



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

ALINE LEITE DE OLIVEIRA COSTA

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABACO: FATORES
ASSOCIADOS AO RISCO DE ABANDONO DO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestra
em Saúde da Família

Orientador(a): Prof. Dr. João Marcos Bernardes
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima

**Botucatu
2021**

ALINE LEITE DE OLIVEIRA COSTA

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABACO: FATORES ASSOCIADOS AO
RISCO DE ABANDONO DO TRATAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade Estadual de medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. João Marcos Bernardes

Coorientação: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pereira Lima

BOTUCATU
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Costa, Aline Leite de Oliveira.

Programa de controle do tabaco : uma experiência de três anos
na Atenção Primária à Saúde / Aline Leite de Oliveira Costa. -
Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: João Marcos Bernardes

Coorientador: Maria Cristina Pereira Lima

Capes: 40600009

1. Atenção primária à saúde. 2. Tabagismo. 3. Abandono do uso
de tabaco. 4. Tratamento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Cessação; Tabagismo.

ALINE LEITE DE OLIVEIRA COSTA

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABACO: FATORES ASSOCIADOS AO
RISCO DE ABANDONO DO TRATAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Faculdade Estadual de
medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para a obtenção do
Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Marcos Bernardes – UNESP
Orientador

Prof.^a Dr.^a Karen Mendes Graner – UNIVALE
Examinadora

Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves – UNICAMP
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a cada pessoa que buscou o tratamento de cessação do tabaco, enfrentando medos, sensações ruins, desafiando suas dependências, mesmo que por um período curto do tempo. Vocês me ensinaram a ser uma médica melhor em cada encontro. Dedico às equipes de saúde e coordenadores, que permitiram e contribuíram para a criação de um espaço de atenção à saúde desses usuários. Em especial, dedico esta pesquisa a: Vande, Ana, Janaína, Tiara, Rafaela, Cristiane, Heloísa, Rafael, Nilton e Patrícia, que possibilitaram a continuidade do trabalho ano após ano, cada um no seu momento, sempre com vontade e respeito.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi desenvolvida ao longo de dois anos de muito aprendizado e mudanças de prioridades, vividos em período pré pandemia e longa pandemia. Por um tempo, fiquei na expectativa de melhora do cenário, para então focar na pesquisa, mas percebi que a única solução seria desenvolvê-la mesmo em meio ao caos.

Começo os agradecimentos me dirigindo à família, marido Felipe e filhas Heloísa e Letícia, que dividiram espaço e tempo, mesmo durante o confinamento, para que eu continuasse os trabalhos, demonstrando um tanto de ciúmes, porém amor acima de tudo. Meus pais, que mesmo antes da vacina, estavam de prontidão para me ajudar no que eu precisasse. Especialmente minha mãe, que dividiu comigo os formulários na árdua tarefa de planilhar dados. Obrigada pelo apoio que sempre me dão nas oportunidades de formação e crescimentos profissional e pessoal. Também como não ser grata à Carolina (Kaká), pelo carinho nas brincadeiras com as crianças.

Estendo os agradecimentos a todos os professores do PROFSAÚDE por tudo que aprendi e troquei com vocês neste período. Cada um de vocês foi inspirador a seu modo. Agradeço, em especial, aos orientadores João Marcos Bernardes e Maria Cristina Pereira Lima (Kika), por todo o apoio e disposição em me escutar durante a elaboração deste trabalho. Agradeço a paciência e a competência de vocês.

Não poderia deixar de agradecer aos colegas de turma, Patrícia, André, Natália, Fábio e Vandrêa, pela parceria, cumplicidade e todas as risadas tanto no período que nos reuníamos em Botucatu como nos encontros virtuais.

Gratidão a Deus, que expande nossa força interior e ilumina nossos caminhos.

RESUMO

Introdução: De acordo com a OMS, mais de oito milhões de pessoas morrem anualmente devido ao uso do tabaco. No Brasil, sua prevalência decresce na população geral, com o incentivo de políticas públicas, mas ainda é elevada em pessoas portadoras de Condições Crônicas não Transmissíveis (CCNT). A compreensão dos modelos de atenção e tratamento do tabagista é essencial para que as técnicas utilizadas possam ser aprimoradas, contribuindo com uma redução do abandono do tratamento. **Objetivos:** Identificar as características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos que buscaram o Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Campinas; estimar o percentual de abandono do tratamento e elencar os fatores associados a esse desfecho. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de coorte histórica, cujos dados foram obtidos em grupos de cessação de tabagismo, em duas UBS de Campinas (SP), segundo modelo proposto pelo PNCT, compreendidos entre janeiro de 2016 e dezembro de 2019. A pesquisa incluiu 276 participantes. Foram levantadas variáveis sociodemográficas, relativas às condições de saúde, relativas ao tabagismo e relativas à participação no programa. A análise exploratória foi feita através de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de frequências simples e percentuais para as variáveis categóricas. Além disso, foi estimado o índice de abandono do tratamento com intervalo de confiança ao nível de 95%. Foi ajustado um modelo de regressão múltipla de Cox para o risco de abandono no tratamento em função de variáveis significativas ($p < 0,20$) identificadas. Os *missings* foram imputados utilizando o método de *predictive mean matching* por meio da função *mice* no software R 4.0.3. Associações foram consideradas estatisticamente significativas no modelo de regressão múltipla se $p < 0,05$. **Resultados:** A média de idade foi de 50,7 anos; sendo 60% sexo feminino; 40,6% se declararam brancos e 29,7% não brancos; 42,8% com companheiro e 39,1% sem; 70,3% relataram ter filhos e 12,7% sem filhos; 2,2% de analfabetos, 41,7% ensino fundamental, 27,5% ensino médio e 8% nível superior; 0,7% responderam receber menos de um salário-mínimo, 11,6% entre um e dois salários e 5,8% acima de dois salários. 8% declararam trabalhar em setores administrativos, 18,1% em setor industrial, 25,7% em serviços, 12,3% outros setores e 35,9% não responderam; 43,5% são católicos e 31,5% referiram

outra religião, sendo que desses, 131 consideraram-se praticantes. O percentual de abandono do tratamento foi de 31% (IC 95%, 26% – 37%), equivalente a 87 indivíduos. Dentre as variáveis estudadas, hipertensão foi a única que estatisticamente se relacionou com o abandono do tratamento ($p = 0,030$), reduzindo-o. Conclusão: O perfil dos indivíduos que procurou o PNCT foi semelhante ao encontrado em outras pesquisas. Dentre as comorbidades avaliadas na análise estatística, notou-se que indivíduos não hipertensos apresentaram maior índice de abandono. São necessários outros estudos que avaliem fatores associados ao abandono do tratamento para o aprimoramento das estratégias de cuidado com o tabagista.

Palavras-chave: cessação de tabagismo; abandono de tratamento; estratégias de cuidado; análise estatística; hipertensão.

ABSTRACT

Introduction: According to the WHO (World Health Organization), more than 8 million people die, annually, from the use of tobacco. In Brazil, its prevalence among the overall population decreased as a result of public health policy adoption, although some prevalence persists among people with NTCC (Non-Transmissible Chronic Conditions). Comprehension of attention models and smoker treatment models is essential for devising techniques that contribute to reduce the number of treatment dropouts. **Objectives:** identify epidemiological and health aspects of smokers; estimate the dropout rates and list the facts associated with treatment dropout. **Methodology:** Historical cohort study on 276 smokers who were attended between 2016 and 2019. Sociodemographic variables, health conditions, forms of tobacco use and participation in the program were analysed relatively to smoking cessation. The analysis used the Cox regression model to model the risk of treatment abandonment as a function of the variables which presented significative associations to the number of dropouts ($p < 0.20$), as identified in a bivariate analysis. The missings were imputed using the “predictive mean matching” method through the mice function from the software R 4.0.3. Associations were considered statistically significant in the adjusted multiple regression model from the software SPSS 21 if $p < 0.05$. **Results:** The average age was of 50.8 years; mostly female (60%); 57.7% declared themselves white and 42.3% non-white; 52.2% with a partner and 47.8% without a partner; 84.7% have at least a child and 15.3% have no children; 2.7% are illiterate, 52.5% have primary school education, 34.7% have high school diplomas and 10.1% have a college degree; 4% receive less than the minimum wage; 64% receive between 1 to 2 minimum wages and 32% receive more than 2 minimum wages; 12.4% declare to work in administrative departments, 28.3% in the industrial sector, 40.1% in the services sector, 19.2% in other sectors; 58% are catholic and 42% declared to have another religion: among them, 62.4% consider themselves practitioners. The treatment abandonment rate was 31% (Trust Index 95%, 26% – 37%), equivalent to 87 individuals. Among the studied variables, hypertension was the only one that is statistically related to a reduction in treatment dropout ($p = 0.030$). **Conclusion:** The profile of individuals who sought the National Program for Tobacco Control was similar to the one found in other surveys. Among the evaluated comorbidities in the statistical analyses, it is

noted that the individuals who are not hypertense show the highest rates of abandonment. Further studies are needed to assess factors associated with treatment dropout in order to enhance caring strategies for smokers.

Keywords: smoking cessation; treatment abandonment; caring strategies; statistical analysis; hypertension.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Queda da prevalência de fumantes adultos e as Ações de Controle do Tabagismo.....	16
Ilustração 2 - Fluxograma dos fumantes que participaram do Programa de Controle do Tabagismo, UBS Ipaussurama e UBS São Cristóvão, Campinas (SP), 2016 a 2019.....	28
Ilustração 3 - Direcionamento do indivíduo quando abordado sobre o tratamento do tabagismo.....	29
Ilustração 4 - Proposta de cronograma para acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da população do estudo.....	38
Tabela 2 - Condições de saúde da população do estudo.....	40
Tabela 3 - Perfil relativo ao uso do tabaco na população do estudo.....	42
Tabela 4 - Perfil relativo à participação no PCT na população do estudo.....	43
Tabela 5 - Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos às variáveis sociodemográficas.....	44
Tabela 6 - Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos às condições de saúde.....	45
Tabela 7 - Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos ao uso do tabaco.....	45
Tabela 8 - Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos à participação no programa.....	46
Tabela 9 - Regressão múltipla de Risco Relativo com intervalos de confiança correspondentes.....	46

LISTA DE SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à saúde
CCNT	Condições Crônicas Não Transmissíveis
CS	Centro de saúde
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle do Tabaco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabaco
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de Estudo.....	26
4.2 Locais do Estudo.....	26
4.3 AMOSTRA	27
4.4 INTERVENÇÃO: O PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO	28
4.4.1 Reuniões propostas pelo Programa Nacional de Controle do Tabaco.....	29
4.4.2 Triagem.....	30
4.4.3 Terapêutica Farmacológica	31
4.4.4 Profissionais Envolvidos	31
4.5 PROCEDIMENTOS	32
4.5.1 Levantamento Bibliográfico	32
4.5.2 Avaliação do Projeto pelo Comitê de Ética	32
4.5.3 Obtenção dos Dados	32
4.5.4 Fichas.....	33
4.6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	33
4.6.1 Variáveis Explanatórias	33
4.6.2 Desfecho.....	34
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.8 ADAPTAÇÃO NO MODELO DE REUNIÃO	35
5 RESULTADOS	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	37
5.2 ABANDONO DO TRATAMENTO	44
7 CONCLUSÃO.....	50
ANEXO A – Fichas de primeira e segunda triagens, respectivamente	61

1 INTRODUÇÃO

Segundo levantamento de 2015, 11,5% das mortes em todo o mundo tiveram relação com o hábito de fumar, o que equivale a cerca de 6,4 milhões de pessoas, sendo que 52% desses óbitos aconteceram em apenas quatro países: China, Índia, Estados Unidos e Rússia (REITSMA *et al.*, 2017; BARTSCH *et al.*, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de oito milhões de pessoas morrem anualmente devido ao uso do tabaco. Esse número de mortes ainda não considera mortalidade por tabagismo passivo e causas secundárias ao impacto do tabagismo nas CCNT, que adicionam cerca de 1,2 milhões de mortes, anualmente (WARREN *et al.*, 2014; WHO, 2019). Desse modo, segundo a OMS, o tabagismo é a primeira causa de morte evitável no mundo.

As CCNT tornaram-se progressivamente mais prevalentes ao longo do último século, e representam hoje a maior carga de doença no Brasil e no mundo. Os agravos que integram esse grupo são as doenças cardiovasculares, as neoplasias, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas. Os principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento das CCNT são o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física. Dentre esses, o tabagismo destaca-se ao se relacionar com os quatro agravos, impactando significativamente nas principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade (BRASIL, 2015; SANTOS, M.; SANTOS, S.; CACCIA-BAVA, 2019).

Desse modo, o tabaco representa um grave problema para os sistemas nacionais de saúde, gerando altos custos individuais, sociais e econômicos. Dados de 2015 da OMS apresentam a Europa e a África como o maior (24%) e o menor (12,4%) percentual de tabaco fumado, respectivamente, já a América, em 2010, apresentou 18,7%. Em relação ao sexo, as maiores prevalências ocorrem na população masculina (WHO, 2003).

Apesar de todo o conhecimento acumulado acerca dos malefícios impostos pelo tabagismo, investimentos de capital estrangeiro estimulam o crescimento do mercado mundial dos produtos de tabaco, principalmente nos países em desenvolvimento, devido ao processo de globalização da economia, o que representa uma forte ameaça à saúde pública desses países (HALAS,

2015). A OMS estima que, se o movimento de incentivo ao consumo se mantiver nos próximos 30 anos, a epidemia do tabaco será responsável por 10 milhões de morte por ano, sendo 70% delas em países em desenvolvimento (WHO, 2015).

Dessa forma, os esforços para o controle do tabagismo devem ser contínuos e exigem rígidas estratégias governamentais. O estudo *Global Burden of Disease*, publicado em 2015, evidencia diminuição no número de homens tabagistas, em 7 dentre os 10 países com as maiores taxas de tabagismo do mundo. O Brasil entra nesse estudo com queda na prevalência para o sexo masculino e feminino de 56,5% e 55,8%, respectivamente (REITSMA *et al.*, 2017).

Embora o consumo de tabaco no Brasil esteja em gradual redução desde o final do século vinte, um estudo recentemente publicado demonstrou que este permanece elevado entre pessoas com multimorbidades e alto risco cardiovascular (BANHATO *et al.*, 2020). O que demonstra a necessidade de se continuar avançando nesse sentido, uma vez que o incentivo à cessação do uso do tabaco tende a beneficiar os perfis clínicos dos usuários, tanto para os que conquistam a abstinência, quanto aqueles que consigam uma redução no consumo, com redução das descompensações e consequentemente das internações (GALIL; CUPERTINO; BANHATO, 2016).

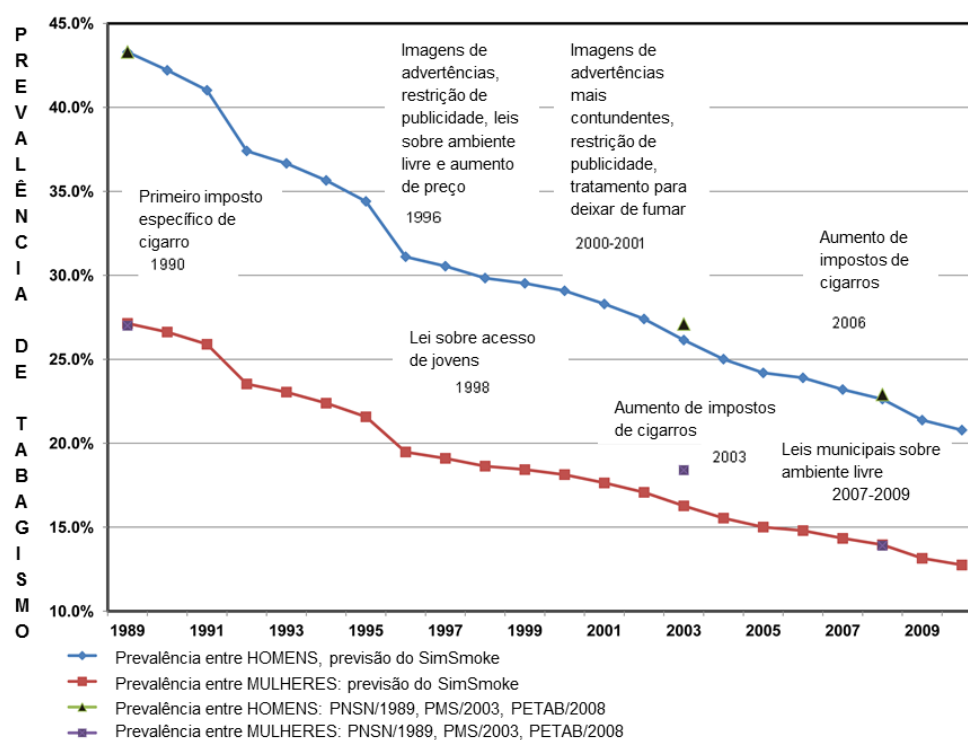
Como afirmado anteriormente, no Brasil, a prevalência do tabagismo decresce desde o final do século passado. Essa redução se deu a partir de decisões políticas nacionais para o controle do tabaco entre os anos de 1986 e 2016 (INCA, 2009), sendo que em 2003, o país aparece como destaque na Convenção Quadro de Controle do Tabaco (*Framework Convention on Tobacco Control* – FCTC), estabelecida pela OMS, juntamente com mais 162 países. O documento elaborado nesse pacto representa o reconhecimento do problema da expansão mundial do tabaco para a saúde (BRASIL, 2015; BARRETO, 2018)

No início deste período, o Brasil foi pioneiro em consolidar estratégias regulamentares, de ordens governamental e civil, que contribuíram para as negociações da Convenção Quadro de Controle do Tabaco, em 2003 (WHO-2003). O objetivo da convenção permanece em construção com a regulamentação de pesquisas e políticas públicas em diversos países visando à

redução da epidemia do tabaco no mundo. Juntamente com o Brasil, outros 167 países assinaram o documento. A representatividade nacional conta com a parceria entre Instituto Nacional do Câncer e a Secretaria de Vigilância em Saúde (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018).

O evidente declínio do tabagismo no Brasil decorre de ações reguladoras intersetoriais, incluindo decretos na Lei nº 12.546/11 (Brasil, 2011), visando reduzir a imagem “atrativa” do cigarro. Dentre elas destacam-se a proibição de publicidade, o aumento de impostos sobre produtos relacionados ao tabaco do Decreto nº 8.656/16 (BRASIL, 2016), impressão de gravuras explícitas sobre os agravos do tabaco na parte frontal dos maços da Resolução da Diretoria Colegiada nº 194/17 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017), legislação relativa à manutenção dos ambientes livres de tabaco do Decreto nº 8.262/14 (BRASIL, 2014) e o desenvolvimento de programas para sua cessação (BRASIL, 2015; BARRETO, 2018; BRASIL, 2011, Art.49).

Figura 1 – Queda da prevalência de fumantes adultos e as Ações de Controle do Tabagismo



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021.

Para além das iniciativas governamentais antitabágicas no âmbito da coletividade, com promoção de saúde de ordem populacional (CHOR, FAERSTEIN; 2000), o Ministério da Saúde realizou parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para organizar o material do PNCT, com abordagem individual. O programa objetiva reduzir a prevalência de fumantes utilizando-se de três diretrizes (SANTOS, J. *et al*, 2012.). A primeira delas refere-se a uma abordagem inicial breve, que objetiva saber se o indivíduo está motivado a tratar o hábito. A segunda incumbe-se de um convite a esse usuário para participar de grupos de terapia cognitivo-comportamental, com duração de no mínimo quatro reuniões, para que então, passe à terceira diretriz, que trata da terapia medicamentosa indicada conforme avaliação individual em consulta médica (SANTOS, J. D. P. *et al*, 2012.; CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2008; BARTSCH *et al.*, 2016; SANTOS, M.; SANTOS, S.; CACCIA-BAVA, 2019).

Embora haja sucesso nas ações coletivas de controle do tabaco, o olhar para o indivíduo que busca apoio para livrar-se das dependências ainda requer alinhamentos. Dados recentes mostram que, entre os tabagistas que tentam parar de fumar (aproximadamente metade do total de tabagistas), apenas uma minoria recebe aconselhamento de um profissional de saúde sobre como parar e uma parte ainda menor recebe acompanhamento adequado para este fim na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2014; CARRAPATO; CORREA; GARCIA, 2017).

Estudos nacionais e internacionais apontam para a necessidade de aprimorar os profissionais da APS quanto à condução de intervenções que visam a cessação do tabagismo (SANTOS, J. *et al.*, 2012; BARTSCH *et al.*, 2016). Leppänen, Ekblad e Tomson (2019) encontraram falta de conhecimento sobre o tema, bem como de recursos e motivação dos trabalhadores dos serviços de APS, além de dificuldade em introduzir essa abordagem na rotina do cuidado. Essas barreiras dificultam o aconselhamento e tratamento do tabagismo neste nível de atenção à saúde (LEPPÄNEN; EKBLAD; TOMSON, 2019; SANTOS, M.; SANTOS, S.; CACCIA-BAVA, 2019; BANHATO *et al.*, 2020). Portanto, o desenvolvimento de habilidades de abordagem ao tabagista na APS é de fundamental importância, tendo em vista que a APS desenvolve não só ações coletivas para lidar com estratégias de manutenção da saúde, mas também,

ações individuais, através de um modelo de saúde centrado na pessoa, que preserva a autonomia do indivíduo, conforme preconizado como uma diretriz da APS na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BAZOTTI *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Além de vencer barreiras na estratégia de oferta do cuidado, é importante compreender os fatores que se relacionam ao sucesso e ao insucesso do processo de tratamento, bem como taxas de abandono deste. Estudos apontam para uma taxa de insucesso elevada nas tentativas de cessação (GREENHALGH; BAYLY; WINSTANLEY, 2016; JESUS *et al.*, 2016; CHAITON *et al.*, 2016; WITTKOWSKI; DIAS 2017).

Essa dificuldade se dá por fatores relacionados à dependência química da nicotina, mas também a fatores comportamentais, sociais, cognitivos e fisiológicos associados ao uso da substância (AZEVEDO, FERNANDES; 2011; JESUS *et al.*, 2016; PEREIRA; ASSIS; GOMES, 2020). Quanto maior a vulnerabilidade social mais difícil obter sucesso no tratamento do tabagismo, pois os desafios a serem enfrentados no contexto das relações sociais são maiores e o tabagista percebe o ato de fumar como um suporte para controlar o estresse cotidiano (YANG *et al.*, 2015).

Provavelmente, o sintoma de abstinência de nicotina, que associa o efeito da substância no cérebro com aspectos farmacológicos e comportamentais determinantes para a dependência, seja fortemente responsável pela dificuldade do tabagista em manter-se abstinente (AZEVEDO, FERNANDES; 2011; MEIER, VANNUCHI, SECCO; 2011; PEREIRA; ASSIS; GOMES, 2020). Estudos apontam uma lacuna entre a necessidade de reduzir o consumo de tabaco e os meios existentes para se atingir essa meta (RAFFUL, GARCÍA-RODRÍGUEZ; WANG, 2013; JESUS *et al.*, 2016). Greenhalgh, Bayly e Winstanley (2016) mostram a necessidade de reduzir as expectativas clínicas de altas taxas de sucesso na cessação do tabaco, pois suas evidências sugerem que o número médio de tentativas seja superior a trinta até que se obtenha a abstinência duradoura (GREENHALGH; BAYLY; WINSTANLEY, 2016).

Parte dessa lacuna engloba a compreensão de conceitos como aderência e abandono do tratamento, e seus fatores associados (CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2014). A análise desses marcadores possibilita o

aprimoramento das estratégias utilizadas, bem como a possibilidade de direcionamento do cuidado conforme as características associadas a determinados grupos. Castaldelli-Maia *et al.* (2014) e Nascimento, Silva e Nascimento (2016) apontam para a relevância de pesquisas que identifiquem os fatores associados ao abandono do tratamento ou à recaída são relevantes para um aprimoramento das estratégias de cessação (NASCIMENTO, SILVA, NASCIMENTO; 2016).

Lopes *et al.* (2014), propõem que o PNCT integre fatores que aumentem as taxas de sucesso, mas para isso, é imprescindível compreender as razões de abandono do tratamento, pois a efetividade do programa depende de uma adaptação da intervenção mediante características de determinado público-alvo. Tanto as estratégias de divulgação e recrutamento, como as metodologias de abordagem podem variar por fatores sociodemográficos, condições de saúde, até mesmo formas de consumo do tabaco (LOPES *et al.*, 2014).

O processo de tratamento, proposto pelo PNCT, baseia-se na abordagem de três dependências (química, psicológica e comportamental) que devem ser conhecidas e percebidas pelos participantes, para que estes desenvolvam as estratégias necessárias e consigam passar pelos momentos de maior dificuldade. Além disso, os profissionais devem atentar-se ao uso correto das medicações para aumentar as taxas de sucesso (HOLLANDS *et al.*, 2019).

A dependência química compreende o mecanismo da nicotina nos receptores nicotínicosacetilcolínicos, localizados nas regiões periféricas e centrais do cérebro. Essa ligação libera uma série de neurotransmissores e neuro reguladores, como serotonina e, principalmente, a dopamina, responsável pela sensação de prazer e satisfação (GIGLIOTTI, 2014).

A dependência psicológica, por sua vez, caracteriza-se pela indispensabilidade em se acender um cigarro na tentativa de minimizar tensões, angústias, quadros ansiosos ou depressivos (INCA, 2014). Por esse motivo, a cessação do tabagismo pode assemelhar-se a um processo de luto observado em muitas pessoas nas fases iniciais do tratamento.

Já a dependência do hábito ou comportamental representa as combinações que foram construídas pelo fumante entre situações corriqueiras em sua rotina diária e o consumo do cigarro, de forma a condicionar-se: fumar

após café, cigarro como sobremesa, ao assistir televisão, junto com bebidas alcoólicas ou em momento de descanso (BRASIL, 2015).

O conhecimento sobre as dependências, proporciona ao profissional de saúde, a capacidade de mediar o grupo e treinar o tabagista no enfrentamento de cada uma delas, visando não só a interrupção do tabaco, mas também a prevenção de lapsos e recaídas. A avaliação do hábito de fumar de cada indivíduo, bem como das características de personalidade e das situações de saúde, indicam a necessidade ou não de ajuda medicamentosa (GIGLIOTTI; LEMOS, 2012). Estudos de meta-análise comprovaram que a associação da abordagem motivacional com o uso de medicamentos aumenta significativamente as taxas de cessação do tabagismo (AMB, 2013; STEAD *et al.*, 2016; SANTOS, M.; SANTOS, S.; CACCIA-BAVA, 2019).

Diante da complexidade do combate ao tabagismo, diferentes formas de abordagem são relatadas e estudadas na literatura a fim de concluir qual a mais eficaz. Dentre elas, a entrevista motivacional, definida como a identificação de razões pessoais que incentivem as tentativas de abstinência (EAGLE *et al.*, 2019), apresenta bons resultados, sendo quase unânime nas revisões científicas (STEAD *et al.*, 2016; BARTSCH *et al.*, 2016). A entrevista motivacional é semelhante ao método clínico centrado na pessoa, utilizado por profissionais na APS, sendo o paciente protagonista da busca pela mudança de estilo de vida (MILLER; ROLLNICK, 2012).

Essa técnica pode ser aplicada de forma breve, com duração entre três e cinco minutos, ou intensiva com duração de 90 minutos e tratando apenas a questão do tabaco com pouco enfoque nas outras mudanças de estilo de vida. Já foi demonstrado que quanto maior o tempo de abordagem, maior a taxa de sucesso na abstinência (SANTOS, M.; SANTOS, S. ; CACCIA-BAVA, 2019; AMB, 2013; STEAD; CARROLL; LANCASTER, 2017).

A abordagem realizada em grupos terapêuticos possibilita interações entre os usuários do serviço, proporcionando troca de experiências, fortalecimento das motivações em cessar o hábito e apoio mútuo (CODERN-BOVÉ *et al.*, 2014; BRASIL, 2015). Além disso, o tratamento de um número maior de pessoas em um mesmo espaço de tempo e com quantidade inferior de

funcionários para este fim, é mais viável para as equipes das Unidades Básicas de Saúde (AMB, 2013).

O tratamento medicamentoso assume uma função importante no processo de cessação do tabagismo (STEAD *et al.*, 2016; HOLLANDS *et al.*, 2019), pois reduz os sintomas da síndrome de abstinência de nicotina, o que incentiva a abordagem do tabagista. O tratamento da dependência química é fundamentado com a técnica de abordagem cognitivo-comportamental, definida como um método de intervenção focado na mudança de pensamentos a respeito da substância e seu uso. Sendo assim, os indivíduos conquistam o empoderamento que os levam a lidar com situações cotidianas sem fumar. Dessa forma, a medicação contribui com a abordagem motivacional na fase em que os fumantes mais sofrem com sintomas de abstinência. Entretanto, para que o desfecho seja satisfatório, o uso da medicação não deve ocorrer de forma desvinculada do processo de apoio comportamental (AMB, 2013; SANTOS, M.; SANTOS, S.; CACCIA-BAVA, 2019).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as medicações disponibilizadas para o tratamento do tabagista são de exclusividade do PNCT. A equipe de saúde deve realizar cadastro no programa assim que os integrantes finalizarem o curso de capacitação ministrado por profissionais habilitados pelo INCA ou Instituições autorizadas. Os medicamentos são: adesivo transdérmico de nicotina de 7mg, 14mg e 21mg; Goma de mascar de nicotina 2mg; Cloridrato de Bupropiona Comprimido 150mg e Nortriptilina 25mg (AMB, 2013; BRASIL, 2015). A utilização da terapia de reposição de nicotina, sendo com adesivo ou goma de mascar, é indicada conforme resultado médio ou alto no escore de *Fagerström*, que avalia o grau de dependência química. O teste de tolerância nicotínica, ou teste de tolerância de Fagerstrom, data de 1974, sendo validado em 1978, pelo médico dinamarquês Karl-Olov Fagerström (HEATHERTON *et al.*, 1991; HALTY *et al.*, 2002).

O teste é de fácil aplicação, substituindo técnicas invasivas com biomarcadores (HEATHERTON *et al.*, 1991) por uma conversa com o tabagista, e contribui na decisão de medicar ou não com terapia de reposição nicotínica. Em caso de pontuação acima de seis, o indivíduo tem maior chance de se sentir

desconfortável durante a abstinência da nicotina, o que reduz as chances de sucesso no tratamento (REICHERT *et al.*, 2008).

A literatura apresenta evidências de que a associação de dois fármacos aumenta significativamente as chances de sucesso no tratamento. Dentre os fármacos mais estudados e utilizados estão: Bupropiona, Vareniclina e Terapia de Reposição de Nicotina. A Nortriptilina também é avaliada em muitos estudos. As principais formas de se repor nicotina são: adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilhas (REICHERT *et al.*, 2008; THOMAS *et al.*, 2017). A prescrição de fármacos no tratamento deve ser bem avaliada por profissionais médicos treinados, com avaliação de risco-benefício, conhecendo as contraindicações absolutas e relativas de cada droga. Nesse processo, a longitudinalidade do cuidado garante a percepção de potenciais efeitos colaterais, o que possibilita o manejo medicamentoso adequado ou mesmo a desprescrição.

Nesse sentido, formas de aprimorar o tratamento ofertado pela Atenção Primária ganham relevância de pesquisa, possibilitando novas estratégias de abordagem que reduzam as taxas de abandono do tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo está entre os principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento das Condições Crônicas não Transmissíveis, sendo, de suma importância, a avaliação da adesão ao modelo de tratamento de cessação do tabaco realizado na Atenção Primária. O Brasil é pioneiro na luta contra o tabaco, entretanto, pouco aparece nas pesquisas relacionadas ao tema. Além disso, a escassez de estudos relacionados ao tratamento do tabagismo na APS justifica a importância do presente estudo.

O tratamento do tabagismo é mais um exemplo de expressão da Integralidade em saúde, pois exige medidas de promoção, através do estímulo de hábitos saudáveis; prevenção, através de políticas públicas; tratamento ofertado e reabilitação, com o manejo das complicações. Portanto, o Sistema Único de Saúde, sob seus princípios e diretrizes, deve estar preparado para disseminar a oferta de cuidado capacitado ao paciente tabagista. Nesse sentido, este estudo trará informações importantes sobre adaptações do modelo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde, através do PNCT, bem como, a adesão a essa intervenção.

Os artigos 14.1 e 14.2 da Convenção Quadro da OMS (WHO, 2003) preveem divulgação de diretrizes, baseadas em evidências científicas, com a finalidade de promover o abandono do consumo do tabaco, bem como o tratamento adequado à sua dependência. Selam compromisso com a oferta de “programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco”, bem como, a implantação de temas que abordem diagnóstico e tratamento do tabagismo em programas nacionais de saúde e educação (WHO, 2003, p. 41). No Brasil, ainda temos poucas informações a respeito desses dados publicados na literatura, apesar de o país ser destaque nos percentuais de redução (SANTOS, J. *et al*, 2012; VELOSO *et al.*, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2015; NASCIMENTO; SILVA; NASCIMENTO, 2016; WITTKOWSKI; DIAS, 2017). Portanto, esse estudo apresenta uma parte do trabalho disseminado pelo Programa Nacional de Cessação do Tabaco / Ministério da Saúde rumo às metas estabelecidas pelo acordo mundial.

O trabalho direto com os usuários em dois grupos de cessação de tabaco, no município de Campinas, serviu de incentivo para a elaboração dessa

pesquisa. Trata-se de uma intervenção de três anos atuando em equipe multiprofissional em dois Centros de Saúde, com registros que, até o presente estudo, não tinham sido analisados cientificamente. O retorno positivo dos usuários do programa impulsionou o levantamento dessas informações, além da gratidão e do afeto trocados entre os frequentadores, na batalha contra esse agravo.

3 OBJETIVOS

Tendo em vista o contexto apresentado anteriormente, a presente pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a experiência de atendimento em grupo de Cessação de Tabagismo.

Os objetivos específicos são: (1) apresentar o modelo de grupo adaptado em relação ao proposto pelo Ministério da Saúde/INCA nos grupos estudados; (2) estimar o percentual de abandono desse programa; (3) identificar aspectos do perfil epidemiológico dos tabagistas que buscaram um programa de cessação do tabagismo oferecido por duas Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas (SP); (4) elencar os fatores associados ao abandono do tratamento.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, tipo coorte histórica que avalia o índice de abandono do tratamento de tabaco e seus fatores associados, dentre indivíduos que buscaram um programa de cessação do tabagismo oferecido por duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campinas (SP), durante o período compreendido entre janeiro de 2016 e dezembro de 2019.

4.2 Locais do Estudo

O estudo foi realizado em duas unidades de saúde localizadas em regiões distintas no município de Campinas, as quais recebem a denominação de distritos de saúde, com administrações descentralizadas conforme densidade demográfica. O Centro de Saúde São Cristóvão, pertencente ao distrito sudoeste, que atende uma população estimada de 21.000 usuários e o Centro de Saúde Ipaussurama, na região noroeste, que atende população estimada de 14.000 usuários. As duas unidades apresentam características populacionais e socioeconômicas semelhantes, mas vinculam-se a distritos distintos devido à localização. Ambas são regiões periféricas no município.

Segundo dados do IBGE (2019), o município de Campinas apresenta uma população estimada de 1.204.073 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,86 e expectativa de vida de 72,22 anos. Campinas tem melhorado todos os índices avaliados no IDH, porém houve muito pouco avanço na distribuição de renda, como aponta o índice de GINI. A variação de 0,55 para 0,52 representa uma pequena melhora no que se refere à desigualdade social que é muito presente na região (IBGE, 2019).

O tratamento de tabagismo é ofertado por 34 serviços da rede de atenção à saúde, sendo 33 UBS e o ambulatório da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Cabe destacar que o município possui um total de 67 UBS.

As UBS nas quais foram obtidos os dados foram selecionadas por conveniência, conforme atividades de trabalho da pesquisadora: Centro de Saúde São Cristóvão, como médica assistente do serviço entre 2013 e 2019, Centro de Saúde Ipaussurama, como docente de curso de graduação em

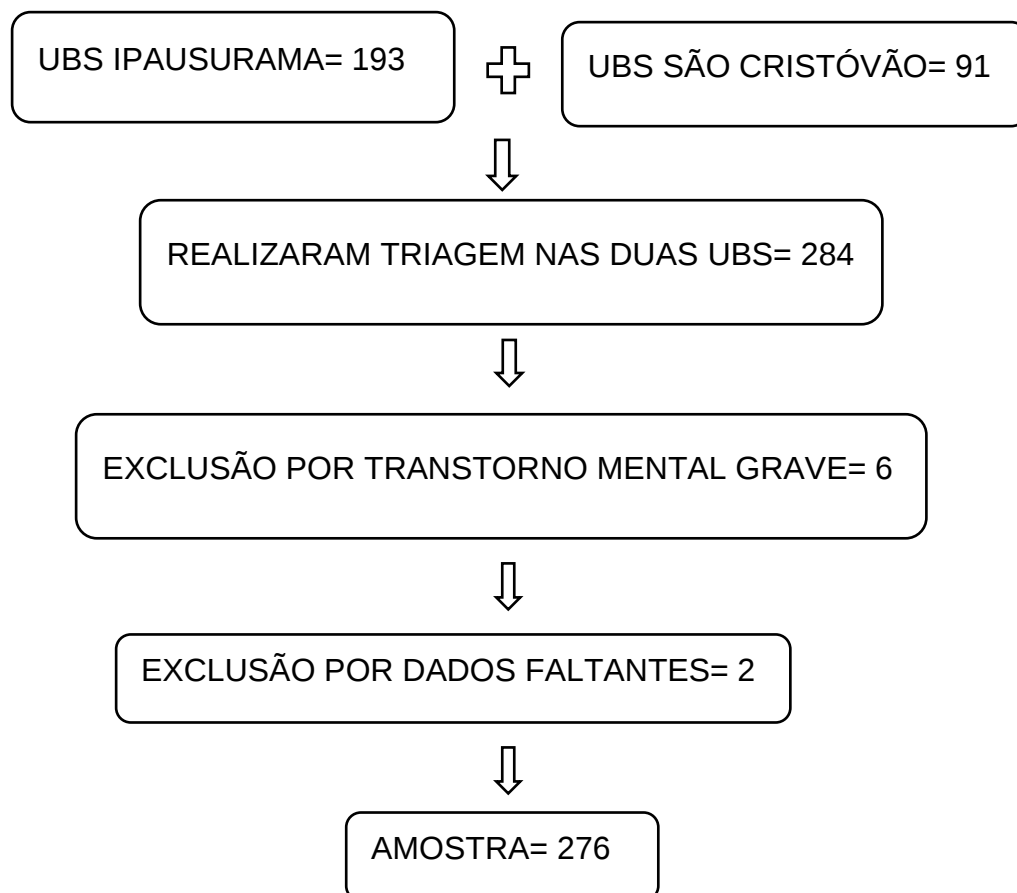
medicina de Campinas, atuando junto a estudantes do nono período da graduação, também iniciado em 2013 até a data atual.

O programa de cessação do tabagismo é ofertado para a população geral, independentemente do território adscrito. Não há necessidade de agendamento prévio ou inscrição. Os pacientes interessados conseguem se informar sobre as atividades via contato telefônico através do número 156, da secretaria de saúde do município, através de divulgações em faixas pelas unidades, além de convites pelos profissionais de saúde ou, até mesmo, via comunicação popular realizada na própria comunidade.

4.3 AMOSTRA

Foram incluídos no estudo uma amostra dos tabagistas que realizaram as duas triagens, ou seja, concluíram as quatro reuniões motivacionais. A amostra representou 276 indivíduos de um total de 284 participantes (193 referentes ao Centro de Saúde Ipaussurama e 91 referentes ao Centro de Saúde São Cristóvão). Foram excluídos do estudo seis usuários com transtornos mentais graves, pois nesses casos o objetivo do tratamento é a redução de danos e não a abstinência do tabaco. Dois participantes apresentavam dados bastante incompletos e com ausência de desfecho, portanto também foram excluídos.

Figura 2 - Fluxograma dos fumantes que participaram do Programa de Controle do Tabagismo, UBS Ipaussurama e UBS São Cristóvão, Campinas (SP), 2016 a 2019

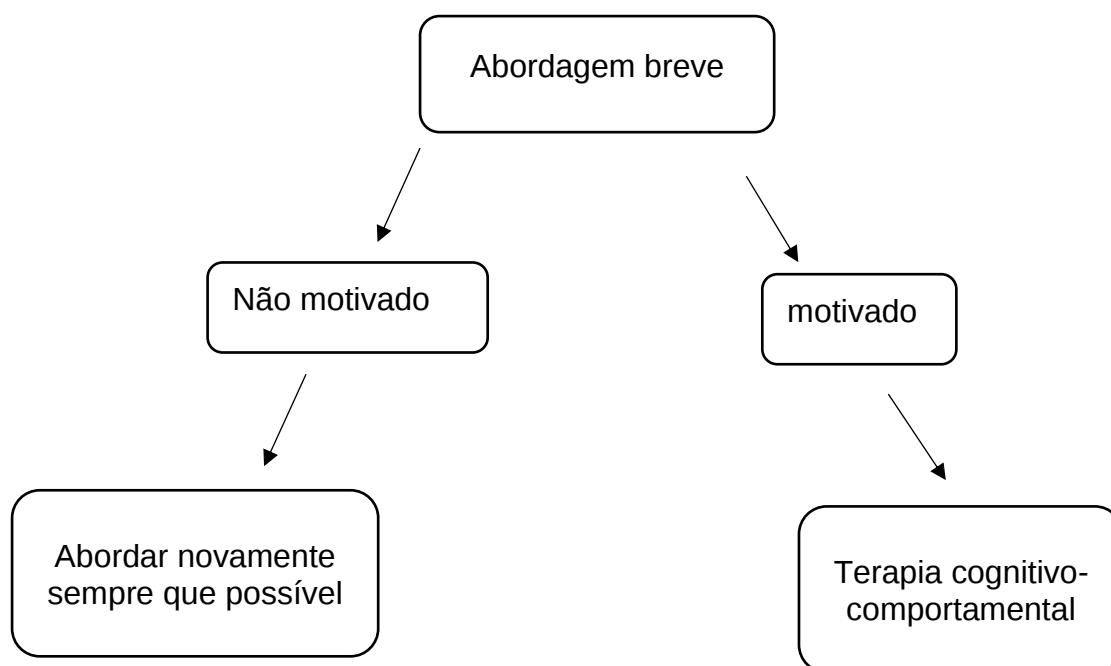


Fonte: Elaboração própria

4.4 INTERVENÇÃO: O PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

O início da intervenção se dá pela abordagem inicial breve, que objetiva saber se o paciente está motivado a tratar o hábito. Esse primeiro contato pode ser realizado por qualquer profissional da UBS, em momentos de consultas agendadas ou em demandas espontâneas, até mesmo em contatos informais com o usuário em ambientes do território. Essa abordagem deve sempre ser realizada e repetida, se necessário, com o intuito de ofertar o cuidado e estimular o interesse. A partir dessa intenção de cessação, a pessoa é convidada a participar de grupos de terapia cognitivo-comportamental, para que, então, passe à terceira etapa que se trata da terapia medicamentosa indicada conforme avaliação individual em consulta médica.

Figura 3 - Direcionamento do indivíduo quando abordado sobre o tratamento do tabagismo.



Fonte: Elaboração própria

4.4.1 Reuniões propostas pelo Programa Nacional de Controle do Tabaco

O PNCT apresenta propostas para as primeiras quatro reuniões, no sentido de direcionar o profissional nos seguintes temas: “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde” (primeira sessão); “Os primeiros dias sem fumar” (segunda sessão); “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar” (terceira sessão); e “Benefícios obtidos após parar de fumar” (quarta sessão).

Durante o primeiro mês, as reuniões ocorrem com frequência semanal com o objetivo principal de motivar o indivíduo que busca o tratamento a planejar sua data de parada. Assim que essa data for definida, o indivíduo passa a frequentar as reuniões com outros membros que estão nessa mesma fase de tratamento, medicamentoso ou não, já em processo de abstinência. Nesse momento em diante, o propósito do grupo é fortalecer as estratégias de abstinência e prevenção de recaídas. A Figura 2 apresenta maiores detalhes acerca dos encontros propostos pelo PNCT.

Figura 4 - Proposta de cronograma para acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo

4 sessões estruturadas	7 dias
1º encontro de seguimento	15 dias
2º encontro de seguimento	30 dias
3º encontro de seguimento	60 dias
4º encontro de seguimento	90 dias
5º encontro de seguimento	180 dias
6º encontro de seguimento	12 meses

Fonte: BRASIL, Caderno de Atenção Básica 40, p. 65 (modificado)

O Caderno de Atenção Básica considera esse cronograma uma proposta para acompanhamento tanto individual quanto em grupo. Além disso, evidencia a possibilidade de adaptações conforme realidades e recursos do local onde o programa está sendo instituído (BRASIL, 2015).

4.4.2 Triagem

Na primeira triagem são obtidos dados de identificação, tempo de uso do tabaco, quantidade de vezes que tentou cessar o hábito, recursos já utilizados e é aplicada, ainda, a escala de *Fagerström*. Essa parte da avaliação pode ser realizada por profissionais da saúde em geral, não se restringindo aos médicos.

Logo em seguida é realizada a segunda triagem, realizada por profissional médico. Trata-se de uma avaliação das condições de saúde do tabagista, para que a terapia farmacológica seja prescrita, seguida de orientações de uso e efeitos colaterais, de forma a esclarecer e preparar o usuário para o enfrentamento da cessação.

Caso o indivíduo tenha recaídas no uso da substância, é realizada uma nova avaliação, com agendamento de nova data de parada conforme grau de motivação pessoal. Considera-se recaída, o retorno ao consumo habitual do tabaco, sendo que, nesses casos, tenta-se marcar uma nova data de parada. Já no caso de lapso, que é o consumo esporádico do cigarro seguido de

abstinência, mantém-se o tratamento com estratégias motivacionais de enfrentamento ou manejo medicamentoso.

4.4.3 Terapêutica Farmacológica

Conforme informações coletadas nas triagens, além da percepção da fala dos usuários durante as sessões motivacionais, o profissional médico define qual a associação farmacológica a ser utilizada: terapia de reposição de nicotina (TRN) com adesivo, TRN com adesivo e bupropiona, TRN com adesivo e nortriptilina ou, mesmo, a não associação farmacológica. Essa decisão é compartilhada com o paciente e reavaliada semanalmente, podendo, se necessário, ser alterada. A farmacologia pode variar nas dosagens, como é o caso da TRN (21mg, 14mg e 7mg). A TRN com goma de mascar é prescrita em casos de períodos de sintomas de abstinência importantes ou ao desejo imperativo de consumo bem definidos e de difícil controle com o adesivo (BRASIL, 2015).

4.4.4 Profissionais Envolvidos

A equipe é composta por agente comunitário de saúde, psicóloga, farmacêutico, terapeuta ocupacional e médico de família e comunidade, sendo que, em cada reunião há sempre a presença de um profissional médico e um dos demais profissionais, a fim de aumentar a adesão ao tratamento (AMB, 2013). No grupo do Centro de Saúde Ipaussurama, a atividade conta com a participação de estudantes do quinto ano de graduação em medicina, o que representa mais uma maneira de se divulgar o tratamento e as formas de abordagem do tabagista. Os alunos participam por cinco semanas, quando então, mudam de estágio em forma de rodízios. Conforme relatos dos estudantes, esse estágio é o único momento de aprendizagem sobre abordagem e tratamento do tabagismo ao longo de toda a graduação.

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Levantamento Bibliográfico

Para a elaboração desta pesquisa, foi realizado um extenso levantamento bibliográfico sobre o tema, considerando os riscos do tabagismo e as estratégias de abordagem das pessoas dependentes de nicotina. A pesquisa enfatizou artigos que tratam da temática das tentativas de cessação na APS, em grupos motivacionais, com recorte nas dificuldades do processo e consequente abandono do tratamento. Os descritores usados foram: Tabaco, Atenção Primária, Controle de Tabaco, Cessação/Abandono e Dificuldades/Insucesso combinados a operadores booleanos; em língua inglesa e portuguesa nos campos de busca avançada.

4.5.2 Avaliação do Projeto pelo Comitê de Ética

O projeto de pesquisa passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sendo aprovado sob o número CAAE 37730820.9.0000.5411.

Trata-se de estudo baseado no levantamento de dados secundários coletados ao longo dos atendimentos e registrados em fichas de avaliação, seguindo todos os princípios da Bioética: Beneficência, não Maleficência, Justiça, Equidade, Autonomia e Sigilo.

4.5.3 Obtenção dos Dados

Os dados foram obtidos durante as atividades dos grupos envolvidos e estão arquivados nas fichas de triagem, bem como em livro ata registrado durante as sessões, com informações de tratamento e tempo de abstinência, bem como as respectivas datas em que essas informações foram coletadas.

Os dados obtidos nas fichas de triagem foram inseridos no programa Excel®, distribuídos em quarenta e nove variáveis com opções de respostas numéricas. Destas, treze investigam características socioeconômicas, quatro identificam características pertinentes à participação no grupo, vinte e uma estão relacionadas à saúde do participante, oito apresentam o perfil de uso do tabaco e três estão relacionadas ao tratamento proposto na triagem.

4.5.4 Fichas

As fichas das triagens (Anexo A) foram produzidas pela equipe do Centro de Saúde Ipaussurama em 2011, quando o programa de cessação do tabagismo iniciou. A equipe idealizou o material como forma de padronizar a coleta das informações e qualificar os atendimentos. Dados de identificação, dados de perfil do usuário, informações sobre o tempo de uso do tabaco bem como tentativas de parada e recursos utilizados foram agrupadas na primeira página. O escore de *Fagerström* também é aplicado na primeira triagem. A segunda página agrupa informações de saúde, com ênfase nas comorbidades que possam contraindicar os fármacos utilizados; exame físico, realizado no momento da segunda triagem e a conduta médica a ser seguida, com agendamento de uma data de cessação, a ser definida juntamente com o usuário.

4.6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.6.1 Variáveis Explanatórias

Tendo em vista a quantidade de variáveis optou-se por agrupar algumas categorias durante a construção da planilha e separar as variáveis, conforme suas características, em quatro grupos: I) sociodemográficas, II) relativas às condições de saúde, III) relativas ao tabagismo e IV) relativas à participação no programa.

I) Variáveis sociodemográficas: idade (numérica), gênero (masculino e feminino), etnia (branco e não branco), estado civil (com e sem companheiro), filhos (sim e não), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), renda (menor que um salário mínimo, entre um e dois salários mínimos e maior que dois salários mínimos), atividade (setor administrativo, industrial, serviços e outros), naturalidade (estado de São Paulo e outro estado), religião (católico e outras) e praticante (sim e não).

II) Variáveis relativas às condições de saúde: Uso de álcool (sim e não), arritmias cardíacas (sim e não), cardiopatias isquêmicas (sim e não), hipertensão arterial sistêmica (sim e não), acidente vascular cerebral (sim e não), pneumopatias (sim e não), glaucoma (sim e não), retenção urinária (sim e não),

tireoidopatias (sim e não), crises convulsivas (sim e não), distúrbios alimentares (sim e não), diagnóstico psiquiátrico (sim e não), uso de medicações (sim e não), uso de substâncias psicoativas (sim e não), peso (numérico em quilogramas), estatura (numérico em metros), índice de massa corporal (numérico em kg/m²) e uso de antidepressivos (sim e não).

III) Variáveis relativas ao tabagismo: Tempo de tabaco (até trinta anos ou mais que trinta anos), idade de início do uso de tabaco (menor de doze anos, entre doze e dezoito anos e maior ou igual a dezoito anos), maior motivação para cessar (saúde ou outra), tentativa de parada anterior (sim ou não), teste de Fagerstrom (resultado numérico de zero a dez), resultado de Fagerstrom (baixo, médio ou alto)

IV) Variáveis relativas à participação no programa: Grupo que participou (CS Ipaussurama e CS São Cristóvão), número de reuniões motivacionais (quatro, mais que quatro e menos que quatro), encaminhamento (própria UBS e externo), estar no estágio de ação (sim e não), pode arcar com o tratamento (sim e não), se usou farmacoterapia (sim e não), medicações prescritas (bupropiona e adesivo, apenas bupropiona, nortriptilina e adesivo, apenas nortriptilina, apenas adesivo e nenhuma), uso do adesivo (nenhum, 7mg, 14mg, 21mg, 28mg, 35mg e 42mg).

4.6.2 Desfecho

Para o presente estudo estabeleceu-se como desfecho o abandono do acompanhamento antes de completar 12 semanas. O período de doze semanas permite o seguimento do indivíduo que ainda está medicado e frequenta o programa semanalmente, com registros do livro ata, que é evoluído por membros da equipe de saúde durante a atividade. O desfecho foi categorizado, portanto, em: não abandono e abandono do tratamento. Sendo não abandono, quando o participante frequentou regularmente as reuniões conforme registros no livro ata, contabilizando três meses; e abandono, quando o participante deixou de participar em algum momento dentro dos três primeiros meses de modo que a equipe não tenha dados conclusivos de sua trajetória.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise exploratória foi feita através de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de frequências simples e percentuais para as variáveis categóricas. Além disso, foi estimado o índice de abandono do tratamento entre os participantes e o respectivo intervalo de confiança ao nível de 95%.

Quanto à determinação do risco de abandono do tratamento em função das variáveis independentes analisadas, foi ajustado um modelo de regressão múltipla de Cox. Para tanto, inicialmente, foram identificadas as variáveis que apresentaram associações significativas ($p < 0,20$) com o abandono através de análises bivariadas. Na sequência as variáveis identificadas na etapa anterior foram inseridas no modelo de regressão múltipla; nesse modelo as associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$ (bicaudal). Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS 21.

Cabe destacar que algumas variáveis apresentaram valores faltantes (*missing data*), portanto, antes de ajustar o modelo de regressão múltipla de Cox os valores faltantes foram imputados utilizando o método “*predictive mean matching*” por meio da função *mice* no *software* R 4.0.3.

4.8 ADAPTAÇÃO NO MODELO DE REUNIÃO

Em Campinas, houve uma adaptação na forma de se conduzir as abordagens motivacionais e terapêuticas por questões de restrição de espaço físico nas unidades e devido ao número reduzido de profissionais habilitados para mediar os grupos. Dessa forma, houve a associação das abordagens motivacional e terapêutica em uma mesma dinâmica de grupo, que é avaliada, pela equipe multiprofissional e pelos usuários, como ponto positivo na estratégia de tratamento. O benefício se dá através das trocas de experiências entre os pacientes, que relatam suas percepções e sentimentos, além de contribuírem com o fortalecimento das motivações dos demais participantes (BRASIL, 2015). Sendo o sucesso de um integrante, mais um incentivo para que o outro sinta-se encorajado, minimizando o sofrimento e a ansiedade dessa expectativa de controle do tabagismo.

As reuniões ocorrem semanalmente, com duração de 90 minutos, conforme padronização do PNCT. As primeiras quatro reuniões têm caráter motivacional, no sentido de valorizar as principais razões que levam os usuários a buscarem o apoio do grupo. Nesse primeiro mês, os mediadores enfatizam a conscientização sobre os mecanismos das dependências química, emocional e hábito, sendo essa bem trabalhada nesses primeiros encontros com estratégias de dificultar o acesso ao cigarro, reduzir o número de cigarros fumados por dia, controlar momentos de fissura com mudanças de pensamentos ou técnicas como: “kit fissura” (cravo, canela, gengibre, copo de água), meditação e atividade física.

A partir da quarta semana, o usuário pode optar por realizar as triagens, quando então tem início o tratamento medicamentoso, se indicado. Após a triagem, as reuniões seguem com frequência semanal enquanto o participante permanece em uso das medicações, a fim de se avaliar o progresso do tratamento e realizar manejos adequados em casos de recaídas. Passado o período de uso das medicações, a frequência passa a ser mensal até completar um ano.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Dos 276 participantes da pesquisa, a média de idade foi de 50,7 anos (DP 11,9), sendo a maioria do sexo feminino, 165 (60%). Do total, 112 (57,7%) se declararam brancos e 82 (42,3%) não brancos; 118 (52,2%) declararam viver com companheiro e 108 (47,8%) sem. Com relação ao número de filhos, 194 (84,7%) relataram ter filhos e uma minoria 35 (15,3%) sem filhos.

Quanto ao grau de escolaridade, o número de analfabetos foi 6 (2,7%), ensino fundamental 115 (52,5%), médio 76 (34,7%) e superior 22 (10,1%). Responderam receber menos de um salário-mínimo 2 (4%), entre um e dois salários 32 (64%) e acima de dois salários 16 (32%).

A respeito da ocupação, 22 (12,4%) participantes declararam trabalhar em setores administrativos, 50 (28,3%) em setor industrial, 71 (40,1%) em serviços, 34 (19,2%) outros setores.

No âmbito da religiosidade, 120 (58%) se declararam católicos e 87 (42%) referiram outra religião, sendo que desse total, 131 (62,4%) consideraram-se praticantes, contra 79 (37,6%) não praticantes.

As tabelas 1,2,3 e 4 apresentam os resultados da análise descritiva das variáveis, dentro de suas respectivas características, separadas nas duas UBS da pesquisa.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	70 ^a	37,2	40 ^a	46	110	40
Feminino	118 ^a	62,8	47 ^a	54	165	60
Etnia						
Branco	62 ^a	51,7	50 ^b	67,6	112	57,7
Não branco	58 ^a	48,3	24 ^b	32,4	82	42,3
Estado civil						
Sem companheiro	69 ^a	46,9	39 ^a	49,4	108	47,8
Com companheiro	78 ^a	53,1	40 ^a	50,6	118	52,2
Filhos						
Não	18 ^a	12,2	17 ^a	21	35	15,3
Sim	130 ^a	87,8	64 ^a	79	194	84,7
Escolaridade						
Analfabeto	5 ^a	3,6	1 ^a	1,3	6	2,7
Fundamental	77 ^a	54,6	38 ^a	48,7	115	52,5
Médio	44 ^a	31,2	32 ^a	41	76	34,7
Superior	15 ^a	10,6	7 ^a	9	22	10,1
Renda						
Menos que 1SM	0	0	2	4,9	2	4
1 a 2 SM	9	100	23	56,1	32	64
Mais de 2 SM	0	0	16	39	16	32
Ocupação **						
White collar	17 ^a	13,5	5 ^a	9,8	22	12,4
Blue collar	26 ^a	20,6	24 ^b	47,1	50	28,3
Pink collar	59 ^a	46,8	12 ^b	23,5	71	40,1
Outros	24 ^a	19,1	10 ^a	19,6	34	19,2
Naturalidade						
São Paulo	85 ^a	58,2	42 ^a	54,5	127	57
Outro estado	61 ^a	41,8	35 ^a	45,5	96	43
Religião						
Católico	83 ^a	60,6	37 ^a	52,9	120	58
Outras	54 ^a	39,4	33 ^a	47,1	87	42
Pratica a religião						
Sim	87 ^a	62,6	44 ^a	62	131	62,4
Não	52 ^a	37,4	27 ^a	38	79	37,6
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade ϕ	51,57	11,71	48,78	12,40	50,67	11,99
Anos residindo em Campinas ϕ	37,29	15,49	31,45	14,16	33,7	14,89

Fonte: Elaboração própria.

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student;

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

 ϕ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U;

Tabela 2 - Condições de saúde da população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Arritmia cardíaca						
Sim	10 ^a	5,4	6 ^a	7,1	16	5,9
Não	176 ^a	94,6	79 ^a	92,9	255	94,1
Cardiopatía isquêmica						
Sim	12 ^a	6,4	10 ^a	11,8	22	8,1
Não	176 ^a	93,6	75 ^a	88,2	251	91,9
HAS						
Sim	47 ^a	25	29 ^a	34,1	76	27,8
Não	141 ^a	75	56 ^a	65,9	197	72,2
Acidente vascular encefálico						
Sim	12 ^a	6,4	6 ^a	7,1	18	6,6
Não	176 ^a	93,6	78 ^a	92,9	254	93,4
Patologia respiratória						
Sim	43 ^a	22,9	13 ^a	15,5	56	20,6
Não	145 ^a	77,1	71 ^a	84,5	216	79,4
Glaucoma						
Sim	6 ^a	3,2	4 ^a	4,7	10	3,7
Não	182 ^a	96,8	81 ^a	95,3	263	96,3
Retenção urinária						
Sim	11 ^a	5,9	2 ^a	2,4	13	4,8
Não	177 ^a	94,1	80 ^a	97,6	257	95,2
Tireoidopatia						
Sim	16 ^a	8,5	5 ^a	6,1	21	7,8
Não	172 ^a	91,5	77 ^a	93,9	249	92,2
Crises convulsivas						
Sim	6 ^a	3,2	6 ^a	7,2	12	4,4
Não	182 ^a	96,8	77 ^a	92,8	259	95,6
Bulimia/Anorexia						
Sim	7 ^a	3,7	1 ^a	1,2	8	3
Não	181 ^a	96,3	81 ^a	98,8	262	97
Diagnóstico psiquiátrico						
Sim	26 ^a	13,8	12 ^a	14,3	38	14
Não	162 ^a	86,2	72 ^a	85,7	234	86
Uso de medicações **						
Sim	75 ^a	39,9	45 ^b	52,9	120	44
Não	113 ^a	60,1	40 ^b	47,1	153	56
Faz uso de antidepressivos						
Sim	19 ^a	10,2	11 ^a	13,1	30	11,1
Não	167 ^a	89,8	73 ^a	86,9	240	88,9
Faz uso de substância psicoativa						

Sim	7 ^a	3,7	6 ^a	7,1	13	4,8
Não	180 ^a	96,3	78 ^a	92,9	258	95,2
Faz uso de bebida alcoólica						
Sim	83 ^a	47,2	34 ^a	40,5	117	45
Não	93 ^a	52,8	50 ^a	59,5	143	55
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
IMC	25,71	4,70	26,15	4,43	25,85	4,61
Peso	69,38	14,89	71,32	13,94	70	14,59
Altura	1,64	0,10	1,65	0,09	1,64	0,10

Fonte: Elaboração própria.

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student;

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

φ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U;

Tabela 3 - Perfil relativo ao uso do tabaco na população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Tempo de uso do tabaco						
Até 30 anos	61 ^a	33,7	38 ^b	46,9	99	37,8
Mais de 30 anos	120 ^a	66,3	43 ^b	53,1	163	62,2
Idade que iniciou o uso do tabaco						
Menos de 12 anos	30 ^a	16,4	14 ^a	17,3	44	16,7
Entre 12 e 18 anos	115 ^a	62,8	44 ^a	54,3	159	60,2
Maior ou igual a 18 anos	38 ^a	20,8	23 ^a	28,4	61	23,1
Maior motivação "agora"						
Saúde	139 ^a	77,2	61 ^a	75,3	200	76,6
Outros	41 ^a	22,8	20 ^a	24,7	61	23,4
Tentou cessar o tabagismo anteriormente?						
Sim	136 ^a	76,4	61 ^a	74,4	197	75,8
Não	42 ^a	23,6	21 ^a	25,6	63	24,2
Fagerstrom categórico **						
Baixo (0 a 4)	39 ^a	20,9	30 ^b	34,9	69	25,3
Médio (5 a 7)	88 ^a	47	45 ^a	52,3	133	48,7
Alto (8 a 10)	60 ^a	32,1	11 ^b	12,8	71	26
Está no estágio de ação ***						
Sim	78 ^a	92,9	76 ^b	100	154	96,2
Não	6 ^a	7,1	0 ^b	0	6	3,8
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fagerstrom ϕ	6,01	2,34	5,15	2,09	5,74	2,29

Fonte: Elaboração própria

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student;

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

ϕ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U;

Tabela 4 - Perfil relativo à participação no PCT na população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Pode arcar com o tratamento **						
Sim	33 ^a	50,8	70 ^b	90,9	103	72,5
Não	32 ^a	49,2	7 ^b	9,1	39	27,5
Reuniões motivacionais **						
Menos que quatro	14 ^a	9,1	11 ^a	14,5	25	10,9
Quatro	134 ^a	87	38 ^b	50	172	74,8
Mais que quatro	6 ^a	3,9	27 ^b	35,5	33	14,3
Forma de encaminhamento						
UBS	46 ^a	38,7	41 ^a	50	87	43,3
Externo	73 ^a	61,3	41 ^a	50	114	56,7
Farmacoterapia **						
Sim	187 ^a	99,5	78 ^b	92,9	265	97,4
Não	1 ^a	0,5	6 ^b	7,1	7	2,6
Medicação						
Bupropiona+adesivo	124 ^a	66	58 ^a	69	182	66,9
Bupropiona	4 ^a	2,1	6 ^b	7,1	10	3,6
Nortriptilina+adesivo	13 ^a	6,9	3 ^a	3,6	16	5,9
Adesivo	45 ^a	24	17 ^a	20,3	62	22,8
Nenhum	1 ^a	0,5	0 ^a	0	1	0,4
Outras TRN	1 ^a	0,5	0 ^a	0	1	0,4
Adesivo **						
Não usou	7 ^a	3,8	6 ^a	7,2	13	4,8
7 Mg	8 ^a	4,3	9 ^b	10,7	17	6,3
14 Mg	42 ^a	22,7	21 ^a	25	63	23,4
21 Mg	84 ^a	45,4	37 ^a	44	121	45
28 Mg	21 ^a	11,4	1 ^b	1,2	22	8,2
35 Mg	12 ^a	6,5	7 ^a	8,3	19	7,1
42 Mg	11 ^a	5,9	3 ^a	3,6	14	5,2

Fonte: Elaboração própria

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student;

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

φ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U;

5.2 ABANDONO DO TRATAMENTO

No período analisado, de janeiro de 2016 até dezembro de 2019, o percentual de abandono do tratamento, avaliado na décima segunda semana de tratamento foi de 31% (IC 95% 26%-37%), o que equivale a 87 indivíduos.

Em relação ao risco de abandono do tratamento em função das variáveis independentes as tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam os resultados dos modelos bivariados. Como pode ser observado, as variáveis sexo, idade, estado civil, cardiopatia isquêmica, HAS, crises convulsivas, tempo de uso do tabaco e número de reuniões motivacionais <4 apresentaram valor de $p > 0,2$ e foram incluídas no modelo final, apresentado na tabela 9.

Tabela 5 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos às variáveis sociodemográficas

Variável	RR	IC 95%	P
Sexo (masculino)	0.679	0.431-1.070	.095
Etnia (não brancos)	1.19	0.782-1.816	.415
Idade	0.984	0.967-1.001	.058
Estado Civil (com companheiro)	0.647	0.422-0.991	.046
Religião (outra)	1.311	0.861-1.996	.207
Praticante Religião (sim)	0.992	0.646-1.534	.971
Escolaridade (Ensino Médio)	0.798	0.519-1.227	.304
Filhos (sim)	1.051	0.583-1.894	.870
Atividade			.527
Industriais	1.252	0.637-2.462	.515
Setor de Serviços	1.307	0.680-2.512	.422
Outros	0.823	0.363-1.865	.641

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 6 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos às condições de saúde

Variável	RR	IC 95%	P
IMC	1.002	0.957-1.049	.937
Estado Nutricional	1.097	0.705-1.706	.683
Uso de álcool (sim)	0.775	0.504-1.192	.246
Arritmias Cardíacas (sim)	1.254	0.579-2.716	.566
Cardiopatía Isquêmica (sim)	1.680	0.913-3.090	.095
HAS (sim)	0.487	0.275-0.862	.014
AVC (sim)	0.780	0.316-1.925	.591
Patologia Respiratória (sim)	0.721	0.407-1.277	.262
Glaucoma (sim)	0.786	0.248-2.485	.681
Retenção Urinária (sim)	1.499	0.654-3.434	.339
Tireoidopatia (sim)	0.963	0.445-2.084	.923
Crises Convulsivas (sim)	1.895	0.916-3.921	.085
Bulimia/Anorexia (sim)	1.614	0.592-4.403	.349
Diag. Psiquiátrico (sim)	1.036	0.575-1.869	.905
Uso de Medicções (sim)	0.837	0.545-1.285	.417
Antidepressivos (sim)	1.066	0.566-2.006	.843
Uso de SPA	1.061	0.430-2.617	.898

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 7 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos ao uso do tabaco

Variável	RR	IC 95%	P
Idade de Início do Tabaco			.834
12 - <18 Anos	1.089	0.605-1.959	.777
>=18 Anos	0.932	0.467-1.858	.841
Tempo De Uso Do Tabaco (>30 anos)	0.539	0.354-0.821	.004
Tentativa Anterior (sim)	1.222	0.701-2.131	.480
Escore Fagerstrom	1.032	0.939-1.135	.514
Resultado Fagerstrom			.729
Médio (5-7)	1.232	0.732-2.071	.432
Alto (8-10)	1.186	0.652-2.157	.576
Estatura	0.648	0.313-1.341	.243
Maior Motivação "Agora"	0.907	0.545-1.508	.707

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 8 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos à participação no programa

Variável	RR	IC 95%	P
Grupo	1.243	0.804-1.922	.328
Encaminhamento (externo)	1.209	0.782-1.870	.392
Arcar com o Tratamento (sim)	1.054	0.672-1.652	.820
Número de Reuniões Motivacionais			.153
>4	1.386	0.814-2.359	.230
<4	1.688	0.939-3.036	.080
Farmacoterapia (sim)	0.622	0.197-1.968	.419
Bupropiona (sim)	0.875	0.558-1.372	.562
Nortriptilina (sim)	1.333	0.616-2.886	.466
Adesivo (sim)	0.721	0.315-1.653	.440
Dose Adesivo			.891
7 Mg	0.491	0.139-1.741	.271
14 Mg	0.815	0.330-2.010	.657
21 Mg	0.715	0.302-1.691	.445
28 Mg	0.848	0.294-2.445	.761
35 Mg	0.491	0.139-1.741	.271
42 Mg	0.778	0.237-2.548	.678

Fonte: Elaboração Própria.

O resultado da análise de regressão logística multivariada indicou que indivíduos com HAS abandonam menos o tratamento no período de doze semanas após a triagem ($p=0,030$).

Tabela 9 – Regressão múltipla de Risco Relativo com intervalos de confiança correspondentes

Variável	RR	IC 95%	P
Sexo Masculino	0.683	0.429-1.087	.108
Idade (Anos)	1.002	0.978-1.027	.871
Com Companheiro	0.818	0.529-1.265	.367
Possui Cardiopatia Isquêmica	1.730	0.882-3.393	.111
Possui HAS	0.506	0.273-0.938	.030
Crises Convulsivas (sim)	1.612	0.711-3.655	.253
Tempo de Tabagismo > 30	0.629	0.343-1.151	.133
Número de Reuniões (Ref:4)			.261
>4	1.343	0.763-2.365	.307
< 4	1.535	0.874-2.699	.136

6 DISCUSSÃO

Na população estudada, a idade média foi de 50,8 anos (DP 12,3), sendo a maioria do sexo feminino, 166 (60%), semelhante a outras pesquisas (MEIER; VANNUCHI; SECCO; 2011; ARENDARTCHUK; AYALA, 2018; PEREIRA; VARGAS, 2017; BANHATO *et al.*, 2020). Apesar de a prevalência em homens ser maior, mulheres buscam mais o tratamento (BANHATO *et al.*, 2020).

Enquanto outros artigos mostram que morar com cônjuge aumenta as chances de adesão ao tratamento (MEIER; VANNUCHI; SECCO; 2011; SIEMER *et al.*, 2018; VIANA, 2013), a presente pesquisa não encontrou diferença significativa.

A taxa de abandono do tratamento encontrada na presente pesquisa foi de 31% (IC 95% 26%-37%), após doze semanas. Um estudo de coorte realizado em Cuiabá-MT, que avaliou o mesmo modelo de tratamento preconizado pelo PNCT, demonstrou taxa de abandono similar, 34,26%, após seis meses de acompanhamento (PAWLINA *et al.*, 2016).

Outras pesquisas realizadas no Brasil, entretanto, encontraram taxas de abandono inferiores à encontrada na presente pesquisa. Um estudo publicado pela Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro encontrou uma taxa de abandono do tratamento de 26% (COSTA *et al.*, 2006), enquanto outro estudo realizado em município no Paraná evidenciou uma taxa de abandono do tratamento de 23,8% após o primeiro mês (MEIER; VANNUCHI; SECCO; 2011).

Durmuş Koçak e Aka Aktürk (2019), por sua vez, encontraram taxa de não adesão ao tratamento de 24,6% após um ano de seguimento. Contudo, no caso deste estudo, realizado na Turquia, o atendimento poderia ser feito presencialmente ou por telefone (DURMUŞ KOÇAK; AKA AKTÜRK, 2019). Cabe destacar que, apesar de os resultados pontuais de Costa *et al.* (2006), Meier, Vannuchi e Secco (2011) e Durmuş Koçak e Aka Aktürk (2019) terem sido inferiores ao encontrado no presente estudo, estão muito próximos (em um dos casos incluído) no intervalo de confiança encontrado nesta pesquisa.

Em meio às comorbidades avaliadas na análise estatística, notou-se que indivíduos não hipertensos apresentaram maior índice de abandono, talvez devido ao fato de hipertensão ser entendida por grande parte das pessoas, como um maior risco à saúde (COSTA *et al.*, 2006; PEREIRA; VARGAS, 2017).

Dentre os possíveis fatores relacionados ao abandono do tratamento, na literatura, Pawlina *et al.* (2014) encontrou baixo nível motivacional, níveis moderado e grave de ansiedade e menor tempo de tabagismo. Meier, Vannuchi e Secco (2011) mostram associação com o tipo de abordagem utilizada, o horário das reuniões e à formação dos profissionais envolvidos; Jesus *et al.* (2016) aponta, de maneira qualitativa, para a pressão do estresse cotidiano como dificultador, levantando a importância de se explorar a automotivação individual e propõe um suporte psicológico especializado (JESUS *et al.*, 2016). Azevedo e Fernandes (2011) apontam que a falta de atividades de lazer aumenta a taxa de insucesso. Peuker e Bizarro (2015) associam o insucesso a sintomas de abstinência (ansiedade, irritabilidade, nervosismo e fissura), ganho de peso e depressão.

O grau de dependência nicotínica não se mostrou significativamente associado ao abandono nessa pesquisa, como também foi observado em Santos, A. *et al.* (2017) e Azevedo e Fernandes (2011). Outros estudos como Meier, Vannuchi e Secco (2011), Rafful *et al.* (2013), Peuker e Bizarro (2015), Pawlina *et al.* (2014), Arendartchuk e Ayala (2018) e Santos, M., Santos, S. e Caccia-Bava (2019) mostram que um grau elevado de dependência nicotínica aumenta as chances de falhas no tratamento.

Possivelmente a flexibilização de modelos de atendimento ao usuário poderia atuar como uma forma de minimizar o abandono do programa (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011). Reforçando a necessidade em se ofertar formas alternativas de atendimento aos indivíduos que buscam o tratamento (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011), como chamadas por vídeo, aplicativos com possibilidade de troca de mensagens, entre outros.

É importante ressaltar que a pandemia causada pelo Sars-Cov-2 já acelerou esse processo desde meados de 2020, devido à impossibilidade de promover reuniões presenciais. Portanto, torna-se necessário conduzir novas pesquisas a fim de analisar os dados referentes ao abandono nos programas de tratamento que passaram a fazer uso dessas novas possibilidades de seguimento dos pacientes.

Além de identificar as taxas de abandono do tratamento do tabaco, compreender os fatores associados a este evento é fundamental para otimizar

estratégias e garantir maior efetividade do programa (PEUKER; BIZARRO, 2015).

O levantamento de artigos sobre o tema mostrou a falta de uma definição consistente para a adesão ao tratamento, no sentido de qual período pode ser considerado e se cabe a utilização ou não de biomarcadores, além de autorreferência (PACEK; MCCLERNON; BOSWORTH, 2018). Mesmo com artigos mais antigos destacando a necessidade de uma padronização (HUGHES *et al.*, 2003; SATTLER; CADE, 2013) pois essa ausência de padronização dificulta a comparação dos achados.

Apesar de ser um estudo de coorte, com um tamanho amostral relativamente elevado, ele apresenta algumas limitações que precisam ser levadas em consideração ao analisar os resultados. Em primeiro lugar, é importante levar em consideração que a obtenção de dados foi feita por profissionais diferentes ao longo dos anos (2016-2019), possibilitando a ocorrência de viés de informação. Contudo, o uso de um formulário padronizado durante o período diminui a probabilidade de ocorrência desse viés. A quantidade de dados faltantes também pode ser vista como uma limitação, embora para lidar com essa questão tenha sido feita a imputação de dados. A imputação de dados tem se mostrado um método extremamente popular e confiável para lidar com dados faltantes, e com isso tem se tornado o método preferencial de lidar com esse problema (LEE *et al.*, 2016).

7 CONCLUSÃO

Essa pesquisa analisou a experiência de duas UBS de Campinas-SP quanto ao modelo de tratamento de tabagismo proposto pelo PNCT, apresentando as adaptações feitas pelas equipes. Estimou um percentual de abandono do tratamento, bem como identificou aspectos do perfil epidemiológico dos indivíduos que buscaram os serviços. Dentre as variáveis estudadas como possíveis associações com o abandono do tratamento, a regressão logística indicou que indivíduos com HAS abandonam menos o tratamento no período de doze semanas após a triagem ($p=0,030$). Esse resultado, associado à informação que a prevalência de tabagismo ainda é alta entre pessoas portadoras de CCNT, é útil para incentivar profissionais de saúde a ofertar o tratamento de tabagismo nas consultas programáticas de hipertensão.

Múltiplos aspectos são apontados como dificultadores no processo de tratamento do tabagismo, no contexto fisiológico, com os sintomas de abstinência; comportamental, nas relações construídas com o uso do tabaco ao longo dos anos e psicossocial, no manejo das emoções. Para isso, o serviço de saúde precisa aprimorar habilidades multiprofissionais e garantir acessibilidade, facilitando o suporte profissional quando o indivíduo, que está em tratamento, demandar. Possivelmente, pessoas com maior grau de dependência precisam de abordagem multidisciplinar, além do tratamento medicamentoso. Por outro lado, indivíduos mais motivados, ou com menor grau de dependência nicotínica, podem obter sucesso sem o suporte farmacológico. Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de redução da expectativa com a abstinência, por parte dos profissionais da saúde, a fim de otimizar a resiliência no cuidado e o aprimoramento das habilidades de cuidado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada nº 194, 13 de dezembro de 2017. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe conferem o art. 15, III e IV aliado ao art. 7º, III, e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o art. 53, V, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, resolve adotar a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 05 de dezembro de 2017, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 238, p. 80-85, 13 dez. 2017 Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/994305/do1-2017-12-13-resolucao-rdc-n-194-de-12-de-dezembro-de-2017-994301. Acesso em: 16 jun. 2020.

ARENDARTCHUK, D.; AYALA, A. L. M. Factors associated smoking cessation among participants of an anti-smoking program in a basic health unit in Joinville, SC. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 570-589, out./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16566>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312083914_Evidencias_Cientificas_sobre_Tabagismo_para_Subsidio_ao_Poder_Judiciario. Acesso em: 27 ago. 2019.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil); ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. **Projeto Diretrizes**: evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao Poder Judiciário. São Paulo: AMB, 2013. 71 p. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

AZEVEDO, R. C.; FERNANDES, R. F. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. **São Paulo Med J.**, São Paulo, v. 129, n. 6, p. 380-386, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802011000600003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/SCWgHsFdjPMFNxgS4JVFk6B/?lang=en>. Acesso em: 15 mar. 2020

BANHATO, E. F. C.; ANDRADE, B. A. B. B.; SANTOS, P. B. R.; LAMAS, M. F. M.; GUSMÃO, M. M.; RABELLO, L. A.; GOMES, A. S.; MELO, M. M.; BASTOS, M. G.; GALIL, A. G. S. Smoking Cessation in Clinical Practice: experience of a multidisciplinary team in smokers with multiple chronic conditions. **J. Integr. Cardiol.**, Talín, v. 3, n. 3, p. 1-5, 2020. DOI 10.31487/j.JICOA.2020.03.11. Disponível em: https://www.sciencerepository.org/smoking-is-associated-with-higher-mortality-and-hospitalization-secondary-to_JICOA-2020-3-108. Acesso em: 2 maio 2020

BARRETO, I. F. Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.797-815, jul./set. 2018.

BARTSCH, A. L.; HÄRTER, M.; NIEDRICH, J.; BRÜTT, A. L.; BUCHHOLZ, A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 12, p. e0168482, 2016. DOI 10.1371/journal.pone.0168482. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168482>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BAZOTTI, A.; FINOKIET, M.; CONTI, I. L.; FRANÇA, M. T. A.; WAQUIL, P. D. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciênc. saúde colet.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 23-31, jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.16802014> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qhw89jxXcXKJPbQgH86vMtG/?lang=pt23>. Acesso em: 31 ago. 2019

BEZERRA, J. F. O. **Programa de Controle do Tabagismo**: achados na literatura e aplicabilidade no estado de Mato Grosso do Sul. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/4031>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Decreto nº 8.262, de 31 maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 103, p. 1, 2 jun. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8262.htm. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Decreto nº 8.656, de 29 de janeiro de 2016. Exclui produtos do regime tributário de que trata o art. 1º da Lei nº 7.798, de 10 de julho de 1989, altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - Tipi, aprovada pelo Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011, e altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, edição extra, p. 1, 29 jan. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8656.htm. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011**. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=dfoVS2V_avk&ab_channel=GrupodePesquisaGRUPIC. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 40). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de set de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 28 mar. 2020.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2020.

CASTALDELLI-MAIA, J; LORETO, A; CARVALHO, C; FRALLONARDO, F; ANDRADE, A. Retention predictors of a smoking treatment provided by a public psychosocial unit in Brazil. **Int Rev Psychiatry**, Londres, v. 26, n. 4, p. 515-523. 2014. DOI 10.3109/09540261.2014.928272. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2014.928272?journalCode=iirp20>. Acesso em: 21 nov. 2019.

CHAITON, M.; DIEMERT, L.; COHEN, J. E.; BONDY, S. J.; SELBY, P.; PHILIPNERI, A.; SCHWARTZ, R. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. **BMJ Open**, [Londres], v. 6, n. 6, e011045, 2016. DOI10.1136/bmjopen-2016-011045. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011045>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-244, jan./mar. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2000.v16n1/241-244/>. Acesso em 31 ago. 2019.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. **Am J Prev Med**, Nova York, v. 35, n. 2, p. 158-76, 2008. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.04.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18617085/>. Acesso em: 14 set. 2019.

CODERN-BOVÉ, N.; PUJOL-RIBERA, E.; PLA, M.; GONZÁLEZ-BONILLA, J.; GRANOLLERS, S.; BALLVÉ, J., L.; FANLO, G.; CABEZAS, C.; ISTAPS Group. Motivational interviewing interactions and the primary Health Care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 14, 1225, 2014. DOI 10.1186/1471-2458-14-1225 Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1225>. Acesso em: 5 out. 2019.

COSTA, A. A; ELABRAS FILHO, J.; ARAÚJO, M. L; FERREIRA, J. E. S.; MEIRELLES, L. R.; MAGALHÃES, C. K. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 397-403, set./out. 2006. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2006_05/a2006_v19_n05_art04.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

DURMUŞ KOÇAK, N.; AKA AKTÜRK, Ü. What Factors Influence Non-Adherence to the Smoking Cessation Program?. **Turk Thorac J**, Istambul, v. 20, n. 3, p. 168-174, jul. 2019. DOI 10.5152/TurkThoracJ.2018.18040. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30986171/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

ENGLE, J. L.; MERMELSTEIN, R.; BAKER, T. B.; SMITH, S. S.; SCHLAM, T. R.; PIPER, M. E.; JORENBY, D. E.; COLLINS, L. M.; COOK J. W. Effects of motivation phase intervention components on quit attempts in smokers unwilling to quit: a factorial experiment. **Drug Alcohol Depend**, Amsterdã, v. 197, p. 149-157, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.011>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871618304903?via%3Dihub>. Acesso em: 16 jan. 2020.

GALIL, A. G. S.; CUPERTINO, A. P.; BANHATO, E. F. C.; CAMPOS, T. S.; COLUGNATI, F. A. B.; RICHTER, K. P.; BASTOS, M. G. Factors associated with tobacco use among patients with multiple chronic conditions. **Int J Cardiol**, Amsterdam, v. 221, p. 1004-1007, out. 2016. DOI: 10.1016/j.ijcard.2016.07.041. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27441482/>. Acesso em: 8 maio 2020.

GIGLIOTTI, A.; LEMOS, T. Quais são os mecanismos da dependência de nicotina? In: ARAÚJO, A. J. (org.). **Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012.

GREENHALGH, E. M.; BAYLY, M.; WINSTANLEY, M. H. Trends in the prevalence of smoking. In: SCOLLO, M. M.; WINSTANLEY, M. H. (ed.). **Tobacco in Australia: facts and issues**. Melbourne: Cancer Council Victoria, 2016. cap. 1, p. 4-70. ISBN 978-0-947283-76-6.

Disponível em: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-3-prevalence-of-smoking-adults>. Acesso em: 18 jun. 2020.

HALAS, G.; SCHULTZ, A. S. H.; ROTHNEY, J.; GOERTZEN, L.; WENER, P.; KATZ, A. A scoping review protocol to map the research foci trends in tobacco control over the last decade. **BMJ Open**, [Londres], v. 5, n. 1, e006643, jan. 2015. DOI 10.1136/bmjopen-2014-006643. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631312/>. Acesso em: 18 dez. 2019.

HALTY, L. S.; HÜTTNER, M. D.; NETTO, I. C. O.; SANTOS, V. A.; MARTINS, G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 28, n.4, p.180-186, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-35862002000400002> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862002000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2021.

HEATHERTON, T.F.; KOZLOWSKI, L.T.; FRECKER, R.C.; FAGERSTROM, K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Br. J Addict.**, Harlow (Inglaterra), v. 86, p. 1119-1127, 1991. DOI 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1932883/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

HOLLANDS, G. J.; NAUGHTON, F.; FARLEY, A.; LINDSON, N.; AVEYARD, P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. **Cochrane Database Syst Rev.**, [S. l.], n. 8, CD009164, 2019. DOI 10.1002/14651858.CD009164.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009164.pub3/information>. Acesso em: 19 nov. 2019.

HUGHES, J.R.; KEELY, J. P.; NIAURA, R. S.; OSSIP-KLEIN, D. J.; RICHMOND, R. L.; SWAN, G. E. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. **Nicotine Tob Res.**, Abingdon (Inglaterra), v. 5, n. 1, p. 13-25, fev. 2003. *Erratum in*: Nicotine Tob Res. V. 5, n. 4, p. 603, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745503/>. Acesso em: 18 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Campinas, São Paulo, Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em: 16 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Dados e números da prevalência do tabagismo**, atual. 5 mar. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 21 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. CAVALCANTE, T. M. (coord.). **Convenção-Quadro para Controle do Tabaco**: texto oficial. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 59 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//convencao-o-quadro-para-controle-do-tabaco-texto-oficial.pdf>. Acesso em 28 mar. 2020.

JESUS, M. C. P.; SILVA, M. H.; CORDEIRO, S. M.; KORCHMAR, E.; ZAMPIER, V. S. B.; MERIGHI, M. A. B. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 71-78, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n4YyKY7xNZD3pbJPcjCcKRF/?lang=en>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LEE, K. J.; ROBERTS, G.; DOYLE, L. W.; ANDERSON, P.J.; CARLIN, J. B. Multiple imputation for missing data in a longitudinal cohort study: a tutorial based on a detailed case study involving imputation of missing outcome data, **Int. J. Soc. Res. Methodol.**, [S. l.], v. 19, n. 5, p. 575-591, 2016. DOI: 10.1080/13645579.2015.1126486. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2015.1126486>. Acesso em: 18 jun. 2020.

LEPPÄNEN, A.; EKBLAD, S.; TOMSON, T. Tobacco Cessation on Prescription as a primary health care intervention targeting a context with socioeconomically disadvantaged groups in Sweden: a qualitative study of perceived implementation barriers and facilitators among providers. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 2, p. e0212641, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212641>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212641>. Acesso em: 7 nov. 2020.

LOPES, F. M.; PEUKER, A. C. W.; RECH, B. E.; GONÇALVES, R.; BIZARRO, L. Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido em uma universidade pública. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1SE, p. 5-15, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.025>. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1035>. Acesso em: 15 fev. 2020.

MEIER, D. A. P.; VANNUCHI, M. T. O.; SECCO, I. A. O. Abandono do tratamento do tabagismo em Programa de município do norte do Paraná. **Reps**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 35-44, dez. 2011.

MILLER, W., R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing**: helping people change. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2012.

NASCIMENTO, C. C. S; SILVA, G. A.; NASCIMENTO, M. I. Fatores associados à recaída do tabagismo em pacientes assistidos em unidades de saúde da

zona oeste do município do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 4, p. 556-567, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15614/8187>. Acesso em: 19 nov. 2019.

PACEK, L. R.; McCLERNON, F. J.; BOSWORTH, H. B. Adherence to Pharmacological Smoking Cessation Interventions: a literature review and synthesis of correlates and barriers. **Nicotine Tob. Res.**, Abingdon (Inglaterra), v. 20 n. 10, p. 1163-1172, 2018. DOI: 10.1093/ntr/ntx210. Disponível em: <https://academic.oup.com/ntr/article/20/10/1163/4159986>. Acesso em: 21 fev. 2020.

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. C.; ESPINOSA, M. M.; BOTELHO, C. Abandonment of nicotine dependence treatment: a cohort study. **Sao Paulo Med J.**, São Paulo, v. 134, n. 1, p. 47-55, 2016. DOI 10.1590/1516-3180.2015.00830309. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26786610/>. Acesso em: 7 nov. 2020.
PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. C.; ESPINOSA, M. M.; BOTELHO, C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014. DOI: 10.1590/0047-2085000000014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TNrZLBprXMTT3RFPR5yM3qf/?lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2020.

PEREIRA, C. F.; VARGAS, D. Who are the female smokers who seek treatment for smoking cessation: a Brazilian cohort study, **J Subst Use**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 494-500, 2017. DOI 10.1080/14659891.2016.1245795. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2016.1245795?journalCode=ijisu20>. Acesso em: 18 jun. 2020.

PEREIRA, M. O.; ASSIS, B. C. S.; GOMES, N. M. R.; ALVES, A. R.; REINALDO, A. M. S.; BEINNER, M. A. Motivation And Difficulties To Reduce Or Quit Smoking. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 1, e20180188, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TLjLYMJdVPPrsLTQMN45GSZw/?lang=en>. Acesso em: 17 abr. 2020.

PEUKER, A. C.; BIZARRO, L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. **Contextos Clínicos**, Unisinos, v. 8, n. 1, p. 87-98, jan./jun. 2015. DOI 10.4013/ctc.2015.81.09. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclnicos/article/view/ctc.2015.81.09>. Acesso em: 25 set. 2019.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00017317, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017317>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/hKXp8XMqNzfCXrkt4rHptYG/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2019.

RAFFUL, C.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, O.; WANG, S.; SECADES-VILLA, R.; MARTÍNEZ-ORTEGA, J. M.; BLANCO, C. Predictors of quit attempts and successful quit attempts in a nationally representative sample of smokers. **Addict Behav.**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 1920-1923, 2013. DOI 10.1016/j.addbeh.2012.12.019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23380497/>. Acesso em: 19 nov. 2019.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J.; GONÇALVES, C. M. C.; GODOY, I.; CHATKIN, J. M.; SALES, M. P. U.; SANTOS, S. R. R. A. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, Brasília, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

REITSMA, M. B.; FULLMAN, N.; SALAMA, J. S. GAKIDOU, E.; NG, M.; FOROUZANFAR, M. H.; MURRAY, C. J. L. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, Londres, v. 389, p.1885–1906, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30819-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30819-X/fulltext). DOI: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30819-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30819-X/fulltext). Acesso em: 5 out. 2020.

RODRIGUES, N. C.; NEVES, R. D.; MENDES, D. S.; MENDES, C. P.; MARTINS, I. H.; REIS, I. N.; LINO, V. T.; O'DWYER, G.; DAUMAS, R. P.; ESTEVES, T. M.; ANDRADE, M. K.; MONTEIRO, D. L.; BARROS, M. B. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. **Rev. Bras. Psiq.**, Salvador, v. 37, n. 2, p.150- 154, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1611>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/6FYZxtP4Y3dYXm3GMcWYnwt/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTOS, A.; CARVALHO, J.; CAMPANHA, R.; RIBEIRO, I.; GUIMARÃES, C.; FRADINHO, M.; MATOS, C.; NOGUEIRA, F. Abandonment of a smoking cessation consult: a 9-year experience. **Eur. Respir. J.**, Sheffield, v. 50, PA1285, 2017. Supl 61. DOI: 10.1183/1393003.congress-2017.PA1285 Disponível em: https://erj.ersjournals.com/content/50/suppl_61/PA1285 . Acesso em: 14 dez. 2019.

SANTOS, J. D. P.; DUNCAN, B. B.; SIRENA, S. A.; VIGO, A.; ABREU, M. N. S. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 579-588, out./dez. 2012. DOI 10.5123/S1679-49742012000400007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742012000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2020.

SANTOS, M. D. V.; SANTOS, S. V.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma

revisão integrativa. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.563-572, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.27712016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/69DhmLXnFqT47w64fdFjqTF/?lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2019.

SATTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de Pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 253-264, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gb9L9n4FxWm7YrRrFfyTV4r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Manual de conduta e práticas em tabagismo**. São Paulo: Ac Farmaceutica, 2012. 492 p. ISBN 978-8581140612.

SIEMER, L.; BRUSSE-KEIZER, M.; POSTEL, M.; BEN ALLOUCH, S.; PATRINOPOULOS BOUGIOUKAS, A.; SANDERMAN, R.; PIETERSE, M. Blended Smoking Cessation Treatment: exploring measurement, levels, and predictors of adherence. **J Med Internet Res.**, Victoria (Canadá), v. 20, n. 8, e246, 2018. Disponível em: <https://www.jmir.org/2018/8/e246>. DOI: 10.2196/jmir.9969. Acesso em: 5 out. 2020.

STEAD, L. F.; CARROLL, A. J.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.**, [S. l.] n. 3, CD001007, 2017. DOI 10.1002/14651858.CD001007.pub3 Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub3/full>. Acesso em: 5 out. 2020.

STEAD, L. F.; KOILPILLAI, P.; FANSHAW, T. R.; LANCASTER, T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.**, [S. l.], n. 3, CD008286, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27009521/>. Acesso em: 13 maio 2020.

THOMAS, K. H.; CALDWELL, D.; DALILI, M. N.; GUNNELL, D.; MUNAFÒ, M. R.; STEVENSON, M.; WELTON, N. J. compare with respect to their neuropsychiatric safety? A protocol for a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. **BMJ Open**, Londres, v. 7, e015414, 2017. DOI 10.1136/bmjopen-2016-015414. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/6/e015414>. Acesso em: 19 set. 2019.

VELOSO, N. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. de S.; OTTONI, J. L. M.; VELOSO, G. C. do C.; RODRIGUES, R. M.; BANDEIRA, G. A. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **RBMFC**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p. 193–198, 2011. DOI: 10.5712/rbmfc6(20)216. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/216>. Acesso em: 14 dez. 2019.

Viana, D. A. **Influência do tabagismo na qualidade de vida de idosos da**

Comunidade. Orientadora: Leiner Resende Rodrigues. 2013. 89 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

WARREN, G.W.; ALBERG, A.J.; KRAFT, A., S.; CUMMINGS, K. M. The 2014 Surgeon General's Report: "The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress" A Paradigm Shift in Cancer Care. **Cancer**, Hoboken, v. 120, n. 13, p. 1914-1916, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.28695>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24687615/>. Acesso em: 5 out. 2020

WITTKOWSKI, L.; DIAS, C. R. S. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–11, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1463. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1463>. Acesso em: 5 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health topics, Tobacco**. https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1. Acesso em: 14 dez 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)**. Geneva: WHO Press, 2003. 44 p. ISBN 978-92-4-159101-0

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Launch of WHO report on the global tobacco epidemic 2019**, 26 jul. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/fctc/secretariat/head/statements/2019/launch-who-7-report-global-tobacco-epidemic/en/>. Acesso em: 14 dez 2019.

YANG, J. J.; SONG, M.; YOON, H. S.; LEE, H. W.; LEE, Y.; LEE, S. A.; CHOI, J.Y.; LEE, J. K.; KANG, D. What are the major determinants in the success of smoking cessation: results from the health examinees study. **PLoS One**, San Francisco. v. 12, n. 12, p. e0143303, 2015. DOI 10.1371/journal.pone.0143303. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143303>. Acesso em: 7 nov. 2020.

ANEXO A – Fichas de primeira e segunda triagens, respectivamente

GRUPO DE TABAGISMO					
TRIAGEM NÃO MÉDICO		Tempo de uso de tabaco: _____			
N. de Reuniões Motivacionais: _____		Idade de início do tabagismo: _____			
Profissional: _____		Por que decidiu parar de fumar agora? _____			
Data: ____/____/____		Tentativa anterior de parar de fumar?			
Nome: _____		() Não () Sim. Quantas vezes: _____		Fumou durante a gravidez? () Não () Sim	
DN/Idade: ____/____/____ (____ anos)		Tempo que ficou abstinente: _____		Bebe? () Não () Sim. Qtdade: _____	
Pront: _____ Sexo: () F () M		Usou algum tipo de recurso? _____			
Contato: _____		Questionário de Tolerância de Fagerstron		Comentários:	
Enc: () CS () Externo: _____		Após acordar, fuma o 1º cigarro em:			
Etnia: () Br () Neg () Par () Am		☐ < 5 (3) ☐ 5 a 30 (2) ☐ 30 a 60 (1) ☐ > 60 (0)			
Est. Civil: () Solto () Cas () Viúvo () Un. Est. () Sep		Acha difícil não fumar em lugares onde é proibido?			
Filhos: () Sim, n.: _____ () Não		☐ Sim (1) ☐ Não (0)			
Escolaridade: _____		Qual o cigarro traz mais satisfação?			
Atividade/Tempo: _____		☐ o primeiro (1) ☐ algum outro (0)			
Renda: _____		Quantos fuma por dia?			
Benefícios Assistenciais: _____		≥ 30 (3) 21 a 30 (2) 11 a 20 (1) ≤ 10 (0)			
Naturalidade: _____		Fuma mais nas primeiras horas depois que acorda?			
Tempo de residência em Campinas/SP: _____		Sim (1) Não (0)			
Religião: _____		Fuma mesmo quando está doente?			
Praticante: () Sim () Não		Sim (1) Não (0)			
		Resultado: 0-4 Baixo 5-7 Médio 8-10 Alto			
				RESULTADO DA TRIAGEM NÃO MÉDICA	
				Paciente está no estágio de ação? () Sim () Não	
				Paciente pode arcar com o tratamento?	

TRIAGEM MÉDICA		EXAMES PSÍQUICO E FÍSICO (Dados +):		RESULTADO DA TRIAGEM MÉDICA	
Arritmias cardíacas	() Sim () Não	Peso: _____ Kg	Altura: _____ m	Concordo que está no estágio de ação?	
Cardiopatias isquêmicas	() Sim () Não	IMC: _____	PA: _____ mmHg	() Sim () Não	
Hipertensão arterial	() Sim () Não			Paciente apto a marcar a data da parada?	
AVC	() Sim () Não			() Sim, Data: ____/____/____ () Não	
Patologia Respiratória	() Sim () Não			Está indicado ao Grupo Terapêutico?	
Gravidez atual	() Sim () Não			() Sim, Começa em ____/____/____ () Não	
Amamentação	() Sim () Não			Indicado Farmacoterapia?	
Glaucoma	() Sim () Não			() Sim () Não. Se sim:	
Retenção urinária	() Sim () Não			() Medicação: _____	
Doença Tireoidiana	() Sim () Não			() Adesivo: _____	
Crises convulsivas	() Sim () Não			() Goma	
Bulimia/Anorexia	() Sim () Não			() Pastilha	
Diagnóstico Psiquiátrico	() Sim () Não				
Uso de Medicação	() Sim () Não				
Uso de Antidepressivos	() Sim () Não				
Uso de Álcool	() Sim () Não				
Uso de outras SDAs	() Sim () Não				
Comentar Antecedentes Positivos:					