



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR EM PARTICIPANTES DO  
PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO.**

**Ana Cássia Baião de Miranda**

**Dissertação de Mestrado**

**SALVADOR/BA  
2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**

**CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR EM PARTICIPANTES DO  
PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO.**

**Ana Cássia Baião de Miranda**

Professor Orientador: Fernando Martins Carvalho

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

**SALVADOR/BA  
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Baião de Miranda, Ana Cássia  
Cessação do Hábito de Fumar em Participantes do  
Programa de Controle do Tabagismo de uma Unidade  
Básica de Saúde. / Ana Cássia Baião de Miranda. --  
Salvador, 2018.  
59 f.

Orientador: Fernando Martins Carvalho.  
Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde, Ambiente  
e Trabalho) -- Universidade Federal da Bahia,  
Faculdade de medicina da Bahia, 2018.

1. Tabagismo. 2. Abandono do Tabagismo. 3. Fatores  
de Risco. I. Martins Carvalho, Fernando. II. Título.

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

**Fernando Martins Carvalho** (orientador), professor titular, aposentado, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Bahia, doutor em Saúde Ocupacional pela Universidade de Londres.

**Kionna Oliveira Bernardes Santos** (examinadora interna), professora adjunto do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

**Aquiles Assunção Camelier** (examinador externo), professor adjunto do curso de Medicina da Escola Bahiana de Saúde Pública, doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

## **DEDICATÓRIA**

Trabalho dedicado aos meus pais, João e Lena, por incentivar meu crescimento profissional e pessoal; ao meu marido, Alberto, meu companheiro e grande amor; e às minhas estrelas, João Felipe e Maria Helena, que brilham, me fazendo acreditar que vale a pena lutar por mundo melhor.

## **FONTE DE FINANCIAMENTO**

Bolsa de estudo concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Fernando Martins Carvalho, meu orientador, meu mestre, fonte de inspiração. Obrigada pela dedicação e por todo conhecimento compartilhado.

À equipe de saúde da Unidade Básica do Candeal Pequeno, que permitiu a realização desta pesquisa; em especial a enfermeira, Poliana Lins, pelo acolhimento durante todo o período.

Aos pacientes do Programa Municipal de Controle de Tabagismo, por compartilhar suas vivências na luta pelo abandono do hábito de fumar.

À Direção do Hospital Geral Roberto Santos por entender a necessidade e incentivar o aprimoramento profissional.

À equipe do Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador do Hospital Geral Roberto Santos, pelo apoio e compreensão durante minhas ausências nos turnos de trabalho.

Aos Professores Kionna Bernardes e Aquiles Assunção, pelo tempo disponibilizado para a leitura e correção deste trabalho.

Aos professores, a secretária, Carol, e aos colegas do Programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho – PPGSAT/UFBA. Foi importante compartilhar com vocês esta etapa.

**“Fuma-se não por que fumar seja bom, mas exatamente por que é ruim.  
O fato dos cigarros prejudicarem a saúde é o que alimenta a beleza sombria do ato  
de fumar (...)  
Apenas quando se entender o fascínio que existe por trás da máscara sombria do  
cigarro, será possível abrir caminho para substituí-lo por outro tipo de prazer”**

**(Immanuel Kant, 1790)**



## ÍNDICE DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 Diferenças entre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e o Programa Municipal de Controle do Tabagismo, da Unidade Básica de Saúde do Candeal Pequeno.....	30
Tabela 1 Hábito de fumar após 4 semanas e após 12 semanas dos 159 participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, da Unidade Básica de Saúde do Candeal Pequeno.....	43
Tabela 2 Hábito de fumar após 4 semanas e após 12 semanas segundo características dos 159 participantes à entrada no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, da Unidade Básica de Saúde do Candeal Pequeno.....	44
Tabela 3 Resultados da análise de regressão múltipla para a cessação do hábito de fumar após 4 semanas e após 12 semanas dos participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, da Unidade Básica de Saúde do Candeal Pequeno.....	45
Tabela 4 Características dos 42 participantes que abandonaram e dos que permaneceram no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, ao final de 12 semanas, da Unidade Básica de Saúde do Candeal Pequeno.....	47

## ÍNDICES DAS SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

CQCT – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco.

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis.

DNT – Doenças não Transmissíveis.

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

INCA – Instituto Nacional do Câncer.

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar.

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

WHO - World Health Organization.

## **APRESENTAÇÃO**

Trata-se de uma pesquisa, que resultou na elaboração dessa Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, vinculado à Universidade Federal da Bahia.

A motivação para a elaboração deste trabalho decorre da minha vivência como fisioterapeuta, dentro de um ambulatório de Reabilitação Pulmonar, destinado a tratar pacientes com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). No decorrer das avaliações clínicas, os relatos dos pacientes sobre dificuldade em realizar atividades simples do dia a dia, a exemplo da escovação dentária, despertaram em mim o interesse em entender o processo de adoecimento e os fatores de risco envolvidos.

Durante a revisão de literatura foi observado que o tabagismo figurava como um importante elemento de associação com a referida doença, sendo um grave problema de saúde pública. Perguntas do tipo “o que leva o indivíduo a fumar, mesmo conhecendo todos os malefícios associados ao hábito? ”, “por que as pessoas sentem dificuldades no processo de cessação do tabagismo?”, “por que as taxas de recaída são tão elevadas?”, foram brotando no meu imaginário e, a partir desses questionamentos, surgiu a necessidade de compreender como os serviços de saúde atuam no apoio às pessoas que desejam parar de fumar.

Esta dissertação objetivou identificar e avaliar indicadores de desempenho (taxa de incidência para a cessação do hábito de fumar, fatores de risco para a cessação e fatores de risco para o abandono) do Programa de Controle do Tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde em Salvador, Bahia.

Espera-se que o mesmo sirva de apoio literário aqueles que desejam aprofundar-se nesta temática.

## RESUMO

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, configurando-se como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Causa de morbimortalidade prematura em decorrência dos efeitos negativos ocasionados aos sistemas respiratório e cardiovascular. Estima-se que até 2030 oito milhões de pessoas morrerão em consequências dos problemas relacionados ao uso dos produtos derivados do tabaco. O Brasil é reconhecido mundialmente como referência na implementação de políticas públicas para a promoção da cessação do tabagismo. A baixa prevalência de fumantes (14,7%) no país, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2014) está relacionada à implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo que utiliza como abordagem a terapia cognitivo-comportamental e o apoio medicamentoso. Ações de saúde que visem a cessação do hábito de fumar nas Unidades Básicas de Saúde são importantes desde que esses equipamentos são a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde. O objetivo desta pesquisa foi investigar e avaliar os indicadores de desempenho (taxa de incidência para a cessação do hábito de fumar, fatores de risco para a cessação e fatores de risco para o abandono) de participantes do Programa de Controle do Tabagismo da UBS do Candeal Pequeno, pertencente do Distrito Sanitário de Brotas, no município de Salvador. Para tanto, foram analisados os dados das planilhas eletrônicas produzidas e disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo informações sobre os 170 participantes do Programa, que realizaram as atividades grupais no período de fevereiro/2015 a junho/ 2017. Foi realizado um estudo do tipo caso-controle aninhado a uma coorte retrospectiva. Para identificar fatores de risco para a cessação do tabagismo e para abandono do programa, usou-se modelos de regressão logística binária do programa SPSS. Encontrou-se a taxa de incidência cumulativa para a cessação do hábito de fumar de 57,1% após 12 semanas, tempo de duração preconizado pelo Programa, para os 170 participantes investigados. Análises de regressão logística não identificaram preditores associados ao abandono do hábito de fumar. A cobertura assistencial do Programa, foi de 67%, para a clientela elegível, sendo esta, considerada satisfatória.

Descritores: Abandono do tabagismo; tabagismo; fatores de risco.

## ABSTRACT

Tobacco use is a public health problem, since it is the main preventable cause of death in the world. Smoking causes premature morbidity and mortality due to its negative effects on the respiratory and cardiovascular systems. Until 2030, eight million people will die in consequence of tobacco exposure. Brazil is globally recognized as a reference in the implementation of public policies towards tobacco use cessation. The low prevalence of smokers (14.7%) in the country is related to the Tobacco Cessation National Program that uses the strategies of cognitive-behavioral therapy and anti-tobacco drugs support. Health action aimed to quit tobacco use in the Basic Health Units are important since these equipments are the main gateway to the Unified Health System in Brazil. This study aimed to identify and to evaluate performance indicators (tobacco use cessation incidence rate, risk factors for smoking cessation, and risk factors for Program dropout) of participants in the Tobacco Cessation Program in the Basic Health Unit of Candeal Pequeno, Brotas Health District, Salvador City, Brazil. We analyzed data collected in electronic spreadsheets produced and provided by the Municipal Health Secretary, containing information about the 170 participants in the Program, from January, 2015 to June, 2017. Binary logistic regression models were used to identify risk factors for tobacco use cessation and dropout rates. Data were analyzed by using SPSS. The cumulative incidence rate for tobacco use cessation after 12 weeks in the program for the 170 participants was high: 57,1%. No predictor of smoking cessation in that period was identified. The cumulative incidence rate for tobacco use cessation after 4 weeks was associated to non-use of bupropion ( $P < 0,004$ ), adjusting by age, sex, nicotine dependence (Fagerström's test), arterial hypertension and diabetes mellitus. Dropout rate after 12 weeks in the Program was 26,4% and it was not associated to any of the variables investigated. It was estimated that, during the last 29 months, the Program has covered 67% of the eligible smoking clientele, considered as a satisfactory coverage. Low quality and quantity of information available about the evolution of patients in the Program have limited the study analyses. The Program showed satisfactory coverage, of the eligible clientele: 67%.

**Keywords:** Tobacco use cessation; tobacco use disorder; risk factors.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Tabagismo.....	14
1.2 Contextualização histórica do uso dos derivados do tabaco.....	16
1.3 Legislação e Políticas públicas.....	17
1.3.1 Convenção Quadro para o Controle do Tabaco.....	20
1.3.2 MPOWER: Um plano de medidas para reverter a epidemia do tabagismo.....	21
1.3.3 Plano de Ação para Controle das DCNT.....	23
1.3.4 Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	24
1.3.5 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dependência à Nicotina.....	27
1.3.6 Programa Municipal de Controle do Tabagismo.....	28
2. OBJETIVOS.....	32
3. ARTIGO.....	33
4. REFERÊNCIAS.....	50
5. ANEXOS.....	57

## 1.INTRODUÇÃO

### 1.1 Tabagismo

Existem duas formas de consumo dos derivados do tabaco: o fumado, ou seja, aquele que produz fumaça, que inclui o cigarro industrializado e de palha, charutos, cachimbos e narguilé; e o tabaco não fumado, definido como não produtor de fumaça, onde o tabaco pode ser mascado, inalado ou aplicado sobre a pele (BRASIL, 2015). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, a prevalência de usuários do tabaco, tanto na forma fumada quanto na não fumada, é em torno de 15%, sendo maior na zona rural, 17,4%, que na urbana, 14,6%. Considerando apenas os relatos de consumo do tabaco fumado, a proporção é de 14,7%, sendo 12,7% fumantes diários. Na região Nordeste, a proporção de indivíduos do sexo masculino que se autodeclararam como fumantes foi de 19,7% para o sexo masculino e 10,4% para o sexo feminino (BRASIL, 2014).

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública que mata, aproximadamente, seis milhões de pessoas por ano em todo mundo, um milhão nas Américas e 200 mil somente no Brasil. Com a permanência do atual perfil de consumo, estima-se que em 2030, oito milhões de indivíduos morrerão em decorrência dos problemas associados ao uso dos derivados do tabaco. Acredita-se que três quartos dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média renda. Um em cada dois fumantes morre em consequência do fumo, sendo seis por minuto (WHO, 2013). Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde – CID 10, o tabagismo é uma doença caracterizada por transtornos mentais e comportamentais, agrupada no Capítulo V, identificada como F17, “Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso do fumo” e no Capítulo XXI, Z72.0, “Uso do tabaco”, Z72.8 “Outros problemas relacionados com o estilo de vida” e Z72.9 “Problema não especificado com o estilo de vida” (CID -10, 2008).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2013). Um estudo associou o uso do tabaco a seis das oito principais causas de mortes. Doenças isquêmicas, cerebrovasculares, infecções do trato respiratório, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e câncer de vias aéreas e pulmão estão relacionados ao consumo regular do tabaco. Segundo as informações desse mesmo estudo, o número de mortes atribuída ao uso dos derivados do tabaco passará de 6,4

milhões em 2015 para 8,3 milhões em 2030. Nos países desenvolvidos, deverá ocorrer uma pequena redução, em torno de 9%, na mortalidade associada ao tabagismo, enquanto que nos países pobres ocorrerá efeito inverso; as mortes passarão de 3,4 milhões em 2002 para 6,8 milhões em 2030 (MATHERS et al, 2006). No Brasil, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2011).

O consumo dos derivados do tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de mortes no mundo (cardiopatias isquêmicas, enfermidades cerebrovasculares, infecções das vias respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e câncer de traqueia, brônquios e pulmões), sendo responsável por 77% das mortes prematuras, óbitos ocorridos entre 30 e 70 anos de idade, nos países que compõem o Continente Americano (OPAS, 2013). A mortalidade atribuída ao consumo dos derivados do tabaco corresponde a 14% em indivíduos com idade acima de 30 anos. Nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o uso do tabaco está relacionado a 16% dos óbitos por doenças cardiovasculares, 25% dos óbitos por câncer e 52% dos óbitos por doenças obstrutivas crônicas (WHO, 2013).

O tabagismo é, reconhecidamente, uma doença crônica não transmissível (DCNT), resultante da dependência da droga nicotina que obriga os usuários dos produtos de tabaco a se exporem continuamente a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, 60 delas cancerígenas para o homem, sendo um fator de risco para cerca de outras 50 doenças, dentre elas, DPOC e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004). As mulheres representam cerca de 20% dos fumantes no mundo, ou seja, quase 250 milhões de tabagistas. Enquanto a prevalência de fumantes masculinos já atingiu o pico, as taxas do sexo feminino estão em ascensão em vários países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2004).

O Plano de Ação Mundial para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2013 – 2020) estabeleceu um conjunto de medidas de aplicação voluntária, composto por nove metas. Entre elas, a redução em 30% da prevalência do consumo dos derivados do tabaco em pessoas com idade superior a 15 anos e diminuição em 25% da mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratória, câncer e diabetes (WHO, 2013).



## 1.2 Contextualização histórica do uso dos derivados do tabaco

Historicamente, o consumo dos produtos derivados do tabaco nas Américas relacionam-se às tradições religiosas dos aborígenes que faziam uso do tabaco nas cerimônias/rituais sagrados. A planta é originária dos Andes Bolivianos, de nome científico *Nicotiana tabacum*. Quando os europeus atracaram nessas terras, plantava-se tabaco em todo território. O primeiro contato do chamado “mundo civilizado” com a planta ocorreu no século XVI. A principal forma de consumo era o cachimbo. O hábito rapidamente se espalhou, sem distinção de classe social; nobres, plebeus, soldados e marinheiros, homens e mulheres faziam uso dos derivados do tabaco. O tabagismo difundiu-se rapidamente por todo o mundo, constituindo-se num grande fenômeno de transculturação (ROSEMBERG, 2003; BRINTON et al, 1986).

Fabricado desde 1840, o cigarro é uma pequena porção de tabaco seco e picado, enrolado em papel fino. Tornou-se um dos produtos de consumo mais vendidos no mundo, comandando legiões de compradores legais e ilegais, tendo um mercado em rápida expansão. No final do século XIX consumo dos derivados do tabaco era tão exponencial que as indústrias do tabaco cresceram mais do que as indústrias automobilísticas. Tal crescimento esteve associado ao advento da máquina de confeccionar cigarros (ACT, 2010).

No Brasil, o “Sistema Integrado de Produção do Fumo” foi criado em 1918, pela *British American Tobacco* (BAT), na Região Sul do país. A região era considerada geograficamente estratégica para o cultivo. As condições climáticas, com chuvas bem distribuídas, somada à tradição de cultura familiar em pequenas propriedades e o perfil do produtor local, os colonos, que eram considerados dedicados e caprichosos, favoreciam o plantio. A matéria-prima cultivada era destinada à fábrica que estava localizada no Estado do Rio de Janeiro (NARDI, 1987). Este sistema visava manter uma estreita relação entre os produtores, que recebiam orientações técnicas, e a indústria que fazia a aquisição de toda a produção. Assim, o país assumiu a liderança em exportação do tabaco, em 1993. Dados da Associação de Fumicultores do Brasil – AFUBRA descrevem que a safra anual 2011/2012 foi de 737 mil toneladas, 96% da produção localizada nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Carina e Paraná; os 4% restantes, nos Estados de Alagoas e Bahia, mais precisamente no Recôncavo Baiano. A produção em 2016 foi de aproximadamente 706 toneladas. Em 2017, a produção foi em torno de

685 mil toneladas, apresentando uma queda de 0,4% em relação ao ano anterior. Desse total, 90% foi destinada à exportação (ABIFUMO, 2017).

### **1.3 Legislação e Políticas Públicas**

O controle do tabagismo requer um compromisso da sociedade civil, em conjunto com a equipe responsável pela formulação das políticas públicas e dos prestadores de serviços de saúde. Existe um esforço global de órgãos governamentais e não governamentais, profissionais de saúde e sociedade civil, para controle do uso dos derivados do tabaco. Tais esforços visam evitar a iniciação e promover a cessação. Campanhas contra o tabagismo datam do início do século XVII, quando foi proibido o consumo dos derivados do tabaco por eclesiásticos (NARDI, 1987).

Ao longo dos últimos anos, o Brasil implementou diversas medidas desde a proibição do consumo do tabaco em locais públicos, elevação das taxas tributárias e regulamentação dos aditivos até a política de incentivo a substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas. Atribui-se a essas ações a redução na prevalência de tabagistas, que passou de 31,7% em 1989 para 14,7% em 2013 (BRASIL, 2014).

O Brasil é considerado um país referência mundial em ações de controle do tabagismo. Enquanto que na maioria dos países em desenvolvimento ou subdesenvolvido ocorreu elevação do número de fumantes, no Brasil houve redução. Em 2008, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, estimaram a prevalência de 17,2% em pessoas com idade acima de 15 anos; em 2013, informações divulgadas pela Pesquisa Nacional de Saúde, encontrou a prevalência de 14,7% na população com mais de 18 anos de idade. Bangladesh liderou a lista com o maior número de usuários de tabaco, 43% da população, sendo que aproximadamente metade 21,2% da população corresponde ao consumo de tabaco não fumado (WHO, 2011).

Empresas e governos, em nível global, estão tomando sérias medidas para a proteção dos trabalhadores com relação aos danos causados pelo fumo passivo. Milhões de pessoas em todo o mundo já contam com a proteção de ambientes de trabalho 100% livres do fumo (ACT, 2010). Três importantes fatos fomentam a tendência global em favor dos locais de trabalho livres do fumo:

1. Existe um forte consenso, entre autoridades médicas e científicas de vários países, de que o tabagismo passivo é uma importante ameaça à saúde pública; a única

maneira eficaz de proteção é eliminar a fumaça do tabaco de todos os locais de trabalho e lugares públicos.

2. As medidas contra a fumaça ambiental mostraram-se populares, eficazes e respeitadas em diversos países como Hong Kong, Irlanda, Itália, França, Nova Zelândia, Reino Unido e Uruguai.

3. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) – um tratado internacional para controle do tabaco – impõe uma obrigação legal aos mais de 150 países que o ratificaram de adotar leis contra a fumaça ambiental. As diretrizes adotadas pelo corpo diretivo, em 2007, deixam claro que somente leis abrangentes contra o fumo em ambientes fechados cumprem as exigências do tratado (PORTES e MACHADO, 2015).

Desde o final da década de 1980, sob a óptica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo, articulada pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), foi adotado um conjunto de ações nacionais que compõe o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Neste mesmo período, aos onze dias do mês de julho do ano de 1986, foi promulgada a lei Nº 7.488 que institui o dia alusivo ao combate ao fumo, a ser comemorado no dia vinte e nove do mês de agosto. Esta mesma lei estabelece como medida obrigatória, a ser realizada na semana anterior à data comemorativa, campanha nacional para alertar a população sobre os malefícios do uso dos derivados do tabaco (BRASIL, 2011).

Em 1995, por meio da Portaria Ministerial Nº 477, foi recomendado às emissoras de televisão que evitassem a transmissão de imagens de atores consagrados pela crítica nacional fazendo uso dos derivados do tabaco. Também foi sugerida aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde a recusa do patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública pelas indústrias de tabaco.

Em 1996, o Governo Federal, com o intuito de proteger o não fumante, decretou no dia quinze de outubro a Lei Federal nº. 9.294/96 que proíbe o uso de produtos fumígenos em recinto coletivo, privado ou público, salvo em áreas exclusivas para este fim, devidamente isoladas e com arejamento conveniente.

*Art.2º É proibido o uso de cigarros, charutos e cigarrilhas ou de qualquer produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em*

*recinto coletivo, privado ou público, salvo em áreas destinadas para este fim, exclusivamente isoladas e com arejamento conveniente.*

*§ 3º Considera-se recinto coletivo o local fechado, de acesso público, destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas.*

Em dezembro de 2000 a Lei n.º 10.167/00 proíbe o uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo, além de restringir a associação do tabaco às atividades esportivas.

*§ 2º É vedado o uso de produtos fumígenos no caput das aeronaves e demais*

*veículos de transporte coletivo.*

O Decreto Nº 3.136, publicado em 1º de agosto de 2003, estabeleceu a Comissão Nacional para a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que tem como objetivo assessorar o governo brasileiro no cumprimento das obrigações estabelecidas no referido documento. Devido à posição de liderança em ações para o controle do tabaco num país em desenvolvimento, o Brasil foi convidado a liderar as negociações da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco, ocorrendo desde então ações de implementação das leis já existentes (PORTES E MACHADO, 2015).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial n.º 300, de 09 de fevereiro, institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de elaborar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Fica proibido fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios.

Com o intuito de dificultar a comercialização do tabaco, o Decreto n.º 6.006, de 28 de dezembro de 2006, estabelece as alíquotas de incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre cigarros. Em 03 de abril de 2007, o Decreto n.º 6.072, eleva a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre cigarros.

Em 2009, ocorre reformulação da Lei nº 9.264/96, ficando proibido o uso do fumo em locais fechados sejam eles públicos ou privados, como bares, restaurantes, shoppings, entre outros, independentemente de possuírem ou não áreas destinadas à prática do fumo, permitindo seu uso apenas nas residências, as ruas e em cultos religiosos, quando a mesma é parte integrante do ritual.

A Portaria Nº 571, de 5 de abril de 2013, atualiza as diretrizes de cuidado da pessoa tabagista. Este documento reconhece o tabagismo como um fator de risco para doenças crônicas, ressalta a importância do acolhimento e apoio terapêutico nos postos de atenção primária à saúde. Reforça a necessidade de formação e qualificação profissional para auxiliar os interessados a abandonar o hábito de fumar e estabelece que o tratamento consiste em avaliação clínica, abordagem individual ou grupal e, quando necessária, dispensação de medicamentos. A Portaria Nº 761, em 21 de julho de 2016, validou as orientações técnicas para tratamento do tabagismo, contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

### **1.3.1 Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – CQCT**

Considerando as graves consequências para a saúde, sociedade, economia e meio ambiente associadas ao elevado grau de dependência de nicotina, principal substância psicoativa presente dos derivados do tabaco, a *Framework Convention on Tobacco Control*, Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, órgão de negociação dos Estados membros da Organização Mundial de Saúde, implementou e consolidou estratégias para controle do tabagismo. A primeira reunião ocorreu em Genebra, em 1999, com a participação de 192 países membros, além de cerca de 200 Organizações Não Governamentais. Trata-se de um compromisso político, com estratégia de cooperação internacional, com transferência de tecnologias, conhecimento e assistência financeira, que enfatiza a importância da atuação da sociedade civil na consolidação das medidas, onde os membros signatários poderão e deverão adotar outras ações protetoras, além das estabelecidas por esta Convenção (WHO, 2003).

O documento está dividido em nove partes e contém trinta e oito artigos. Ao iniciar, traz alguns conceitos importantes para facilitar o entendimento dos leitores. Entre as conceituações, define controle do tabaco “*é um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo tabaco, com*

*o objetivo de melhorar a saúde da população, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição à fumaça de produtos de tabaco”. Produtos de tabaco “são todos aqueles total ou parcialmente preparados com a folha de tabaco como matéria prima, destinados a serem fumados, sugados, mascarados ou aspirados”. Tem como objetivo proteger as gerações presentes e futuras das consequências do consumo e exposição da fumaça do tabaco. Para tanto, adotará medidas de redução de consumo, prevenindo a iniciação e promovendo a cessação e ações de incentivo às comunidades indígenas para abandono do uso dos derivados do tabaco, respeitando suas particularidades culturais. Cada parte poderá adotar outras estratégias, sejam elas legislativas, executivas ou administrativas, para reduzir ou prevenir o consumo dos derivados do tabaco, a dependência de nicotina e exposição a fumaça do tabaco (WHO, 2003).*

Dentre as medidas explicitadas destacam-se as ações de educação continuada, que evidenciará os riscos sanitários, econômicos e ambientais do uso do tabaco, incentivando o abandono, por meio de programas que inclui aconselhamento, diagnóstico e tratamento aos dependentes; elevação dos preços dos produtos fabricados e taxaçaõ tributária, além da proibição do uso dos derivados do tabaco em locais públicos. Obriga os fabricantes a descrever o conteúdo dos produtos, trazendo informações sobre os componentes tóxicos, fazendo mençaõ aos efeitos deletérios à saúde associados ao uso, advertindo os consumidores. Proíbe toda forma de comércio ilícito, publicidade, promoçaõ e patrocínio do tabaco, além da venda dos produtos aos menores de dezoito anos. Nos pontos de comercializaçaõ, os produtos derivados do tabaco deverão ser posicionados em prateleira elevada, dificultando o acesso, não sendo permitido a compra avulsa (WHO, 2003).

### **1.3.2 MPOWER: Um plano de medidas para reverter a epidemia do tabagismo**

Objetivando auxiliar os países signatários da Convençaõ-Quadro para o Controle do Tabagismo, a OMS elaborou em 2008 um pacote de políticas, composto por seis medidas práticas para o controle do tabagismo. O plano, chamado de MPOWER, abreviaçaõ das iniciais das seis metas, *Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce e Raise*.

*Protect*, proteger a população da poluição ambiental da fumaça do tabaco, mantendo os ambientes 100% livre do fumo. A exposição da população à fumaça do tabaco, o chamado tabagismo passivo, está relacionada ao surgimento de diversas doenças, como as cardiovasculares e pulmonares. Políticas públicas que visem promover ambientes livres do fumo protegem a população não fumante e contribuem para auxiliar os fumantes a abandonarem o hábito. Foi comprovado que ambientes de trabalho livre dos derivados do tabaco reduzem em 3% a 4% o consumo desses produtos. Os fumantes têm maior chance de abandonar o tabaco quando exercem suas atividades em locais livres do fumo. Pesquisa do Instituto Datafolha realizada em agosto de 2009 no Estado de São Paulo, com 2.052 pessoas, divulgou uma aceitação de 88% da lei que proíbe o consumo de cigarros em locais públicos como bares e restaurantes (DATAFOLHA, 2009).

*Offer*, oferecer ajuda para a cessação do tabagismo. A nicotina é a principal substância psicoativa encontrada nos produtos derivados do tabaco e causa dependência (ROSENBERG, 2003). Com isso, a implementação de programas à cessação é importante para auxiliar fumantes a abandonarem o vício. O aconselhamento deverá ser, preferencialmente, realizado por profissionais de saúde de forma clara e objetiva, na atenção primária, ou por contato telefônico. Tal abordagem quando associada a administração de medicamentos é considerada mais efetiva.

*Warn*, advertir sobre os malefícios resultante do uso do tabaco. A conscientização das pessoas sobre o risco relacionados ao uso dos derivados do tabaco deve ser adotada como uma estratégia. Ações educativas antitabagismo auxiliam na decisão de continuar ou parar de fumar. Pesquisa realizada pelo Datafolha em 2002, com 2.216 pessoas, com idade acima de 18 anos, demonstrou que 76% da população aprova a divulgação de imagens nas embalagens de cigarro, conforme preconiza o Ministério da Saúde, para advertir a população contra os perigos do uso dos derivados do tabaco. Nessa mesma pesquisa, 67% dos entrevistados fumantes também relataram que ao ver as imagens impressas sentiram-se mais dispostos a abandonar o hábito (DATAFOLHA, 2002). A obrigatoriedade das advertências nas embalagens de cigarro, seja por meio de imagens ou texto, são eficazes principalmente para as pessoas analfabetas e devem ser mudadas periodicamente para manter o interesse da população. Além das imagens, regulamentos apropriados devem proibir o uso de expressões “*com*

*baixo teor de alcatrão*”, “*light*”, “*ultra-light*” ou “*suave*”, que induzam que determinados produtos sejam menos prejudicial.

*Enforce*, fazer cumprir as normas/leis que proíbem a propaganda, publicidade e patrocínio da indústria do tabaco e, aumentar os impostos dos produtos derivados do tabaco. Proibir qualquer ação de marketing das indústrias de cigarro mostrou-se efetivo no combate ao uso do tabaco.

*Raise*, aumentar os impostos sobre os produtos derivados do tabaco. Essa medida é considerada a mais efetiva para a redução do consumo entre os fumantes, além de estar associada à diminuição do número de cigarros consumidos diariamente. A meta com a elevação dos impostos visa tornar os produtos menos acessíveis à população, principalmente para os jovens. Além da taxação tributária, os governos deverão intensificar a fiscalização, especialmente nas zonas de fronteira, para combater o contrabando e o comércio ilícito, dificultando o acesso de produtos oriundos de outros países.

Esse pacote de medidas é parte integrante do plano de ação da OMS para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Entre as medidas, encontra-se a proposta para implementação de estratégias que visem ajudar os fumantes a abandonar o hábito de fumar. A implantação de serviço de aconselhamento para a cessação no nível primário de atenção e o acesso farmacológico fácil e de baixo custo estão em destaque (BRASIL, 2011).

### **1.3.3 Plano de Ação para Controle das Doenças Não Transmissíveis**

O Plano de Ação para Controle das Doenças Não Transmissíveis-DNTs para o período de 2012 a 2025, é uma estratégia da Organização Panamericana de Saúde – OPAS. O Plano é composto por quatro linhas de atuação: políticas multissetoriais e parcerias para prevenção e controle; fatores de risco e de proteção; resposta dos sistemas de saúde e fatores de risco; e vigilância e pesquisa das DNTs. As ações estão centralizadas nas doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; nos principais fatores de risco, consumo de tabaco, uso abusivo de álcool, dieta inadequada e sedentarismo; além dos elementos biológicos, hipertensão arterial e taxas elevadas de glicose sanguínea. A meta é a redução da morbidade e mortalidade,



minimizar a exposição aos fatores de risco, aumentar a exposição aos fatores de proteção e diminuir os custos dessas doenças para os órgãos públicos.

Dentre as ações que estão no escopo do plano de ação para controle das DNTs associadas ao combate do tabagismo, destacam-se: a ratificação e a implementação das ações contidas na Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo, estabelecendo como parâmetro a redução em 30% do consumo e da exposição passiva dos derivados do tabaco (BRASIL, 2003); a conscientização da população sobre os riscos associados ao uso do tabaco, propondo ambientes e hábitos mais saudáveis, principalmente entre as crianças, adolescentes e adultos jovens; disponibilizar apoio técnico e científico para facilitar a execução e avaliação de programas para a cessação do tabagismo; propor indicadores e ferramentas para quantificar os efeitos das intervenções; ampliar o número de serviços de aconselhamento e tratamento do tabagismo, especialmente no nível primário de atenção à saúde; favorecer a distribuição de medicamentos para auxiliar no abandono do hábito de fumar; otimizar o sistema de vigilância, para que as informações sirvam de suporte para o direcionamento de programas e políticas públicas; incentivar a realização de pesquisas científicas para aprimorar os conhecimentos e atualizar a base de dados sobre os fatores de risco e de proteção, associados às DNTs, disponibilizando aos interessados os resultados encontrados.

#### **1.3.4 Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Diretrizes para a Cessação do Tabagismo.**

Controlar o tabagismo significa desenvolver um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo uso dos derivados do tabaco, com o objetivo de melhorar a saúde da população, promovendo a cessação, evitando as recaídas e tornando os ambientes livres do fumo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo é centrado em quatro blocos de atuação: prevenção da iniciação do tabagismo, especialmente entre crianças e adultos jovens; segundo, ações de combate ao hábito de fumar; terceiro, redução da exposição ambiental a fumaça do tabaco; e quarto, regularização da produção e comercialização dos derivados do tabaco (BRASIL, 2003).

A estratégia de controle do tabagismo é pautada numa abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso que é dispensado quando

necessário (BRASIL, 2004). A abordagem cognitivo-comportamental é um modelo pautado na mudança de crenças, comportamentos e atitudes que levam o indivíduo a adotar um estilo de vida adequado e o estímulo ao autocontrole. Tem a finalidade de informar ao fumante sobre os riscos relacionados ao hábito de fumar e benefícios da cessação, principal estratégia de tratamento. Combina intervenções que envolvem a detecção de situações de risco para a recaída e o desenvolvimento de estratégias para este enfrentamento (BRASIL, 2011; REICHERT et al, 2008).

O apoio medicamentoso é uma terapia complementar utilizada em situações bem definidas que tem como objetivo auxiliar o participante, minimizando os sintomas nas crises de abstinências. A dispensação dos medicamentos será feita mediante avaliação prévia, a partir do resultado obtido com a aplicação do Teste de Fargerström que avalia o grau de dependência da nicotina. Apenas os participantes classificados com dependência média, elevada e muito elevada, com pontuação variando entre 5 a 10 pontos, receberão os medicamentos propostos. A retirada desses insumos será mensal, na própria farmácia da unidade básica de saúde (BRASIL, 2011; REICHERT et al, 2008).

O apoio medicamentoso consiste na prescrição dos medicamentos nicotínicos, também chamado de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), atua reduzindo os sinais de abstinência, ao substituir parcialmente a substância psicoativa. Existem duas formas de apresentação da TRN: a de liberação lenta, administradas por meio dos adesivos transdérmicos, e a de liberação rápida, por meio da goma de mascar, pastilhas, spray nasal e inalador. A posologia é variável, estando relacionada às necessidades individuais de cada participante. No Brasil, apenas os adesivos transdérmicos e a goma de mascar estão disponíveis para tratamento do controle do tabagismo (BRASIL, 2005; REICHERT et al, 2008).

Quando a TRN isoladamente mostra-se ineficiente, os medicamentos chamados de não-nicotínicos, classificados como antidepressivos, podem ser prescritos. Esses medicamentos atuam reduzindo a liberação de neurotransmissores, como a dopamina e noradrenalina, diminuindo a compulsão pelo cigarro (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015). Existem os medicamentos de primeira linha, bupropiona e vareniclina. A bupropiona é o fármaco de escolha usual, em dose máxima recomendada de 300mg/dia; os medicamentos de segunda linha são nortriptilina e clonidina (BRASIL, 2011; REICHERT et al, 2008). Em geral, a monoterapia é suficiente mas, em alguns casos,

poderão ser utilizados medicamentos de forma associada. Estudos demonstram que a utilização de medicamentos, a exemplo da Terapia de Reposição de Nicotina, pode ser dispensada sem prescrição médica, duplicando as chances de cessação do hábito de fumar (FIORE et al, 2008; REICHERT et al, 2008). A utilização combinada é proposta quando a resposta individual for insatisfatória.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer não existem evidências científicas que um medicamento seja mais efetivo do que o outro. Assim, a indicação/prescrição levará em consideração a posologia, facilidade de administração e riscos adversos. Estudo realizado com Terapia de Reposição de Nicotina, por meio de adesivo ou gomar de marcar, e terapia não nicotínica, com uso de Bupropiona, demonstrou elevação das taxas de sucesso no processo de abandono do hábito de fumar. Na Terapia de Reposição de Nicotina isoladamente, a taxa de cessação foi de 16,4% porém, quando utilizada em conjunto com a Bupropiona, a taxa elevou-se para 35,5%. (JORENBY, 1999).

O programa brasileiro está dividido em duas fases, com duração de doze meses. A primeira chamada de intensiva, com duração de um mês, composta por quatro sessões estruturadas, com temática estabelecida e entrega de material informativo. Preconiza-se que cada sessão tenha a duração de 90 minutos cada encontro. Esse tempo foi estimado com base em estudos que demonstram que a taxa de abstinência está diretamente relacionada ao tempo dispendido com a abordagem cognitivo-comportamental, não havendo, porém, mudanças adicionais significativas na taxa de abstinência após 90 minutos de duração de cada sessão (FIORE et al, 2008). E a segunda fase, chamada de fase de manutenção, composta por um encontro mensal, que visa estimular a permanência do indivíduo na condição de abstinência.

O Programa de Controle de Tabagismo tem duração de doze meses, e fundamenta-se em ações de avaliação e triagem; abordagem intensiva e acompanhamento. Na avaliação clínica inicial, descreve-se a história tabagística e patológica. Nesse momento, também é analisado o estágio de motivação do participante. Para esta finalidade, é adotado o modelo proposto por Prochaska e DiClemente (1982). Esse modelo foi construído baseado nos resultados de um estudo que avaliou o comportamento de indivíduos fumantes que abandonaram o hábito de fumar sem apoio terapêutico, comparando-os aos participantes de dois programas terapêuticos para a cessação do tabagismo. Sete semanas após a cessação, os participantes da pesquisa responderam a um questionário demográfico e sobre história tabagística, sendo

reavaliados após cinco meses. O sucesso da manutenção da cessação estava relacionado ao grau de motivação inicial observado, associado à disposição individual de mudança de comportamento.

Finaliza-se com aplicação do teste de Fargerström para mensurar o grau de dependência à nicotina. A abordagem intensiva é de participação obrigatória. São quatro sessões estruturadas, além das sessões de acompanhamento. Cada sessão tem duração de 90 minutos (FIORE et al, 2008). Em casos específicos, é necessária a terapia medicamentosa, considerada de apoio ao fumante classificado com elevado grau de dependência de nicotina.

### **1.3.5 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dependência à Nicotina**

A exposição contínua às substâncias tóxicas contidas nos derivados do tabaco, especialmente à nicotina, está associada ao surgimento da dependência. A dependência da nicotina é um processo complexo que envolve aspectos químico ou fisiológico, comportamental e psicológico. A dependência física ou química é marcada por manifestações biológicas. A nicotina, ao atingir o sistema nervoso central, causa a liberação de neurotransmissores, dentre eles a dopamina, que estão associados à sensação de prazer e bem estar, impondo ao indivíduo a constante necessidade da substância (SOUZA et al, 2009). O uso regular resulta numa tolerância orgânica, fazendo o que sejam necessárias doses cada vez maiores para a produção de efeitos semelhantes. Com isso, o dependente passa a consumir um número maior de cigarros e, na ausência da substância, apresenta sinais e sintomas característicos. Assim, a dependência física é formada pela tríade tolerância, consumo abusivo e sintomas de abstinência. (ROSEMBERG, 2003; BRASIL, 2003).

A dependência comportamental caracteriza-se pelo hábito. Faz-se associação do uso dos derivados do tabaco às situações cotidianas. Assim, ao tomar um café, por exemplo, o fumante sente-se estimulado a fazer uso do cigarro, pois o mesmo está, internamente, associado ao consumo da bebida (SOUZA et al, 2009). Por fim, a dependência psicológica consiste na concepção que uso do tabaco está associado à manutenção do equilíbrio, sendo resultado dos efeitos orgânicos advindos com o uso da

substância, fazendo com que o fumante, ao vivenciar sentimentos de medo, angústia, tristeza e solidão, sintam-se motivado a fazer uso do tabaco. (BRASIL, 2003).

O tratamento é baseado na terapia cognitivo comportamental e apoio medicamentoso para casos específicos. Os profissionais envolvidos utilizam-se de técnicas para detectar os fatores motivadores do uso dos derivados do tabaco, propondo estratégias de enfrentamento, incentivando mudanças de crenças e atitudes entre os participantes. A abordagem pode ser mínima ou intensiva, feitas por qualquer profissional de saúde. A abordagem mínima com duração variando entre 3 a 5 minutos, ocorre nas consultas regulares, quando os fumantes são aconselhados a abandonar o hábito; já a abordagem intensiva, que pode ser individualizada ou grupal, acontece em locais e com métodos definidos, discorre sobre os malefícios associados ao uso do tabaco, ressalta os benefícios advindo com o abandono e estimula a gestão do autocuidado. Recomenda-se no mínimo quatro sessões, com duração máxima de 90 minutos (FIORE et al, 2008). A dispensação dos medicamentos será para os participantes classificados como um elevado grau de dependência de nicotina. Para a verificação desta dependência, é utilizado o Teste de Fargerström, instrumento validado e autoaplicável.

### **1.3.6 Programa Municipal de Controle do Tabagismo**

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais e visando atender à estrutura política que estimula a descentralização das ações de saúde, as atividades voltadas para a promoção da cessação do tabagismo passaram a ser municipalizadas. É preconizado que a assistência à pessoa tabagista seja, preferencialmente, realizada na atenção primária. Tal escolha é justificada pela proximidade dos profissionais com os usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

O município de Salvador, atualmente conta com 46 unidades de saúde, que oferecem as comunidades ações para controle do tabagismo. Para tanto, adota o modelo terapêutico proposto pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo (BRASIL, 2003), pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (BRASIL, 2016), e pelas informações contidas no Caderno da Atenção Básica: Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - O Cuidado a Pessoa Tabagista (BRASIL, 2015). Este último objetiva sensibilizar gestores e profissionais de

saúde quanto à epidemia do tabagismo; oferecer aos profissionais envolvidos no tratamento elementos que norteiem as ações de aconselhamento, avaliação, abordagem e acompanhamento; e orientar quanto à condução terapêutica frente às singularidades de determinadas populações (BRASIL, 2015).

O tratamento consiste em intervenções psicoterapêuticas e medicamentosas. A intervenção psicoterapêutica está centrada no modelo biopsicossocial que inclui avaliação inicial, com entrevista motivacional para aconselhamento e abordagens com foco na Terapia Cognitivo-Comportamental que utiliza duas principais estratégias; detecção de situações de risco e medidas de enfrentamento; e prescrição e dispensação de medicamentos (BRASIL, 2015).

Durante a triagem inicial, são coletadas informações importantes para caracterização dos participantes, como presença de alterações pulmonares ou diagnóstico de outras doenças relacionadas ao uso do tabaco. Nesse momento, deve ser realizada avaliação clínica minuciosa e exame físico, sendo necessário pode haver solicitação de exames complementares (REICHERT et al, 2008). A dependência de nicotina é medida quantitativamente por meio do Questionário de Tolerância de Fargerström, enquanto que a avaliação qualitativa é mensurada pela Escala de Razões para Fumar Modificada. Este é um instrumento autoaplicável, com vinte e uma perguntas e cinco alternativas de resposta, que são agrupadas em nove fatores. O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais (SOUZA et al, 2009). Recomenda-se a sua utilização na avaliação inicial e também nas sessões de acompanhamento. Para avaliar o grau de motivação é adotado o modelo de Prochaska e DiClemente (1982). Baseado nas falas relatados pelos participantes durante a entrevista motivacional, observa-se o estágio motivacional atual. No modelo são seis estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída.

A terapia medicamentosa, usada como um apoio terapêutico, por aumentar as chances de sucesso do programa, consiste na terapia de reposição de nicotina, administrada na forma de adesivo, goma de mascar e na dispensação de antidepressivo, sendo a substância mais usual a Bupropiona (BRASIL, 2015). Conforme descrito no Caderno da Atenção Básica, são permitidas adaptações, fundamentadas nas especificidades locais (Quadro1).

A recaída é uma condição recorrente nos programas de cessação do tabagismo, porém como não há um consenso quanto à sua definição, torna-se difícil sua avaliação.

Para Reichert et al (2008), recaída é conceituada como o “retorno do hábito tabágico após um período de interrupção”; para Ismael (2007), é “retorno ao hábito de fumar após uma tentativa de cessação, definida como ato de fumar frequente por sete dias consecutivos”. Esta última definição foi adotada pelo Ministério da Saúde, no Caderno da Atenção Básica (BRASIL, 2015). A proposta inicial desta dissertação era identificar os fatores de risco associados à cessação e a recaída. Porém, em virtude da imprecisão da definição de recaída, optou-se por restringir o seu objetivo a identificar fatores de risco para a cessação do hábito de fumar em participantes do Programa de Controle do Tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde.

**Quadro 1:** Principais diferenças entre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e o Programa Municipal de Controle do Tabagismo, na UBS do Candeal Pequeno. Salvador, 2018.

	<b>Programa Nacional de Controle do Tabagismo</b>	<b>Programa Municipal de Controle do Tabagismo – UBS Candeal Pequeno</b>
<b>Avaliação Inicial (triagem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame físico, coleta de informações sobre o perfil de consumo, história patológica e tabagística;</li> <li>• Entrevista motivacional (escala de motivação proposta por Prochaska e DiClemente);</li> <li>• Exames complementares;</li> <li>• Avaliação do grau de dependência de nicotina (Teste de Fargerström);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame físico, coleta de informações sobre perfil de consumo, história clínica e tabagística;</li> <li>• Avaliação do grau de dependência de nicotina (Teste de Fargerström).</li> </ul>
<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cognitivo-Comportamental (Sessões individualizadas ou em grupo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cognitivo-Comportamental (Sessões em grupo).</li> </ul>

<b>Apoio medicamentoso</b>	<p>Recurso complementar, oferecido apenas aos participantes classificados com elevado grau de dependência de nicotina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento Nicotínico – Terapia de Reposição de Nicotina, administrada por meio dos adesivos transdérmicos (liberação lenta – Posologia de 7mg, 14 mg ou 21mg), goma de mascar, spray nasal ou pastilhas (liberação rápida);</li> <li>• Medicamentos Não Nicotínicos – Prescrição de bupropiona ou vareniclina (medicamentos de 1º escolha); ou nortriptilina e a clonidina (medicamentos de 2º escolha)</li> </ul>	<p>Recurso complementar, oferecido aos participantes, independentemente do grau de dependência de nicotina, que apresentaram dificuldade de cessação após as quatro semanas iniciais do Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento Nicotínico – Terapia de Reposição de Nicotina, administrada por meio dos adesivos transdérmicos (liberação lenta - Posologia de 7mg, 14 mg ou 21mg).</li> <li>• Medicamentos Não Nicotínicos – Prescrição de bupropiona.</li> </ul>
<b>Periodicidade das Sessões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doze meses de duração, sendo com periodicidade semanal no 1º mês (quatro encontros), quinzenal até completar a abordagem intensiva, até o final do terceiro mês (quatro encontros) e um encontro mensal até completar um ano de tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração total de 3 meses (doze encontros), sendo realizado um encontro por semana</li> </ul>

Fonte: Diretrizes para a Cessação do Tabagismo e Caderno de Atenção Básica: O Cuidado com a pessoa tabagista.



## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 GERAL

Identificar os indicadores de desempenho em participantes do Programa de Controle do Tabagismo de uma Unidade Básica de Saúde.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar a taxa de incidência da cessação do hábito de fumar entre os participantes do Programa;
- ✓ Identificar fatores de risco para a cessação do hábito de fumar dos participantes do programa.
- ✓ Identificar fatores de risco para o abandono dos participantes do programa.

### **3. ARTIGO**

**Cessação do hábito de fumar em participantes do Programa de Controle do Tabagismo de uma unidade básica de saúde em Salvador, Bahia**

## RESUMO

**OBJETIVO:** Identificar e avaliar indicadores de desempenho de participantes do Programa de Controle do Tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde. **MÉTODOS:** Estudo caso-controle aninhado a uma coorte retrospectiva, com dados do Programa Municipal de Controle do Tabagismo da Unidade Básica de Saúde Candeal Pequeno, Salvador, referentes ao período de fevereiro/2015 a junho/2017. Para identificar fatores de risco para a cessação do tabagismo e para abandono do programa, usou-se modelos de regressão logística binária. **RESULTADOS:** A taxa de incidência cumulativa para cessação nas 12 semanas do Programa foi 57,1%, para os 170 fumantes com 20 ou mais anos de idade. Nenhuma variável preditora da cessação do hábito, nesse período, foi identificada. A taxa de cessação nas primeiras quatro semanas associou-se ao não uso da bupropiona ( $P < 0,004$ ), após ajuste pelas variáveis idade, sexo, dependência de nicotina (Teste de Fargerström), hipertensão arterial e diabetes mellitus. A taxa de abandono do Programa após 12 semanas foi de 26,4% e não se associou às variáveis investigadas. Estimou-se que, em 29 meses, o Programa atendeu a 67% da clientela elegível, revelando cobertura satisfatória. A baixa qualidade e a quantidade reduzida das informações disponíveis sobre a evolução dos participantes no Programa limitaram a análise deste estudo. **CONCLUSÕES:** Participantes do Programa apresentaram taxa elevada de cessação do hábito de fumar, após 12 semanas. Nas quatro semanas iniciais, o não uso da Bupropiona associou-se à cessação do tabagismo. O Programa apresentou cobertura satisfatória, considerando a clientela elegível.

**Descritores:** Abandono do tabagismo; tabagismo; fatores de risco.

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To identify and to evaluate performance indicators of participants in the Tobacco Cessation Program in a Basic Health Unit. **METHODS:** Case-control study nested in a prospective cohort, with data from the Municipal Tobacco Cessation Program of the Candéal Pequeno Basic Health Unit, Salvador, Brazil, concerning to the period February/2015 to June/2017. The cumulative incidence rate for 12 weeks was calculated. Binary logistic regression models were used to identify risk factors for tobacco use cessation. Data were analyzed by using SPSS. **RESULTS;** The cumulative incidence rate for tobacco use cessation after 12 weeks in the program was 57,1% for the 170 smokers aged 20 or more years. No predictor of smoking cessation in that period was identified. The cumulative incidence rate for tobacco use cessation after 4 weeks was associated to non-use of bupropion ( $P<0,004$ ), adjusting by age, sex, nicotine dependence (Fargerström's test), arterial hypertension and diabetes mellitus. Dropout rate after 12 weeks in the Program was 26,4% and it was not associated to any of the variables investigated. It was estimated that, during the last 29 months, the Program has covered 67% of the eligible smoking clientele, considered as a satisfactory coverage. Low quality and quantity of information available about the evolution of patients in the Program have limited the study analyses. **CONCLUSIONS:** Participants presented high tobacco use cessation rate after 12 weeks in the Program. During the four first weeks, the non-use of bupropion was associated to tobacco cessation. The Program showed satisfactory coverage, considering the eligible clientele.

**Keywords:** Tobacco use cessation; tobacco use disorder; risk factors

## INTRODUÇÃO

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, sendo considerado um problema de saúde pública e social que mata anualmente cerca de seis milhões de pessoas em todo o mundo, um milhão nas Américas e 200 mil no Brasil (BRASIL, 2001; 2011). Facilidade de acesso e baixo custo, somados a outros elementos, como associação do cigarro a imagens de beleza e poder, contribuem para o aumento do uso do tabaco (BRASIL, 2003).

O tabagismo é considerado o principal fator de risco evitável, sendo também classificado como uma doença, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estando incluída no rol dos transtornos metálicos e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, neste caso específico, como resultado da dependência da nicotina (OMS, 1997; ROSEMBERG, 2003).

A permanência do atual perfil de consumo estará associada a oito milhões de mortes no ano de 2030, estas em decorrência dos problemas associados ao uso dos derivados do tabaco (MATHERS et al, 2006). Cerca de três quartos dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média renda. Estima-se que por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis estão associadas ao uso dos derivados do tabaco (WHO, 2013).

Grande número de pesquisas epidemiológicas nacionais e internacionais relatam os malefícios associados ao consumo dos derivados do tabaco. Entretanto, ainda há pouco estudos que descrevem o perfil dos fumantes que buscam apoio terapêutico para a cessação do hábito de fumar. Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), apenas uma minoria dos indivíduos tabagistas que desejam abandonar o hábito recebe aconselhamento adequado por um profissional de saúde e menos ainda recebe acompanhamento que produza efeitos positivos (Brasil, 2001).

A redução da prevalência do hábito de fumar entre os brasileiros está associada às ações desenvolvidas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, considerado um dos serviços mais abrangentes entre os países em desenvolvimento. Atualmente no país, a prevalência de fumantes habituais, com idade acima de 18 anos, é de 14,7%, sendo 14,5% de consumidores de cigarros industrializados. A prevalência do hábito de fumar é de 18,9% em homens e 11% em mulheres, variando de 13,4% na região Norte até 16,1% na região Sul (BARROS et al, 2011; BRASIL, 2014).

A cessação do tabagismo é importante para a saúde pública. Segundo informações do Ministério da Saúde, três semanas após a cessação do tabagismo observa-se melhora na circulação sanguínea periférica; em um ano, o risco de morte em decorrência de infarto diminui pela metade e, após dez anos, o risco é semelhante ao de um indivíduo que nunca fumou (BRASIL, 2001; 2003; 2015).

Alguns estudos de revisão da literatura (HYLAND et al., 2006; CAPONNETTO & POLOSA, 2008; DONER et al, 2011) demonstram que fatores como sexo, faixa etária, idade no início do consumo, histórico de tentativas anteriores de interrupção, depressão, ansiedade, grau de dependência de nicotina, alcoolismo, motivação e conviver com outros fumantes, em casa ou no trabalho, estão associados à cessação do hábito de fumar. Portanto, a identificação de fatores associados ao abandono do tabagismo pode contribuir para a adequação das políticas públicas voltadas para o tratamento, direcionando as condutas dos profissionais de saúde envolvidos.

No município de Salvador, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo adota um modelo terapêutico que se baseia nas diretrizes propostas pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo (BRASIL, 2003), pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência da Nicotina (BRASIL, 2016) e pelas informações contidas no Caderno da Atenção Básica: Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - O Cuidado da Pessoa Tabagista (BRASIL, 2015). Adaptações na condução do Programa são permitidas, de forma a melhor atender as especificidades locais.

O tratamento consiste em intervenções psicoterapêuticas e medicamentosas. A intervenção psicoterapêutica está centrada no modelo biopsicossocial, que inclui avaliação inicial, com entrevista motivacional para aconselhamento, abordagens, com foco na Terapia Cognitivo-Comportamental e prescrição e dispensação de medicamentos (BRASIL, 2015).

A abordagem cognitivo-comportamental visa promover no indivíduo fumante mudanças de comportamentos que levam à interrupção do hábito de fumar e estratégias de enfrentamento em situações que estimulem à recaída. Durante essa abordagem, o profissional precisa demonstrar os benefícios relacionados à cessação, ensinar a esses indivíduos a reconhecer sinais e sintomas relacionados à abstinência, propondo ações substitutivas (BRASIL, 2005).

O apoio medicamentoso é um recurso complementar ofertado aos participantes, que consiste na prescrição dos medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), com diversas formas de administração. Quando a TRN isoladamente mostra-se ineficiente, os medicamentos chamados de não-nicotínicos, que são classificados como antidepressivos, poderão ser prescritos. Estes medicamentos atuam reduzindo a liberação de neurotransmissores, como a dopamina e noradrenalina, diminuindo a compulsão pelo cigarro. A dose máxima recomendada é de 300mg/dia (BRASIL, 2005; 2015; 2016). A Bupropiona é a substância de escolha usual.

Dados do VIGITEL para o município de Salvador mostram uma tendência decrescente em relação a prevalência de fumantes, de 7% (2014) para 4,6% (2016). Redução semelhante foi observada na análise dos dados referente à experimentação de cigarros entre estudantes do ensino médio, 19,4% (2012), para 17,1% (2015). O mesmo documento destaca a diminuição da prevalência de fumantes em Salvador, dentre as capitais brasileiras (BAHIA, 2018).

Atualmente o município de Salvador conta com 45 unidades de saúde que dispõem do serviço de apoio aos usuários dos derivados do tabaco. A UBS do Candéal Pequeno é uma delas. Pertencente ao Distrito Sanitário de Brotas, localizado na Rua 18 de Agosto, região central da cidade, numa área com topografia acidentada, e num bairro predominantemente residencial. Abarca uma população estimada em 7.896 habitantes (dados do último recadastramento realizado pelos profissionais da própria UBS). Conta com 30 funcionários, distribuídas em duas equipes de apoio à saúde da família. Oferece 12 serviços dentre eles, o Programa de Controle do Tabagismo, que envolve cinco profissionais. Em dez anos de sua existência, o Programa avaliou 555 pessoas.

Esta pesquisa objetivou identificar e avaliar indicadores de desempenho, taxa de cessação do hábito de fumar, fatores de risco para a cessação do hábito e para o abandono em participantes do Programa de Controle do Tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo de caso-controle aninhado a uma coorte retrospectiva, a partir de planilhas produzidas pela UBS do Candeal Pequeno que executa o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Salvador há dez anos, seguindo as orientações contidas no Cadernos da Atenção Básica “Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. O Cuidado da Pessoa Tabagista, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; 2016). Conforme estabelecido no manual, são permitidas adaptações para atender às necessidades locais de saúde. Assim, nesta UBS o programa tem duração de três meses, com encontros semanais, doze no total, sendo quatro encontros iniciais destinadas a promover a cessação do tabagismo e oito encontros sequenciais para acompanhamento e estímulo à manutenção da cessação.

Cinco profissionais são responsáveis pela condução do programa: uma médica, responsável pela avaliação inicial dos participantes e prescrição dos medicamentos; uma enfermeira, responsável pelo monitoramento individualizado dos participantes e por conduzir as sessões, em conjunto com uma odontóloga; e duas agentes comunitárias de saúde (ACS). Essas últimas profissionais são responsáveis por reconhecer os tabagistas em seu território, e lhes apresentar a proposta de tratamento desde o primeiro contato. Durante as visitas domiciliares, são feitas perguntas do tipo: “Você fuma?”, “Quantos cigarros fuma por dia?” e “Alguma vez tentou parar de fumar?”. A partir desses questionamentos, o serviço era apresentado e os interessados convidados. Ter mais de 18 anos era um critério de inclusão no Programa.

O Programa fundamenta-se numa abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso. Os participantes elegíveis são submetidos a entrevista motivacional, uma conversa entre o profissional de saúde e o indivíduo tabagista, para facilitar a vinculação entre os envolvidos (REICHERT et al, 2008). Embasa-se numa escuta qualificada, onde o participante verbaliza suas angústias e medos, e o profissional de saúde discorre sobre a terapêutica disponível. Em seguida, os participantes são avaliados clinicamente, realizam exame físico, e as informações sobre o perfil do fumante como sexo, idade, presença de comorbidades, hipertensão e diabetes mellitus, e grau de dependência da nicotina (Teste de Fargeström), são coletadas.

A abordagem cognitivo-comportamental é realizada em grupo. As quatro semanas iniciais abordam elementos sobre comportamento, pensamentos e sentimentos dos fumantes. Durante este período é recomendado que os participantes interrompam o



hábito de fumar. Essa interrupção pode ocorrer de forma abrupta, ou seja, determina-se uma data e a partir desse momento cessa-se o consumo dos derivados do tabaco, ou de forma gradual, redução sequencial até a suspensão completa do hábito de fumar (BRASIL, 2004; 2015).

Os encontros ocorriam às quartas-feiras, das 14h às 17h, numa sala ampla, com cadeiras suficientes para atender ao público alvo, climatizada e com boa iluminação. A localização do Programa na área central da UBS facilitava o acesso. As atividades eram desenvolvidas em dois momentos; o primeiro, das 14:00 às 15:30 horas, com abordagem terapêutica grupal, distribuição de material informativo complementar, relato de vivências, troca de experiências e "dicas" sobre como suportar as crises de abstinência. Num segundo momento, destinado às consultas individualizadas, havia atualização das informações e dispensação de medicamentos.

No primeiro encontro “Entender por que se fuma e como isso afeta sua saúde”, eram abordados os aspectos relacionados à dependência química e psíquica do tabaco, fazendo menção aos efeitos negativos do hábito de fumar. O material complementar ofertado tinha um questionário com nove quesitos, de escolha binária que identificava a relação de dependência do cigarro.

Já o segundo encontro, “Os primeiros dias sem fumar”, buscava ensinar aos participantes como lidar com os primeiros dias de abstinência. Orientava os participantes a descrever os principais sintomas associados à cessação do hábito de fumar e propunha algumas estratégias para enfrentamento.

O terceiro encontro, “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”, retratava métodos de engajamento para manutenção da condição de não fumante. Alguns aspectos negativos desta condição, como ganho de peso, eram apresentados juntamente com métodos de apoio.

Por fim, o quarto encontro, “Benefícios obtidos após parar de fumar”, destacava os benefícios associados à cessação, reforçando a manutenção da condição. Os oito encontros sequenciais, para acompanhamento, eram realizados seguindo a mesma estrutura dos encontros anteriores: terapia grupal, com duração de 90 minutos, para escuta ativa e orientações, seguida de acolhimento individualizado.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), nos encontros iniciais eram liberados apenas os medicamentos classificados como Terapia

de Reposição de Nicotina (TRN). Quando a resposta obtida não era satisfatória, medicamentos antidepressivos eram ofertados, para serem utilizados de forma complementar. Esse mesmo documento recomenda que a terapia combinada deva ser administrada em casos específicos, para diminuir os sintomas associados a crise de abstinência. No presente estudo, o medicamento bupropiona foi prescrita para os participantes que relataram dificuldade de abandonar o hábito de fumar nas primeiras quatro semanas do programa.

Todas as informações sobre sexo, idade, resultado do Teste de Fargerström, medicamentos de apoio utilizados (adesivo de nicotina e bupropiona) e situação do participante ao final de cada sessão (fumando, não fumando e abandono do tratamento) foram retiradas das planilhas eletrônicas, produzidas e disponibilizadas pela Secretária Municipal de Saúde. Informações sobre diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram retiradas dos prontuários individuais, armazenados na UBS escolhida. Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos em idade superior a 18 anos, de ambos os sexos.

As planilhas continham informações sobre 170 indivíduos que participaram dos grupos de apoio do período de janeiro/2015 a junho/2017. Entretanto, não havia informações sobre diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus de 11 indivíduos e eles foram excluídos das análises bi e multivariadas desta pesquisa, restando 159 participantes, portanto.

A variável dependente foi a cessação do tabagismo, definida como a interrupção total do consumo de cigarros, ao longo das 12 semanas do Programa (BRASIL, 2015). As variáveis independentes foram sexo, idade, dependência de nicotina, uso de adesivo para reposição de nicotina, uso de Bupropiona, diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A idade foi agrupada em dois níveis, de 20 a 59 anos e de 60 a 75 anos. O grau de dependência de nicotina (Teste de Fargeström) foi congregado em baixa dependência (escore de 1 a 4 pontos) e alta dependência (escore variando de 5 a 10 pontos). Como apenas um único participante não fez uso de adesivo para reposição de nicotina, esta variável foi excluída do estudo.

Os dados foram analisados com uso do Programa SPSS versão 2.0. Usualmente, estudos de coorte partem de uma exposição principal para um desfecho específico. Esta foi apenas a primeira parte do estudo, quando foi determinada a incidência cumulativa

da cessação do tabagismo. Na segunda parte, o estudo partiu do desfecho (cessação do tabagismo) para detectar fatores de risco que afetaram mais um grupo de participantes do que outro (os que cessaram *versus* os que não cessaram), usando a razão de chances (Odds Ratio) e respectivo intervalo de confiança de 95%, como se procede em estudos do tipo caso-controle aninhado. Optou-se pelo uso do modelo logístico binário e pelo cálculo da OR por causa da natureza da pergunta básica do estudo: “Quais são as características dos participantes que cessaram de fumar em comparação às dos que não cessaram?”.

Para identificar a importância dos fatores associados à cessação do tabagismo, foi conduzida uma análise de regressão logística múltipla não-condicional (sem emparelhamento). O procedimento de ajuste do modelo logístico seguiu o método de seleção das variáveis *backward*, com nível de significância de 10,0% para exclusão das variáveis. O modelo final foi obtido com base no teste da estatística de Wald e no teste de qualidade de Hosmer Lemeshow.

A assiduidade é considerada um elemento importante para aumentar as taxas de sucesso em programas de tratamento do tabagismo. Participação inferior a 50% nos encontros tem chances significativamente maior de insucesso e recaída (ISMAEL, 2007). Nesta pesquisa, participantes ausentes em seis ou mais semanas, foram classificados como tendo abandonado o Programa.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia, conforme parecer número 1.934.676 de 20 de fevereiro de 2017.

## RESULTADOS

Considerando todos os 170 participantes inscritos no Programa, a taxa de incidência cumulativa para a cessação do tabagismo foi de 57,1%, após 12 semanas no Programa. Nas quatro semanas iniciais, a taxa de incidência para a cessação foi 44,7%. Ao final de 12 semanas, 45 (26,4%) dos 170 participantes haviam abandonado o programa. As taxas de cessação do hábito de fumar e de abandono do programa não se modificaram substancialmente, considerando apenas os 159 participantes sem dados faltantes de diagnóstico de diabetes ou hipertensão arterial (tabela 1).

Tabela 1: Hábito de fumar após 4 semanas e após 12 semanas dos participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, fevereiro/2015 a junho/2017.

Hábito de fumar	Todos os participantes (n=170)				Participantes sem dados faltantes (n=159)			
	Após 4 semanas		Após 12 semanas		Após 4 semanas		Após 12 semanas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cessou	76	44,7	97	57,1	69	43,4	91	57,2
Não cessou	77	45,3	28	16,5	73	45,9	26	16,4
Abandonou programa	17	10,0	45	26,4	17	10,7	42	26,4
Total	170	100,0	170	100,0	159	100,0	159	100,0

O hábito de fumar após quatro semanas e após 12 semanas foi estratificado segundo características dos 159 participantes sem dados faltantes, à entrada no programa (Tabela 2). Para efeito da análise estatística deste estudo, os 42 participantes que abandonaram o programa ao longo das 12 semanas, foram classificados como fumantes. Dos 159 participantes, apenas um participante não recebeu apoio medicamentoso (adesivo de nicotina ou bupropiona). Na análise estratificada, o não uso de bupropiona foi a única variável que se associou significativamente ( $P = 0,017$ ) à cessação, após 4 semanas de participação no programa.

Tabela 2: Hábito de fumar após 4 semanas e após 12 semanas segundo características dos 159 participantes à entrada no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, fevereiro/2015 a julho/2017.

Características	Após 4 semanas <sup>a</sup>				Após 12 semanas			
	Cessou		Fumante		Cessou		Fumante	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Feminino	46	66,7	57	63,3	61	67,0	42	61,8
Masculino	23	33,3	33	36,7	30	33,0	26	38,2
<b>Faixa etária</b>								
20-59	58	84,1	68	75,6	72	79,1	54	79,4
60-75	11	15,9	22	24,4	19	20,9	14	20,6
<b>Hipertensão Arterial</b>								
Sim	17	24,6	30	33,3	25	27,5	22	32,3
Não	52	75,4	60	67,7	66	72,5	46	67,7
<b>Diabetes Mellitus</b>								
Sim	5	7,8	13	14,4	10	11,0	8	11,8
Não	64	92,8	77	85,6	81	89,0	60	88,2
<b>Teste Fargerström</b>								
1-4	7	10,1	6	6,7	6	6,6	7	10,3
5-10	62	89,9	84	93,3	85	93,4	61	89,7
<b>Bupropiona<sup>a</sup></b>								
Sim	18	26,1	40	44,4	32	35,2	26	38,2
Não	51	73,9	50	55,6	59	64,8	42	61,8

a,a -  $\chi^2 = 5,68$ ; P = 0,017

Segundo o modelo logístico, a cessação do tabagismo após quatro semanas de participação no programa associou-se ( $P = 0,007$ ) ao não uso da bupropiona, ajustada por sexo, faixa etária, grau de dependência de nicotina (Teste de Fargerström), hipertensão arterial e diabetes mellitus. Fumantes que não usaram bupropiona apresentaram chance 2,84 vezes maior de cessar o hábito. Essa associação manteve-se estatisticamente significativa ( $P = 0,004$ ), mesmo após a exclusão dos 17 participantes que abandonaram o programa nas suas primeiras quatro semanas. A cessação do tabagismo não se associou a qualquer das variáveis investigadas, após 12 semanas de participação no programa (tabela 3). A exclusão dos 42 participantes que abandonaram o programa não alterou este resultado (dados não mostrados).

Tabela 3: Resultados da análise de regressão múltipla para a cessação do hábito de fumar após 4 semanas e após 12 semanas dos participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, fevereiro/2015 a julho/2017.

Variável (referente)	Após 4 semanas, todos os participantes à entrada (n=159)			Após 4 semanas, sem os 17 participantes que abandonaram o programa (n=142)			Após 12 semanas, todos os participantes à entrada (n=159)		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Sexo (Masculino)	1,92	0,90	4,08	1,89	0,84	4,22	1,41	0,68	2,91
Faixa etária (60-75 anos)	1,61	0,69	3,79	1,88	0,77	4,51	0,94	0,42	2,11
Hipertensão arterial (Sim)	1,43	0,65	3,14	1,62	0,71	3,72	1,36	0,64	2,88
Diabetes mellitus (Sim)	1,48	0,45	4,82	1,60	0,48	5,33	1,00	0,34	2,92
Teste de Fargerström (5-10)	1,44	0,44	4,75	1,66	0,43	6,47	0,62	0,19	1,97
Bupropiona (Sim)	2,84 <sup>a</sup>	1,33	6,07	3,25 <sup>b</sup>	1,46	7,23	1,33	0,65	2,72

<sup>a</sup>  $P = 0,007$ ; <sup>b</sup>  $P = 0,004$

Os 42 participantes que abandonaram o programa no decorrer de 12 semanas não diferiram daqueles que permaneceram no programa quanto ao sexo, faixa etária, diabetes mellitus, teste de Fargerström e uso de bupropiona, mas diferiram significativamente quanto à ao diagnóstico de hipertensão arterial. Indivíduos que cessaram o hábito de fumar tinham diagnóstico de hipertensão arterial 4,69 vezes mais frequente do que aqueles que continuaram fumando (OR = 4,69; IC 95% 2,20-9,98; P = 0,001). Entretanto, esta diferença não se manteve estatisticamente significativa ao nível de 5% de probabilidade (OR = 0,78; IC 95% 0,32-1,91; P = 0,582), após ajuste pelas demais covariáveis, num modelo de regressão logística binária (tabela 4).

Tabela 4: Características dos 42 participantes que abandonaram e dos que permaneceram no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, ao final de 12 semanas. Salvador, fevereiro/2015 a julho/2017.

Característica (referente)	Abandonaram o Programa		Permaneceram no Programa		Regressão logística							
	n	%	n	%	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P		
<b>Sexo</b>												
Masculino	17	40,5	44	34,4	1,29	0,63	2,66	0,474	1,33	0,59	3,03	0,492
Feminino (ref.)	25	59,5	84	65,6								
<b>Faixa etária</b>												
20-59	36	85,7	98	76,6	1,84	0,71	4,78	0,208	1,94	0,68	5,57	0,218
60-75 (ref.)	6	14,3	30	23,4								
<b>Hipertensão arterial</b>												
Sim	23	54,8	24	20,5	4,69	2,20	9,98	0,001	0,78	0,32	1,91	0,582
Não (ref.)	19	45,2	93	79,5								
<b>Diabetes Mellitus</b>												
Sim	7	7,1	11	12,8	1,66	0,60	4,60	0,322	0,75	0,19	3,04	0,692
Não (ref.)	39	92,9	102	87,2								
<b>Teste Fargerström</b>												
1-4	4	9,5	10	7,8	1,24	0,37	4,19	0,726	0,45	0,09	2,19	0,324
5-10 (ref.)	38	90,5	118	92,2								
<b>Bupropiona</b>												
Não	28	66,7	79	61,7	1,24	0,60	2,58	0,564	1,10	0,48	2,57	0,817
Sim (ref.)	14	33,3	49	38,3								



## DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo foi a taxa de incidência cumulativa para a cessação do tabagismo de 57,1% observada após 12 semanas no programa. Um estudo em pacientes de um ambulatório de apoio ao tabagista de um hospital localizado em bairro de classe média de Fortaleza, Ceará, relatou a taxa de cessação de 50,1%, após um ano no programa (Sales et al, 2006). No presente estudo, a taxa de cessação aumentou 13,9% ao longo do tempo (de 44,7% após quatro semanas, para 57,1% após 12 semanas no Programa). Resultados semelhantes foram observados em outros estudos (HAGGSTRÄM et al, 2001; SALLES et al, 2006; KHAN et al, 2012).

Dentre os fatores de risco investigados, apenas o não uso da bupropiona foi identificado como um preditor para a cessação do hábito de fumar, após quatro semanas iniciais. Uma explicação para este achado talvez resida no fato de que participantes que não precisaram usar bupropiona também tivessem menor grau de dependência da nicotina. Um estudo relatou que indivíduos classificados como fumantes leves, com baixo grau de dependência da nicotina, tinham 2,2 vezes mais chance de sucesso em tentativas de cessação do tabagismo (COHEN et al, 1989).

Apesar de neste estudo o grau de dependência de nicotina (Teste de Fargeström) não ter sido identificado como um preditor para a cessação do tabagismo, observou-se que 85 dentre os 91 participantes que pararam de fumar tinham elevado grau de dependência da nicotina (Teste de Fargeström com escore variando de 5 a 10 pontos). A severidade da dependência de nicotina é um preditor relevante da cessação do tabagismo, inclusive para pacientes em uso de bupropiona (CAPONNETTO & POLOSA, 2008). Em geral, fumantes com resultado do Teste de Fargerström igual ou maior que 7 experimentam sintomas mais intensos nas crises de abstinência, têm maior necessidade de medicamentos de apoio para a cessação, como a bupropiona, e têm maior propensão à falha do tratamento antitabágico (RICHMOND et al, 1993).

Perfil de consumo, idade, gênero, condições socioeconômicas, grau de dependência e estágio de motivação são considerados fatores de risco para abandono do hábito de fumar e precisam ser reconhecidos na avaliação inicial, pois influenciam as taxas de cessação a curto e longo prazo (BRASIL, 2001). O programa brasileiro preconiza que informações sobre a história tabagística, quadro de abstinência, estágio de motivação e descrição dos principais sintomas, presença de tosse, expectoração, dispneia e/ou dor torácica, sejam coletadas na avaliação inicial, pois representam valiosos preditores para a condução terapêutica (BRASIL,

2015; REICHERT et al, 2008). A unidade básica de saúde avaliada não seguiu essas recomendações. Poucas informações são coletadas durante a consulta inicial, resultando numa análise imprecisa do perfil do usuário. Este aspecto tornou-se uma importante limitação deste estudo. Vários estudos identificaram preditores para a cessação do tabagismo, como idade ao início do tabagismo, tentativas prévias de cessação do hábito, depressão, ansiedade, baixa motivação, alcoolismo e ambiente social e familiar com fumante (CAPONNETTO & POLOSA, 2008).

Esta pesquisa não identificou fatores de risco associados ao abandono do Programa por parte dos participantes. Entretanto, alguns estudos utilizados como referência observaram que o sexo é um fator de risco para o abandono do tratamento. Comparativamente, as mulheres abandonam mais este tipo de abordagem terapêutica, em relação aos homens, sendo o ganho ponderal a principal justificativa para a desistência (SIMONS et al, 2008).

A cobertura do programa foi considerada satisfatória. Considere-se que a prevalência estimada de fumantes no município de Salvador em 2016 foi de 4,6% (BAHIA, 2018) e que a população atendida pela UBS investigada foi de 7.896 habitantes (dados do último recadastramento realizado pelos profissionais da própria UBS), dos quais cerca 70% (5.527) tinham mais de 20 anos de idade. Esses dados permitem estimar que a população-alvo de indivíduos fumantes seja de 254 indivíduos. Portanto, assistir a 170 em um total de 254 pacientes elegíveis, de fevereiro de 2015 a julho de 2017, corresponde a 67%, revelando que a cobertura pelo Programa foi satisfatória.

## **CONCLUSÃO**

No Programa investigado, a taxa de cessação do tabagismo após 12 semanas foi de 57,1% e pode ser considerada como satisfatória. Nenhuma variável preditora da cessação do hábito de fumar no período de 12 semanas foi identificada; entretanto, a taxa de cessação nas quatro semanas iniciais do Programa associou-se ao não uso da Bupropiona. Não foi identificada qualquer variável associada ao abandono do programa. Nesta Unidade Básica de Saúde, a cobertura assistencial do Programa à clientela elegível de fumantes foi considerada satisfatória. Importantes informações não foram coletadas na avaliação inicial dos participantes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo. A ausência dessas informações prejudicou a análise dos fatores de risco que poderiam estar envolvidos na cessação do hábito de fumar.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Prefeitura Municipal de Salvador. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Volume I. Salvador, 2018. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br>

BARROS AJD, CASCAES AM, WEHMEISTER FC, MARTÍNEZ-MESA J, MENEZES AMB. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3707-3716.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O controle do tabaco no Brasil: Uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA/OPAS, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O controle do tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. 2a. Edição. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Deixando de Fumar sem Mistérios. Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência a Nicotina. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. O Cuidado da Pessoa Tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde (Brazilian National Health Survey). Rio de Janeiro: IBGE/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal>

BRINTON ZA, SCHAIRER C, STANFORD JL, HOOVER RN. Cigarette Smoking and Breast Cancer. *American Journal of Epidemiology*. 1986;123(4):614-622.

CAPONNETTO P, POLOSA R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*. 2008;102(8):1182-1192.

CARMO JT, PUEYO AA. A adaptação ao português do Fargerström test for nicotinedependence para avaliar a dependência e tolerância a nicotina em fumantes. *RBM Revista Brasileira de Medicina*. 2002; 59(1/2):73-80.

CASTRO MRP, MATSUO T, NUNES SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010;36(1):67-74.

COHEN S, PROCHASKA JO, LICHTENSTEIN E, ROSSI JS, GRITZ ER, CARR CR, ORLEANS CT, SCHOENBACH VJ, BIENER L, et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychological Association*. 1989;44(11):1355-1366.

DURLAK JA. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal Community Psychol*. 2008;13:327–350.

FIORE MC, JAEN CR, BAKER TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

HAGGSTRÄM FM, CHATKIN JM, CAVALET-BLANCO D, RODIN V, FRITSCHER CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2001;27(5):255-261.

HYLAND A, BORLAND R, Li Q, Yong H-H, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ, Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*. 2006;15(Suppl 3):S83–S94.

ISMAEL SMC. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

KHAN N, ANDERSON JR, DU J, TINKER D, BACHYRYCZ AM, NAMDAR R. Smoking Cessation and Its Predictors: Results from a Community-Based Pharmacy Tobacco Cessation Program in New Mexico. *Annals of Pharmacotherapy*. 2012; 46(9):1198-204.

JORENBY DE, LEISCHOW SJ, NIDES MA, RENNARD SI, PHARM JAJ, HUGHES AR, et al. A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine*. 1999;340(9):685-691.

MATHERS CD, LONCAR D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006; 3(11): e442.

MENESES-GAYA IC, ZUARDI AW, LOUREIRO R, CRIPPA JAS. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para dependência de nicotina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35(1):73-82.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Health Observatory. Mortality database. PAHO; 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hp>

PORTES LH, MACHADO CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2015; 38(5):370-379.

PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*. 1982;7(2):133-142.

REICHERT J, ARAÚJO AJ, CANTARINO CM, GODOY JMC, SALES MPU, SANTOS SRA. Diretrizes para a Cessação do tabagismo. *Smoking cessation guidelines*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Brasília, 2008

RICHMOND RL, KEHOE LA, WEBSTER IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88:1127e35.

ROMERO LC, COSTA e SILVA VL. 23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: A Atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011; 57(3): 305-331

SALES MPU, FIGUEREDO MRF, OLIVEIRA MI, CASTRO HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. São Paulo: *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006;32(5):410-417.

SANTOS RS, GONÇALVES MS, LEITÃO FILHO FS, JARDIM RJ. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2008;34(9):695-701.

SIMONS L, GIORGIO T. Characteristics of substance abusing men and women entering a drug treatment program. An exploration of sex differences. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2008; 7(1):15-23.

SOUZA EST, CRIPPA JAS, PASAIN SR, MARTINEZ J AB. Escala de razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35(7):683-689.

SOUZA EST, CRIPPA JAS, PASAIN SR, MARTINEZ JAB. Razões para Fumar da Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010;36(6):768-778.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic. Technical note II: Smoking prevalence in WHO Member States. Genebra, 2015. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework Convention on Tobacco Control. Genebra, 2003. Disponível em:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=6B6696CEF3F2130E1D72E7E0D6DFFF20?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. WHO; 2013.  
Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)

## REFERÊNCIAS

ABIFUMO. Anuário Brasileiro do Tabaco. Rio Grande do Sul: Gazeta, 2017. Disponível em:  
[http://www.editoragazeta.com.br/wp-content/uploads/2017/12/PDF-TABACO\\_2017.pdf](http://www.editoragazeta.com.br/wp-content/uploads/2017/12/PDF-TABACO_2017.pdf).

ALAVINIA SM, MOLENAAR D, BURDORF A. Productivity loss in the workforce: Associations with health, work demands, and individual characteristics. *American Journal of Industrial Medicine*. 2009;13(1):49–56.

BAUDRILLARD J. A Sociedade de Consumo. Lisboa: Edições 70, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O controle do tabaco no Brasil: Uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA/OPAS, 2011.  
Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Deixando de Fumar sem Mistérios. Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em:  
<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O controle do tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. 2ª Edição. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência a Nicotina. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:  
<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=57yuXgPe4bg%3D>

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.264, de 7 de fevereiro de 1997.  
Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9264.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9264.htm)  
BRASIL. Presidência da República. Lei 7.488, de 11 de junho de 1986.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/L7488.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7488.htm)

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.167, de 27 de dezembro de 2000.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10167.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm)

BRASIL. Presidência da República. Decreto 3.136, de 13 de agosto de 1999.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3136.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3136.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 300, de 09 de fevereiro de 2006.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm300\\_20060209.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm300_20060209.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 477, de 24 de março de 1995.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1995/pri0477\\_24\\_03\\_1995.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1995/pri0477_24_03_1995.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 571, de 05 de abril de 2013.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 761, de 21 de junho de 2016.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. O Cuidado da Pessoa Tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde (Brazilian National Health Survey). Rio de Janeiro: IBGE/FIOCRUZ, 2014. Disponível em:

<https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal>

BRINTON ZA, SCHAIRER C, STANFORD JL, HOOVER RN. Cigarette Smoking and Breast Cancer. *American Journal of Epidemiology*. 1986;123(4):614-622.

CARMO JT, PUEYO AA. A adaptação ao português do Fargerström test for nicotinedependence para avaliar a dependência e tolerância a nicotina em fumantes. *RBM Revista Brasileira de Medicina*. 2002; 59(1/2):73-80.

CAVALCANTE TM. O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2005;32(5):283-300.

DATAFOLHA. Instituto Datafolha de Pesquisa. Pesquisa de Opinião Pública. São Paulo, 2002. Disponível em:

[http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/18/metodologia\\_21042002.pdf](http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/18/metodologia_21042002.pdf)

DATAFOLHA. Instituto Datafolha de Pesquisa. Pesquisa de Opinião Pública. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2009/08/1225561-88-dos-moradores-do-estado-de-sao-paulo-sao-a-favor-da-lei-antifumo.shtml>



DURLAK JA. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal Community Psychol.* 2008;13:327–350.

FIORE MC, JAEN CR, BAKER TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

ISMAEL SMC. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

JORENBY DE, LEISCHOW SJ, NIDES MA, RENNARD SI, PHARM JAJ, HUGHES AR, et al. A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine.* 1999;340(9):685-691.

MATHERS CD, LONCAR D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine.* 2006; 3(11): e442.

NARDI JP. A História do Fumo no Brasil Colônia. Brasília: Brasiliense, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a Edição. OMS, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. MPOWER: Um Plano de Medidas para Reduzir a Epidemia do Tabagismo. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=tabagismo-132&alias=375-mpower-um-plano-para-reverter-a-epidemia-tabagismo-5&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=tabagismo-132&alias=375-mpower-um-plano-para-reverter-a-epidemia-tabagismo-5&Itemid=965)

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Health Observatory. Mortality database. PAHO; 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hp>

PORTES LH, MACHADO CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. *Revista Panamericana de Saúde Pública.* 2015; 38(5):370-379.

PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors.* 1982;7(2):133-142.

REICHERT J, ARAÚJO AJ, CANTARINO CM, GODOY JMC, SALES MPU, SANTOS SRA. Diretrizes para a Cessação do tabagismo. Smoking cessation guidelines. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Brasília, 2008.

ROMERO LC, COSTA e SILVA VL. 23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: A Atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2011; 57(3): 305-331.



ROSEMBERG J. Nicotina Droga Universal. São Paulo: Centro do Vigilância Epidemiológica - CVE, 2003.

SOUZA EST, CRIPPA JAS, PASAIN SR, MARTINEZ JAB. Escala de razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35(7):683-689.

SOUZA EST, CRIPPA JAS, PASAIN SR, MARTINEZ JAB. Razões para Fumar da Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010;36(6):768-778.

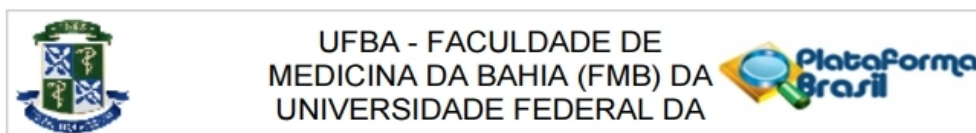
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic. Technical note II: Smoking prevalence in WHO Member States. Genebra, 2015. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework Convention on Tobacco Control. Genebra, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=6B6696CEF3F2130E1D72E7E0D6DFFF20?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. WHO; 2013. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)

## ANEXOS

## Anexo1 – Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FATORES DE RISCO À CESSAÇÃO E RECAÍDA DO TABAGISMO EM TRABALHADORES PARTICIPANTES DE PROGRAMA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

**Pesquisador:** Fernando M Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64288617.0.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

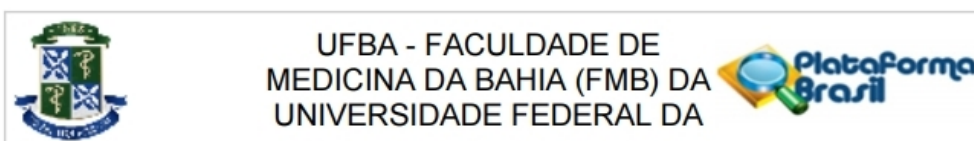
**Número do Parecer:** 1.934.676

**Apresentação do Projeto:**

"Pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia" O pesquisador afirma ainda que "O tabagismo é considerado um problema de saúde pública que mata, aproximadamente, 6 milhões de pessoas por ano em todo mundo, 200 mil somente no Brasil. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2004), um em cada dois fumantes morre em consequência do fumo, sendo seis por minuto. É a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Supõe-se que por meio da avaliação do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do programa municipal de controle de tabagismo, seja possível observar/descrever os fatores de riscos que favorecem a cessação e a recaída do tabagismo, entre trabalhadores que participaram ativamente das duas fases do programa."

Trata-se de um estudo do tipo coorte histórica observacional, com abordagem quantitativa, que utilizará dados secundários, do banco de informações do programa municipal de controle de tabagismo, que serão disponibilizados pela Secretária de Saúde, do município de Salvador." População e área: "População do estudo será formada por todos os indivíduos, portanto, um censo, que participaram do programa municipal de controle de tabagismo, na Unidade Básica de Saúde do

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cenfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.934.676

bairro Candéal Pequeno no, escolhida por ser o primeiro local de implantação do referido programa, no município de Salvador. ... Serão utilizados 500 prontuários. "Por se tratar de um estudo de coorte histórica, as informações sobre exposição e desfecho foram aferidas no tempo passado, com os dados coletados por profissionais que não compõem o corpo técnico deste estudo. Os dados a serem analisados serão obtidos das fichas de anamnese clínica, preenchidas pelo profissional de saúde no momento da triagem inicial, e pelos dados das planilhas eletrônicas de informações do tratamento, ambas disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde."

**Critério de Inclusão:**

"...trabalhadores, inseridos no mercado de trabalho, formal ou informalmente, com idade economicamente ativa, superior a 18 anos, de ambos os sexos, que tenham participado das duas fases do programa."

**Critério de Exclusão:**

"...ausentar de qualquer sessão estruturada, que corresponde a fase inicial do programa ou que não tenha conseguido cessar com o hábito de fumar ao final da primeira fase."

#### **Objetivo da Pesquisa:**

GERAL

"Determinar a incidência da cessação e da recaída do tabagismo entre trabalhadores participantes do programa de controle de tabagismo no município de Salvador e identificar os fatores de riscos para esses fenômenos."

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

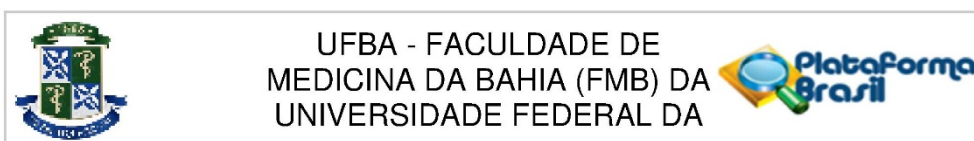
RISCOS

"Esta pesquisa será realizada por meio da análise de dados secundários, ou seja, da utilização de banco de informações existentes, (prontuários e planilhas eletrônicas), sendo os riscos, portanto, minimizados. A quebra da confidencialidade e sigilo das informações são os principais riscos envolvidos no estudo. Os pesquisadores se comprometem a cumprir a Resolução CNS 466/12, pactuando a garantia de confidencialidade dos dados analisados e sigilo das informações obtidas, preservando a identidade dos participantes envolvidos."

BENEFÍCIOS

"Os benefícios decorrentes do estudo (conhecimentos aprendidos), serão repassados posteriormente, à comunidade, o que poderá contribuir para o aprimoramento e reformulação das

<b>Endereço:</b> Largo do Terreiro de Jesus, s/n	<b>CEP:</b> 40.026-010
<b>Bairro:</b> PELOURINHO	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-5564	<b>Fax:</b> (71)3283-5567
	<b>Email:</b> cenfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.934.676

medidas de intervenção praticadas no programa de controle de tabagismo, desenvolvido no município de Salvador. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de divulgar os resultados obtidos, por meio de publicação em periódico científico e pelo envio de relatório final à Secretaria Municipal de Saúde, após a conclusão do estudo. Será agendado encontro com os participantes do programa, sujeitos da pesquisa, para publicar os dados advindos com o estudo. Acredita-se que as informações contribuirão para o aprimoramento do programa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma revisão de prontuários e bancos de dados de participantes que participaram do programa de controle de tabagismo. Bem argumentado. ético.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS - ADEQUADO

TERMO DE COMPROMISSO E DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE - ADEQUADO

FOLHA DE ROSTO - ADEQUADA

PROPÕE DISPENSA DO TCLE POR SE TRATAR DE DADOS SECUNDÁRIOS.

CRONOGRAMA - ADEQUADO

Orçamento: R\$198,00 ADEQUADO.

Contrapartida da instituição: microcomputador, armário para guardar material da pesquisa.

**Recomendações:**

NÃO HÁ

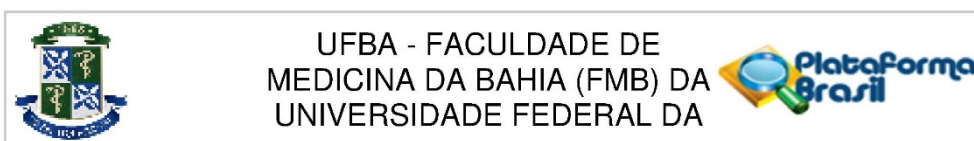
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

NÃO HÁ

**Considerações Finais a critério do CEP:**

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o

<b>Endereço:</b> Largo do Terreiro de Jesus, s/n	<b>CEP:</b> 40.026-010
<b>Bairro:</b> PELOURINHO	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-5564	<b>Fax:</b> (71)3283-5567
	<b>E-mail:</b> cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.934.676

aprovou (Res. 466/12 CNS/MS). No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_860262.pdf	01/02/2017 10:49:06		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.docx	01/02/2017 10:47:28	Fernando M Carvalho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_ana_cassia.jpg	01/02/2017 00:01:18	Fernando Martins Carvalho	Aceito
Outros	Carta_anuencia_SMS.jpg	01/02/2017 00:00:57	Fernando Martins Carvalho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_fmc.jpg	31/01/2017 23:57:45	Fernando Martins Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	31/01/2017 23:57:21	Fernando Martins Carvalho	Aceito

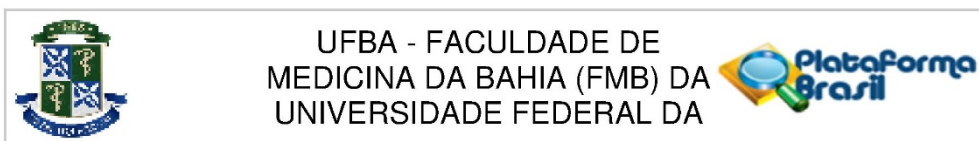
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.934.676

SALVADOR, 20 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Anexo2 – Modelo Planilha Eletrônica

PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO  
 PLANILHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO DO TABAGISMO

Número da CHES: \_\_\_\_\_ #REF!  
 Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ #REF!  
 Município: SALVADOR \_\_\_\_\_ UF: ( ) (A)  
 Coordenador (es) do Grupo: \_\_\_\_\_  
 Índice do Grupo: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Nome Completo do Paciente (NÃO UTILIZAR ABRUVIATURAS)	Cartão SUS	Sexo	Data de Nascimento	Exatidão no preenchimento da declaração	Data da primeira consulta registrada	Medicamentos utilizados por este paciente no tratamento para tabagismo, de acordo com a Portaria SASMS nº 442/04				Prescrição com algum medicamento? 1- Não 2- Sim	Situação do paciente nos serviços de saúde: 1- Fumante 2- Não fumante 3- Não informado	O paciente participou de alguma atividade de manutenção?	Consolidado de atendimento de Unidade de Saúde												
						Número	Número de Medicamento	Número de Pacientes	Resposta				N	S	D	E	T								
																		Nº de pacientes atendidos no período de participação em todas as Unidades de Saúde							

Observações:

Anexo 3 – Submissão do Artigo ao Jornal Brasileiro de Pneumologia



**Programa de Controle do Tabagismo em uma unidade  
básica de saúde**

Journal: *Jornal Brasileiro de Pneumologia*

Manuscript ID JBPNEU-2018-0316

Manuscript Type: Original Article

Keyword: tabagismo, abandono do tabagismo, fatores de risco