbono no sangue cai para o normal.
De duas a 12 semanas, a circulação sanguínea melhora e a função pulmonar aumenta.
Entre um a nove meses, a tosse e a falta de ar diminuem.
Em um ano, o risco de desenvolver uma doença coronariana cai pela metade (em relação a um fumante).
Em cinco anos, o risco de ter um acidente vascular cerebral é reduzido ao de um não fumante.
Em 10 anos, o risco de câncer de pulmão cai para cerca de metade em relação a um fumante e o risco de câncer de boca, garganta, esôfago, bexiga, colo do útero e pâncreas também diminui.
Em 15 anos, o risco de doença cardíaca coronária é o mesmo de um não fumante.

Beba muita água - vários copos por dia.
Assim que parar de fumar, tenha sempre consigo algo para mastigar, como uma bala ou chiclete dietético (sem açúcar), castanha, gengibre, cravo, canela, ou qualquer coisa com poucas calorias.
Aprenda pratos saudáveis!

Respire fundo para relaxar.
A maneira correta de respirar é permitir que o seu abdômen se expanda enquanto você inspira.
Quando você está fazendo uma respiração profunda, com a intenção de relaxar, tenha a certeza de que leva mais tempo expirando do que inspirando.
A respiração profunda também vai ajudá-lo a combater o desejo intenso por cigarros.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: **O cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2015. 154p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 40)

SANTANA, S. de M.; SILVA, N. G. da; GONCALVES, D. M. e MELO, M. C. M. D. Intervenções em grupo na perspectiva cognitivo-comportamental: experiências no contexto da clínica-escola. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-53, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140007>.

STEAD, L. F.; CARROLL, A. J.; LANCASTER T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 3. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3.

VELOSO, N. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. de S. et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 193-198, 2011.. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(20\)216](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(20)216)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um problema de saúde pública e nesse sentido as intervenções para cessação do tabagismo dentro do hospital, podem colaborar para um impacto benéfico, especialmente se tratando de pacientes cardiovasculares, que têm o tabagismo como um dos principais fatores de risco, onde a cessação do hábito de fumar traria melhoras para o prognóstico desses pacientes.

Os pacientes internados tendem a estarem mais conscientes de sua vulnerabilidade pessoal aos perigos do tabagismo, apresentando alta motivação para cessar o hábito de fumar, sendo mais receptivos às intervenções que lhes são oferecidas. Além disso, os tabagistas muitas vezes já estão sem fumar durante o período de internação, portanto, podem estar mais dispostos a entrar no Programa de Cessação do Tabagismo. O programa de cessação do tabagismo tem o tabagista como o protagonista, que se inicia ao se levantar a hipótese de cessar o hábito de fumar, e somente finaliza após a abstinência mantida por longo período, havendo sempre o risco de uma recaída. Os tabagistas muitas vezes temem o “fracasso” de uma recaída e se culpam por terem pouca determinação o que os leva muitas vezes a não tentar cessar o uso do cigarro, sem levar em consideração os diversos efeitos causados pela nicotina e sua dependência. Sendo assim os profissionais devem estar bem preparados para lidar com o tabagista e todos os desafios enfrentados na cessação do cigarro.

A organização multiprofissional dos grupos agrega e proporciona maior interatividade entre os profissionais e participantes dos grupos de cessação ao tabagismo, enriquecendo as sessões e tornando-as mais diversificadas. As diferentes abordagens e saberes pode contribuir para aumentar a motivação dos tabagistas para mudança, que geralmente incluem o fornecimento de informações e orientações sobre os riscos do tabagismo, os motivos e os desafios para parar que são específicos para cada paciente.

Neste contexto multiprofissional, temos o enfermeiro atuando ativamente dentro dos programas de cessação ao tabagismo. Esses profissionais tem um papel fundamental e estão mais próximos aos pacientes, e no caso dos tabagistas isso é um ponto positivo, pois o enfermeiro têm o preparo necessário para auxiliar um paciente a desenvolver seu cuidado, sendo que ao conhecer o quadro de tabagismo, é fundamental realizar uma intervenção breve sobre deixar o cigarro e suas implicações. Além das condutas diretas com o tabagista, o enfermeiro na maioria das vezes

atua diretamente como coordenador do grupo de Cessação do Tabagismo, organizando a busca dos participantes, consultas de enfermagem, estruturação e organização das sessões, capacitações de atendimento, acompanhamento da manutenção, entre outras funções. O que se observa é que ainda falta uma padronização adequada da assistência de enfermagem no atendimento ao tabagista, como a realização de registros em prontuário dessas inúmeras atividades exercidas e que passam muitas vezes despercebidas pelos gestores.

A consulta de enfermagem dentro do ambiente hospitalar realizada ao tabagista, traria benefícios tanto para os gestores como também redução de danos à saúde dos mesmos atendidos. Com tempo e recursos adequados seria possível atuar de maneira mais eficaz no tratamento do tabagismo nos hospitais.

Outro aspecto experienciado foi o desenvolvimento e organização dos grupos de cessação do tabagismo na instituição, seguindo os padrões adotados pelo Ministério da Saúde, com quatro sessões semanais, duas manutenções quinzenais e uma mensal até completar um ano. Nessa etapa houve várias dificuldades quanto a participação dos tabagistas, sendo necessário adotar outra estratégia para garantir maior participação e adesão ao tratamento.

Foram realizados quatro grupos, os quais apresentaram algumas dificuldades em seu processo, sendo elas: o tempo de permanência dos tabagistas internados no ICSC, a liberação de medicamentos para o tratamento do tabagismo e a disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde. Cada um desses complicadores foi sendo discutido e adaptado a realidade do hospital, culminando na definição de que o GCT deveria funcionar em um único encontro nas unidades de internação para favorecer a participação dos pacientes. Esta estratégia foi realizada com algumas adequações de conteúdo, sendo necessário fazer uma abordagem mais sucinta, mas englobando todos os conteúdos indicados. As avaliações foram positivas, com boa adesão e redução do consumo de tabaco.

A farmácia do hospital foi definida como local estratégico para distribuir as medicações do PNCT, onde o farmacêutico atuou no controle desses medicamentos. A criação de um fluxograma, que foi apresentado ao responsável no Município pela liberação das medicações do programa do MS, permitiu demonstrar que dentro do hospital é possível atender ao tabagista e dar continuidade ao tratamento desse grupo mesmo após a alta, garantindo assim a manutenção destes tabagistas para que permaneçam sem fumar. Por fim, a organização das sessões por temas específicos, permitiu a participação de cada profissional em pelo menos uma das quatro sessões,

auxiliando assim na disponibilidade de tempo desses profissionais.

Existem lacunas no tratamento de cessação do tabagismo dentro do ambiente hospitalar e este estudo necessita de reformulações, assim como de futuras adaptações, sendo um desafio manter o atendimento na busca da cessação do tabagismo para os pacientes cardiovasculares. Porém em virtude da atuação realizada no ICSC se pode chegar a alguns pontos estratégicos na organização do atendimento aos tabagistas no ICSC: Abordagem padronizada e coordenada dos tabagistas internados e que são atendidos no ambulatório e reabilitação; Identificação de tabagistas ativos e passivos, com registros em prontuário; Atendimento seguindo as diretrizes do MS, com abordagem breve seguida de abordagem intensiva se houver interesse do tabagista. Com aconselhamento (TCC) e tratamento medicamentoso se necessário; Manutenção dos tabagistas que receberam acompanhamento no ICSC, garantindo a abstinência tabágica. Alguns por meio de encontros e outros através de telefone ou utilização o Whatsapp; manter atividades dentro do ICSC que fortifiquem atividades voltadas ao combate do tabagismo. Melhorando assim a conscientização e o conhecimento de todos funcionários dentro da instituição.

A partir da implantação de abordagens padronizadas, para o tratamento de cessação do tabagismo, apoiados pelas gerências hospitalares pode-se alcançar resultados positivos dentro dos hospitais com os tabagistas. São necessários mais estudos nesta área para construir adequados fluxos operacionais com relação a cessação do tabagismo nos hospitais.

Além das dificuldades encontradas durante a realização deste estudo, algumas limitações devem ser observadas. Dentre elas o número reduzido de participantes nos grupos, não representando uma quantidade significativa para conclusões finais. Também o tempo necessário de coleta para este estudo foi outro limitador em virtude da complexidade das abordagens que ocorrem no período de um mês para cada grupo realizado. Deveria ser mais extenso o tempo deste estudo, necessitando assim estudos futuros com maior tempo de aplicação e com mais grupos analisados para se chegar a uma conclusão mais consistente.

Mesmo com essas limitações apresentadas, os resultados se assemelharam a outros estudos realizados dentro do ambiente hospitalar com tabagistas, como foi apresentado no decorrer do trabalho

Desta forma, pode ser desenvolvido em outras realidades, podendo ser considerado como ponto de “partida” para o trabalho de cessação ao tabagismo em hospitais.

A instituição se mostrou receptiva a iniciativa e os gestores se comprometeram a apoiar a

manutenção dos grupos. Conclui-se que para implementar o programa de combate ao tabagismo em um hospital público referência cardiovascular é primordial o engajamento não só dos profissionais da equipe multiprofissional, mas de uma cultura institucional e de toda estrutura hospitalar. Os tabagistas necessitam de apoio profissional, mesmo aqueles que não aceitam ajuda para cessação no momento que é ofertado, sendo que essa motivação pode ser modificada futuramente. É necessário se colocar à disposição e estar preparado para auxiliar a cessação do tabagismo dentro do ambiente hospitalar de forma eficaz e embasado em orientações científicas, visando também a empatia com os tabagistas atendidos.

REFERÊNCIAS

ABROUG H, El Hraiech A, Mehrez O, et al. Acute coronary syndrome: factors predicting smoking cessation. **East Mediterr Health J.**, v. 26, n. 3, p. 315-322, 2020.. doi:10.26719/emhj.19.034

ACTBR (Aliança de Controle do Tabagismo Brasil). **Cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido**. Campaign for tobacco-free kids. Publicado em> ago. 2019. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivos/Resumo-de-politicas-para-Audiencia-Anvisa_CTFK.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

AKL, E. A; GADDAM, S.; GUNUKULA, S. K et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, n. 3, p. 834–857, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyq002>. Acesso em: 14 set 2019.

AMERICAN LUNG ASSOCIATION. HOOKAH SMOKING: A Growing Threat to Public Health Issue Brief..Disponível em :<https://www.lung.org/getmedia/4460faae-7e9f-4510-87d6-65821ad02c1a/hookah-policy-brief-updated.pdf.pdf> Smokefree Communities Project, 2011 [accessed 2019 Sep 14].

ANDRITSON, M.; LITSIOM, E.; SALTAGIANNI, V. et al. Success rates are correlated mainly to completion of a smoking cessation program. **European Respiratory Journal**, v. 48, p. PA4599, 2016. DOI: 10.1183/13993003.congress-2016.PA4599

BAINS, M.; BRITON, J.; MARSJA, J. et al. Patients' and healthcare professionals' views on a specialist smoking cessation service delivered in a United Kingdom hospital: a qualitative study. **Tobacco Induced Diseases**, v. 12, jan., 2014, 2. doi:10.1186/1617-9625-12-2.

BAIOTTO, CC. S.; LORENZ, C.; KLEIN, D. L. M. et al. Avaliação da efetividade do programa nacional de controle do tabagismo no centro municipal de saúde de Pejuçara (RS). **Biomotriz**, v.10, n. 02, p. 35- 50, dez., 2016

BARBIANI, R.; DALLANORA, C. R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2721, 2016. Disponível em: OI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>. Acesso em:10 jan. 2019.

BARBOSA, A. de Set al . Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 190-201, dez. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000200012&lng=pt&nrm=iso> .Acesso em 21 dez. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edicoes.70, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, R. B.; PINCELLI, M. P.; STEINWANDTER, R. et al.. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, n.1, p. 72-80, fev., 2012

BARUA, R. S.; RIGOTTI, N. A.; BENEWITZ, N. L.; et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol*.2018;72(2):3332-65.

BATISTA, S. E.; DO NASCIMENTO CAMPOS, T.; XAVIER VALENTE, F. et al. Impacto do Tabagismo e Álcool sobre a Composição Corporal de Jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 3, p. 355-363, 30 set. 2011.

BEARD, E.; WEST, R.; MICHIE, S. et al. “Association between smoking and alcohol-related behaviours: a time-series analysis of population trends in England.” **Addiction** (Abingdon, England) vol. 112,10 (2017): 1832-1841. doi:10.1111/add.13887

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática**. 2. Ed. Porto Alegre. Artmed. 2013. 413 p.

BELLO, M. S.; PANG, R. D.; CROUSEY, K. L. et al. Tobacco withdrawal amongst african american, hispanic, and white smokers. **Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 18, n. 6,. 1479-1487, 2016. doi:10.1093/ntr/ntv231

BENEWITZ, N. L. “Nicotine addiction.” **The New England Journal Of Medicine**, v. 362, n. 24, p. 2295-2303, 2010. Doi: 10.1056/NEJMra0809890. Acesso em 04 fev. 2020.

BENEWITZ, N. L; BURBANK, A. D. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use. **Trends Cardiovasc Med**, v. 26, p. 515–23, 2016. DOI: 10.1016/j.tcm.2016.03.001.

BENEWITZ, N. L; FRAIMAN, J. B. Cardiovascular effects of electronic cigarettes. *Nat Rev Cardiol*. v. 14, p. 447–456, 2017. DOI: 10.1038/nrcardio.2017.36.

BERG, C. J., PARELKAR, P. P., LESSARD, L., Escoffery, C., Kegler, M.C., Sterling, K.L., & Ahluwalia, J. S. Defining “smoker”: College student attitudes and related smoking characteristics. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 12, n. 9. P. 963-969, 2010.

BETTIO C. J. S.; BONILHA L. A. S.; SOUZA A. S.; et al.. Fatores emocionais associados ao hábito de fumar em usuários de um programa antitabagismo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza: v 31, n. 1, jan./mar., 2018, p. 1-10. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6536/pdf>> Acesso: 28 mai. 2018.

BOCK, B. C.; DUNSIGER, S.; ROSEN, R. K. et al. Yoga as a Complementary Therapy for Smoking Cessation: Results from Breath Easy, a Randomized Clinical trial. **Nicotine & Tobacco Research**,v. 21, n. 11, p. 1517-1552, out. 2019. doi: 10.1093/ntr/nty212.

BOEHM, G.; SCHROEDER, Y.; SCHOBERBERGER, R. Inpatient smoking cessation therapy: truth or dare? **Wiener klinische Wochenschrift**, v. 127, n. 19, p. 786–791, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00508-015-0820-9>. Acesso em: 15 abr. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Redes de Atenção à Saúde**. 2010. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em 21 jun 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (SE-CONICQ) “**Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento**” - Notas Técnicas para o Controle do Tabagismo. RJ - 2017. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/NOTA-TECNICA-%2031maio2017.pdf> Acesso em 05 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466 12 de dezembro de 2012**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> . Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Política Nacional de Controle do Tabaco**: relatório de gestão e progresso 2013-2014. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social** / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Brasília : SENAD, 2012. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**, Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil é o 2º país a alcançar as medidas de combate do tabaco da OMS. 2019** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45616-brasil-e-o-2-pais-a-alcancar-as-medidas-de-combate-do-tabaco-da-oms>. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2013. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o profissional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: controle de produtos derivados do tabaco**. Rio de Janeiro, RJ: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Tratamento do tabagismo**. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em 29 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**, Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Convenção-quadro da OMS para o controle do tabaco no Brasil: 10 anos de história – 2005-2015** Rio de Janeiro: Inca, 2018. 108p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-da-organizacao-mundial-da-saude-para-o-controle-do-tabaco-no>. Acesso em. Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS):** quais são e para que servem. [2019]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas na dependência à nicotina**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: **O cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2015. 154p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 40)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jun. 2016. p. 68 31

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de *Doenças* não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico:** estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vareniclina (Champix ®) para cessação do tabagismo. 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_Vareniclina_Tabagismo_CP31_2019.pdf Acesso em 20 fev. 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, n. 118, 22 jun. 2016. Seção 1, p. 68-69. Disponível em <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, cód. 00012016062200068. Acesso em 30 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 12.546. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 de dezembro, 2011.

CABALLERA, M. A.; COLÁS, V. N. C.; ALVAREZ, V. M. C. et al. Eficácia da auriculoterapia no tratamento de fumantes ativos. **Medisan**, v. 17, n. 11, nov., 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100010&lang=pt. Acessado em 01 mai de 2019.

CAHILL, K.; STEVENS, S.; PERERA, R. et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, p. 5, n. CD009329, 2013.. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2

CAMPOS, A. C. F.; NANI, A. S. R.; FONSECA, V. A. S; et al . Comparação de duas intervenções de cessação do tabagismo em pacientes internados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 195-201, May 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000300195&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n.1-2,p. 73-80, 2002.

CHAITON, M.; DIEMERT, L.; COHEN, J. E et al. Estimativa do número de tentativas de abandono necessárias para deixar de fumar com sucesso em uma coorte longitudinal de fumantes. **BMJ**, v. 6, p. e011045, 2016. doi: 10.1136 / bmjopen-2016-011045

CHEAN, K.; GOH, L. G.; LIEW, K. et al. Siew-Ting. Barriers to smoking cessation: a qualitative study from the perspective of primary care in Malaysia. **BMJ Publishing Group**, v. 9, 2019. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025491.

CHEUNG, Y. T. D.; CHAN, C. H. H.; HO, K. S. et al. (2020) Effectiveness of WhatsApp online group discussion for smoking relapse prevention: protocol for a pragmatic randomized controlled trial. **Addiction**, 27 fev. 2020. <https://doi.org/10.1111/add.15027>.

CHOU. S. P.; GOLDSTEIN, R. B.. SMITH S. M. et al. The epidemiology of DSM-5 nicotine use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. **J. Clin. Psychiatry**, v. 77, p. 1404–1412, 2016.

CROFT, J. B.; WHEATON, A. G.; LIU, Y. et al. Urban-Rural County and State Differences in Chronic Obstructive Pulmonary Disease — United States, 2015. **MMWR Morb Mortal Wkly**

Rep., v. 67, p. 205-211, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6707a1external> icon. Acesso em 23 jan. 2019.

CRUZ, M. S.; GONÇALVES, M. J. F. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n.1, p.35-42, 2010.

DAI, H. “Single, Dual, and Poly Use of Flavored Tobacco Products Among Youths.” **Preventing Chronic Disease**, v. 15, p. E87, jun. 2018, doi:10.5888/pcd15.170389

DANTAS, D. RG et al. Tratamento do Tabagismo no Brasil. **Revista Saúde e Ciência**, v. 5, n.1, p. 61-75, 2016. Disponível em: . http://150.165.111.246/revistasaude_eciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/327/228. Acesso em: 05 jan. 2019.

DAVIS, B.; WILLIAMS, M.; Talbot Piquos: evidence of pyrolysis and release of a toxicant from plastic. **Tobacco Control**, v. 28, p. 34-41, 2019.

DE LUCIA, R. Farmacologia Integrada. 2016. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=PIWfDQAAQBAJ>}. Acesso em: 25 mar. 2020.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 554 p.

DOURA, M. B.; LU, T. V.; LEE, N. H. et al. Persistent gene expression changes in ventral tegmental area of adolescent but not adult rats in response to chronic nicotine. **Neuroscience**, v. 170, n. 2, p. 503-513, 2010. doi:10.1016/j.neuroscience.2010.06.071

DROPE, J.; SCHLUGER, N.; CAHN, Z. et al. The Tobacco Atlas. 6 th. Atlanta: **American Cancer Society and Vital Strategies**. 2018 Disponível em: www.tobaccoatlas.org. Acesso em: 19 jun, 2018

EISENBERG, M. J.; GRANDI, S. M.; GERVAIS, A, et al.; Investigators. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. **J Am Coll Cardiol.**, v. 61, n. 5, p. 524-532, 2013.

EISENBERG, M. J.; WINDLE, S. B.; ROY, N; et al.; Evita Investigators. varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. **Circulation**, v. 133, n. 1, p. 21-30, 2016.

ELICKER, E.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 24, n. 3, p. 399-410, 2015. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>. Acesso em: 04 fev. 2020.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; ROSS, H. **The tobacco atlas**. New York, NY: American Cancer Society, 2013.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; SCHLUGER, N. et al. **Tobacco Companies**. The Tobacco Atlas. 5th edition. Atlanta, Georgia, American Cancer Society, Inc. 2015. Disponível em: <http://www.tobaccoatlas.org/topic/tobaccocompanies/> Accessed 10 dez 2019.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Guidelines for treating tobacco dependence 2016. Disponível em: <http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf>. Acessado em: 23 abr. 2020.

EWING, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. **JAMA**, v. 252, p. 252:1905–1907. 1974.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav.**, v. 3, n.3-4, p. 235-241, 1978.

FASERU, B.; TURNER, M.; CASEY, G. et al. Evaluation of a hospital-based tobacco treatment service: outcomes and lessons learned. **Journal of Hospital Medicine**, 24 nov. 2010. <https://doi.org/10.1002/jhm.835>

FELLOWS, J. L.; MULARSKI, R.; WAIWAIÖLE, L. et al. Health and economic effects from linking bedside and outpatient tobacco cessation services for hospitalized smokers in two large hospitals: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 13, n. 129, ago., 2012, doi:10.1186/1745-6215-13-129

FENN, K.; BYRNE, M. . The key principles of cognitive behavioural therapy. **InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice**, v. 6, n. 9, p. 579–585, 2013. doi:10.1177/1755738012471029

FERRAZ, L.; BUSATO, M. A.; ARRUDA, C. R. P. et al. Tabagismo: motivos da cessação e da recaída na população de um NASF. **Hygeia**, v. 11, n. 20, p. 127-137, jun. /2015. <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/28339>

FERREIRA A. S.; CAMPOS, A. C. F.; SANTOS, I. P. A. et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 4, p. 488-494, aug. , 2011.

FIDANCI, İ.; OZTURK, O.; UNAL, M.. (2017). Transtheoretic model in smoking cessation. **Journal of Experimental and Clinical Medicine** (Turkey). 2017. 34. 10.5835/jecm.omu.34.01.003.

FIDLER, J.; WEST, R.. Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: A longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 115, 30–34, 2011. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.10.009

FLUHARTY, M.; TAYLOR, A. E.; GRABSKI, M. et al. “The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review.” **Nicotine & Tobacco Research**, v. 19, n. 1 (2017): 3-13. doi:10.1093/ntr/ntw140

GAALEMA, D. E.; PERICOT-VALVERDE. I.; BUNN, J. Y. et al. Tobacco use in cardiac patients: Perceptions, use, and changes after a recent myocardial infarction among US adults in the PATH study (2013-2015). **Preventive Medicine**, v. 117, n. 76-82, 2018.. doi:10.1016/j.ypmed.2018.05.004

GARCIA, T.; ANDRADE, S. A. dos. S.; BIRA, A. T. et al . Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 42-48, Feb. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000100042&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 13 fev. 2020.

GILLASPY, S. R.; LEFFINGWELL, T.; MIGNOGNA, M. et al. Testing of a web-based program to facilitate parental smoking cessation readiness in primary Care. **J Prim Care Community Health**, v. 4, n.1, p. 2-7, 2013.

GIRÃO, A. L. A. OLIVEIRA, G. Y. M.; gomes, e. b. et al. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 1, p. 47 - 60, 2015. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2015.v17n1/47-60> Vol.17 N.1/47-60. Acesso em: 04 jul. 2018.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet (London, England)** v. 389, p. 1885–1906, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30819-X.

GOTTI, C.; GUIDUCCI, S.; TEDESCO, V. et al. Nicotinic acetylcholine receptors in the mesolimbic pathway: primary role of ventral tegmental area alpha6beta2* receptors in mediating systemic nicotine effects on dopamine release, locomotion, and reinforcement. **The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience**, v. 30, n. 15 5311-25, 2010. doi:10.1523/JNEUROSCI.5095-09.2010

GREGORY A. T.: DENNISS A. R. An Introduction to Writing Narrative and Systematic Reviews - Tasks, Tips and Traps for Aspiring Authors. **Heart Lung Circ.** 2018;27(7):893-898. doi:10.1016/j.hlc.2018.03.027

HALL, B. J.; WELLS, C.; ALLENBY, C. et al. Differential effects of non-nicotine tobacco constituent compounds on nicotine self-administration in rats. **Pharmacology, Biochemistry, and Behavior**, v. 120, p. 103-108, 2014.. doi:10.1016/j.pbb.2014.02.011

HAMMETT, P.; FU, S. S.; NELSON, D. et al. A Proactive Smoking Cessation Intervention for Socioeconomically Disadvantaged Smokers: The Role of Smoking-Related Stigma. **Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco** v. 20, n. 3, p. 286-294, 2018. doi:10.1093/ntr/ntx085

HARTMANN-BOYCE, J.; CHEPKIN, S. C.; YE, W. et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.5, 2018 [DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub5]

ICSC, Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. **Manual da Qualidade (Versão 002 – MNL)**. São José, SC; 2019.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. **Diretrizes INCA terapia nicotina**. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/doc/dcnt/2014_diretrizes_inca_terapia_nicotina.pdf Acesso em: 23 jan. 2019.

INCA, 2013. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Divisão de Controle do Tabagismo. Coordenação de Ações Estratégicas. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dependência à nicotina**. 2013. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=57yuXgPe4bg%3D>. Acesso em: 31 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Tratamento do tabagismo. Última modificação: 03/10/2018 disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em 29 nov. 2018

JESUS, M. C.; SILVA, M. H. da; CORDEIRO, S. M. et al. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, USP, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 71-78, DOi. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>. Acesso em: 20 jan. 2019.

JIMÉNEZ-RUIZ, C. A.; DE GRANDA ORIVE, J. I.; SOLANO REINA, S. et al. (2017). Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. **Archivos de Bronconeumología** v. 53, n. 7, p. 387–394, 2017. . doi:10.1016/j.arbr.2017.05.008

JING-GUANG, L.; LING, H.; LI-WEI, C. et al. Effect of intensive personalized “5As+5Rs” intervention on smoking cessation in hospitalized acute coronary syndrome patients not ready to quit immediately: a randomized controlled trial, **Nicotine & Tobacco Research**, v. 20, n. 5, p. 596-605, mai., 2018. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx126>

KALKHORAN, S.; BENOWITZ, N. L.; NANCY, A. et al. Prevention and treatment of tobacco use. *jacc health promotion series*. **J Am Coll Cardiol.**, v. 72, n. 9, p. 1030-1045, 2018.

KOBER, H.; KROSS, E.F.; MISCHER, W. et al. Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 106, n. 1, p. 52-55, 2010.. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.017>

LANCASTER, T; STEAD, LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd**, n. 3, 2017.. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.

LEAL, A. C. S.; SILVEIRA, A. C.; FREIRE, A. P. C. F. et al. Socio-demographic characteristics and smoking pattern of smokers seeking care in cessation programs. **Mundo da Saude**, v. 41, n. 2, p. 163-169, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/180173>>.

LEE, Y.; KANG-SOOK, L.. “Association of alcohol and drug use with use of electronic cigarettes and heat-not-burn tobacco products among Korean adolescents.” **PloS one**, v. 14, n. 7, p. e0220241. Jul., 2019. doi:10.1371/journal.pone.0220241

LEOPOLDO, T. da S. **Terapias complementares no tratamento da dependência da nicotina: uma revisão integrativa**. Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Estética e Bem Estar da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) em junho de 2018. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/5634>. Acesso em: 15 dez. 2019.

LI, I. C.; LEE, S.Y. D; CHEN, C. Y. et al. Facilitators and barriers to effective smoking cessation: counselling services for inpatients from nurse-counsellors. **Perspectives–A Qualitative Study**. v. 11, p. 4782–98, 2014. DOI: 10.3390/ijerph110504782.

LI, W.H.C.; HO, K.Y.; LAM, K.K.W. et al. A study protocol for a randomised controlled trial evaluating the use of information communication technology (WhatsApp/WeChat) to deliver brief motivational interviewing (i-BMI) in promoting smoking cessation among smokers with chronic diseases. **BMC Public Health** v. 19, 1083, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7417-6>

LINDSON, N.; KLEMPERER, E.; HONG, B, et al. Smoking reduction interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, art. n. CD013183, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD013183.pub2.

LINDSON-HAWLEY, N.; HARTMANN-BOYCE. J.; FANSHAW, T. R. et al. “Interventions to reduce harm from continued tobacco use.” **The Cochrane Database Of Systematic Reviews**, v. 10, n. 10, p. CD005231, .out., 2016, doi:10.1002/14651858.CD005231.pub3

LINHAS, A; R. D.; DIAS, M. C. P.; BARROSO, A. M. P. Smoking cessation before initiation of chemotherapy in metastatic non-small cell lung cancer: influence on prognosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 44, n. 5, p. 436-438, out.. 2018.. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000323>. Acesso em: 05 abr. 2020.

LOPES, F. M.; PEUKER, A. C. W. B.; RECH, B. E. et al.. Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido e uma universidade pública. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. [Internet], v. 22, n. esp. 2014.. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.025>. Acesso em 22 set. 2017.

MAHONEY, M. C.; ERWIN, D. O.; WIDMAN, C. et al. Formative evaluation of a practice-based smoking cessation program for diverse populations. **Health Educ Behav**, v. 41, n. 2, p. 186-196, 2014.

MARTINELLI, P. M.; LOPES, C. N.; MUNIZ, P. T. et al . Tabagismo em adultos no município de Rio Branco, Acre: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 989-1000, dez., 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040016>.. Acesso em 14 jan. 2020.

MARTINEZ, J. A. B. ; KALIL; M. E. ; LIMA, G. C. G. A. O que é a síndrome de abstinência de nicotina? O que pode ser feito para aliviar os sintomas?. In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Rio de Janeiro, RJ: GEN, 2012. Seção VII, p.192-4.

MARUSICH, J. A.; DARMA, M. NELSON, A. V. et al. Tobacco's minor alkaloids: Effects on place conditioning and nucleus accumbens dopamine release in adult and adolescent rats. **European Journal of Pharmacology**, v. 814, p. 196-206, 2017. doi:10.1016/j.ejphar.2017.08.029

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**, v. 16, p. 215-218, 1983.

MEHRING, M.; HAAG, M.; LINDE, K. et al.. Effects of a guided web-based smoking cessation program with telephone counseling: a cluster randomized controlled trial. **J Med Internet Res.**, v. 16, n.9, p. e218, 2014.

MENDES, A. C. R.; TOSCANO, C. M.; BARCELLOS, R. M. S. et al. Custos do Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 66, nov. , 2016

MENESES-GAYA, I. C. de et al . As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 73-82, Jan. 2009 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000100011>. Acesso em: 04. Dez. 2019.

MESQUITA, A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Revista Brasileira de Comportamento Cognitivo**. São Paulo , v. 15, n. 2, p. 35-44, ago. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200004 &lng=pt&nrm=iso> . acessos em: 28 jan. 2020.

MESQUITA, A. L.; AZEVEDO, C. B. dos S.; BELTRÃO, D. I. et al. A influência da interação sobre pacientes tabagistas: uma revisão de literatura. **RESU – Revista Educação em Saúde**: v. 3, n. 2, 2015 Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/1388>. Acesso em 03 abr. 2019.

METSE, A. P.; BOWMAN, J. A.; WYE, P. et al. Evaluating the efficacy of an integrated smoking cessation intervention for mental health patients: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 266, 2014. doi:10.1186/1745-6215-15-266.

MILCARZ, K.; POLAŃSKA, K.; BALWICKI, Ł. et al. "Perceived barriers and motivators to smoking cessation among socially-disadvantaged populations in Poland." **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 32, n. 3, p. 363-377, 2019. doi:10.13075/ijomeh.1896.01377.

MIRRA A. P. et al. Tabagismo-Projeto Diretrizes, Brasília. Tabagismo: parte I. Diretrizes em foco. AMB/ ANS. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v.2, n. 56, p. 127-143, 2010.

MOLL, M.F.; GOULART, M.B.; CAPRIO, A.P. et al. O conhecimento dos enfermeiros acerca as redes de atenção à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE** [online], v. 11, n. 1, p. 86-93, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201711>

MOORE, R. A.; AUBIN, H. J. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? **Int J Environ Res Public Health**, v. 9, n. 1, p. 192-211, doi:10.3390/ijerph9010192. Acesso em: 03 jan. 2020.

NASCIMENTO, C. C. S. do; SILVA, U. G. A.; NASCIMENTO, M. I. do. Fatores associados à recaída do tabagismo em pacientes assistidos em unidades de saúde da zona oeste do município do Rio de Janeiro. **Revista. APS**, v. 19, n. 4, p. 556-567, out. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832215>. Acesso em: 11 dez. 2019.

NG, M.; FREEMAN, M. K.; FLEMING, T. D., et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. **JAMA**, v. 311, n. 2, p. 183–192, 2014. doi:10.1001/jama.2013.284692

NI K.; WANG B.; LINK A.R.; SHERMAN S.E. Does Smoking Intensity Predict Cessation Rates? A Study of Light-Intermittent, Light-Daily, and Heavy Smokers Enrolled in Two Telephone-Based Counseling Interventions. *Nicotine & Tobacco Research*, Vol. 22, Issue 3, March 2020, Pages 423-430. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ntr/nty257>. Acesso em: 15, apr. 2020.

NISAA, Z. U.; ZAFAR, A.; ZAFAR, F.; Efficacy of a smoking cessation intervention using the natural agents. **International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**, v. 10, n. 2, 2018. Disponível em: <http://internalmedicine.imedpub.com/efficacy-of-a-smoking-cessation-intervention-using-the-natural-agents.php?aid=23299>. Acesso em: 27 jan. 2020.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P., (orgs.). **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: EDUEL, 2011. 224 p

OLIVEIRA, M. S; SARTES, L.M.A; RIBEIRO, N. S. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo aplicada a usuários de drogas. In B. Neufeld & P. Rangé (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática* Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 212-235.

OPAS (Organização Pan America da Saúde). **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Aceso em: 14 out. 2019.

OPAS (Organização Pan America de Saúde). **OMS lança novo relatório sobre a epidemia mundial do tabaco; Brasil é 2º país a alcançar alto nível de todas as medidas MPOWER**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5993:oms-lanca-novo-relatorio-sobre-a-epidemia-mundial-do-tabaco-brasil-e-2-pais-a-alcancar-alto-nivel-de-todas-as-medidas-mpower&Itemid=839. Acesso em: 14 mai. 2019.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Folha informativa - Tabaco**. Atualizada em julho de 2019. Disponível em: out. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097. Acesso em: 24 ago 2019.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Tabaco**. Atualizada em julho de 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097. Acesso em: 24 ago. 2019.

OWOTOMO, O.; MASLOWSKY, J. Adolescent Smoking Susceptibility in the Current Tobacco Context: 2014-2016. **American Journal of Health Behavior**, v. 42, n.3, p. 102–113, 2018.doi:10.5993/ajhb.42.3.10

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. C.; ESPINOSA, M. M. et al . Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014 .. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000014>. Acesso em: 28 jan. 2020.

PEREIRA, A. A. C.; GRITSCH, L. J.; PASSOS, M. S. et al. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n.3, p. e55096, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55096>. Acesso em: 12 nov. 2019.

PEREIRA, E.; BARRETO, G., Fatores associados à cessação do tabagismo sem ajuda. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 02, p. 30-43, dez., 2017. doi = 10.24118/rev1806.9495.2.3.2017:347. Acesso em: 26 dez. 2019

PEUKER, A. C.; BIZARRO, L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 87-98, jun. 2015 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.09>. Acessos em: 27 jan. 2020.

PINTO DE JESUS, M. C. S.; SILVA, M. H.; CORDEIRO, S. M. et al. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 30, n.1, p.73-80, 2016, Disponível em: en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361044716010>> . Acesso em 17 jan. 2019.

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A. et al . Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 8, p. e00129118, 2019 . <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129118>. Acesso em: 31 mar. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

POLONIO. I. B.; GIL, G. H.; CALDEIRA FILHO, J. M. et al. Comparação da prevalência de ansiedade e depressão e possível estágio de motivação para parar de fumar em duas populações de pacientes internados: clínicos e cirúrgicos. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 62, n.1, p. 22-26, 2017.

POŁTYN, K. Z.; KATARZYNA, Z.; ALICJA, B. et al. Sociodemographic characteristic of changes in smoking patterns in rural and urban population of PURE Poland study: Findings from 6-year follow up. **BMC Public Health**, v. 19, n. 6, 2019. 19. 10.1186/s12889-018-6354-0.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI S. R. B. et al . A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1837-1848, Jun. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601837&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 21 Jan. 2019.

PROCHASKA, J. J.; NEAL, L, Benowitz. “Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction.” **Science Advances**, v. 5, n. 10, p. eaay9763, out.. 2019, doi:10.1126/sciadv.aay9763

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psych Theory Res Pract.**, v. 19, n. 3, p. 276-288, 1982. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088437>

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, Washington, DC, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.

PROCHASKA, Judith J; BENOWITZ, Neal L. Smoking cessation and the cardiovascular patient. v. 30, p. 506–11, 2015. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000204.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universiade Freevale, 2013.

RAMOTOWSKI, B.; GURBEL, P.; TANTRY, U. et al.. Smoking and cardiovascular diseases is there more paradox than expected? **Polish Archives of Internal Medicine**, v. 129, ago. 2019. DOI: 10.20452/pamw.14931.

RAMSEY, A. T.; PRENTICE, D.; BALLARD, E. et al. Leverage points to improve smoking cessation treatment in a large tertiary care hospital: a systems-based mixed methods study. **BMJ Open**, . v. 9, n. 7, p. e030066, 2019.. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030066

REID, Z. Z.; REGAN, S.; KELLEY, J. H. et al. Comparative effectiveness of post-discharge strategies for hospitalized smokers: study protocol for the Helping HAND 2 randomized controlled trial. **BMC Public Health.**, v. 15, n. 109, 2015. doi:10.1186/s12889-015-1484-0.

RICE V.H. et al. “Nursing interventions for smoking cessation.” *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 12,12 CD001188. 15 Dec. 2017, doi:10.1002/14651858.CD001188.pub5

RICE, V. H.; HARTMANN-BOYCE, J.; STEAD, L. F. Nursing interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, art. n. CD001188, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub4.

RICHTER, K. P.; FASERU, B.; MUSSULMAN, L. M. et al. "Using "warm handoffs" to link hospitalized smokers with tobacco treatment after discharge: study protocol of a randomized controlled trial." **Trials**, v. 13, n. 127, aug. 2012, doi:10.1186/1745-6215-13-127

RIGOTTI, N .A. et al. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 312, n. 7, p. 719–728, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.9237>. Acesso em: 15 fev. 2020.

RIGOTTI, N. A. "Strategies to help a smoker who is struggling to quit." **JAMA**, v. 308, n. 15, p. 1573-1580, 2012. doi:10.1001/jama.2012.13043

RODRIGUES, B. J. C.; VELOZO-JUNIOR, R. Intervenções com grupos e tabagismo: relato de experiência no contexto do sistema único de saúde brasileiro sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. **Única-Cadernos Acadêmicos**. v. 3, n. 3, 2017. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/60>. Acesso em: 15 nov. 2019.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. de. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. pt. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, p. 603–611, out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1806-37132010000500012&nrm=iso.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. L.; LUCIO, M. P. B **Metodologia de Pesquisa**, 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTA CATARINA. **Plano diretor de regionalização PDR - 2012**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/8141-plano-diretor-de-regionalizacao-2012/file>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Instituto de Cardiologia de Santa Catarina**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10339-instituto-de-cardiologia-de-santa-catarina>. Acesso em: 25 set de 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano para a Organização da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular em Santa Catarina. 2005** Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-cardiovascular/2503-plano-cardiovascular/file>> Acesso em: 15 set. 2018.

SANTANA, S. M.; SILVA, N. G.; GONÇALVES, D. M. et al.. Intervenções em grupo na perspectiva cognitivo-comportamental: Experiências no contexto da clínica-escola. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 1, p. 47-53, 2014.

SANTOS, J. D.P.; ACHUTTI, A.; GUTHS, P. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 564-573.

SANTOS, J. D. P.; SILVEIRA, D. V.; OLIVEIRA, D. F. Instrumentos para Avaliação do Tabagismo: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4707-4720, 2011.

SANTOS, R. S., BITTENCOURT, A. R. C.; ENGEL, R. H. et al. Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, n. e17381, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.17381>

SARNA, L.; BIALOUS, S. A.; CHAN, S.S.C. et al. Making a difference: Nursing scholarship and leadership in tobacco control. **Nurs. Outlook**, v. 61, p. 31-42, 2013. doi: 10.1016/j.outlook.2012.05.007.

SATTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 253-264, Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100026>. Acesso em: 04 dez. 2019.

SEREBRENIC F.; LIMA D. R. Rumo aos 40 anos de entrevista motivacional: evolução da abordagem. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 27, nº 2, p. 45-52, Jul-Dez, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338753779_Rumo_aos_40_anos_de_entrevista_motivacional_evolucao_da_abordagem, Acessado em: 03 jan. 2020

SHELLEY, D.; GOLDFELD, K. S.; PARK, H. et al.. System Changes to Implement the Joint Commission Tobacco Treatment (TOB) Performance Measures for Improving the Treatment of Tobacco Use Among Hospitalized Patients. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 43, n. 5, p. 234–240, 2017. doi:10.1016/j.jcjq.2017.02.008

SHIFFMAN, S.; KURLAND, B. F.; SCHOLL, S. M. et al. Nondaily Smokers' Changes in Cigarette Consumption With Very Low-Nicotine-Content Cigarettes: A Randomized Double-blind Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v. 75, n. 10, p. 995–1002, 2018.. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1831>

SILVA, A. C.; VARGAS, L. S.; LUCHESE, L. et al. Patterns of tobacco consumption among residents of a rural settlement: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública** [online]. V. 51, 2017, v. 51. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006781>.. Acessado em: 07 jan. 2019.

SILVA, L. C. C.; ARAUJO, A. J. de; QUEIROZ, A. M. de et al. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, p. 290-298, ago., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000400290&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. de 2019.

SILVA, L. C. C.; ARAUJO, A. J. de; QUEIROZ, A. M. de et al. Controle do tabagismo: desafios e realizações. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 4, p. 290-298, 2016. doi: 10.1590 / S1806-37562016000000145

SILVA, R. L. F.; CARMES, E. R.; SCHWARTZ, A. F. et al. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. **Jornal Brasileiro de Panumologia**, v. 37, n. 4, p. 480-487, ago. 2011.

SIMAS, P.; MARINHO, A. R.; DIAS, T. **Cessação tabágica e ganho ponderal**: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Cessação Tabágica e Ganho Ponderal. linhas de orientação. Lisboa/PT: Direcção-Geral da Saúde, 2015.

SLEIMAN, M.; LOGUE, J.r M.; MONTESINOS, V. et al.. Emissions from Electronic Cigarettes: Key Parameters Affecting the Release of Harmful Chemicals. **Environmental Science & Technology**, v. 50, n. 17, p. 9644–9651, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1021/acs.est.6b01741>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SMITH, P.; CORSO, L.; BROWN, K. et al. Nurse case-managed tobacco cessation interventions for general hospital patients: Results of a randomized clinical trial. **The Canadian journal of nursing research**, v.43, p. 98-117, 2011.

SMOKING CESSATION LEADERSHIP CENTER. **Destination tobacco free**: a practical tool for hospitals and health systems. 2013. Disponível em: https://smokingcessationleadership.ucsf.edu/sites/smokingcessationleadership.ucsf.edu/files/Downloads/Toolkits/df_2013_toolkit.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

STEAD, L. F.; PERERA, R.; BULLEN, C. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, art. n. CD000146, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.

SWAN, G. E.; LESSOV-SCHLAGGAR, C. N. Tobacco Addiction and Pharmacogenetics of Nicotine Metabolism. **Journal of Neurogenetics**, v. 23, n. 3, p. 262–271, 2009. doi:10.1080/01677060802572903

SZKLO, A. S.; SOUZA, M. C.; SZKLO, M. et al. Smokers in Brazil: who are they? **Tob Control.**, v. 25, n. 5, p. 564-570, 2016.

TANG, Y.; TANG, R.; POSNER, M. I. et al. Brief meditation training induces smoking reduction. **PNAS**, v. 110, n. 34, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752264/pdf/pnas.201311887.pdf>

TEJADA, C. A. O.; EWERLINF, F.; SANTOS, A. M. A. dos et al . Factors associated with smoking cessation in Brazil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 8, p. 1555-1564, ago.. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00120412>. Acesso em: 02 fev. 2020..

THE JOINT COMMISSION SPECIFICATIONS. **Manual for Joint Commission National Quality Measures. Tobacco Treatment Measures (TOB)**. Publicado em 01 ago. 2019. Disponível em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2020A/TobaccoTreatmentMeasures.html>. Acesso em: 22 fev. 2020

THORGEIRSSON, T. E.; GUDBJARTSSON, D. F.; SURAKKA, I. et al. Sequence variants at CHRN3-CHRNA6 and CYP2A6 affect smoking behavior. **Nature Genetics**, v. 42, n. 5, p. 448-453, 2010. doi:10.1038/ng.573

TOBACCO AND GENETICS CONSORTIUM. Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behavior. **Nature Genetics**, v. 42, n. 5, p. 441-447, 2010. doi:10.1038/ng.571

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. MPENF. **Instrução Normativa n. 01/MPENF/2014**. Disponível em: <<http://mpenf.ufsc.br/files/2012/09/Instru%C3%A7%C3%A3oNormativa-01-MPENF-2014-Trabalhos-Terminais.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2020.

US. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the surgeon general. Atlanta: U.S, 2012.

USSHER, M.; BROWN, J.; RAJAMANOCHARAN, A.; How do prompts for attempts to quit smoking relate to method of quitting and quit success? **Annals of Behavioral Medicine**, v. 47, 358–368, 2014.. doi:10.1007/s12160-013-9545-z

USSHER, M.; KAKAR, G.; HAJEK, P. et al.. Dependence and motivation to stop smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking help to quit. **Addict Behav.**, v. 53, p. 175-180, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/82759925.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

VELOSO, N. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. de S. et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 193-198, 2011.. [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)216](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)216)

VIDYASAGARAN, A. L.; SIDDIQI, K.; KANAAN, M. Use of smokeless tobacco and risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. **Eur J Prev Cardiol.**, v. 23, p. 1970-1981, 2016.

VIEIRA, A.; REIS, A. M.; MATOS, L. V. et al. Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 33, p. 61-70, 2018.

VOLKOW, N. **Tobacco Addiction, in Research Report**. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD 2009. Disponível em: <https://www.jeremyfrankphd.com/wp-content/uploads/Tobacco.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

WANG, T. W.; GENTZKE, A. S.; CREAMER, M. R. et al. Tobacco Product Use and Associated Factors Among Middle and High School Students —United States, 2019. **MMWR Surveill Summ**, v. 68, n. SS12, p.1-22, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6812a1>. Acesso em: 6 dez. 2019.

WEST, R.; SHIFFMAN, S. **Fast facts: Smoking cessation** (3rd ed.). Abingdon: Health Press, 2016..

WESTMAAS, J. L.; NEWTON, C. C.; STEVENS, V. L. et al. Does a recent cancer diagnosis predict smoking cessation? An analysis from a large prospective US cohort. **J Clin Oncol.**, v. 33, p.1647–1652, 2015. doi: 10.1200/JCO.2014.58.3088.

WHITTAKER, R.; MCROBBIE, H.; BULLEN, C. et al. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, art. n. CD006611, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub5.

WHO (World Health Organization). **Classificação Internacional de Doenças 11ª Revisão (CID 11)**. O padrão global para informações de saúde em diagnóstico. 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 14 out 2019.

WHO (World Health Organization). **Report on the global tobacco epidemic. 2015**. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/. Acesso em: 20 fev. 2020.

WHO (World Health Organization). **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 nov. 2019.

WHO (World Health Organization). **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 23 dez. 2019.

WHO (World Health Organization). **Tobacco**. Key facts. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> . Acesso em: 02 fev. 2020.

WHO (World Health Organization). **Dia Mundial Sem Tabaco de 2011**. Comemora a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. OMS elogia incursões contra o tabaco e pede total conformidade com os tratados. 2011. Disponível em: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/wntd_20110530/en/. Acesso em 18 de janeiro de 2019.

WU, L.; HE, Y.; JIANG, B. et al. Additional follow-up telephone counselling and initial smoking relapse: a longitudinal, controlled study. **BMJ Open, British Medical Journal Publishing Group**, v. 6, n. 4, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e010795>. Acesso em: 24 jan. 2020.

YBARRA, M. L; JIANG, Y.; FREE, C. et al.. Participant-level meta-analysis of mobile phone-based interventions for smoking cessation across different countries. **Preventive Medicine**, v. 89, p. 90–97, 2016. ISSN 0091-7435. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.05.002.

YLIOJA, T.; COCHRAN, G.; CHANG, Y. et al. “Postdischarge smoking cessation in subgroups of hospitalized smokers: A latent class analysis.” **Substance abuse**, v. 38, n.4, p. 493-497, 2017. doi:10.1080/08897077.2017.1355870

YU, Y.; RAJAN, S. S.; ESSIEN, E. J, et al., The relationship between obesity and prescription of smoking cessation medications. **Popul Health Manag.**, v. 17, n. 3, , p. 172-179, 2014. .

YUAN, M.; CROSS, S. J.; loughlin, s. e. et al. "Nicotine and the adolescent brain". **The Journal Of Physiology**, v. 16, n. 16, p. 3397-3412, 2015. doi:10.1113/JP270492

ZAMPIER, V. S. de B.; SILVA, M. H. da; MACHADO, R. E. T. et al . Abordagem do enfermeiro aos usuários tabagistas na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 72, n. 4, p. 948-955, ago. 2019. Disponível em:. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0397>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ZAMPIER, V. S. de B.; SILVA, M. H. da; JESUS, R. R. de. et al . Manutenção da abstinência do tabaco por ex-fumantes: estudo fenomenológico. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre , v. 38, n. 4, e2017-0027, 2017 . <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0027>. Acesso em: 31 mar. 2020.

ZHOU, X.; NONNEMAKER, J.; SHERRILL, B. et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. **Addictive Behaviors**, v. 34, n. 4, p. 365-373., 2009. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>

ZWAR, N.A.; RICHMOND, R.L.; FORLONGE, G. et al. Feasibility and effectiveness of nurse-delivered smoking cessation counselling combined with nicotine replacement in Australian general practice. **Drug and Alcohol Review**, v. 30, 583-588, 2011. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00243.x

APÊNDICES

APÊNDICE 1: ROTEIRO ENTREVISTA PROFISSIONAIS

ENTREVISTA COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nome: _____

Profissão: _____ Tempo de serviço: _____ Idade: _____

Você fuma? Sim () Não ()

1. Você conhece o programa de combate ao tabagismo do Ministério da Saúde? Sim () Não ()
2. Acredita que esse programa traria benefícios para os pacientes internados no Instituto de Cardiologia? Em que aspectos ? Comente?
3. Dentro do hospital, você já observou alguma orientação sobre tabagismo ou atuações realizadas para auxiliar os fumantes a cessarem o hábito? Se sim, comente como foi? Que aspectos foram abordados? Qual profissional realizou?
4. Você gostaria de participar do programa de cessação de tabagismo ICSC que combate o tabagismo entre os pacientes internados? () SIM () Não

Comente, caso sua resposta for negativa?

5. Se SIM por favor, comente quais contribuições você poderia trazer ao grupo e como você acredita ser eficiente sua atuação nesses grupos?
6. Qual a dinâmica, que considera mais adequada para uma boa qualidade no andamento dos atendimentos, aos pacientes tabagistas em nossa instituição. Organização para realizar os grupos?

APÊNDICE 2: INFORMAÇÕES RESUMIDAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



As formas para parar de fumar podem ser:

- **PARADA ABRUPTA** (de uma só vez)
- **PARADA GRADUAL** (aos poucos) Você pode fazer de duas maneiras: **REDUZINDO** o número de cigarros por dia ou **ADIANDO** o horário do próximo cigarro para umas horas depois.

O importante é você ter uma data para parar de fumar. Essa data será muito importante para você pelo resto de sua vida.

Não se esqueça que a nicotina causa grande dependência química, para quem usa o cigarro.

Você já sabe que o cigarro causa doenças como câncer, problemas cardíacos e circulatórios entre tantos outros.

Mas quando você para saiba que:

- Dentro de 20 minutos, o ritmo cardíaco e a pressão arterial baixa.
- Em 12 horas, o nível de monóxido de carbono no sangue cai para o normal.
- De duas a 12 semanas, a circulação sanguínea melhora e a função pulmonar aumenta.
- Entre um a nove meses, a tosse e a falta de ar diminuem.
- Em um ano, o risco de desenvolver uma doença coronariana cai pela metade (em relação a um fumante).
- Em cinco anos, o risco de ter um acidente vascular cerebral é reduzido ao de um não fumante – cinco a 15 anos após parar de fumar.
- Em 10 anos, o risco de câncer de pulmão cai para cerca de metade em relação a um fumante e o risco de câncer de boca, garganta, esôfago, bexiga, colo do útero e pâncreas também diminui.
- Em 15 anos, o risco de doença cardíaca coronária é o mesmo de um não fumante.



Os sintomas mais comuns ao parar de fumar são:

***Desejo intenso por cigarros** (“fissura”), que diminuirá após alguns dias e poderá até desaparecer completamente em cerca de duas semanas. Dirija sua atenção para outras coisas que não seja seu desejo por cigarros, pois, se ignorado, ele desaparecerá em alguns minutos.

*Outro sintoma comum é a **tensão**. Busque relaxar e realizar atividades que te dê prazer, te faça feliz.

*Pode ocorrer **formigamento ou dormência** nas pernas e braços. Essas sensações representam melhora da circulação sanguínea, que é o resultado do parar de fumar. Esses sintomas cessão.

*Você pode sentir **tonturas** assim que parar de fumar. Pode também achar difícil se concentrar. Esses sintomas estão relacionados ao aumento da quantidade de oxigênio que seu cérebro está recebendo agora, uma vez que não há mais a inalação do monóxido de carbono presente no cigarro. Esses sintomas também vão desaparecer sozinhos.

*Você pode achar que está **tossindo** mais depois que parou de fumar. Isso ocorre porque os cílios que revestem a mucosa dos brônquios no pulmão, ficavam paralisados quando você fumava. Quando os pulmões estiverem limpos de novo, a tosse acaba.



Técnicas para ajudar a evitar o cigarro.



Acredite em si mesmo. Acredite que você pode abandonar o cigarro. Pense em algumas das coisas mais difíceis que você já fez em sua vida e perceba que você tem coragem e determinação para deixar de fumar. Cabe a você.

Faça uma respiração profunda cada dia durante 3 a 5 minutos. Inspire pelo nariz muito lentamente, prenda a respiração por alguns segundos e expire lentamente pela boca.

Faça uma limpeza dental. Aproveite a forma como seus dentes aparentam e planeje mantê-los dessa maneira.

Prepare sua mente para “o primeiro dia do resto da sua vida”. Você poderá até fazer uma pequena cerimônia quando fumar o último cigarro.

Sempre que você tiver vontade de fumar, em vez de acender um cigarro, escreva seus sentimentos ou o que está em sua mente. Guarde este “diário” com você em todos os momentos.

Dirija sua atenção para outras coisas que não seja seu desejo por cigarros, pois, se ignorado, ele desaparecerá em alguns minutos.

Beba muita água - vários copos por dia.

Assim que parar de fumar, tenha sempre consigo **algo para mastigar**, como uma bala ou chiclete dietético (sem açúcar), castanha, gengibre, cravo, canela, ou qualquer coisa com poucas calorias. Aprenda pratos saudáveis!

Respire fundo para relaxar. A maneira correta de respirar é permitir que o seu abdômen se expanda enquanto você inspira. Quando você está fazendo uma respiração profunda, com a intenção de relaxar, tenha a certeza de que leva mais tempo expirando do que inspirando. A respiração profunda também vai ajudá-lo a combater o desejo intenso por cigarros.



Técnicas para ajudar a evitar o cigarro.

Escreva os motivos pelos quais você quer parar de fumar

e quais motivos você não quer parar de fumar abaixo.

Pense sobre o que você escreveu. Quais são mais importantes:



Quero Parar:		Não quero parar:	

Técnicas para ajudar a evitar o cigarro.

Realize uma atividade física.

Aumente gradualmente a quantidade de exercícios.

Lembre-se de que deve sempre consultar um médico antes de fazer uma alteração maior na sua atividade física.



Você pode fazer alongamento. É muito importante estar sempre alongando o corpo.

Exercícios simples ajudam a distrair a vontade de fumar. Você pode fazer exercícios com uma bola de tênis, apertando ela em cada mão para fortalecer (repita 15 vezes em cada mão), depois coloque a bola no chão e descanse o pé em cima fazendo movimentos circulares para relaxar e ajudar a circulação (faça 15 vezes em cada pé esses movimentos).

Caminhe ou realize algum esporte como meta para permanecer sem fumar. Coloque desafios em sua rotina.

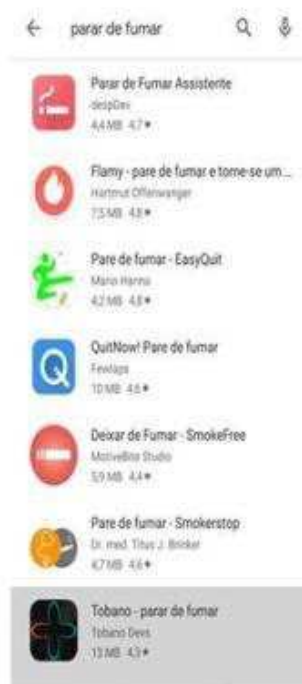
Técnicas para ajudar a evitar o cigarro.

Existem programas para você baixar no celular que são voltados para quem quer parar de fumar, baixe no seu celular para ajudar.

Encontre uma atividade que lhe dê prazer. Jogo de palavras, monte um quebra cabeça, baixe um jogo no celular ou computador só para quando sentir vontade de fumar.

Faça algum trabalho manual como tricô, crochê, madeira, argila, jardinagem e outros. Encontre algo que você goste ou tente aprender algo novo.

Leia um livro! Existem alguns inclusive que falam sobre parar de fumar. Ex: O Método Fácil de Parar de Fumar. Autor Allen Carr



Técnicas para ajudar a evitar o cigarro.

Procure escrever suas fontes de stresse e como você deve lidar com elas. Isso ajuda a ser mais assertivo com suas condutas.

Você tende a aceitar todas as fontes de estresse?

Isso pode significar que você não está sendo suficientemente ativo para fazer mudanças construtivas em sua vida.

Você tende a querer eliminar todas as fontes de estresse?

O enfrentamento do estresse é necessário, mas, às vezes, não é possível.

Dessa forma, não é o cigarro que vai resolver seu estresse.



ATTITUDES				
Fontes de stresse	<i>Aceito a situação e não faço nada.</i>	<i>Busco alternativas para lidar com a situação.</i>	<i>Elimino a situação</i>	De que forma

“Conseguir parar de fumar é algo parecido com uma vitória olimpica. É uma conquista que honra o vencedor, resgata sua auto-estima, a força e a confiança na razão. (Flávio Giokovate) ”.



APENDICE 3 : CARTA PARA O APOIADOR



Querido apoiador (a)

Alguém muito próximo de você decidiu parar de fumar e você pode ajudar muito nesse momento.

Saiba que, parar de fumar é necessário muita determinação pessoal, pois o ex fumante precisa suportar um período de tempo em que sentirá falta de uma substância que o cigarro contém, a Nicotina!

A nicotina causa dependência, por isso é tão difícil parar e sua falta pode causar: dores de cabeça, irritabilidade, nervosismo, ansiedade, cansaço, dificuldade de concentração, tontura, constipação intestinal, entre outros sintomas. Essa é chamada síndrome da abstinência da nicotina.

Esse período pode levar alguns dias ou semanas, sendo que para algumas pessoas pode ser mais difícil do que para outras. Durante este período e depois dele o ex fumante tem que aprender a mudar os seus padrões de hábitos, atitudes e pensamentos. Apoie essa pessoa!

A seguir, forneceremos algumas sugestões e dicas para você ajudar seu amigo (a) ou familiar a alcançar e manter seu novo “estilo de vida, de não fumante”.

* Seja paciente e compreensivo durante o período de retirada da nicotina (cigarro).

- Pergunte como você pode ajudar. Ofereça-se para acompanhar em caminhadas ou em algum atividade que distraía.
- Tente manter o ambiente o mais agradável possível.
- Nunca diga ao recém ex fumante para fumar “só unzinho”.

- Lembre a ele que a ânsia de fumar se tornará cada vez menos frequente.
- Mostre que você está confiante na capacidade pessoal dele (a) de ficar sem fumar.
- Compreenda a necessidade dessa pessoa de evitar estar próximo de fumantes ou situações de risco (aquelas que despertam a vontade de fumar, como festas ou beber, por exemplo).
- Apoie algumas mudanças na casa onde vive o ex fumante (por exemplo, retirar cinzeiros, mudar móveis de lugar), para que o ex fumante não lembre do cigarro em situações cotidianas, é importante mudar a rotina. Manter o cantinho que se fumava igual, pode levar o ex fumante a recaída.
- Comemore com o ex fumante os “aniversários” semanais, mensais e anuais sem o cigarro.
- Aceite que algumas pessoas não estão preparadas para parar de fumar e se manterem sem fumar na primeira tentativa. Se ele (a) recair, voltando a fumar, Não critique! Seu apoio imediato pode encorajá-lo a continuar tentando até alcançar sucesso, o que pode vir a acontecer logo a seguir.
- Se você fuma, procure limitar-se a fumar em momentos e lugares distantes do ex fumante. Se você mora na mesma casa, fumar do lado de fora é uma grande maneira de demonstrar apoio.

PARABÉNS! Você está fazendo parte de um momento importante na vida de seu amigo (a) ou familiar. Procure apoiar sempre, pois conquistar algo não é fácil. Exige empenho, determinação e muito pensamento positivo!

APENDICE 4: ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Questionário com pacientes para o tratamento do tabagismo (Anamnese)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: M () F ()

Idade: ____ Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão e Função: _____

Endereço _____ residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

UF: ____ Tel.: _____ Cel.: _____ Estado civil: _____

() Solteiro () Divorciado () Viúvo

() Casado () Separado () Outros

Escolaridade:

() Analfabeto () 1º grau completo () Nível superior incompleto

() Semi-analfabeto () 2º grau incompleto () Nível superior completo

() 1º grau incompleto () 2º grau completo

Renda Familiar (trabalho formal ou informal de todas as pessoas que vivem na sua casa):

() Até 2 salários mínimos () 7 a 10 salários mínimos

() 2 a 4 salários mínimos () 10 a 20 salários mínimos

() 4 a 7 salários mínimos () Mais de 20 salários mínimos

2. EXAME FÍSICO

Peso: _____ Altura: _____ Pressão arterial: _____ CO: _____

IMC: peso = _____ Kg/m² (altura)

HISTÓRIA PATOLÓGICA

1) Lesões freqüentes, aftas, feridas ou sangramento na boca?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
2) Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
3) Hipertensão arterial (pressão alta)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
4) Problema cardíaco (no coração)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
5) Queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
6) Problema pulmonar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
7) Alergia respiratória?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
8) Alergias cutâneas (de pele)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento

9) Tem ou teve lesão ou tumor maligno? Onde?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
10) Tem ou teve crise convulsiva ou epilepsia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
11) Anorexia nervosa ou bulimia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
12) Costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento
13) Faz ou já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tratamento

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?

Nunca () Todos os dias () Finais de semana () Raramente ()

*Caso responda “todos os dias” ou “finais de semana”, aplicar o teste **CAGE**.

15. Você tem ou teve outro problema de saúde sério que não foi citado?

Não () Sim (). Qual? _____

16. Algum medicamento em uso atualmente?

Não () Sim (). Qual? _____

17. Tem prótese dentária móvel? Não () Sim ()

18. Está grávida? Não () Sim (). Quantos meses? _____

19. Está amamentando? Não () Sim ()

3. HISTÓRIA TABAGÍSTICA

A. Hábito Tabágico:

1. Com que idade você começou a fumar? _____

2. A que situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? (pode escolher várias)

Ao falar ao telefone ()

Com café ()

Alegria ()

Após refeições ()

No trabalho ()

Tristeza ()

Nenhum ()

Com bebidas alcoólicas ()

Ansiedade ()

Stress ()

Outros: _____

3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar? (Pode escolher várias).

a) Fumar é um grande prazer?

Sim() Não () Às vezes()

- b) Fumar é muito saboroso? Sim() Não () Às vezes()
 c) O cigarro o (a) acalma? Sim() Não () Às vezes()
 d) Acha charmoso fumar? Sim() Não () Às vezes()
 e) Você fuma porque acha que fumar emagrece? Sim() Não () Às vezes()
 f) Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos? Sim() Não () Às vezes()

4. Quantas vezes conseguiu deixar de fumar?

- () De 1 a 3 vezes
 () Tentou mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7)
 () Mais de 3 vezes
 () Nunca tentou (seguir para pergunta 7)

5. Quando foi?

Última vez: _____ Penúltima _____ Antepenúltima: _____

6. Apresentou sintomas de síndrome de abstinência:

- () Ansiedade () tristeza () dificuldade de concentração
 () inquietação () sonolência ou insônia () tonteira
 () irritabilidade () constipação () fissura
 () Nenhum sintoma

7. Por que voltou a fumar?

Resposta: _____

8. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

- () Nenhum
 () Reposição de nicotina
 () Apoio de profissionais de saúde
 () Leitura de orientações em folhetos e revistas
 () Outros: _____

09. Qual motivo para pensar em deixar de fumar? (Pode escolher várias opções)

- () Porque está afetando a saúde () Porque não gosta de ser dependente
 Porque está preocupado com a saúde no futuro () Porque acha fumar anti-social

- () Outras pessoas estão pressionando () Fumar é um mal exemplo para as crianças
 () Porque gasta muito dinheiro com cigarro () Porque os filhos pedem
 () Pelo bem-estar da família Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados.

10. Você convive com fumantes em sua casa?
 Não (), Sim () Qual o grau de parentesco? _____
 Em seu trabalho? Não (), Sim (),
 No seu círculo de amizades? Não () Sim ().

11. Você tem medo de engordar ao parar de fumar?
 Sim () Não ()

B. TESTE DE FAGERSTRÖM:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 Dentro de 5 minutos (3) Entre 31 e 60 minutos (1)
 Entre 6 e 30 minutos (2) Após 60 minutos (0)
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc?
 Sim (1) Não (0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 O primeiro da manhã (1) Outros (0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 Até 10 (0) _____ De 11 a 20 (1) _____ De 21 a 30 (2) _____ Mais de 31 (3)

5. Você fuma frequentemente pela manhã?
 Sim (1) Não (0)
6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 Sim (1) Não (0)

Resultado do Teste de Fagerström Grau de dependência _____

0 a 2 pontos = muito baixo / 6 a 7 pontos = elevado / 3 a 4 pontos = baixo / 8 a 10 pontos = muito elevado / 5 pontos = médio

D. Estágio Motivacional:

Pré- contemplativo: fumando, não pensa em parar nem tem motivação para deixar o fumo.

Contemplativo: motivado a parar algum dia na vida. Sem data estipulada nos próximos dias.

Preparação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.

Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês.

Manutenção: Mudou o comportamento e se mantém sem fumar.

Avaliação de Fissura

1. Você gostaria de fumar um cigarro agora? SIM () NÃO ()

2. Você vai fumar assim que sair do hospital? SIM () NÃO ()

4. (Ansiedade e Depressão)

1) Você se sentiu triste, deprimido, desesperado nos últimos dias?

SIM () NÃO ()

2) Você teve a sensação de que faz coisas sem prazer nem interesse nos últimos dias?

SIM () NÃO ()

3) Você já precisou tomar alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

SIM () NÃO ()

2) Você costuma ter uma sensação de medo/pânico?

SIM () NÃO ()

4) Consegue se divertir atualmente?

SIM () NÃO ()

5) Você consegue separar algum momento de sua vida para relaxar?

SIM () NÃO ()

6) No último mês você sentiu:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Perda de interesse e prazer | <input type="checkbox"/> Energia reduzida ou grande cansaço |
| <input type="checkbox"/> Concentração e atenção reduzidas | <input type="checkbox"/> Auto-estima e autoconfiança reduzidas | |
| <input type="checkbox"/> Sentimento de culpa e inutilidade | <input type="checkbox"/> Pessimista ou deslocado | |
| <input type="checkbox"/> Inquietação | <input type="checkbox"/> Apetite diminuído | |

7) O paciente apresentou durante a consulta:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Pensamento e fala lentificados ou acelerados |
|-----------------------------------|---|

Falta de concentração Nenhuma alteração

5. Teste de CAGE

a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Não () Sim ()

b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Não () Sim ()

c) Você se sente culpado ou chateado pela maneira como costuma beber?

Não () Sim ()

d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Não () Sim ()

Resultado do Teste de Cage: _____ 3 ou 4 resposta positivas mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

Assinatura do profissional de saúde

Avaliação Multiprofissional _____ Data ____/____/____

Discussão de caso com a equipe: _____

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

1. Tratamento individual _____

2. Tratamento em grupo – Início ____/____/____

3. Reposição de Nicotina : Adesivo () Goma ()

4. Bupropiona

5. Outros _____

Assinatura dos profissionais _____

APÊNDICE 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) COM
PROFISSIONAIS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
– MESTRADO PROFISSIONAL**



Projeto de pesquisa: GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR PARA O
SUL DO BRASIL

ENTREVISTA PROFISSIONAIS DO ICSC

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Guia de implantação do programa de iniciativa ao combate do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do brasil”. O objetivo deste trabalho é construir um guia para auxiliar na implantação do programa de combate ao tabagismo do Ministério Público no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a participar de uma entrevista e de grupos sobre cessação do tabagismo. O número de encontros são de quatro e sua participação poderá ocorrer em algum destes encontros. Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o (a) Sr. (a) receberá uma cópia. Você não terá nenhum risco a sua integridade física, porém, pode se sentir desconfortável com alguma pergunta durante a entrevista. Contudo, estarei disposta a ouvi-los (as), interromper a entrevista

se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la. Assim, será de responsabilidade da pesquisadora do estudo a assistência integral a possíveis demandas decorrentes da sua participação na pesquisa. Entretanto, informamos e garantimos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, serão preservados, havendo o compromisso da pesquisadora em manter o anonimato sobre as informações fornecidas por você.

Você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo quanto o desenvolvimento de sua atuação profissional. Por ser voluntário e sem interesse financeiro, você não terá nenhum gasto, mas também não terá direito a nenhum tipo de indenização. Levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização, informamos que será garantido seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Todo material será de acesso restrito da pesquisadora e ao final da pesquisa será arquivado em local seguro por 5 anos, sob guarda das pesquisadora, e, após esta data todo o conteúdo será destruído.

Os benefícios da pesquisa será o desenvolvimento do conhecimento para melhor cuidarmos de outras pessoas, além da importância e dos benefícios que serão gerados com a cessação do tabagismo, a partir das orientações fornecidas aos pacientes nos grupos de cessação de tabagismo. Este estudo pode trazer elementos imprescindíveis e poderá servir de subsídio para um olhar diferenciado na implantação e operacionalização das políticas no âmbito do combate ao tabagismo. O (a) Sr. (a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone com as responsáveis pela pesquisa a seguir:

Dados das Pesquisadoras:

Nome completo: Josimary Souza da Silva (mestranda)

Doc. de Identificação: 3454859

Endereço completo: Rua Mar Del Plata, 415 - Barreiros - São José, Santa Catarina.

CEP 88117410

Fone: (48) 996311019

e-mail: josimarysilva@gmail.com

Nome completo: Nádia Chiodelli Salum (orientadora)

Doc. de Identificação: 880.197

Endereço completo: Rua Ferreira Lima, 247/702 – Centro – Florianópolis, Santa Catarina. CEP 88015420.

Fone: (048) 99915 9431

Email: nchiodelli@gmail.com

As informações contidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgações científicas, a sua identidade será substituída por pseudônimos definidos pelas pesquisadoras.

Esta pesquisa cumpre a resolução CNS nº 466/2012 e tem a aprovação do comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC). O CEPSH/UFSC está localizado na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 – Trindade – Florianópolis, Santa Catarina. Fone: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq.@contato.ufsc.br

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO INFORMANTE

Eu, _____,

RG: _____ CPF: _____, declaro que li e estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Josimary Souza

da Silva dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, desconforto e custos inerentes à pesquisa. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Data: ____ / ____ / ____.

Nome do participante: _____

RG: _____

CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/ICSC

Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

E-mail: treinamentoicsc@saude.sc.gov.br. Telefone: (48) 3271-9101.

Nota: O presente Termo foi disponibilizado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante. (Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações sobre sua participação no estudo).

Josimary Souza da Silva
(pesquisadora)

josimarysilva@gmail.com

Nádia Maria Chiodelli Sallum
(orientadora)

nchiodelli@gmail.com

APÊNDICE 6: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**



Projeto de pesquisa: GUIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE INICIATIVA AO
COMBATE DO TABAGISMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO REFERÊNCIA
CARDIOVASCULAR PARA O SUL DO BRASIL

ENTREVISTA E ANAMNESE COM OS PACIENTES

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Guia de implantação do programa de iniciativa ao combate do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do brasil”. O objetivo deste trabalho é construir um guia para auxiliar na implantação do programa de combate ao tabagismo do Ministério Público no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a participar de uma entrevista e de grupos sobre cessação do tabagismo. O número de encontros são de quatro e após os grupos será realizado contato telefônico para saber do seu progresso, encaminhamentos, dúvidas ou dificuldades. Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o (a) Sr. (a) receberá uma cópia. Você não terá nenhum risco a sua integridade física, porém, pode se sentir desconfortável com alguma pergunta durante a entrevista ou nos

grupos. Contudo, estarei disposta a ouvi-los (as), interromper a entrevista se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la. Assim, será de responsabilidade da pesquisadora do estudo a assistência integral a possíveis demandas decorrentes da sua participação na pesquisa. Destaco que durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Entretanto, informamos e garantimos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, serão preservados, havendo o compromisso da pesquisadora em manter o anonimato sobre as informações fornecidas por você.

Você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo quanto o desenvolvimento de seu tratamento. Por ser voluntário e sem interesse financeiro, você não terá nenhum gasto, mas também não terá direito a nenhum tipo de indenização. Levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização, informamos que será garantido seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Todo material será de acesso restrito da pesquisadora e ao final da pesquisa será arquivado em local seguro por 5 anos, sob guarda das pesquisadora, e, após esta data todo o conteúdo será destruído.

Os **benefícios** da pesquisa será o desenvolvimento do conhecimento para melhor cuidarmos de outras pessoas, além da importância e dos benefícios que serão gerados com a cessação do tabagismo, a partir da participação dos grupos de tabagistas. Este estudo pode trazer elementos imprescindíveis e poderá servir de subsídio para um olhar diferenciado na implantação e operacionalização das políticas no âmbito do combate ao tabagismo. O (a) Sr. (a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone com as responsáveis pela pesquisa a seguir:

Dados das Pesquisadoras:

Nome completo: Josimary Souza da Silva (mestranda)

Doc. de Identificação: 3454859

Endereço completo: Rua Mar Del Plata, 415 - Barreiros - São José, Santa Catarina.

CEP 88117410

Fone: (48) 996311019

e-mail: josimarysilva@gmail.com

Nome completo: Nádia Chiodelli Salum (orientadora)

Doc. de Identificação: 880.197

Endereço completo: Rua Ferreira Lima, 247/702 – Centro – Florianópolis, Santa Catarina. CEP 88015420.

Fone: (048) 99915 9431

Email: nchiodelli@gmail.com

As informações contidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgações científicas, a sua identidade será substituída por pseudônimos definidos pelas pesquisadoras.

Esta pesquisa cumpre a resolução CNS nº 466/2012 e tem a aprovação do comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC). O CEPSH/UFSC está localizado na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 – Trindade – Florianópolis, Santa Catarina. Fone: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq.@contato.ufsc.br

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO INFORMANTE

Eu, _____,
RG: _____ CPF: _____, declaro que li e
estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Josimary Souza da Silva dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, desconforto e custos inerentes à pesquisa. O pesquisador responsável compromete-se a

conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Data: ____ / ____ / ____.

Nome do participante: _____

RG: _____

CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/ICSC

Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

E-mail: treinamentoicsc@saude.sc.gov.br. Telefone: (48) 3271-9101.

Nota: O presente Termo foi disponibilizado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante. (Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações sobre sua participação no estudo).

Josimary Souza da Silva

(pesquisadora)

josimarysilva@gmail.com

Nádia Maria Chiodelli Sallum

(orientadora)

nchiodelli@gmail.com

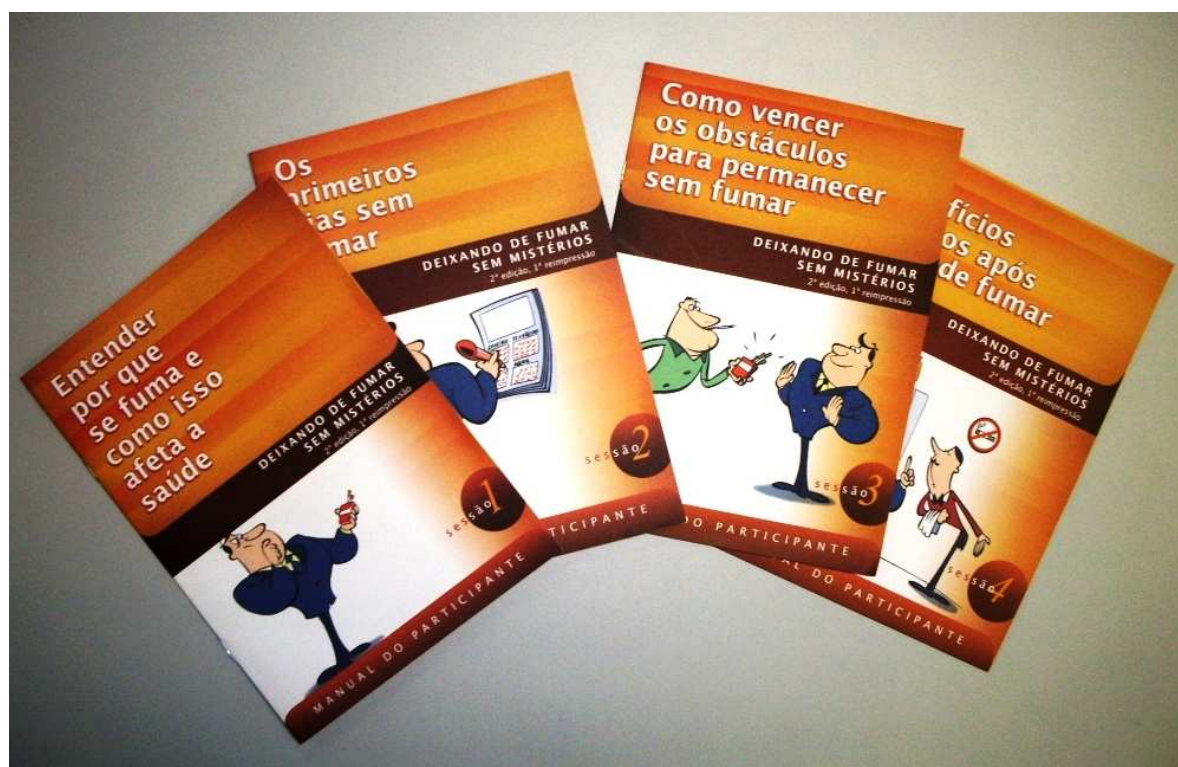
ANEXOS

ANEXO 1: CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Disponível em formato virtual, podendo ser acessado através dos links abaixo:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf

[Manual do participante - Ministério da Saúde](#)



ANEXO 2: CONSENSO 2001



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA.
Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001
http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf