

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALEXANDRE COUTINHO SATTLER

**PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABACO DE
PACIENTES TRATADOS EM UNIDADES DE SAÚDE DE
VITÓRIA-ES E FATORES RELACIONADOS**

VITÓRIA
2011

ALEXANDRE COUTINHO SATTLER

**PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABACO DE
PACIENTES TRATADOS EM UNIDADES DE SAÚDE DE
VITÓRIA-ES E FATORES RELACIONADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia de doenças não transmissíveis.

Orientador(a): Prof. Dr.^a Nágela Valadão Cadê.

VITÓRIA
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S253p Sattler, Alexandre Coutinho, 1978-
Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde de Vitória-ES e fatores relacionados / Alexandre Coutinho Sattler. – 2011.
99 f. : il.

Orientadora: Nagela Valadão Cade.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Fumo - Vício. 3. Fumo - Vício - Tratamento. I. Cade, Nagela Valadão, 1958-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ALEXANDRE COUTINHO SATTLER

**PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABACO DE
PACIENTES TRATADOS EM UNIDADES DE SAÚDE DE
VITÓRIA-ES E FATORES RELACIONADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia de doenças não transmissíveis.

Aprovada em vinte e dois de junho 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Nágela Valadão Cadê
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª Sheilla Diniz Silveira Bicudo
Faculdade Brasileira – UNIVIX

A meu filho, Gabriel Fernandes, que esta pesquisa sirva para ele compreender que a vida de um homem é construída com sonhos, projetos, muito trabalho e perseverança, e as vitórias são recompensas desses esforços.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que está vivo e presente todos os dias em nossas vidas. A sua presença é real e seguramente me conduz, por meio do Espírito Santo, a cada etapa dos meus projetos.

Agradeço especialmente à pessoa de minha orientadora, a professora Dr.^a Nágela, pela paciência e pelos cuidados a mim dedicados, o que viabilizou a construção deste trabalho.

Agradeço à minha querida esposa, Rejane, pelo incentivo e compreensão, pela tolerância às minhas ausências, e aos meus pais pelo apoio e carinho recebidos desde o início.

Registro também meus agradecimentos aos técnicos e gestores das unidades básicas de saúde da Secretaria de Saúde de Vitória que possibilitaram acesso aos dados por eles construídos e que, de forma significativa, colaboraram para a realização deste trabalho.

Agradeço à confiança recebida pelos sujeitos submetidos a esta pesquisa, pois sem eles não teria obtido êxito neste trabalho.

RESUMO

Programas para combate ao tabagismo têm sido implementados com vistas à abstinência do tabaco e à redução da morbimortalidade por doenças relacionadas com o uso regular do fumo. O objetivo é investigar a abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) em unidades de saúde do município de Vitória – ES, no ano de 2009. Trata-se de estudo transversal com todos os participantes do GATT atendidos na rede municipal em 2009, que participaram de três a quatro sessões em grupo, totalizando 160 sujeitos. Foi realizada entrevista estruturada por telefone com gravação simultânea, 9 a 20 meses após o tratamento e utilizados dados secundários do roteiro de entrevista inicial proposto pelo INCA. As variáveis constituíram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, nível de dependência ao tabaco, tempo gasto para acender o primeiro cigarro do dia, tentativas anteriores para parar de fumar, quantidade média de cigarros fumados por dia, comorbidades e fármacos utilizados durante o tratamento. Na análise estatística, foram aplicados os testes qui-quadrado, Fisher e Kruskal-Wallis. A significância estatística foi 5%. Predominou mulheres (71,9%), idade média 50 anos, nível de dependência elevado e muito elevado (52,5%), uma a três tentativas para parar de fumar (55%), consumo médio de 19 cigarros/dia, farmacoterapia antitabagismo (80,6%), gastrite (50%) e distúrbios do humor (48,8%) como comorbidade. Estavam abstinentes 28,7%, recaíram 51,9% e 19,4% não pararam de fumar. Houve associação estatística entre os abstinentes, os que recaíram e os que não pararam de fumar nas variáveis estado civil (0,039), tentativas anteriores para parar de fumar (0,029), quantidade de cigarro fumados por dia (0,019), uso de fármacos (0,00) e sintomas de ansiedade/depressão autorreferidos (0,040). Nos abstinentes houve mais casados, aqueles que tentaram mais vezes parar de fumar, fumaram menos cigarros/dia e apresentaram menos ansiedade/depressão. A abstinência foi modesta e o maior percentual de sujeitos recaiu.

Descritores: Atenção primária à saúde. Tabagismo. Abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

Programs to fight against the smoking have been implemented with the purpose to get the abstinence from smoke and to reduce the morbidity and mortality from diseases associated with regular use of tobacco. The aim is to investigate the tobacco abstinence in patients treated at Therapeutic Groups Support for Smoker in Health Units in the city council of Vitória-ES, in the year of 2009. It is a cross-sectional study with all participants in the GATT attended in public health service in 2009 who participated in 3 to 4 sessions in a total of 160 subjects. Structured interview was conducted by telephone with simultaneous recording from 9 to 20 months after the treatment and secondary data from the initial interview of INCA was used. The variables constituted: sociodemographic, profile of smoke dependence, time spending for the first cigarette of day, previous attempts to quit smoking, amount of cigarette/day, comorbidities and drugs used in treatment. In the statistical analysis were used chi-square, Fisher and Kruskal-Wallis test. The statistical significance was 5%. Women predominated (71,9%), mean age of 50 years old, high or very high level of dependence (52.5%), 1 to 3 attempts to quit smoking (55%), average consumption of 19 cigarettes/day, pharmacotherapy antismoking (80.6%) and gastritis (50%) and mood disorders (48.8%) as a comorbidity. Abstinent were 28.7%, 51.9% relapsed and 19.4% had not quit smoking. There was statistical association between the groups of abstinent, relapsed and that had not quit smoking, in the marital status variable (0.039), previous attempts to quit smoking (0.029) amount of cigarettes smoked per day (0.019), drug use (0.00) and anxiety/mood swings reported (0.040). The abstinent groups had more married which tried several times to quit smoke, smoked fewer cigarettes/day, and had less anxiety/mood swings. The abstinence was modest and the largest percentage of subjects relapsed.

Keywords: Primary Health Care. Smoking. Tobacco. Use Cessation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica e do perfil de dependência à nicotina dos 160 sujeitos. Vitória, 2009.....	31
Tabela 2 –	Distribuição das variáveis sociodemográficas e do perfil de dependência a nicotina, segundo os grupos. Vitória, 2009.....	32
Tabela 3 –	Descrição da média, mediana e desvio padrão do teste de Fagerstrom e da quantidade média de cigarro fumados por dia por grupo. Vitória, 2009.....	33
Tabela 4 –	Frequência de distribuição de uso da farmacoterapia nos grupos. Vitória, 2009.....	33
Tabela 5 –	Caracterização dos sintomas de ansiedade e alteração de humor nos três grupos. Vitória, 2009.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 GERAL	18
2.2 ESPECIFICOS.....	18
3 MÉTODOS E TECNICAS.....	19
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	19
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	20
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	20
3.5 INSTRUMENTOS.....	25
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	27
4 RESULTADOS.....	28
5 DISCUSSÃO.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
7 REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	48
APÊNDICE A.....	49
APÊNDICE B.....	51
APÊNDICE C.....	52
APÊNDICE D.....	53
APÊNDICE E.....	54

ANEXO – Entrevista estruturada padrão INCA.....	55
ARTIGO 1.....	60
Resumo.....	61
Abstract.....	61
Introdução.....	62
Métodos.....	64
Resultados.....	67
Discussão.....	71
Considerações finais.....	76
Referências.....	77
ARTIGO 2.....	81
Resumo.....	82
Abstract.....	82
Introdução.....	83
Métodos.....	85
Resultados.....	87
Discussão.....	92
Considerações finais.....	95
Referências.....	96

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabaco mata 5,4 milhões de pessoas a cada ano, mais do que as mortes causadas pela tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida e malária juntas. Estima-se que, em 2030, o número de mortes relacionadas com o tabagismo será superior a oito milhões anuais, sendo 80% delas em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, a pesquisa por amostra de domicílio, realizada em 2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde e instituições internacionais, evidencia a prevalência de uso de tabaco fumado, em maiores de 15 anos, em 17,2%. No Sul, tem-se o maior percentual (19%) e, nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste, os menores (16,6 e 16,7%, respectivamente). Nesta pesquisa, o Estado do Espírito Santo, representado por uma amostra de 7.231 pessoas, apresentou uma prevalência de 17,8% de fumantes, a maior do Sudeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Estão confirmadas 25 doenças provocadas diretamente pelo uso regular do tabaco, e seu uso é fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo. As maiores incidências de doenças causadas pelo fumo estão nos sistemas cardiovascular (43%), respiratório (20%) e nos cânceres em geral (6%). Os cânceres mais comuns são o de laringe, faringe, esôfago, estômago, traquéia, brônquios, uretra, bexiga, fígado, mama e próstata (MARQUES et al., 2001; ACHUTTI; ROSITO; ACHUTTI, 2006; VIEGAS, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Estudo recente mostra que houve no Brasil, redução da mortalidade padronizada por idade em 20% entre 1996 e 2007, o que tem sido relacionada à diminuição da prevalência do tabagismo nos últimos 20 anos, com repercussões diretas principalmente, sobre as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas (SCHIMIDT et al., 2011).

A exposição ativa ou passiva à fumaça do cigarro coloca as vias aéreas em contato com 4.720 substâncias químicas irritantes ao organismo e, dessas, 60 substâncias apresentam potencial cancerígeno. Além disso, o monóxido de carbono formado na combustão do alcatrão do

cigarro é um gás que, ao ser tragado, alcança os pulmões e tem maior afinidade de ligação pela hemoglobina do que o oxigênio, isto, desencadeia uma diminuição da oxigenação tecidual, um aumento da atividade pró-inflamatória e indução de processo de lesão tecidual (MARQUES et al., 2001; BALBANI; MONTOVANTI, 2005; ACHUTTI; ROSITO; ACHUTTI, 2006; VIEGAS, 2007).

A nicotina contida no cigarro de tabaco apresenta, dentre algumas propriedades farmacocinéticas, uma rápida velocidade de ação, curta duração de efeito e desenvolvimento de tolerância, tornando-a a principal substância responsável pela dependência química nos fumantes (HAGGSTRAM et al., 2001; MARQUES et al.; VIEGAS, 2007).

Os efeitos psicoativos da nicotina, após ligação a receptores nicotínicos do cérebro, aos gânglios do sistema nervoso autônomo e às placas neuromusculares, são mediados por vários neurotransmissores resultando em efeitos comportamentais complexos. O comportamento da dependência deve-se à sensação de prazer, alívio de ansiedade, procura compulsiva por nova dose e ao aparecimento da síndrome de abstinência após a interrupção (HAGGSTRAM et al., 2001; VIEGAS, 2007).

Somente no ano de 1984, a OMS passou a considerar o tabagismo como uma doença epidêmica, resultante da dependência de nicotina, e incluiu-o na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo do Transtorno Mental e Comportamental, decorrente do uso de substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; MARQUES et al., 2001).

Além das consequências à saúde individual, a dependência ao tabaco tem implicações econômicas e ambientais importantes. Em países desenvolvidos, gasta-se de 6 a 15% do total das despesas com a saúde em tratamento de doenças relacionadas com o tabagismo. Os danos ao meio ambiente se devem à poluição causada pelo uso de pesticidas e fertilizantes para o plantio e também ao desflorestamento necessário para a cura da folha do tabaco (BRASIL, 2004a).

Diante disso, em 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, 191 países membros da OMS estabeleceram como proposta o primeiro tratado internacional em saúde pública – a Convenção Quadro – para o controle do tabaco (BRASIL, 2004a; VIEGAS, 2007).

Nesse tratado internacional, aprovado em 21 de maio de 2003, na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, os governantes comprometeram-se com a implementação de medidas para prevenção, controle e redução do uso do tabaco (CAVALCANTE, 2005; VIEGAS, 2007).

O Brasil foi o segundo país a assinar esse tratado, em 16 de junho de 2003, que entrou em vigor internacional em fevereiro de 2005. Dentre algumas medidas propostas para o controle do tabaco, estão a restrição da publicidade e do patrocínio de cigarros, a modificação da política de impostos e preços, o combate ao comércio ilícito do cigarro, o tratamento dos dependentes da nicotina e a criação de legislação para evitar o tabagismo passivo (BRASIL, 2004a, 2006a; VIEGAS, 2007).

As ações de combate ao tabaco no Brasil, desde 1989, têm sido coordenadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS). No entanto, para que as diversas ações de governo pudessem ser viabilizadas foi necessária uma modificação na estrutura ministerial do PNCT. Essa modificação ocorreu com a criação, em 1999, da Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, formada por representantes de vários ministérios – Saúde, Agricultura, Fazenda, Planejamento, Economia, entre outros - cujo objetivo principal era coordenar ações e políticas públicas para o controle do tabaco (BRASIL, 2004a; CAVALCANTE, 2005; VIEGAS, 2007).

Desde então, diversas importantes ações de controle do tabagismo vêm sendo regulamentadas pelo Governo Federal. Nos últimos dez anos, dos atos legislativos publicados, destacam-se a restrição das propagandas aos pontos internos de venda e a proibição de patrocínio de eventos culturais e esportivos pelas companhias de tabaco, a partir de dezembro de 2000. Outra importante ação foi a inclusão de advertências sanitárias com fotos impactantes nas embalagens de produtos de tabaco, a partir de 2001 (BRASIL, 2008).

A publicação da Portaria nº. 1.035, pelo MS, em de 31 de maio de 2004, que estendeu o tratamento da dependência à nicotina para a média complexidade e a atenção básica, trouxe mais um desafio para os profissionais da saúde. Para isso, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), em parceria com associações científicas e conselhos de classe, aprovou, nesse mesmo ano, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina, pela Portaria nº. 442/2004 (BRASIL, 2004b, 2004d, 2006b).

Nesse protocolo clínico para tratamento de pessoas dependentes de nicotina, é preconizada a abordagem cognitivo-comportamental como referencial teórico. O tratamento consiste em sessões individuais ou semanais em grupo, coordenadas por um ou dois profissionais de saúde de nível superior. Quando realizada em grupo, é denominado Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista.

Também está previsto, no protocolo clínico, o apoio medicamentoso a ser utilizado quando necessário, com destaque na mudança comportamental, que é o ponto principal do tratamento, pois o uso isolado de medicamentos não é suficiente para o abandono do tabaco. Uma das principais medidas farmacoterapêuticas constitui-se na reposição de nicotina por meio de adesivos e gomas (BRASIL, 2001, 2004b).

Diversos estudos clínicos sobre tratamento do tabagismo têm sido realizados para avaliar diferentes métodos de intervenção e para comparar o efeito de fármacos utilizados no tratamento (BALBANI; MONTOVANTI, 2005; FOCCHI; BRAUN, 2005). Em revisão sistemática, Stead e Lancaster (2009) afirmam que o tratamento em grupo é duas vezes mais efetivo do que nenhuma intervenção ou contato mínimo. O acréscimo de medicamentos capazes de repor a nicotina, segundo Stead et al. (2008), em trabalho de revisão sistemática com 132 estudos clínicos, é capaz de aumentar em 58% a chance de parar de fumar com o tratamento.

Os resultados do tratamento com tabagistas, geralmente, são expressos em percentual de abstinência. Esse percentual corresponde à quantidade de fumantes em abstinência dividida pela quantidade de sujeitos tratados multiplicados por 100 (PAGANO; GAUVREAU, 2008).

Assim, May (2006) encontrou percentual de 15% de abstinência avaliada seis meses após intervenção, Sales et al. (2006) de 50,8% e Lawhon (2009) de 17,7% em 12 meses. Já Azevedo et al. (2009) e Cox et al. (2011), de 62% e 28,7%, respectivamente, em 24 meses de acompanhamento.

No Brasil, Otero et al. (2006) conduziram um ensaio clínico randomizado com pacientes que compareceram em pelo menos três das quatro sessões cognitivas comportamentais em grupo e utilizaram reposição de nicotina sob forma de adesivos transdérmicos. Os resultados

encontrados foram percentual de abstinência de 65,7% dos pacientes, quando avaliados no primeiro mês, e de 33,3% no décimo segundo mês de acompanhamento.

Um estudo realizado com 1.499 tabagistas pelo *Institute of Epidemiology and Social Medicine*, na Alemanha, pontuou os seguintes fatores associados à abstinência do tabaco: pessoas de maior escolaridade, do sexo feminino e com a intenção de abandonar o fumo nos próximos seis meses. Por outro lado, os fatores que contribuíram para manter o uso do tabaco foram: ter maior nível de dependência à nicotina medida pela escala de Fagerström e ter, no domicílio, um parceiro fumante (HAUG et al., 2009). Resultados semelhantes foram documentados por McGee e Williams (2006) em mulheres, e por Augustson et al. (2008). Esses autores constataram também que alterações comportamentais, como maior ansiedade, depressão, e insônia dificultam a interrupção do tabagismo.

A caracterização de variáveis, como as sociodemográficas, as psicossociais e de dependência à nicotina de tabagistas, é útil para direcionar o desenvolvimento de programas de cessação do tabagismo (MCGEE; WILLIAMS, 2006). Programas bem conduzidos são particularmente importantes, do ponto de vista econômico, porque aumentam a abstinência do tabaco e, conseqüentemente, podem prevenir uma grande variedade de doenças crônicas (ANCZAK; NOGLER 2003; ACHUTTI; ROSITO; ACHUTTI, 2006).

Em 1998, ocorreu a implantação do Programa “SEMUS Livre de Tabaco”, com a institucionalização das ações de combate ao tabagismo desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória–ES, mas, somente em 2001, foi iniciado o tratamento de tabagistas em uma unidade básica de saúde (UBS). Destaca-se que já existia, no Centro Atendimento Psicossocial um trabalho semelhante. No início de 2006, foram incorporados ao tratamento os medicamentos de apoio, fornecidos pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nessa época, também ocorreram treinamentos e capacitações, o que motivou profissionais de saúde a oferecerem essa modalidade de tratamento e, hoje, existem 14 unidades de saúde que ofertam tratamento para o tabagista com ampliação do acesso da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1999; SEMINÁRIO MUNICIPAL DIA MUNICIPAL SEM TABACO, 2009).

O pesquisador deste estudo participa, desde 2006, dos Grupos de Apoio ao Tabagista (GATT) de uma UBS do município e, desde então, tem sentido falta de informações sobre a evolução dos participantes, quanto à abstinência e à cessação do tabaco, pois em Vitória–ES, a informação, sobre a atual condição do hábito de fumar dos pacientes que fizeram tratamento é desconhecida. Existe, portanto, uma demanda de se conhecer essa condição, no sentido de poderem ser avaliados os efeitos do tratamento realizado.

Há estudos sobre essa temática desenvolvidos com outras populações, porém os percentuais de abstinência à nicotina podem variar dependendo não apenas da modalidade de tratamento, mas também de outras condições, como a população do estudo, o local onde foi realizado e a definição do tempo de abstinência esperada (HUGHES, et al.; 2001; MCGEE; WILLIAMS, 2006).

Nesse sentido, este estudo pretende conhecer a percentagem de pacientes do GATT que alcança a abstinência do tabagismo, após participação no programa de tratamento e algumas das variáveis que interferem nesse processo.

Os resultados desta pesquisa podem também servir como ferramenta para o aperfeiçoamento da capacitação dos profissionais envolvidos com o GATT, à medida que sinalizam a efetividade do tratamento ofertado.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar a abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT), em unidades de saúde do município de Vitória – ES, no ano de 2009.

2.2 ESPECÍFICOS

Avaliar a prevalência da abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista.

Avaliar as variáveis relacionadas à abstinência do tabaco, nessa população.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa observacional, de corte transversal que pretendeu estudar a abstinência do tabaco em pessoas que participaram do GATT nas unidades de saúde de Vitória-ES (GIL, 2002).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em todas as UBS do município de Vitória - ES que atendem pacientes com dependência à nicotina, conforme as diretrizes do protocolo clínico para cessação do tabagismo em vigor.

Das 28 UBS municipais, 14 (50%) prestavam atendimento às pessoas com dependência à nicotina, todavia, em 2009, duas delas não ofertaram esse serviço por problemas de recursos humanos, e uma não prestou atendimento conforme as diretrizes clínicas para cessação do tabagismo (BRASIL, 2004a). Dessa forma, os dados foram coletados em 11 unidades situadas em cinco das seis regiões de saúde do município, a saber: Centro, Continental, Forte São João, Maruípe e São Pedro. As três UBS da região de Santo Antônio não ofertaram o GATT. As duas UBS que mais contribuíram com a população deste estudo, 81 (50,6%) dos sujeitos, situavam-se na região Continental. A seguir, contribuíram a região de Maruípe com 39 (24,4%), do Forte São João com 32 (20%), do Centro com 6 (3,75%), e de São Pedro com 2 (1,25%) sujeitos.

A estrutura do GATT compreende quatro sessões estruturadas em grupo, envolvendo 10 a 15 participantes. Cada encontro do grupo tem previsão de duração de aproximadamente 60 minutos. Nessas sessões, o conteúdo é prédefinido e os assuntos são: a) por que se fuma; b) como parar de fumar; c) benefícios de não fumar; e d) prevenção da recaída. São utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, como automonitorização, controle de estímulos, exercícios de relaxamento e procedimentos aversivos. São previstas também duas sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de uma reunião mensal aberta para prevenção da recaída, até completar um ano do término do grupo (BRASIL, 2004b).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes que participaram do GATT no ano de 2009. Os critérios de elegibilidade dos pacientes para o estudo constituem em ter idade maior de 18 anos, ter participado de, no mínimo, três sessões, possuir telefone para contato registrado nas fichas de entrevista e aceitar participar do estudo mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pesquisadores arbitraram três sessões, no mínimo, como critério de inclusão dos pacientes no estudo, considerando as desistências e faltas que acontecem no decorrer das sessões, o que reduziu sobremaneira a população do estudo.

Como critério de exclusão, elegeu-se a não localização do paciente após três tentativas pelo telefone, em dias e horários diferentes.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis deste estudo foram agrupadas em variáveis sociodemográficas, perfil de dependência ao tabaco, comorbidades e uso de medicamentos que favorecem a abstinência do tabaco.

3.4.1 Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: idade, sexo e escolaridade.

3.4.1.1 Idade

A idade tem sido uma variável que interfere tanto na busca como no resultado do tratamento da dependência ao tabaco. Estudos mostram que no Brasil se encontram mais fumantes na faixa etária de 45 a 64 anos (IBGE, 2009) e quase 70% das pessoas que buscam tratamento para controle do tabagismo têm idade maior que 40 anos (OTERO et al., 2006). Neste estudo trabalhou-se com quatro faixas etárias.

Fumantes com mais idade (35 a 54 anos) têm maior probabilidade de cessação quando comparados com fumantes mais jovens (idade entre 16 a 24 anos) (CHANDOLA; HEAD; BARTLEY, 2004).

3.4.1.2 Sexo

O hábito de fumar e de abstinência ao tabaco tem se mostrado diferente entre os sexos. Pesquisa mostrou que os homens fumam mais do que as mulheres em todas as faixas etárias, buscam menos tratamento, mas têm mais facilidade de parar do que as mulheres da mesma idade (CHANDOLA; HEAD; BARTLEY, 2004; FIGUEIREDO; 2005; SANTOS; GONÇALVES; LEITÃO-FILHO, 2008; IBGE, 2009). Entretanto, a diferença de gênero, com relação à cessação apresenta controvérsias (CEPEDA-BENITO, REYNOSO, ERATH; 2004; CAPONETTO; POLOSA, 2008).

3.4.1.3 Escolaridade

A escolaridade também tem se mostrado um fator diferencial no comportamento de fumar. No Brasil, o menor contingente de fumantes encontra-se na faixa de pessoas com mais de 11 anos de estudo (IBGE, 2009). Dados semelhantes também foram registrados em pesquisa na Alemanha, indicando que a abstinência do tabaco é o dobro, quando a pessoa tem mais de dez anos de estudo (HAUG et al., 2009).

3.4.1.4 Estado civil

A convivência com cônjuge pode ser um incentivo e um apoio para parar de fumar. Estudo de seguimento evidenciou que os fumantes que divorciaram ou que nunca foram casados tiveram menor probabilidade de parar de fumar em relação aos casados (CHANDOLA; HEAD; BARTLEY, 2004).

3.4.2 Perfil de dependência ao tabagismo

Caracterizar a dependência à nicotina é importante, tendo em vista que, quanto maior for o nível de dependência, maior será a probabilidade de fracasso e recaída na tentativa de abandono (MYUNG et al., 2007; CAPONETTO; POLOSA, 2008). O perfil de dependência à

nicotina, neste estudo, foi avaliado por quatro variáveis com significados semelhantes: nível de dependência a nicotina, tempo gasto para acender o primeiro cigarro, número de tentativas anteriores para parar de fumar e quantidade média de cigarros utilizados por dia.

3.4.2.1 Nível de dependência à nicotina

O nível de dependência a nicotina foi avaliado pelo Teste de Fagerström, elaborado, em 1974, pelo psicólogo, nascido na Suécia, Karl Fagerström. Esse questionário tornou-se referência internacional para avaliação clínica e científica do nível de dependência à nicotina. Consiste em seis perguntas fechadas, com duas a quatro opções de resposta. A cada resposta são atribuídos pontos e, ao final, eles são somados para se classificar o nível de dependência em baixo, médio, alto e muito alto. As principais vantagens desse questionário são a reprodutibilidade, a facilidade e a rapidez do uso (UNITED KINGTON NATIONAL SMOKING CESSATION CONFERENCE, 2005).

3.4.2.2 Tempo gasto para acender o primeiro cigarro

Essa variável reflete a fissura, desejo intenso por cigarros e, apesar de ser a primeira pergunta do Teste de Fagerström, tem sido avaliada de forma independente, por ser considerada um importante preditor da dependência à nicotina (HAUG et al., 2009). Assim, quanto mais rápido se acende o primeiro cigarro do dia, ou seja, em menos de cinco minutos, afirma-se que maior é a fissura pelo cigarro.

3.4.2.3 Número de tentativas anteriores para parar de fumar

Esta informação reflete o desejo do paciente de interromper o tabagismo. Quanto maior o número de tentativas, maior é a chance de alcançar a abstinência, já que, a cada tentativa, o paciente desenvolve meios próprios de lidar com os sintomas da abstinência (MYUNG et al., 2007).

3.4.2.4 Quantidade média de cigarros utilizados por dia

A quantidade média de cigarros fumados ao longo dos dias reflete o nível de dependência devido à relação dose-efeito da nicotina (ACHUTTI; ROSTIO; ACHUTTI, 2006; AUGUSTSON et al., 2008). Portanto, caracterizar essa variável é importante, pois se espera encontrar menor abstinência entre os fumantes com maiores médias de cigarros consumidos ao dia (COX et al., 2011).

3.4.3 Comorbidade autorreferida

Observa-se, na prática clínica, que indivíduos com doenças relacionadas com o tabaco ou aquelas em que o cigarro é um fator agravante apresentam uma predisposição mais acentuada para cessar o fumo, possivelmente porque é maior a chance de receber aconselhamento dos profissionais de saúde quanto aos malefícios do cigarro para o manejo de sua condição clínica.

Por outro lado, os transtornos de humor e da ansiedade têm relação com o comportamento de fumar e com a cessação do tabagismo. De acordo com Munaretti e Terra (2007), pessoas com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) têm cinco vezes mais chance de fumar do que aqueles sem o TAG, e pessoas com humor depressivo têm a probabilidade de abandono do tabagismo reduzida (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010).

A inclusão desta variável no estudo tem como objetivo conhecer a relação entre a abstinência e a presença prévia de doenças ou agravos, especialmente aquelas relacionadas com o humor e foi verificada mediante o autorrelato da época em que participou do GATT.

3.4.4 Uso de medicamentos que favorecem a cessação do fumo

Diversos fármacos antitabagismo têm sido avaliados em revisões sistemáticas pelo grupo *Cochrane Collaboration*¹. As classes farmacológicas, sem evidência clínica ou não utilizada

¹ *Cochrane Collaboration* é uma rede de cooperação técnica e internacional sobre temas de saúde pública. Foi estabelecida em 1993 e realiza publicações de forma independente de interesses econômicos e com metodologia científica de excelente qualidade.

na prática clínica, foram desconsideradas. Assim, somente as duas classes farmacológicas de medicamentos incluídas no protocolo clínico para o tratamento do tabagista serão abordadas como variáveis.

3.4.4.1 Antidepressivos

O uso de antidepressivos, principalmente a fluoxetina, a nortriptilina e a bupropiona, já demonstra favorecer a abstinência do tabaco (HISTMAN et al., 1999; NIAURA et al., 2002; FOCCHI; BRAUN, 2005).

No que diz respeito à fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS), o uso para essa indicação foi documentado em um estudo com 989 fumantes que evidenciou aumento dos percentuais de abstinência nas doses de 30 ou 60mg/dia, comparando-se com o placebo (HISTMAN et al., 1999; NIAURA et al., 2000).

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico que atua na recaptação da noradrenalina na fenda sináptica. O uso da nortriptilina isolada ou associada a reposição de nicotina contribui para o aumento dos percentuais de abstinência do tabaco (FOCHI; BRAUN, 2005; VIEGAS, 2007).

A bupropiona inibe a recaptação de noradrenalina e de dopamina e pertence, a classe de antidepressivos atípicos. O mecanismo pelo qual a bupropiona atua na dependência à nicotina é incerto, porém os resultados comprovam o aumento da abstinência do tabaco em pacientes que utilizam esse fármaco (FOCHI; BRAUN, 2005; VIEGAS, 2007).

3.4.4.2 Terapia de reposição de nicotina

A terapia de reposição de nicotina, principalmente com adesivos, é o tratamento farmacológico mais utilizado para cessação do tabagismo devido à sua eficácia, poucos efeitos colaterais e maior adesão (FOCHI; BRAUN, 2005; ETTER; STAPLETON, 2006; VIEGAS, 2007). No Brasil, estão disponíveis para reposição nicotínica, pelo Programa de Tabagismo, as apresentações em goma de mascar com 2 e 4mg e os adesivos transdérmicos de 7, 14 e 21mg.

O adesivo transdérmico, em contato com a pele, libera nicotina gradualmente, de forma que os níveis plasmáticos de nicotina sejam mantidos durante a abstinência do tabagismo, minimizando, assim, os sintomas da síndrome de abstinência² (MARQUES et al.; 2001; VIEGAS, 2007).

Em estudo de revisão sistemática com 132 artigos sobre a terapia de reposição nicotínica com adesivo transdérmico (TRN) e outras formas de reposição da nicotina, como goma, *spray* inalatório e tabletes sublingual, ficou evidenciado, no que diz respeito à TRN, que ela aumenta a probabilidade de o tabagista parar de fumar em 50 a 66% comparado aqueles a grupo controle ou placebo (STEAD; PERERA; BULLEN, 2008).

Por outro lado, há estudos que não confirmam a eficácia da TRN na cessação do tabagismo em longo prazo. Etter e Stapleton (2006), em estudo de meta-análise, selecionaram 12 ensaios clínicos randomizados com grupo controle e terapia de reposição de nicotina (TRN) como tratamento para o grupo intervenção. Dos 12 estudos, somente seis deles (50%) mostraram resultados positivos para a cessação do tabagismo com a TRN. Os outros ensaios clínicos desse estudo demonstraram-se nulos ou negativos no efeito mais duradouro na cessação do tabagismo da TRN.

Portanto, a inclusão da variável é importante, já que seu uso pode aumentar substancialmente a abstinência com a participação do GATT.

3.5 INSTRUMENTOS

Neste estudo foram utilizados dados primários e secundários. Para os dados secundários, a fonte de informação foi o roteiro padronizado pelo INCA para a entrevista inicial ao tabagista que procura o GATT com a intenção de parar de fumar (ANEXO). Também foi utilizada a ficha ou livro de controle da frequência dos grupos.

Ambos os registros se encontram arquivados nas UBS e possuem informações sobre cada participante do GATT. O roteiro do INCA contém dados de identificação, telefone de contato,

² A síndrome de abstinência é o conjunto de sinais e sintomas que surgem após certo tempo de abstinência do tabaco. Os sintomas podem ser fisiológicos, como a diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial e aumento da tosse; e psicológicos, como maior irritabilidade, ansiedade, surgimento de insônia ou sonolência diurna, humor disfórico, entre outros (Marques et al., 2001).

dados sociodemográficos, história patológica pregressa, história tabagística, o Teste de Fagerström e o livro de controle contem dados relativos ao número de participantes nas sessões e data em que ocorreram as reuniões.

Outra fonte de dados secundários foi a ficha farmacoterapêutica existente nas farmácias das unidades, onde estão registrados os medicamentos utilizados no tratamento antitabagismo.

Para obtenção dos dados primários, foi realizada uma entrevista estruturada por telefone, conforme APÊNDICE A. O formulário de entrevista possui um bloco de perguntas sobre o comportamento de abstinência do tabaco após participar do GATT.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Em um primeiro momento, foram averiguadas, com o diretor ou os profissionais do GATT de cada UBS, as informações daqueles que foram tratados no Programa quanto aos seguintes critérios de inclusão: idade maior ou igual a 18 anos e número de participação nas reuniões.

Para aqueles que atenderem a esses critérios, foi enviada uma carta-convite (APÊNDICE B) para participação no estudo e a solicitação de um telefone para contato, bem como o melhor horário para receber a ligação telefônica. Essa carta-convite foi disponibilizada aos agentes comunitários de saúde (ACS) pelo pesquisador em cada unidade para ser entregue ao paciente cadastrado durante a visita de rotina. Posteriormente o pesquisador buscou as cartas devolvidas pelos pacientes com cada ACS.

Como nem todas as unidades com GATT têm a Estratégia da Saúde da Família e, conseqüentemente, não têm ACS, nesse caso foi postada por correio a carta-convite e solicitado retorno por telefone, *e-mail* ou depósito da resposta na unidade de saúde.

Em um segundo momento, os dados primários foram coletados com aqueles que enviaram um telefone para contato. Para tal, o pesquisador, por telefone, fez a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e após concordância verbal, foi realizado a entrevista.

Para a gravação, foi utilizada uma linha telefônica ligada a um computador com o programa de gravação Vip Tele - Record. A gravação foi armazenada no computador, em arquivos digitais (formato mp3).

Durante esta etapa, o pré-teste foi realizado com aproximadamente oito pacientes aleatoriamente, para refinar o instrumento de pesquisa.

O último momento consistiu na coleta dos dados secundários apenas daqueles que foram entrevistados por telefone, mediante a consulta na unidade de saúde da ficha de roteiro de entrevista do INCA e da ficha farmacoterapêutica existente nas farmácias.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação foi realizada de acordo com os preceitos éticos vigentes, tendo como referência a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sobre estudos envolvendo seres humanos e o projeto de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o nº 073/10.

A todos os pacientes entrevistados foi solicitado seu consentimento por meio da declaração verbal, seguido do seu nome completo, após a leitura por telefone do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). A gravação da conversa telefônica está em arquivos digitais armazenados em disco rígido e em *pen-drive* sob a guarda do pesquisador.

3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Na análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva mediante valor mínimo, média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e a frequência relativa para as variáveis qualitativas. A análise inferencial foi composta pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher para variáveis categóricas e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para dados quantitativos, quando a normalidade dos dados foi rejeitada. A significância estatística adotada foi de 5% e utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (2009).

4 RESULTADOS

Ao todo, 534 sujeitos realizaram a entrevista padrão INCA para participação no GATT em 2009, e 273 (51%) sujeitos atenderam a todos os critérios de inclusão do estudo (APÊNDICE D). Desses 273 participantes, houve 105 perdas e oito sujeitos fizeram parte do pré-teste, contabilizando ao final do estudo 160 sujeitos.

As perdas de sujeitos foram classificadas em três motivos principais: o primeiro (motivo A) foi devido mudança de telefone, o número informado estava errado ou indisponível para receber ligações; o segundo (motivo B) foi devido a recusa explícita em participar da pesquisa; e o terceiro (motivo C) ocorreu quando o paciente evitava marcar data para a entrevista ou agendava mas não estava presente no momento da ligação telefônica. Problemas com o telefone foi o principal responsável pelas perdas de sujeitos (83,8%) do estudo, seguido pela recusa em participar do mesmo (9,5%) (APÊNDICE E).

Quanto às variáveis sociodemográficas predominou: sexo feminino em 115 (71,9%) sujeitos; faixa etária entre 45 e 64 anos com 101 (63,1%) sujeitos; média de idade de 49,6 e desvio padrão a 10,9 anos; 2º. grau completo e incompleto com 81 (50,6%) sujeitos; e 79 (49,4%) casados (Tabela 1).

Em relação ao perfil de dependência à nicotina: 84 (52,5%) sujeitos apresentaram nível de dependência elevado e muito elevado; 64 (40%) acendiam o primeiro cigarro até cinco minutos após ter acordado; 88 (55%) fizeram de uma a três tentativas para parar de fumar; e 68 (42,5%) fumam de 11 a 20 cigarros por dia; média e desvio padrão de 19 e 10,2 respectivamente.

Sobre a prescrição de farmacoterapia antitabagismo, 129 (80,6%) sujeitos utilizaram algum tipo de medicamento. A terapia isolada de reposição à nicotina (TRN) com adesivos transdérmicos foi a mais usada, em 88 (68,2%) sujeitos e, na modalidade goma ou combinada (adesivo e goma), em 5 (3,9%) sujeitos. A TRN foi também combinada com medicamentos antidepressivos – Bupropiona em 23 (17,9%) e outros – em 6 (4,7%) sujeitos. Usaram somente antidepressivos 6 (4,7%) e houve 1 (0,8%) perda de informação.

Em relação ao perfil de comorbidade autodeclarada na entrevista, encontrou-se: somente 15 (9,4%) dos sujeitos não relataram outra doença ou diagnóstico e, dos que identificaram, 80 (50%) citaram problemas gástricos, seja sintomas, seja diagnósticos de doença; 78 (48,8%) referiram ansiedade e/ou distúrbios do humor; e 74 (46,3%) sujeitos, apresentaram alterações no aparelho respiratório, em sua maioria de etiologia alérgica.

Neste estudo, considerou-se como “abstinência ao tabaco ou cessação do fumo”, quando o sujeito participante do GATT se manteve sem fumar até a coleta de dados, independentemente do dia em que interrompeu o tabagismo, ou seja, abstinência contínua (grupo 1). Como “recaída”, considerou-se quando o participante ficou sem fumar no mínimo por sete dias, todavia voltou a fazê-lo regularmente (grupo 2). Entendeu-se como “não parar, de fumar”, quando não houve interrupção do tabagismo ou o tabagista ficou sem fumar por um tempo inferior a sete dias, com retorno regular do hábito de fumar (grupo 3) (HUGHES; KEELY; NIAURA, 2003; COX et al., 2011).

Sobre a caracterização da abstinência ao tabaco, a partir da participação no GATT dos 160 sujeitos, 46 (28,7%) estavam abstinentes até a coleta de dados (grupo 1), 83 (51,9%) recaíram (grupo 2) e 31 (19,4%) não pararam de fumar com o GATT (grupo 3).

Apesar de o grupo 1 e 2 ser constituídos de sujeitos que pararam de fumar por determinado tempo, no grupo 1, o tempo mínimo de abstinência foi de 270 dias, mediana de 360, média de 396,6 e desvio padrão de 89,4 dias, enquanto no grupo 2 o tempo mínimo foi 7, mediana de 90, média de 120 e desvio padrão de 105 dias.

Dos 129 pacientes que alguma vez pararam de fumar (grupo 1 e grupo 2), 4 (3,1%) o fizeram antes do tratamento em grupo, após a entrevista inicial; 102 (79,1%) durante o GATT; 19 (14,7%) uma a quatro semanas após o GATT e 4 (3,1%) sujeitos após quatro semanas de participação no GATT.

Daqueles que ainda mantêm o hábito de fumar (grupo 2 e grupo 3), 63 (55,3%) fumam a mesma quantidade de cigarros que fumavam antes da intervenção, e dos que modificaram a quantidade, 35 (30,7%) relataram redução e 9 (7,8%) aumento no consumo. Enquanto 22 (70,9%) sujeitos do grupo 3 fumam a mesma quantidade, 30 (36,1%) do grupo 2 reduziram o consumo.

Observa-se, na Tabela 2, que somente o estado civil, como variável sociodemográfica, e número de tentativas anteriores para parar de fumar, como indicador do perfil de dependência à nicotina mostraram diferença entre os grupos (p 0,039 e 0,029), com sinalização de que, nos abstinentes, prevalecem os casados e aqueles com maior experiência na realização de tentativas quando comparados com o grupo 3. O grupo 3 apresentou maior percentual de sujeitos (33,3%) que nunca tentaram parar de fumar antes do GATT, fumam mais de 31 cigarros por dia e com nível de dependência elevado e muito elevado, apesar da não existência de diferença estatística entre os grupos. Todavia, ao analisar a quantidade média de cigarros/dia como variável contínua, essa se mostrou significativamente diferente entre os grupos (p 0,019) e o grupo 3 fumava mais cigarros/dia (Tabela 3).

Com relação ao uso de farmacoterapia antitabagística – TRN e antidepressivos – houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Observa-se, na Tabela 4, que, no grupo 3, houve um menor número de pessoas que utilizaram essa modalidade de intervenção em relação aos demais grupos

Outro aspecto avaliado foi o relato percebido de comorbidade, os 160 sujeitos citaram 279 comorbidades de diferentes naturezas, segundo o formulário padrão INCA. E entre os sintomas ou aparelhos mais acometidos (50% aparelho digestivo e 48,8% depressão e/ou ansiedade), destaca-se que a menor proporção de pessoas no grupo 1 identifica sintomas de ansiedade e depressão. A frequência dessas alterações foi menor no grupo 1 (34,8%) e no 3 (51,6%) e maior no grupo 2, com 46 (55,4%) sujeitos (p valor 0,040), conforme Tabela 5.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e do perfil de dependência à nicotina dos 160 sujeitos. Vitória, 2009

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	45	28,1
Feminino	115	71,9
Faixa etária^a		
≤ 24 anos	1	0,6
25 a 44 anos	46	28,8
45 a 64 anos	101	63,1
≥ 65 anos	11	6,9
Escolaridade^b		
Analfabeto / semi-analfabeto	7	4,4
1º grau incompleto / completo	39	24,4
2º grau incompleto / completo	81	50,6
Superior incompleto / completo	31	19,4
Estado civil^c		
Solteiro	43	26,9
Casado	79	49,4
Divorciado/separado/viúvo/outros	34	21,3
Sem informação	4	2,5
Nível de dependência da nicotina^d		
Muito baixo	14	8,8
Baixo	30	18,8
Médio	29	18,1
Elevado	52	32,5
Muito elevado	32	20,0
Tempo gasto para acender o primeiro cigarro^e		
Dentro de 5 minutos	64	40,0
Entre 6 e 30 minutos	60	37,5
Entre 31 e 60 minutos	16	10,0
Após 60 minutos	15	9,4
Tentativas anteriores para cessar tabagismo^f		
Nenhuma	20	12,5
1 a 3	88	55,0
Três ou mais	37	23,1
Tentou mas não conseguiu*	11	6,9
Quantidade média de cigarros utilizados por dia^g		
Menos de 10	33	20,6
De 11 a 20	68	42,5
De 21 a 30	29	18,1
Mais de 31	27	16,9
Total	160	100

(a) perda de 1 sujeito (0,6%); (b) perda de 2 (1,2%); (c) perda de 4(2,5%); (d) perda de 3 (1,9%); (e) perda de 5 (3,1%); (f) perda de 4 (2,5%); e (g) perda de 3 (1,9%) sujeitos.

*Essa variável está presente no formulário de entrevista do INCA, entendendo-se que incluem aqueles que tentaram uma ou mais vezes e ficaram algum tempo sem fumar.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e do perfil de dependência a nicotina, segundo os grupos. Vitória, 2009

Variáveis	Grupos			Total	p-valor
	1	2	3		
Faixa etária^a					
Menos de 45 anos	13 (28,3%)	29 (35,4%)	5 (16,1%)	47 (29,4%)	0,132
45 anos ou mais	33 (71,7%)	53 (64,6%)	26 (83,9%)	112 (70,0%)	
Sexo					
Masculino	18 (39,1%)	19 (22,9%)	8 (25,8%)	45 (28,1%)	0,138
Feminino	28 (60,9%)	64 (77,1%)	23 (74,2%)	115 (71,9%)	
Escolaridade^b					
1º grau incompleto/completo	10 (23,3%)	23 (28,4%)	6 (22,2%)	39 (24,3%)	0,740
2º grau incompleto/completo	22 (51,2%)	42 (51,9%)	17 (63,0%)	81 (50,6%)	
Superior incompleto/completo	11 (25,6%)	16 (19,8%)	4 (14,8%)	31 (19,4%)	
Estado civil^c					
Solteiro	5 (10,9%)	28 (35,0%)	10 (33,3%)	43 (26,9%)	0,039
Casado	30 (65,2%)	34 (42,5%)	15 (50,0%)	79 (49,4%)	
Separado/Viúvo/Outros	11 (23,9%)	18 (22,5%)	5 (16,7%)	34 (21,2%)	
Dependência da nicotina^d					
Muito baixa/Baixa	13 (28,9%)	24 (29,3%)	7 (23,3%)	44 (27,5%)	0,827
Média	9 (20,0%)	16 (19,5%)	4 (13,3%)	29 (18,1%)	
Elevada/Muito elevada	23 (51,1%)	42 (51,2%)	19 (63,3%)	84 (52,5%)	
Tempo para acender o primeiro cigarro (em minutos)^e					
≤ 5	16 (35,6%)	33 (41,3%)	15 (50,0%)	64 (40,0%)	0,546*
6 e 30	18 (40,0%)	33 (41,3%)	9 (30,0%)	60 (37,5%)	
31 e 60	7 (15,6%)	5 (6,3%)	4 (13,3%)	16 (10,0%)	
> 60	4 (8,9%)	9 (11,3%)	2 (6,7%)	15 (9,3%)	
Nº de tentativas anteriores para parar de fumar^{f, #}					
Nenhuma	3 (7,1%)	7 (9,6%)	10 (33,3%)	20 (12,5%)	0,029*
1 a 3 tentativas	29 (60,0%)	45 (61,6%)	14 (46,7%)	88 (55,0%)	
> 3	10 (23,8%)	21 (28,8%)	6 (20,0%)	37 (23,1%)	
Média de cigarros/dia^g					
< 10	10 (22,2%)	20 (24,4%)	3 (10,0%)	33 (20,6%)	0,082
11 a 20	22 (48,9%)	35 (42,7%)	11 (36,7%)	68 (42,5%)	
21 a 30	8 (17,8%)	16 (19,5%)	5 (16,7%)	29 (18,1%)	
> 31	5 (11,1%)	11 (13,4%)	11 (36,7%)	27 (16,9%)	

(a) perda de 1 sujeito (0,6%); (b) exclusão dos 7 analfabetos e perda de 2; (c) perda de 4(2,5%); (d) perda de 3 (1,9%); (e) perda de 5 (3,1%), (f) perda de 4 (2,5%), e (g) perda de 3 (1,9%) sujeitos.

Excluída a categoria “tentou mas não conseguiu” (n =15).

* Teste exato de Fisher

Tabela 3 – Descrição da média, mediana e desvio padrão do teste de Fagerström e da quantidade média de cigarro fumados por dia por grupo. Vitória, 2009

Variáveis	Grupos	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Teste de Fagerström	1	6	5,4	2,13	0,259
	2	5,5	5,5	2,20	
	3	7	6,2	2,42	
Quantidade média de cigarros/ dia	1	15	17,5	8,8	0,019*
	2	15	18,0	10,06	
	3	25,00	24,03	11,54	

*Kruskal-Wallis

Tabela 4 – Frequência de distribuição do uso de farmacoterapia nos grupos. Vitória, 2009

Farmacoterapia	Grupo 1		Grupo 2 ^a		Grupo 3 ^b		p valor	Total
	n	%	n	%	n	%		
Sim	38	(82,6%)	75	(94,9%)	16	(55,2%)	0,000	129 (80,6%)
Não	8	(17,4%)	4	(5,1%)	13	(44,8%)		25 (15,6%)

(a) 4 perdas e (b) 2 perdas de informação

Tabela 5 – Caracterização dos sintomas de ansiedade e alteração de humor nos três grupos. Vitória, 2009

Variável	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sintomas de ansiedade e alterações do humor	16	34,8	46	55,4	16	51,6	78	48,8
Total	46	-	83	-	31	-	160	-

Teste qui-quadrado para proporções; **p 0,040**

5 DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas encontradas, como a média de idade em torno de 50 anos, predomínio de mulheres, pessoas casadas e com segundo grau, são semelhantes às de outros estudos nacionais sobre as características daqueles que buscam tratamento para cessação do tabagismo, com método semelhante ao GATT, em serviço público (SALES et al., 2006; SANTOS et al., 2008; CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010).

Apesar da maior prevalência do tabagismo no sexo masculino (21,6%) em relação ao feminino (13,1%), observada na pesquisa IBGE, em 2009, houve maior participação de mulheres nos grupos do GATT na cidade de Vitória. Entende-se que elas buscam mais tratamento e apresentam maior envolvimento com as questões de saúde, pois socialmente tem assumido o cuidado dos familiares e, dessa forma, frequentam mais os serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2005).

Apesar da falta de consenso na literatura, as mulheres apresentam maior dificuldade em parar de fumar, o que foi também observado neste estudo, pois, daqueles que cessaram o tabagismo (grupo 1), 40% eram homens, enquanto que 24% eram mulheres, apesar da não confirmação estatística. Estudos apontam que elas apresentem como dificultadores na cessação do tabagismo, mais depressão, ansiedade, estresse e respondem menos à terapia com reposição de nicotina (TRN) (CEPEDA-BENITO; REYNOSO; ERATH, 2004; SANTOS et al., 2008; CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010).

Destaca-se que a baixa procura dos homens por esses tratamentos mostra um dos desafios dos serviços de atenção básica de saúde. Essas e outras questões destacadas evidenciam a diferença de gênero na compreensão da cessação do tabagismo e a necessidade de estratégias para captação dessa população, que tem ficado à margem dos serviços de saúde em geral (FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2005).

A escolaridade da população que frequentou o GATT no município, compreendida como elevada, pode ser reflexo de o campo do estudo ser uma capital da Região Sudeste, com mais oportunidades e demandas para a escolarização, corroborando pesquisa nacional realizada entre 2002 a 2003 que apontou Vitória como a capital de maior escolaridade, dentre outras 15 capitais brasileiras (BRASIL, 2004c).

O percentual de abstinência encontrada foi de 28,7%, valor próximo aos resultados do ensaio clínico desenvolvido por Otero et al. (2006), que realizou também a intervenção em grupo com três a quatro sessões, mais uso de farmacoterapia e encontrou 33% de abstinência. Neste estudo esperava-se uma percentual maior, pois um dos critérios de inclusão foi a participação de pelo menos três sessões e, quanto mais sessões frequentadas, espera-se maior sucesso terapêutico (BRASIL, 2001; HAGGSTRAM et al., 2001; AZEVEDO et al., 2008).

Os estudos de Sales et al. (2006) e Azevedo et al. (2009) mostraram percentuais de abstinência mais elevadas (50,1% e 62%), todavia as metodologias das intervenções têm características diferenciadas, como maior número de sessões em grupo, mais tempo de duração e reuniões de manutenção mensais por até um ano, o que pode ter influenciado para percentuais maiores apresentados.

Mais da metade daqueles que concluíram o GATT voltaram a fumar em média 120 dias depois e os estudos de seguimento demonstram que, com o passar do tempo a proporção de recaída aumenta, principalmente até 180 dias, constituindo este um importante resultado de tratamento (SALES et al.; 2006; YONG et al., 2010). O protocolo clínico de tratamento prevê um acompanhamento de 15 dias após o término das quatro sessões do GATT e uma sessão a cada mês até completar um ano, no entanto, essa prática não foi documentada nos registros das unidades do estudo.

Apesar da recaída, alguns sujeitos voltaram a fumar regularmente em quantidades menores, todavia sabe-se que a redução no consumo não modifica a mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, e o desejável é que a pessoa interrompa o hábito de fumar (GODTFREDSSEN et al., 2002; ANCZAK; NOGLER, 2003; BJARTVEIT; TVERDAL, 2005).

Ao comparar os três grupos, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa no estado civil, número de tentativas anteriores para parar de fumar, quantidade média de cigarros fumados por dia, uso de farmacoterapia, presença de ansiedade e distúrbio do humor. Os abstinentes (grupo 1) vivem, em maior proporção, com cônjuges, o que pode ser ao mesmo tempo um incentivador para que a pessoa pare de fumar, bem como um apoio durante o tratamento, principalmente quando o fumante é o homem, já que segundo Broms et al.

(2004) e Caponnetto e Polosa (2008), ter esposa em algum momento da vida foi um preditor para a cessação do tabaco. A partir desse resultado, como estratégia de intervenção, pode ser incentivada a presença de pessoas significativas nas consultas de acompanhamento, bem como sugerir o envolvimento e parceria delas durante o tratamento.

O grupo 1 também realizou mais tentativas de cessação do tabagismo, o que pode demonstrar uma motivação para parar de fumar, apesar de que essas tentativas não explicam a manutenção da cessação, nem tampouco a recaída, todavia há consenso quanto à importância das tentativas para alcançar a abstinência (HAUG et al, 2009; BORLAND et al., 2010; COX et al., 2011).

Houve diferença no consumo diário de cigarros entre os grupos, entretanto o nível de dependência da nicotina avaliada pelo Teste de Fagerstron não mostrou essa diferenciação, ou seja, quem fuma mais deveria ter maior dependência. Com isso, fica evidenciada a complexidade do comportamento da dependência química. Mas apesar disso, o teste é amplamente aceito e há evidências que confirmem o seu valor em prever o sucesso da abstinência (VIEGAS, 2007; HAUG et al., 2009; COX et al., 2011). O menor consumo de cigarros por dia favoreceu a cessação, o que também foi observado em outros estudos (HAUG et al., 2009; COX et al., 2011).

A prescrição de farmacoterapia antitabagística era esperada devido à recomendação de seu uso pelo protocolo clínico, à sua disponibilização pelo Governo Federal e à dependência elevada e muito elevada dos sujeitos que buscaram o GATT. Esse último foi o principal critério para a utilização dos medicamentos.

O grupo 3 usou significativamente menos farmacoterapia específica do que os grupos 1 e 2, isto pode ser devido aos critérios utilizados pelos profissionais ao fornecer receita apenas para aqueles que definem uma data para cessação (*quit date*) já que o principal benefício da TRN é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência (FOCCHI; BRAUN, 2005; VIEGAS, 2007). Todavia, o artigo de Lindson e Aveyard (2010), apresenta resultados que levam a questionar essa recomendação, pois receber a terapia de reposição a nicotina mesmo sem um *quit date* pode dobrar as possibilidades de abstinência ao tabaco em seis ou doze meses.

A farmacoterapia nicotínica foi a mais utilizada, principalmente, na forma de adesivos, por quase 70% dos pacientes, dado este semelhante ao de Wilson et al. (2005), provavelmente, devido à permissão de sua prescrição por profissionais de saúde não médicos, o que contribui para maior solicitação. Outro fato que também pode ter contribuído foram às irregularidades no fornecimento do comprimido de bupropiona e da goma de nicotina aos pacientes do GATT em 2009.

Além disto, o adesivo apresenta maior eficácia e menos efeitos colaterais quando comparado a bupropiona, embora, o estudo de revisão com metanálise de Eisenberg et al (2008), atribua leve superioridade da bupropiona em relação aos adesivos com resultados ajustados para idade, sexo e número de cigarros por dia.

De acordo com os resultados aqui apresentados, o uso da farmacoterapia foi um coadjuvante importante na cessação do tabagismo. Logo, as ações de assistência farmacêutica para acesso a estes medicamentos são relevantes bem como os critérios para sua prescrição, principalmente dos adesivos, como forma de aumentar a chance de abstinência da nicotina.

A média de idade foi de 50 anos, o que pode ser entendido como uma fase de vida em que já se manifestam as comorbidades do tabagismo devido ao longo período de exposição ao tabaco. Esse percentual de comorbidade maior em fumantes do que entre não fumantes, que, neste estudo, foi referido por mais de 90% dos sujeitos, era esperada devido aos efeitos das substâncias químicas presentes no tabaco inalado e ao próprio processo de envelhecimento que aumentam as chances de surgimento de doenças (GODTFRESEN et al., 2002; AUGUSTSON et al., 2008; CASTRO et al., 2010).

Dos sujeitos deste estudo, 50% deles citaram problemas gástricos, resultado semelhante ao de Castro, Matsuo e Nunes (2010) que encontraram 56,9% de úlcera péptica em fumantes atendidos em centro especializado. Isto se deve ao fato de o tabagismo atuar como causa e agravante de algumas doenças do aparelho digestivo, principalmente a doença do refluxo gastroesofágico, a úlcera péptica, a gastrite crônica e os tumores esofágico e gástrico (LIMA, 2007).

Não constituiu preocupação avaliar a relação dos transtornos mentais comórbidos e a cessação do tabagismo, entretanto, os diagnósticos psiquiátricos, principalmente de depressão e e

ansiedade, têm sido associados ao maior uso e dependência da nicotina, seja porque são condições em que os sujeitos se controlam menos, são mais impulsivos, seja porque o fumo produz uma sensação de bem-estar sobre eles (LEMOS; GIGLIOTT, 2007).

A ansiedade e a depressão foram referidas por 78 (48%) sujeitos. Destaca-se que, neste estudo, foi considerada a percepção e autorrelato dos participantes, diferentemente dos estudos de Sales et al. (2006) e Azevedo et al. (2009) que utilizam instrumentos específicos para rastreamento desses transtornos, que por vezes encontram valores superiores. Um dos questionamentos consiste em verificar se os transtornos do humor e ansiedade favoreceram a recaída, pois os participantes do grupo 1 referiram menos distúrbios do humor e ansiedade em comparação com os grupos 2 e 3, o que indica maior motivação para tentativas, maior aprendizagem para lidar com situações de *stress*, menor efeito da dependência à nicotina dentre outros (LEMOS; GIGLIOTT, 2007; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

A ansiedade também pode estar presente na síndrome de abstinência compreendida no conjunto de sintomas e sinais que ocorrem com a ausência da nicotina como a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial, cefaleia, irritabilidade, insônia ou sonolência diurna, desejo intenso por cigarros (fissura), humor disfórico, entre outros que variam caso a caso, na intensidade e na duração (MALBERGIER; OLIVEIRA, 2005; VIEGAS, 2007).

Essa síndrome apresenta-se mais intensa em indivíduos com sintomas depressivos. Os fumantes com depressão maior possuem três vezes mais chance de continuar fumando, quando comparados com fumantes sem esse histórico, o que pode ter ocorrido nos grupos 2 e 3. Dessa forma, é fundamental melhorar a avaliação da saúde mental e a condução clínica dessas particularidades para aumentar o percentual de abstinência nos participantes do GATT VIEGAS, 2007; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; AUGUSTSON et al., 2008).

Como limitação deste estudo, pode-se citar o desenho metodológico de corte transversal que realiza uma única medida do desfecho na população, pois, nessa temática, o estudo de seguimento permitiria maior compreensão da abstinência e da recaída ao tabagismo, considerando que as recaídas ocorrem nos seis primeiros meses após o término da intervenção.

Uma dificuldade encontrada consistiu na incompletude dos dados secundários visto que diminui a possibilidade de contato com os participantes do GATT, e que de todos os motivos das perdas, esse foi o principal.

Quanto à possibilidade de viés de aferição para abstinência diante da utilização do autorrelato em vez de confirmação mediante uso de marcadores bioquímicos, estudo de metanálise mostra inexistir diferença nos resultados obtidos com essas duas técnicas de coleta de dados (BRASIL, 2010)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abstinência ao tabagismo na população participante do GATT, no município de Vitória, ES, foi modesta em relação à literatura, apesar dos diferentes desenhos de estudo. O maior percentual encontrado (51,9%) foi de sujeitos que recaíram, quando avaliados em nove a vinte meses após término do GATT e pouco menos de 20% não conseguiram parar de fumar.

Os resultados direcionam para a necessidade de os profissionais envolvidos repensar estratégias para a promoção e a manutenção da abstinência, como a implementação e acompanhamento ativo dos tabagistas tratados por determinado tempo, conforme a observância do protocolo clínico que normatiza seguimento a partir dos primeiros 15 dias, após o término das sessões do GATT, até por um ano, condução essa não observada na rotina das unidades do estudo.

Outro aspecto que poderia facilitar a abstinência seriam as consultas individuais para aqueles que apresentem mais dificuldade em parar de fumar ou possibilidades em recair como as mulheres, aqueles com alterações no humor e que fumam mais cigarros por dia, como forma de apoio até mesmo porque quase 80% pararam de fumar durante o GATT.

A avaliação inicial do tabagista, mediante a entrevista no formulário do INCA, deve ser cuidadosa e despende o tempo necessário para que profissional obtenha informações que subsidiem a condução do paciente, especialmente do estado de saúde mental, a presença de redes de apoio e a dificuldade em parar de fumar.

Os resultados deste estudo, de alguma forma, contribuíram para a compreensão do efeito do tratamento sobre o comportamento de fumar e das demandas de novas estratégias na assistência aos tabagistas, com vistas à abstinência e prevenção da recaída.

Diante da relevância da cessação do tabagismo para a redução da morbimortalidade com ele relacionada, os gestores locais devem apoiar as equipes envolvidas no GATT e manter uma política contínua de qualificação dos profissionais diretamente envolvidos.

7 REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. C.; ROSITO, M. H. E.; ACHUTTI, V. A. R. Tabagismo. In: DUNCAN, B.; SCHIMDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas da atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. São Paulo: Editora Artmed, 2006. p. 533-538.

ANCZAK, J. D.; NOGLER, R. A. Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies. **Clinical Medicine & Research**, Wisconsin, v.1, n. 3. p. 201-216, 2003.

AUGUSTSON, E. M. et al. Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol beta-carotene cancer prevention study. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 3, p. 549-554, 2008.

AZEVEDO, R. C. S et al. Treatment group for smokers: results after a two-year follow-up. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 593-596, 2009.

BALBANI, A. P. S; MONTOVANTI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 820-827, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Tabagismo como problema de saúde. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS)**. Brasília: ANVISA, v. 5, n. 12, p.1-12, 2010.

BRASIL. Decreto nº. 5.658, de 2 janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco assinada pelo Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2 jan. 2006a. Disponível em: < http://www2.mre.gov.br/dai/m_5658_2006.htm>. Acesso em: 18 set. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

BRASIL. Portaria GM nº 1035, de 31 de maio de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 mai. 2004d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>>. Acesso em: 26 set. 2009.

BRASIL. Portaria SAS/GM nº 442, de 13 de agosto 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 13 ago. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 28 set. 2009

BJARTVEIT, K; TVERDAL, A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. **Tobacco Control**, Geneva, v. 14, p. 315-320, 2005.

BROMS, U. et al. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 6, n. 3, p. 447-455, 2004.

CAPONNETTO, P.; POLOSA, R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. **Respiratory Medicine**, Nebraska, n. 102, p. 1182-1192, 2008.

CASTRO, M. R. P; MATSUO, T; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 1, n. 36, p. 67-74, 2010.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832005000500006&script=sci_arttext>
Acesso em: 16 jun. 2009.

CHANDOLA, T.; HEAD, J.; BARTLEY, M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? **Addiction**, v. 99, n. 6, p. 770-777, 2004.

CEPEDA-BENITO, A.; REYNOSO J.T.; ERATH, S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 72, n. 4, p. 712-722, 2004.

COX, L. S. et al. Predictors of early versus late smoking abstinence within a 24-month disease management program. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 13, n. 3, p. 215-220, 2011

ETTER, J. F, STAPLETON, J. A. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. **Tobacco Control**, Geneva, v. 15, p. 280-285, 2006.

EISENBERG, M. J. et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Canadian Medical Association**. v. 179, n. 2, p. 135-144, 2008.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FOCCHI, G. R. A.; BRAUN, I. M. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 32, p. 259-266, 2005.

GIL, A. C.; **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 4. ed. 2002.

GODTFREDSSEN, N. S.; HOLST, C.; PRESCOTT, E. et al. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: a 16-year follow-up of 19,732 men and women from the Copenhagen Centre for prospective population studies. **American Journal of Epidemiology**, Cary, n. 156, p. 994-1001, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 23, p. 565-574, 2005.

HAGGSTRÄM, F. M. et al. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 27, n. 5, p. 255-261, 2001.

HAUG; S. et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. **Patient Education and Counseling**, Greifswald, v. 78, p. 57-64, 2009.

HISTMAN, B. et al. Antidepressant pharmacotherapy helps some cigarette smokers more than others. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 67, n. 4, p. 547-554, 1999.

HUGHES, J. R. et al. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. **Nicotine Tobacco Research**, Burlington, v. 1, n. 5, p. 13-25, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: tabagismo 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LAWHON, D. et al. Longitudinal analysis of abstinence-specific social support and smoking cessation. **Health Psychology**, v. 28, n. 4, p. 465-472, 2009.

LEMOS, T.; GIGLIOTTI, A. P. Transtornos psiquiátricos e tabagismo. In: VIEGAS, C. A. A. **Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 185-200.

LIMA, V M. Tabagismo e aparelho digestivo. In: VIEGAS, C. A. A. **Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública**, São Paulo: Atheneu, 2007. p. 116-126.

LINDSON, N.; AVEYARD, P. An updated meta-analysis of nicotine preloading for smoking cessation: investigation mediators of the effect. **Psychopharmacology**, v. 214, n. 3, p. 579-592, 2010.

MALBERGIER, A; OLIVEIRA JUNIOR, H. P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 32, p. 276-282, 2005.

MARQUES; CAMPANA; GIGLIOTTI et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23. p. 200-214, 2001.

MAY, S. et al. Randomized controlled trial of a social support (“buddy”) intervention for smoking cessation. **Patient Education and Counseling**, v. 64, p. 235-241, 2006.

MCEWEN, A; WEST, R. Do implementation issues influence the effectiveness of medications? The case of nicotine replacement therapy and bupropion in UK Stop Smoking Services. **BMC Public Health**, v. 9, n. 28, 2009.

MCGEE, R.; WILLIAMS, S.; Predictors of persistent smoking and quitting among women. **Addictive Behaviors**, Dunedin, n. 31, p. 1711-1715, 2006.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de pesquisa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 56, p. 108-115, 2007.

MYUNG, S. K.; SEO, H. G.; PARK, S. Sociodemographic and smoking behavioral predictors associated with smoking cessation according to follow-up: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of transdermal nicotine patches. **Journal Korean Medical Science**, Seoul, n. 22, p. 1065-1070, 2007.

NIAURA, R. et al. Multicenter trial of fluoxetine as an adjunct to behavioral smoking cessation treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 70, n. 4, p. 887-896, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID – 10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde**. 8. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

OTERO, U. B. et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p. 443-449. 2006.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RONDINA, R. C.; GORAYBE, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 5, n. 33, p. 592-601, 2007.

SALES, M. P. U. et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 5. p. 410-417, 2006.

SANTOS, S. R. et al. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 9, p. 695-701, 2008.

SEMINÁRIO MUNICIPAL DIA MUNDIAL SEM TABACO. Vitória. [**Trabalhos apresentados**]. Espírito Santo: Faculdade Estácio de Sá Vitória, 2009.

SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, v. 11, p. 60135-60139, 2011.

SIPPEL, J. et al. Smoking cessation in primary care clinics. **Journal of General Internal Medicine**, Indianápolis, v. 14, n. 11, p. 670-676, 1999.

STEAD L. F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2009. Disponível em: < <http://info.onlinelibrary.wiley.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001007.pdf> > Acesso em: 10 fev. 2011.

STEAD, L.F et. al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2008. Disponível em: < <http://info.onlinelibrary.wiley.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000146.pdf> > Acesso em 16 nov. 2010.

UNITED KINGTON NATIONAL SMOKING CESSATION CONFERENCE **Conference Archive**. 2005. Disponível em: < http://www.uknsc.org/2005_UKNSCC/speakers/karl_fagerstrom.html >. Acesso em: 13 jun. 2009.

VIEGAS, C. A. A. **Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública**. São Paulo: Atheneu, 2007.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Tabagismo: Relatório de Ações do Programa Municipal de Controle do Tabagismo**. 1999.

WILSON, A. et al. Drug to support smoking cessation in UK general practice: are evidence based guidelines being followed ? **Quality Safe Health Care**, v. 15, p. 284-2844, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the global tobacco epidemic, the MPOWER package**. Geneva, 2008. Disponível em: < <http://www.who.int/tabaco/mpower.html> >. Acesso em: 26 dez. 2008.

YONG, H. et al. Postquitting experience and expectations of adult smokers and their association with subsequent relapse: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 12, supp. 1, p. 12-19, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista estruturada

Nome: _____ UBS: _____

Data: ___/___/___ Hora de início: _____ Hora término: _____

Primeiro contato por telefone

Bom (dia/tarde) senhor(a) [falar o nome da pessoa] meu nome é Alexandre Coutinho e estou telefonando para reiterar o convite para participar de uma pesquisa que pretende conhecer os efeitos do tratamento de tabagismo sobre o hábito de fumar.

Estou ligando porque o (a) senhor(a) participou do tratamento de tabagismo na unidade de saúde [nome da unidade], em [período] e me forneceu seu telefone para que eu pudesse fazer esse contato. Obrigado por querer participar.

É uma pesquisa a ser realizada por telefone através de uma entrevista com duração máxima de 15 minutos que será realizada por mim, pesquisador ligado a Universidade Federal do Espírito Santo.

O senhor (a) tem interesse em participar deste estudo?

- 1- Se não tem interesse, agradecer e finalizar a conversa.
 2- Se tem interesse em participar perguntar se pode continuar ou se gostaria de agendar a entrevista para um outro momento.

ENTREVISTA

Para realização dessa pesquisa é necessária sua autorização prévia. Será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que o senhor(a) se manifeste sobre sua participação ou não da pesquisa. Podemos continuar?

Agora vamos começar a entrevista.

BLOCO SOBRE ABSTINÊNCIA DO TABAGISMO

- 1) Depois que você participou do tratamento de tabagismo na unidade de saúde [nome da unidade], em [período] alguma vez, você parou de fumar?
- () Não, nunca parei.
- () Sim, parei de fumar alguma vez
- () Não lembra/ não quer responder

Se a pessoa NUNCA PAROU DE FUMAR:

2) Você fuma hoje, a mesma quantidade de cigarros que fumava antes de participar do tratamento de tabagismo na unidade de saúde [nome da unidade], em [período]?

() Sim, fumo a mesma quantidade de antes

() Não. Não fumo a mesma quantidade de antes.

Quantos cigarros você fuma em média hoje? _____

Finalizar esse bloco

Se a pessoa PAROU DE FUMAR ALGUMA VEZ:

2) A partir do momento que você começou a participar do tratamento de tabagismo na unidade de saúde [nome da unidade], em [período], em que período você parou de fumar?

() Ainda durante o tratamento em grupo na Unidade de Saúde.

() Imediatamente após o término do tratamento em grupo na Unidade de Saúde.

() Algum tempo após o término do tratamento em grupo.

Quando ou aproximadamente quanto tempo após o término do tratamento em grupo, você parou de fumar _____

() Não lembra/ não quer responder

3) Quanto tempo você aproximadamente você ficou sem fumar (nenhum cigarro ou tragada) após ter parado?

() Dias. Quantos _____

() Meses. Quantos _____

() Até hoje pois nunca mais voltou a fumar

() Não lembra/ não quer responder

Finalizar esse bloco.

APÊNDICE B – Modelo de carta-convite

Senhor(a) [nome da pessoa]

Estou convidando-o(a) para participar de uma pesquisa que pretende conhecer os efeitos do tratamento de tabagismo sobre o hábito de fumar.

É uma pesquisa a ser realizada por telefone com duração máxima de 15 minutos que será realizada por mim, pesquisador ligado a Universidade Federal do Espírito Santo.

Para tal, necessito de um telefone de contato seu para que eu possa lhe telefonar e o horário de sua preferência.

NÚMERO(S) DE TELEFONE(S):

HORÁRIO DE SUA PREFERÊNCIA PARA ENTREVISTA:

Obrigado.

Alexandre Coutinho Sattler

Qualquer dúvida pode entrar em contatos pelo telefone (xx) xxxx-xxxx ou pelo endereço eletrônico pesquisatabagismo@bol.com.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa que tem como objetivo geral conhecer a prevalência e identificar as variáveis relacionadas à abstinência ao tabagismo em pacientes tratados nos grupos de apoio terapêutico ao tabagista (GATT) em Unidades de Saúde do município de Vitória – ES.

Para essa pesquisa, será realizada pelo pesquisador uma entrevista por telefone com gravação simultânea e duração aproximada de 15 minutos.

A sua participação é voluntária e você poderá deixar de responder qualquer pergunta ou se recusar em participar deste estudo, sem qualquer penalização ou prejuízo de seu atendimento na Unidade de Saúde.

Este estudo não apresenta nenhum risco à sua saúde física ou psicológica e tem o benefício de conhecer aspectos da evolução das pessoas que participam do programa de tabagismo para melhorar o atendimento nos serviços.

Serão garantidos o sigilo e a privacidade aos participantes do estudo. O seu nome não será divulgado em nenhum momento e os resultados obtidos pelas respostas dadas por você serão utilizados para compor material escrito a ser divulgado em meio científico. Após isto, o material será destruído.

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- UFES
(27) 3335.7287

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFES
Tel: (27) 3335.7211

A ligação está sendo gravada. Caso o senhor(a) concorde em participar da pesquisa repita “ Eu concordo “ e o seu nome. E caso não concorde, diga “Eu não concordo”.

APÊNDICE D – Tabela

Tabela – Número de sujeitos que participaram no mínimo de três sessões do GATT.
Vitória, 2009

Unidade de Saúde	Número de entrevistas INCA	Presentes Sessão 1	Presentes Sessão 2	Presentes Sessão 3	Presentes Sessão 4	Atenderam critérios inclusão
A	87	64	54	36#	39	33
B	53	19#	19#	10#	14#	10
C	0 ^a	0	0	0	0	0
D	0 ^a	0	0	0	0	0
E	39	25	19	12	14	12
F	24	21	16	9	5	6
G	81 ^b	60	48	36	18	34
H	32	22	20	17	10	17
I	55	39	34	30	25	24
J	0 ^a	0	0	0	0	0
L	80	86	55	57	49	59
M	29	21	6#	8#	6#	10
N	26	15	9	18	16	6
O	109	89	74	67	58	62
TOTAL	534	461	306	300	254	273

a = Não houve atendimento de tabagista segundo preconizado pelo consenso INCA -2001; b = este é o número total de entrevistas, sendo que destas 9 pacientes foram encaminhados para o CPTT devido a presença de transtornos mentais ou uso concomitante de outras drogas;

= dados parciais – planilha não estava completa ou informações foram perdidas

APÊNDICE E – Tabela

Tabela – Número de perdas de sujeitos incluídos no estudo por motivo, de entrevista piloto, e de sujeitos entrevistados por unidade saúde*. Vitória, 2009

Unidade de Saúde *	Atenderam os critérios inclusão	Perda motivo A	Perda motivo B	Perda motivo C	Pré-teste	Nº de entrevista
A	33	12	2	0	4	15
B	10	3	0	0	1	6
E	12	3	0	0	0	9
F	6	2	0	0	1	3
G	34	11	0	3	1	19
H	17	6	0	0	0	11
I	24	8	1	1	0	14
L	59	18	3	1	0	37
M	10	4	0	0	0	6
N	62	19	3	2	0	38
O	6	2	1	0	1	2
Total	273	88	10	7	8	160

* As unidades que não realizaram atendimento foram excluídas da tabela.

ANEXO – Entrevista estrutura padrão INCA

 <p style="font-size: small;">Aqui a igualdade tem futuro www.vitoria.es.gov.br</p>	<h3 style="margin: 0;">Programa Nacional de Controle do Tabagismo</h3> <h3 style="margin: 0;">Abordagem e Tratamento do Tabagismo</h3>
<p>I – Identificação do Paciente</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Nº do Prontuário: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Sexo: () Feminino () Masculino</p> <p>Data de Nasc: ____/____/____ Naturalidade: _____ Naturalidade: _____</p> <p>Endereço Residencial: _____</p> <p>Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade/ES: _____</p> <p>Telefone Residencial: _____ Celular: _____</p> <p>Local de Trabalho: _____</p> <p>Endereço de Trabalho: _____</p> <p>Tel. Trabalho: _____ Ramal: _____</p> <p>Profissão: _____ Função: _____</p> <p>Estado Civil: () Solteiro () Divorciado () Separado () Casado () Viúvo () Outros _____</p> <p>Escolaridade: () analfabeto () semi analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo (até 8ª Série) () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Nível Superior incompleto () Nível Superior completo</p> <p>Religião: () Católica () Espírita () Evangélica () Outros _____</p> <p>Praticante? () Sim () Não</p> <p>Renda Familiar: Qual a renda mensal, juntando todos os ganhos que as pessoas que vivem na sua casa recebem, seja através de trabalho formal ou informal?</p> <p>() até 2 SM (até R\$ 360,00) () de 2 até 4 SM (R\$ 361,00 até R\$ 720,00)</p> <p>() de 4 a 7SM (R\$ 721,00 até R\$ 1260,00) () de 7 até 10 SM (R\$ 1261,00 até R\$1800,00)</p> <p>() de 10 até 20SM (R\$1801,00 até R\$3600,00) () mais de 20 SM (R\$ 3601,00)</p> <p>() Não Sabe</p>	

II - Dados de Encaminhamento

- () Procura voluntária () Médico/Clínica Particular _____
 () Amigo/Colega de Trabalho () Outros _____

III – Exame Físico

Peso: _____ Altura: _____ PA: _____

ACV: _____ AR: _____ Abd: _____

CO: _____ HbCO: _____

Há quanto tempo fumou o último cigarro _____ Hora do exame _____

IV – História Patológica Progressiva:

	Sim	Não	Tratamento
1 - Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?	()	()	
2 - Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?	()	()	
3 - Você tem hipertensão arterial? Esta em tratamento?	()	()	
4 - Você tem ou teve algum problema cardíaco? Está em tratamento?	()	()	
5 - Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	()	()	
6 - Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Esta em tratamento?	()	()	
7 - Você tem alergia respiratória? Esta em tratamento?	()	()	
8 - Você tem alergias cutâneas? Esta em tratamento?	()	()	
9 - Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno? Onde? Está em tratamento?	()	()	
10 - Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Esta em tratamento?	()	()	
11 - Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?	()	()	
12 - Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Esta em tratamento?	()	()	
13 - Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?	()	()	

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão.

1) Você costumar ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?

Nunca Todos os dias Finais de Semana Raramente

Caso responda “todos os dias” ou “finais de semana”, aplicar o teste CAGE.

2) Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério, que não foi citado? Qual?

3) Algum medicamento em uso atual?

Não Sim Qual (is)? _____

4) Tem prótese dentária móvel?

Sim Não

Se for do sexo feminino:

5) Está grávida?

Sim Não Quantos meses? _____

6) Está amamentando?

Sim Não

PERGUNTAS SOBRE DEPRESSÃO

a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Não Sim Qual? _____

b) No último mês você sentiu:

b.1) tristeza perda de interesse e prazer energia reduzida ou grande cansaço;

b.2) concentração e atenção reduzidas auto-estima e auto-confiança reduzida

sentimento de culpa e inutilidade pessimista ou deslocado

idéias ou atitudes auto-lesivos ou de suicídio sono alterado

apetite diminuído inquietação

c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Não Sim Quem e que tipo? _____

d) O paciente apresentou durante a consulta:

agitação pensamento e fala lentificados ou acelerados

falta de concentração nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1) e b.2) das perguntas acima.

Depressão Leve => Dois sintomas b.1) e dois sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldades com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão Moderada => Dois sintomas b.1) e três sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com as atividades sociais, laborativas ou domésticas.

Depressão grave => Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

CAGE: Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Não Sim

As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Não Sim

Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Não Sim

Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Não Sim

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

V – História tabagística:

- 1) Com que idade você começou a fumar? _____
- 2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? (pode escolher vários)

<input type="checkbox"/> ao falar no telefone	<input type="checkbox"/> após refeições	<input type="checkbox"/> com bebidas alcoólicas
<input type="checkbox"/> com café	<input type="checkbox"/> no trabalho	<input type="checkbox"/> ansiedade
<input type="checkbox"/> tristeza	<input type="checkbox"/> alegria	<input type="checkbox"/> nenhum
<input type="checkbox"/> outros: _____		
- 3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar? (pode escolher vários)

- Fumar é um grande prazer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
- Fumar é muito saboroso?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
- O cigarro te acalma?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
- Acha charmoso fumar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
- Você fuma porque acha que fumar emagrece?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
- 4) Quantas vezes você tentou deixar de fumar?

<input type="checkbox"/> de 1 a 3 vezes	<input type="checkbox"/> + de 3 vezes
---	---------------------------------------

tentou mas não conseguiu parar (**seguir para a pergunta 07**)

nunca tentou (**seguir para a pergunta 09**)
- 5) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 01 dia?

<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3 vezes	<input type="checkbox"/> mais de 3 vezes
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--
- 6) Quais foram os motivos que levaram a você voltar a fumar?

- 7) Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Medicamentos. Qual?
<input type="checkbox"/> Apoio de Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Leitura de orientação em folhetos, revistas, jornais, entre outros	
- 8) Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade? Sim Não
- 9) Por que você quer deixar de fumar agora? (pode escolher vários)

- () Porque está afetando a minha saúde () Eu estou preocupado com minha saúde no futuro
 () Outras pessoas estão me pressionando () Porque meus filhos pedem
 () Pelo bem estar da minha família () Porque não gosto de ser dependente
 () Fumar é anti-social () Fumar é um mal exemplo para as crianças
 () Porque gasto muito de dinheiro com cigarro. () Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados

10) Você convive com fumantes em sua casa?

- () Sim. Qual o grau de parentesco? () Não

11) Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?

- () Sim () Não

VI – Teste de Fagerström

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

- (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos
 (1) Entre 31 e 60 minutos (0) Após 60 minutos

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

- (1) Sim (0) Não

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

- (1) O primeiro da manhã () Outros

4) Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10:	(0) _____	De 21 a 30:	(2) _____
De 11 a 20:	(1) _____	Mais de 31:	(3) _____

5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- (1) Sim (0) Não

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

- (1) Sim (0) Não

Pontuação no teste = _____

Classificação do grau de dependência: _____

Grau de Dependência

0-2 = Muito Baixo

3-4 = Baixo

5 = Médio

6-7 = Elevado

8-10 = Muito Elevado

VII – Avaliação do Grau de Motivação:

Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias. ()

Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês. ()

Recaído: retornou ao consumo habitual de cigarros. ()

VIII – Observações:

ARTIGO 1

PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABACO DOS PACIENTES TRATADOS EM UNIDADES DE SAÚDE E FATORES RELACIONADOS

PREVALENCE OF SMOKING ABSTINENCE IN PATIENTS TREATED IN HEALTH UNITS AND THE RELATED FACTORS

Sattler¹, AC
Cade², NV

Resumo: O objetivo é conhecer a prevalência e identificar as variáveis relacionadas com a abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) em unidades de saúde do município de Vitória – ES, no ano de 2009. Estudo transversal com 160 participantes do GATT que participaram de 75% das sessões. Realizada entrevista por telefone, 9 a 20 meses após o tratamento, e usado dados secundários do roteiro de entrevista inicial. Na análise estatística, foram utilizados os testes qui-quadrado e Fisher. A significância estatística foi 5%. Eram abstinentes 28,7%, recaíram 51,9% e 19,4% não pararam de fumar. Houve diferença estatística entre os grupos nas variáveis estado civil (0,039), tentativas anteriores para parar de fumar (0,029), quantidade de cigarros fumados por dia (0,019), uso de fármacos (0,00) e transtorno do humor referidos (0,040). O grupo de abstinente teve mais casados, tentou mais vezes parar de fumar, fumou menos cigarro/dia, apresentou menos ansiedade/alteração do humor. A abstinência foi modesta e o maior percentual de sujeitos recaiu.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde; Tabagismo; Abandono do uso de tabaco.

Abstract: The objective is to know the prevalence and identify the variables related to tobacco abstinence in patients treated on smoker therapeutic support groups(GATT) in health units of the city council of Vitória-ES in the year of 2009. Cross-sectional study with 160 participants of GATT who participated in 75% of the sessions. Conducted telephone interview, 9 to 20 months after treatment and used secondary data of route of the initial interview. In statistical analysis were used Chi-square and Fischer test. The statistical significance was 5%. 28.7% were abstents, relapsed 51.9% and 19.4% have not stopped smoking. There was a statistical difference between the groups in the marital status variables (0.039) previous attempts to stop smoking (0.029) amount of cigarettes smoked per day (0.019) use of medicines (0.00) and anxiety/mood disorder reported (0.040). The abstaining group had more married, tried several times to stop smoking, smoked fewer cigarettes/day, showed less anxiety/mood change. The abstinence was modest and the largest percentage of subjects relapsed.

Keywords: Primary health care; Smoking; Tobacco use cessation.

1 Alexandre Coutinho Sattler
Prefeitura Municipal de Vitória

2 Nágela Valadão Cade
UFES/Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Marechal Campos, n.º. 1468, Maruípe
Vitória, ES 29040-090, Brasil.
Tel.: (55) 27 33335-7287 e 3335-7281.

Introdução

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabaco mata 5,4 milhões de pessoas a cada ano, mais do que as mortes causadas pela tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida e malária juntas¹.

No Brasil, a pesquisa por amostra de domicílio realizada em 2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, evidencia a prevalência do uso de tabaco fumado por maiores de 15 anos, em 17,2%. Na Região Sul, o maior percentual (19%) e nas regiões Centro-Oeste e Sudeste encontraram-se os menores números, 16,6 e 16,7%, respectivamente². Nesta pesquisa, o Estado do Espírito Santo, representado por uma amostra de 7.230 pessoas, apresentou uma prevalência de 17,8% fumantes. A prevalência nacional tem reduzido ao longo dos anos e, desde 1989, ocorreu um declínio de 17,6%, no País³.

A cessação tabágica é o principal objetivo do tratamento de fumantes, pois promove redução significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos e, em menor escala, acima dos 65 anos. O tratamento constitui uma intervenção com boa relação custo-benefício, já que pode promover redução da mortalidade relacionada com o tabagismo⁴.

De fato, a redução da prevalência nacional do tabagismo (17,6%) ocorrida nos últimos 20 anos tem proporcionado diminuição das doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas e, conseqüentemente, queda de 20% da mortalidade padronizada por idade entre 1996 e 2007, no Brasil³.

Os percentuais de abstinência alcançadas com o tratamento antitabaco têm variações conforme o tipo de intervenção, a duração e o tempo decorrido da intervenção e a avaliação⁵. Encontrou-se percentual de 15% de abstinência⁶, quando avaliada seis meses após término do tratamento, de 17,7%⁷ e 50,8%⁸ após 12 meses, de 28,7⁹ e 62%¹⁰ quando após 25 meses, entretanto, estes percentuais são de difícil comparação devido aos diferentes contextos de avaliação.

No Brasil, Otero¹¹ conduziu um ensaio clínico randomizado com pacientes que compareceram em pelo menos três das quatro sessões cognitivas comportamentais em grupo e utilizaram reposição de nicotina com adesivos transdérmicos para parar de fumar. Os resultados

encontrados foram percentual de abstinência de 65,7% dos pacientes, quando avaliadas no primeiro mês, e de 33,3% no décimo segundo mês de acompanhamento, mostrando que, com o decorrer do tempo, aumentam as chances de recaída.

No que diz respeito aos fatores associados à abstinência do tabaco, um estudo¹² com 1.499 tabagistas, na Alemanha, pontuou que pessoas de maior escolaridade, do sexo feminino, com maior número de tentativas anteriores de parar de fumar sem orientação profissional e com a intenção de abandonar o fumo nos próximos seis meses têm maiores chances de obter sucesso em seis meses. Por outro lado, os fatores que contribuíram para manter o uso do tabaco nesse e em outros estudos constituíram em ter maior nível de dependência à nicotina avaliada pela escala de Fagerström^{9,12}, maior consumo de cigarros^{9,12,13}, ter no domicílio um parceiro fumante^{12,13}, sintomas de ansiedade e de insônia¹⁴.

A caracterização de variáveis sociodemográficas e da dependência à nicotina de tabagistas é útil para direcionar o desenvolvimento de programas de cessação do tabagismo^{9,12}. Programas bem conduzidos são particularmente importantes, do ponto de vista econômico, porque aumentam a abstinência do tabaco e, conseqüentemente, podem prevenir uma grande variedade de doenças crônicas^{12,14}.

O tratamento do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido pela portaria n.º 1.575, em 2002¹⁵, para centros de referência e hospitais. No ano de 2004 com a publicação de novo ato normativo¹⁶, foi ampliado o acesso para os serviços de atenção básica, entendendo-se ser a porta de entrada do sistema de saúde e ter a vantagem de fornecer assistência integral, não direcionada apenas à doença, mas voltada também para a pessoa e a família ao longo do tempo¹⁷.

O Protocolo Clínico da Dependência à Nicotina, aprovado pelo Ministério da Saúde¹⁸, em 2004, preconiza a abordagem cognitivo-comportamental em grupo como referencial teórico para o tratamento de cessação do tabagismo e é denominado de Grupo de Apoio Terapêutico ao Tratamento do Tabagista (GATT).

No município de Vitória, essa forma sistematizada de atendimento ao tabagista vem progressivamente, acontecendo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já existem 14 UBS que ofertam essa modalidade de tratamento em 2010.

Apesar do tempo de funcionamento dos GATT no município, inexistem informações sobre a evolução dos participantes quanto à abstinência e à cessação do tabaco. Este estudo se propõe a conhecer essa condição, no sentido de poderem ser avaliados os efeitos do tratamento realizado. Os resultados desta pesquisa podem também servir como ferramenta para o aperfeiçoamento da capacitação dos profissionais envolvidos com o GATT, à medida que sinaliza a efetividade do tratamento.

Há estudos sobre essa temática realizados com outras populações e com diferentes modalidades de intervenção, porém os percentuais de abstinência à nicotina podem variar dependendo não apenas da modalidade de tratamento, mas também da definição do tempo de abstinência esperado⁵.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer a prevalência e identificar as variáveis relacionadas com a abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista em unidades de saúde do município de Vitória – ES, no ano de 2009.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado com participantes GATT, do ano de 2009, em Vitória-ES.

O tratamento preconiza quatro sessões semanais em grupo com 10 a 15 participantes, sob a coordenação de um ou dois profissionais de saúde de nível superior. Cada encontro do grupo tem previsão de duração de aproximadamente 60 minutos e são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, como a automonitorização, controle de estímulos, exercícios de relaxamento e procedimentos aversivos. Além dessas quatro sessões, são previstas também duas sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguida de uma reunião mensal aberta para prevenção da recaída, até completar um ano do término do grupo¹⁸.

Das 28 UBS municipais, somente 14 (50%) prestavam atendimento às pessoas com dependência à nicotina, todavia, em 2009, duas delas não ofertaram esse serviço por problemas de recursos humanos, e uma não prestou atendimento conforme as diretrizes clínicas para cessação do tabagismo¹⁸. Dessa forma, os dados foram coletados em 11 unidades situadas em cinco das seis regiões de saúde do município, a saber: Centro, Continental, Forte

São João, Maruípe e São Pedro. As três UBS da região de Santo Antônio não ofertaram o GATT. As duas UBS que mais contribuíram com a população deste estudo, com 81 (50,6%) dos sujeitos, situavam-se na região Continental. A seguir, contribuíram a região de Maruípe com 39 (24,4%), do Forte São João com 32 (20%), do Centro com 6 (3,75%), e de São Pedro com 2 (1,25%) sujeitos.

A população foi constituída por todos os participantes do GATT. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou maior de 18 anos; ter no mínimo participado de três das quatro sessões em grupo; possuir telefone para contato; e aceitar participar do estudo mediante concordância verbal com o Termo de Consentimento. O critério de exclusão foi a não localização do participante após três tentativas de contato por telefone, em dias e horários diferentes, ou o sujeito não querer definir uma data para a entrevista. Foi arbitrada a frequência de, no mínimo, três sessões como critério de inclusão, devido às desistências e faltas que ocorrem no decorrer do GATT, o que dificulta o envolvimento do participante com o tratamento.

A coleta de dados se deu em dois momentos. Primeiramente a coleta de dados primários, foi realizada entre setembro e novembro de 2010, em um formulário específico com a utilização de perguntas, em uma entrevista, sobre o comportamento referente à abstinência do tabaco após participação do GATT. A técnica de entrevista foi realizada por telefone com gravação concomitante por meio do programa Vip Tele-Record, versão 1.0, e ocorreu após o término da participação dos sujeitos no GATT, em intervalo de 9 a 20 meses, mediana de 13 meses.

A seguir, foram coletados os dados secundários a partir do roteiro padronizado pelo INCA, para a entrevista inicial ao tabagista que procura o GATT com a intenção de parar de fumar. Esse instrumento tem informações sobre dados sociodemográficos, história tabagística, comorbidade autodeclarada e o Teste de Fagerström, que avalia o nível de dependência de nicotina. Também foi utilizada a ficha farmacoterapêutica existente nas farmácias das unidades para conhecer os medicamentos específicos utilizados durante o tratamento antitabagismo.

As variáveis do estudo foram agrupadas em: a) sociodemográficas, como a idade, o sexo, a escolaridade e o estado civil; b) perfil de dependência ao tabaco, medido pelo Teste de Fagerström, tempo gasto para acender o primeiro cigarro do dia, número de tentativas

anteriores para parar de fumar e quantidade média de cigarros utilizados por dia; c) comorbidades; d) uso de medicamentos que favorecem a cessação do fumo, como antidepressivos e terapia de reposição de nicotina (TRN).

Quanto ao procedimento de coleta de dados, foram averiguados entre as pessoas tratadas no GATT, aqueles que atenderam aos critérios de inclusão: foi enviada carta-convite via agentes comunitários de saúde ou postagem via correio; foi solicitado retorno por telefone, *e-mail* ou depósito da resposta na UBS, com registro de um número de telefone para posterior contato. Como nem todos os participantes estavam cadastrados nas unidades, alguns foram contatados diretamente por telefone.

Ao todo, 534 sujeitos realizaram a entrevista padrão INCA para participação no GATT e, destes, 273 (51,1%) atenderam aos critérios de inclusão. Houve 105 perdas: 88 (83,8%) devido à impossibilidade de acessar os pacientes e 17 (16,2 %) sujeitos não tiveram interesse em participar. Foi realizado pré-teste com oito participantes e a população final foi constituída de 160 sujeitos.

Na análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva mediante valor mínimo, média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e a frequência relativa para as variáveis qualitativas. A análise inferencial foi composta pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher para variáveis categóricas, e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis quando a normalidade dos dados foi rejeitada. A significância estatística adotada foi de 5% e foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (2009).

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob número 073/10. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pelo pesquisador por telefone, e o consentimento gravado em arquivo digital, formato mp3.

Resultados

Quanto às variáveis sociodemográficas predominou: sexo feminino em 115 (71,9%) sujeitos; faixa etária entre 45 e 64 anos com 101 (63,1%) sujeitos; média de idade de 49,6 e desvio padrão a 10,9 anos; 81 (50,6%) sujeitos com 2º grau completo e incompleto com; e 79 (49,4%) casados (Tabela 1).

Em relação ao perfil de dependência à nicotina: 84 (52,5%) sujeitos apresentaram nível de dependência elevado e muito elevado; 64 (40%) acenderam o primeiro cigarro até cinco minutos após ter acordado; 88 (55%) fizeram de uma a três tentativas para parar de fumar; e 68 (42,5%) fumam de 11 a 20 cigarros por dia; média e desvio padrão de 19 e 10,2 respectivamente.

Sobre a prescrição de farmacoterapia antitabagismo, 129 (80,6%) sujeitos utilizaram algum tipo de medicamento. A TRN na forma de adesivos transdérmicos foi a mais usada, em 88 (68,2%) sujeitos e, na apresentação de goma ou combinada (adesivo e goma), em 5 (3,9%) sujeitos. A reposição de nicotina foi também combinada com medicamentos antidepressivos – bupropiona em 23 (17,9%) e outros – em 6 (4,7%) sujeitos. Usaram somente antidepressivos 6 (4,7%) e houve 1 (0,8%) perda de informação.

Em relação ao perfil de comorbidade autodeclarada na entrevista, encontrou-se: somente 15 (9,4%) dos sujeitos não relataram outra doença e, dos que identificaram, 80 (50%) citaram problema gástrico, seja sintomas, seja diagnósticos de doença; 78 (48,8%) referiram ansiedade e/ou distúrbios do humor; e 74 (46,3%) sujeitos, apresentaram alterações no aparelho respiratório, em sua maioria de etiologia alérgica.

Neste estudo, considerou-se como “abstinência ao tabaco ou cessação do fumo”, quando o sujeito participante do GATT se manteve sem fumar até a coleta de dados, independentemente do dia em que interrompeu o tabagismo, ou seja, abstinência contínua (grupo 1). Como “recaída”, considerou-se quando o participante ficou sem fumar no mínimo por sete dias, todavia voltou a fazê-lo regularmente (grupo 2). Entendeu-se como “não parar de fumar”, quando não houve interrupção do tabagismo ou o tabagista ficou sem fumar por um tempo inferior a sete dias, com retorno regular do hábito de fumar (grupo 3)^{5,10}.

Sobre a caracterização da abstinência ao tabaco, a partir da participação no GATT dos 160 sujeitos, 46 (28,7%) estavam abstinentes até a coleta de dados (grupo 1), 83 (51,9%) recaíram (grupo 2) e 31 (19,4%) não pararam de fumar com o GATT (grupo 3).

Apesar de o grupo 1 e 2 ser constituídos de sujeitos que pararam de fumar por determinado tempo, no grupo 1, o tempo mínimo de abstinência foi de 270 dias, mediana de 360, média de 396,6 e desvio padrão de 89,4 dias, enquanto no grupo 2 o tempo mínimo foi de 7 dias, mediana de 90, média de 120 e desvio padrão de 105 dias.

Dos 129 pacientes que alguma vez pararam de fumar (grupo 1 e grupo 2), 4 (3,1%) o fizeram antes do tratamento em grupo, após a entrevista inicial; 102 (79,1%) durante o GATT; 19 (14,7%) uma a quatro semanas após o GATT; e 4 (3,1%) sujeitos após quatro semanas de participação no GATT.

Daqueles que ainda mantêm o hábito de fumar (grupo 2 e grupo 3), 63 (55,3%) fumam a mesma quantidade de cigarros que fumavam antes da intervenção, e dos que modificaram a quantidade, 35 (30,7%) relataram redução e 9 (7,8%) aumento no consumo. Enquanto 22 (70,9%) sujeitos do grupo 3 fumam a mesma quantidade, 30 (36,1%) do grupo 2 reduziram o consumo.

Observa-se, na Tabela 2, que somente o estado civil, como variável sócio-demográfica, e número de tentativas anteriores para parar de fumar, como indicador do perfil de dependência à nicotina mostraram diferença entre os grupos (p 0,039 e 0,029), com sinalização de que, nos abstinentes, prevalecem os casados e aqueles com maior experiência na realização de tentativas, quando comparados com o grupo 3. Este último grupo apresentou maior percentual de sujeitos (33,3%) que nunca tentaram parar de fumar antes do GATT, fumam mais de 31 cigarros por dia e com nível de dependência elevado e muito elevado, apesar da não existência de diferença estatística entre os grupos. Todavia, ao analisar a quantidade média de cigarros/dia como variável contínua, essa se mostrou significativamente diferente entre os grupos (p 0,019) e o grupo 3 fumava mais cigarros/dia (Tabela 3).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e do perfil de dependência à nicotina dos 160 sujeitos. Vitória, 2009

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	45	28,1
Feminino	115	71,9
Faixa etária^a		
≤ 24 anos	1	0,6
25 a 44 anos	46	28,8
45 a 64 anos	101	63,1
≥ 65 anos	11	6,9
Escolaridade^b		
Analfabeto / semianalfabeto	7	4,4
1º grau incompleto / completo	39	24,4
2º grau incompleto / completo	81	50,6
Superior incompleto / completo	31	19,4
Estado civil^c		
Solteiro	43	26,9
Casado	79	49,4
Divorciado/Separado/Viúvo/Outros	34	21,3
Sem informação	4	2,5
Nível de dependência da nicotina^d		
Muito baixo	14	8,8
Baixo	30	18,8
Médio	29	18,1
Elevado	52	32,5
Muito elevado	32	20,0
Tempo gasto para acender o primeiro cigarro^e		
Dentro de 5 minutos	64	40,0
Entre 6 e 30 minutos	60	37,5
Entre 31 e 60 minutos	16	10,0
Após 60 minutos	15	9,4
Tentativas anteriores para cessar o tabagismo^f		
Nenhuma	20	12,5
1 a 3	88	55,0
Três ou mais	37	23,1
Tentou mas não conseguiu*	11	6,9
Quantidade média de cigarros utilizados por dia^g		
Menos de 10	33	20,6
De 11 a 20	68	42,5
De 21 a 30	29	18,1
Mais de 31	27	16,9
Total	160	100

(a) perda de 1 sujeito (0,6%); (b) perda de 2 (1,2%); (c) perda de 4 (2,5%); (d) perda de 3 (1,9%); (e) perda de 5 (3,1%); (f) perda de 4 (2,5%); e g) perda de 3 (1,9%) sujeitos.

*Essa variável está presente no formulário de entrevista do INCA, entendendo-se que incluem aqueles que tentaram uma ou mais vezes e ficaram algum tempo sem fumar.

Com relação ao uso de farmacoterapia antitabagística – TRN e antidepressivos – houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Observa-se, na Tabela 4, que, no grupo 3, houve um menor número de pessoas que utilizaram essa modalidade de intervenção em relação aos demais grupos.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e do perfil de dependência à nicotina, segundo os grupos. Vitória, 2009

Variáveis	Grupos			Total	p-valor
	1	2	3		
Faixa etária^a					
Menos de 45 anos	13 (28,3%)	29 (35,4%)	5 (16,1%)	47 (29,4%)	0,132
45 anos ou mais	33 (71,7%)	53 (64,6%)	26 (83,9%)	112 (70,0%)	
Sexo					
Masculino	18 (39,1%)	19 (22,9%)	8 (25,8%)	45 (28,1%)	0,138
Feminino	28 (60,9%)	64 (77,1%)	23 (74,2%)	115 (71,9%)	
Escolaridade^b					
1º grau incompleto/completo	10 (23,3%)	23 (28,4%)	6 (22,2%)	39 (24,3%)	0,740
2º grau incompleto/completo	22 (51,2%)	42 (51,9%)	17 (63,0%)	81 (50,6%)	
Superior incompleto/completo	11 (25,6%)	16 (19,8%)	4 (14,8%)	31 (19,4%)	
Estado civil^c					
Solteiro	5 (10,9%)	28 (35,0%)	10 (33,3%)	43 (26,9%)	0,039
Casado	30 (65,2%)	34 (42,5%)	15 (50,0%)	79 (49,4%)	
Separado/Viúvo/Outros	11 (23,9%)	18 (22,5%)	5 (16,7%)	34 (21,2%)	
Dependência da nicotina^d					
Muito baixa/Baixa	13 (28,9%)	24 (29,3%)	7 (23,3%)	44 (27,5%)	0,827
Média	9 (20,0%)	16 (19,5%)	4 (13,3%)	29 (18,1%)	
Elevada/Muito elevada	23 (51,1%)	42 (51,2%)	19 (63,3%)	84 (52,5%)	
Tempo para acender o primeiro cigarro (em minutos)^e					
≤ 5	16 (35,6%)	33 (41,3%)	15 (50,0%)	64 (40,0%)	0,546*
6 e 30	18 (40,0%)	33 (41,3%)	9 (30,0%)	60 (37,5%)	
31 e 60	7 (15,6%)	5 (6,3%)	4 (13,3%)	16 (10,0%)	
> 60	4 (8,9%)	9 (11,3%)	2 (6,7%)	15 (9,3%)	
Nº de tentativas anteriores para parar de fumar^{f, #}					
Nenhuma	3 (7,1%)	7 (9,6%)	10 (33,3%)	20 (12,5%)	0,029*
1 a 3 tentativas	29 (60,0%)	45 (61,6%)	14 (46,7%)	88 (55,0%)	
> 3	10 (23,8%)	21 (28,8%)	6 (20,0%)	37 (23,1%)	
Média de cigarros/dia^g					
< 10	10 (22,2%)	20 (24,4%)	3 (10,0%)	33 (20,6%)	0,082
11 a 20	22 (48,9%)	35 (42,7%)	11 (36,7%)	68 (42,5%)	
21 a 30	8 (17,8%)	16 (19,5%)	5 (16,7%)	29 (18,1%)	
> 31	5 (11,1%)	11 (13,4%)	11 (36,7%)	27 (16,9%)	

a) perda de 1 sujeito (0,6%); b) exclusão dos 7 analfabetos e perda de 2; c) perda de 4 (2,5%); d) perda de 3 (1,9%); e) perda de 5 (3,1%); f) perda de 4 (2,5%); e g) perda de 3 (1,9%) sujeitos.

Excluída a categoria “tentou, mas não conseguiu” (n=15).

* Teste exato de Fisher

Tabela 3 – Descrição da média, mediana e desvio padrão do teste de Fagerström e da quantidade média de cigarros fumados por dia por grupo. Vitória, 2009

Variáveis	Grupos	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Testes de Fagerström	1	6	5,4	2,13	0,259
	2	5,5	5,5	2,20	
	3	7	6,2	2,42	
Quantidade média de cigarros/dia	1	15	17,5	8,8	0,019*
	2	15	18,0	10,06	
	3	25,00	24,03	11,54	

*Kruskal-Wallis

Tabela 4 – Frequência de distribuição de farmacoterapia nos grupos. Vitória, 2009

Farmacoterapia	Grupo 1		Grupo 2 ^a		Grupo 3 ^b		p valor	Total
	n	%	n	%	n	%		
Sim	38	(82,6%)	75	(94,9%)	16	(55,2%)	0,000*	129 (80,6%)
Não	8	(17,4%)	4	(5,1%)	13	(44,8%)		25 (15,6%)

(a) 4 perdas e (b) 2 perdas de informação

*Teste do qui quadrado com correção

Outro aspecto avaliado foi o relato percebido de comorbidade. Os 160 sujeitos citaram 279 comorbidades de diferentes naturezas, segundo o formulário padrão INCA. Entre os sintomas ou aparelhos mais acometidos (50% aparelho digestivo e 48,8% depressão e/ou ansiedade), destaca-se que a menor percentual de pessoas no grupo 1 identifica sintomas de ansiedade e depressão. A frequência dessas alterações foi menor no grupo 1 (34,8%) e no 3 (51,6%) e maior no grupo 2, com 55,4% de indivíduos (p valor 0,040), conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos sintomas de ansiedade e alteração de humor nos três grupos. Vitória, 2009

Variável	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sintomas de ansiedade e/ou depressão	16	34,8	46	55,4	16	51,6	78	48,8
Total	46	-	83	-	31	-	160	-

Teste qui-quadrado para proporções; **p 0,040**

Discussão

As variáveis sociodemográficas encontradas, como a média de idade em torno de 50 anos, predomínio de mulheres, pessoas casadas e com segundo grau, são semelhantes às de outros

estudos nacionais sobre as características daqueles que buscam tratamento para cessação do tabagismo, com método semelhante ao GATT, em serviço público^{08, 10, 19}.

Apesar da maior prevalência do tabagismo no sexo masculino (21,6%) em relação ao feminino (13,1%), observada na pesquisa IBGE², em 2009, houve maior participação de mulheres nos grupos do GATT na cidade de Vitória. Entende-se que elas buscam mais tratamento e apresentam maior envolvimento com as questões de saúde, pois socialmente tem assumido o cuidado dos familiares e, dessa forma, freqüentam mais os serviços de saúde^{19, 20}.

Apesar da falta de consenso entre autores^{9, 12}, as mulheres apresentam maior dificuldade em parar de fumar¹⁹, o que foi também observado neste estudo, pois daqueles que cessaram o tabagismo (grupo 1), 40% eram homens, enquanto que 24% eram mulheres, apesar da não confirmação estatística. Estudos apontam que elas apresentem como dificultadores na cessação do tabagismo, mais depressão¹⁹, ansiedade¹³ e respondem menos à terapia com reposição à nicotina (TRN)^{20, 21}.

Destaca-se que a baixa procura dos homens por esses tratamentos mostra um dos desafios dos serviços de atenção básica de saúde. Essas e outras questões destacadas evidenciam a diferença de gênero na compreensão da cessação do tabagismo e a necessidade de estratégias para captação dessa população, que tem ficado à margem dos serviços de saúde em geral^{23, 24, 25}.

A escolaridade da população que frequentou o GATT no município, compreendida como elevada, pode ser reflexo de o campo do estudo ser uma capital da Região Sudeste, com mais oportunidades e demandas para a escolarização, corroborando pesquisa nacional realizada entre 2002 a 2003 que apontou Vitória como a capital de maior escolaridade, dentre outras 15 capitais brasileiras²⁶.

O percentual de abstinência encontrada foi de 28,7%, valor próximo aos resultados do ensaio clínico realizado no Brasil por Otero (2006)¹¹, que realizou também a intervenção em grupo com três a quatro sessões, mais uso de farmacoterapia e encontrou 33% de abstinência. Neste estudo esperava-se um percentual maior, pois um dos critérios de inclusão foi a participação de pelo menos três sessões e, quanto mais sessões frequentadas, espera-se maior sucesso terapêutico^{18, 27}.

Outros estudos mostraram percentuais de abstinência mais elevadas (50,1%⁸ e 62%¹⁰), todavia as metodologias das intervenções têm características diferenciadas como maior número de sessões em grupo, mais tempo de duração e reuniões de manutenção mensais por até um ano, o que pode ter influenciado para percentuais maiores.

Mais da metade daqueles que concluíram o GATT voltaram a fumar em média 120 dias depois, e os estudos de seguimento demonstram que, com o passar do tempo a proporção de recaída aumenta, principalmente até 180 dias, constituindo este um importante resultado de tratamento^{7, 14, 28}. O protocolo clínico prevê um acompanhamento de 15 dias após o término das quatro sessões do GATT e uma sessão a cada mês até completar um ano, no entanto, essa prática não foi observada nas unidades do estudo¹⁸.

Apesar da recaída, alguns sujeitos voltaram a fumar regularmente em quantidades menores. Todavia, sabe-se que a redução no consumo não modifica a mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, e o desejável é que a pessoa interrompa o hábito de fumar^{4, 29}.

Ao comparar os três grupos, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa no estado civil, número de tentativas anteriores para parar de fumar, quantidade média de cigarros fumados por dia, uso de farmacoterapia, presença de ansiedade e distúrbio do humor.

Os abstinentes (grupo 1) vivem, em maior proporção, com cônjuges, o que pode ser ao mesmo tempo um incentivador para mudanças comportamentais, bem como um apoio durante o tratamento, principalmente quando o fumante é o homem, já que segundo estudos^{14, 30}, ter esposa em algum momento da vida, foi um preditor para a cessação do tabaco. A partir desse resultado, como estratégia de intervenção, pode ser incentivada a presença de pessoas significativas nas consultas de acompanhamento, bem como sugerir o envolvimento e parceria delas durante o tratamento.

O grupo 1 também realizou mais tentativas de cessação do tabagismo, o que pode demonstrar uma motivação para parar de fumar, apesar de que essa experiência não explica a manutenção da cessação, nem tampouco a recaída²⁸, todavia há consenso quanto à importância desse empenho para alcançar a abstinência^{7, 9, 12, 14, 27}.

Houve diferença no consumo diário de cigarros entre os grupos, entretanto o nível de dependência da nicotina avaliada pelo Teste de Fagerstron não mostrou essa diferenciação, ou seja, quem fuma mais deveria ter maior dependência. Com isso, fica evidenciada a complexidade do comportamento da dependência química. Mas, apesar disto, o teste é amplamente aceito e há evidências que confirmem o seu valor em prever o sucesso da abstinência^{9, 12}. O menor consumo de cigarros por dia favoreceu a cessação, o que também foi observado em outros estudos^{4, 9, 12, 13}.

A prescrição de farmacoterapia antitabagística era esperada devido à recomendação de seu uso pelo protocolo clínico¹⁸, à sua disponibilização nas farmácias das UBS e à dependência elevada e muito elevada dos sujeitos que buscaram o GATT. Esse último foi o principal critério para a utilização dos medicamentos.

O grupo 3 usou significativamente menos farmacoterapia específica do que os grupos 1 e 2, o que pode ser devido aos critérios utilizados pelos profissionais ao fornecer receita apenas para aqueles que definem uma data para cessação (*quit date*) já que o principal benefício da TRN é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência⁴. Todavia o artigo de Lindson³¹ apresenta resultados que levam a questionar essa recomendação, pois receber a terapia de reposição a nicotina mesmo sem um *quit date* pode dobrar as possibilidades de abstinência ao tabaco em seis ou doze meses.

A farmacoterapia nicotínica foi a mais utilizada, principalmente, na forma de adesivos, por quase 70% dos pacientes, dado este semelhante ao de Wilson³², provavelmente, a permissão de sua prescrição por profissionais de saúde não médicos contribui para maior solicitação. Outro fato que também pode ter contribuído foram às irregularidades no fornecimento do comprimido de bupropiona e da goma de nicotina aos pacientes do GATT em 2009.

Além disto, o adesivo apresenta maior eficácia^{32, 33} e menos efeitos colaterais^{32, 33} quando comparado a bupropiona, embora, o estudo de revisão com metanálise de Eisenberg³⁴, atribua leve superioridade da bupropiona em relação aos adesivos com resultados ajustados para idade, sexo e número de cigarros por dia.

De acordo com os resultados aqui apresentados o uso da farmacoterapia é um coadjuvante importante na cessação do tabagismo. Logo, as ações de assistência farmacêutica para acesso

a estes medicamentos são relevantes bem como os critérios para sua prescrição, principalmente dos adesivos, como forma de aumentar a chance de abstinência da nicotina.

A média de idade foi de 50 anos, o que pode ser entendido como uma fase de vida em que já se manifestam as comorbidades do tabagismo devido ao longo período de exposição ao tabaco. Esse percentual de comorbidade maior em fumantes^{11, 29} do que entre não fumantes que, neste estudo, foi referido por mais de 90% dos sujeitos, era esperada devido aos efeitos das substâncias químicas presentes no tabaco inalado e ao próprio processo de envelhecimento que aumentam as chances de surgimento doenças^{4, 14, 29}.

Dos sujeitos deste estudo, 50% citaram problemas gástricos, pois o tabagismo atua como causa e agravante de algumas doenças do aparelho digestivo, principalmente a doença do refluxo gastroesofágico, a úlcera péptica, a gastrite crônica e os tumores esofágico e gástrico³⁵.

Não constituiu preocupação avaliar a relação dos transtornos mentais comórbidos e a cessação do tabagismo, entretanto, os diagnósticos psiquiátricos de distúrbios do humor e da ansiedade têm sido associados ao maior uso e dependência da nicotina, seja porque são condições em que os sujeitos se controlam menos, são mais impulsivos, seja porque o fumo produz uma sensação de bem-estar sobre eles³⁶.

A ansiedade e a depressão foram referidas por 78 (48%) sujeitos. Destaca-se que, neste estudo, foi considerada a percepção e autorrelato dos participantes, diferentemente de outros estudos^{8, 10, 12, 13} que utilizam instrumentos específicos para rastreamento desses transtornos, que, por vezes, encontram valores superiores. Um dos questionamentos consiste em se verificar se os transtornos do humor e ansiedade favoreceram a recaída, pois os participantes do grupo 1 referiram menos distúrbios do humor e ansiedade em comparação com os grupos 2 e 3, o que indica maior motivação para tentativas, maior aprendizagem para lidar com situações de *stress*, menor efeito da dependência à nicotina, dentre outros^{12, 13}.

A ansiedade também pode estar presente na síndrome de abstinência compreendida no conjunto de sintomas e sinais que ocorrem com a ausência da nicotina, como a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial, cefaleia, irritabilidade, insônia ou sonolência diurna,

desejo intenso por cigarros (fissura), humor disfórico, entre outros que variam caso a caso, na intensidade e na duração³⁷.

Essa síndrome apresenta-se mais intensa em indivíduos com sintomas depressivos^{36, 37}. Os fumantes com depressão maior possuem três vezes mais chance de continuar fumando³⁷, quando comparados com fumantes sem esse histórico, o que pode ter ocorrido nos grupos 2 e 3. Desta forma, é fundamental melhorar a avaliação da saúde mental e a condução clínica dessas particularidades para aumentar o percentual de abstinência nos participantes do GATT.

Como limitação deste estudo, pode-se citar o desenho metodológico de corte transversal que realiza uma única medida do desfecho na população, pois, nessa temática, o estudo de seguimento permitiria maior compreensão da abstinência e da recaída ao tabagismo, considerando que as recaídas ocorrem nos seis primeiros meses após o término da intervenção.

Uma dificuldade encontrada consistiu na incompletude dos dados secundários, visto que diminui a possibilidade de contato com os participantes do GATT. De todos os motivos das perdas, esse foi o principal.

Quanto à possibilidade de viés de aferição para abstinência diante da utilização do autorrelato em vez de confirmação mediante uso de marcadores bioquímicos, estudo de metanálise³⁸ mostra inexistir diferença nos resultados obtidos com essas duas técnicas de coleta de dados³⁸.

Considerações finais

A abstinência ao tabagismo na população participante do GATT, no município de Vitória, ES, foi modesta em relação à literatura, apesar dos diferentes desenhos de estudo. O maior percentual encontrado (51,9%) foi de sujeitos que recaíram, quando avaliados em nove a vinte meses após término do GATT e pouco menos de 20% não conseguiram parar de fumar.

Os resultados direcionam para a necessidade de os profissionais envolvidos repensar estratégias para a promoção e a manutenção da abstinência, como a implementação e acompanhamento ativo dos tabagistas tratados por determinado tempo, conforme a

observância do protocolo clínico de Dependência de Nicotina que normatiza seguimento a partir dos primeiros 15 dias, após o término das sessões do GATT, até por um ano, condução essa não observada na rotina das unidades do estudo.

Outro aspecto que poderia facilitar a abstinência seriam as consultas individuais para aqueles que apresentem mais dificuldade em parar de fumar ou possibilidades em recair como as mulheres, aqueles com alterações no humor e que fumam mais cigarros por dia, como forma de apoio, até mesmo porque quase 80% pararam de fumar durante o GATT.

A avaliação inicial do tabagista, mediante a entrevista no formulário do INCA, deve ser cuidadosa e despender o tempo necessário para que profissional obtenha informações que subsidiem a condução do paciente, especialmente do estado de saúde mental, a presença de redes de apoio e a dificuldade em parar de fumar.

Os resultados deste estudo, de alguma forma, contribuíram para a compreensão do efeito do tratamento sobre o comportamento de fumar e das demandas de novas estratégias na assistência aos tabagistas, com vistas à abstinência e prevenção da recaída.

Diante da relevância da cessação do tabagismo para a redução da morbimortalidade com ele relacionada, os gestores locais devem apoiar as equipes envolvidas no GATT e manter uma política contínua de qualificação dos profissionais diretamente envolvidos.

Referências

1. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. <http://www.who.int/tabaco/mpower.html> (acessado em 26 /dez /2009).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Tabagismo 2008. <http://www.ibge.gov.br> (acesso em 16/ Out/ 2010).
3. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 11: 60135-9.
4. Anczak JD, Nogler RA. Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies. *Clin Med Res*. 2003; 3: 201-16.

5. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Richmond RL, Swan GE. Measures of Abstinence in Clinical Trials: Issues and Recommendations. *Nicotine Tob Res.* 2003; 5: 13-25.
6. May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Randomized controlled trial of social support (“buddy”) intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns.* 2006; 64: 235-41.
7. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcome. *Addiction.* 2005; 100(Suppl. 2): 59–66.
8. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro, HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil de pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J. bras. pneumol.* 2006; 32 (5): 410-17.
9. Cox LS, Wick JA, Nazir N, Cupertino AP, Mussulman LM, Ahluwalia JS, et al. Predictors of Early Versus Late Smoking Abstinence within a 24-month Disease Management Program. *Nicotine Tob Res.* 2011; 03 (13): 215-20.
10. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart, W. et al. Treatment group for smokers: results after a two year follow up. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2009; 55: 593-96.
11. Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo, AS. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2006; 22 (2): 443-449.
12. Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Schorr G, Ruge J, Hurgen-Hans R, et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Educ Couns.* 2009; 1-8.
13. McGee R, Williams S. Predictors of persistent smoking and quitting among women. *Addict Behav.* 2006. 31: 1711-15.
14. Augustson EM, Wanke KL, Rogers S, Bergen AW, Chatterjee N, Synder K, Albanes D, et al. Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol Beta-carotene cancer prevention study. *Am J Public Health.* 2008; 98(3): 549-55.
15. Portaria GM número 1575. Cria no âmbito do Sistema Único de Saúde, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. *Diário Oficial da União.* 2002; 03 set.

16. Portaria GM n. 1035. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2004; 31 mai.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
18. Portaria SAS/GM n. 442. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Diário Oficial da União 2004; 13 ago.
19. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão FSSF, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. J. bras. pneumol. 2008; 34 (9): 695-701.
20. Perkins KA, Scott MA. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. Nicotine Tob Res 2008; 10: 1245-50.
21. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. J Consult Clin Psychol. 2004; 72 (4): 712-722.
22. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. J. bras. Pneumol. 2010; 36: 67-74.
23. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10: 105-09.
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo, FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. saúde pública. 2005; 23(3): 565-74.
25. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 4(7): 687-707.
26. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. <http://www.inca.gov.br> (acesso em 15/fev /2011).
27. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. Respiratory Med 2008; 102: 1182-1192.
28. Yong H, Borland R, Cooper J, Cummings M. Postquitting experience and expectations of adult smokers and their association with subsequent relapse: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Nicotine Tob Res. 2010; 12 Suppl 1: 12-9.

29. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking Reduction, Smoking Cessation, and Mortality: A 16-year Follow-up of 19,732 Men and Women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol.* 2002; 156: 994–1001.
30. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6(3): 447-55.
31. Lindson N, Aveyard P. An updated meta-analysis of nicotine preloading for smoking cessation: investigation mediators of the effect. *Psychopharmacology (Berl).* 2010; 1-15.
32. Wilson A, Hippisley-Cox J, Coupland C, Coleman T, Britton J, Barrett S. Smoking cessation treatment in primary care: prospective cohort study. *Tob Control.* 2005; 14: 242-46.
33. Mcewen, A, West, R Do implementation issues influence the effectiveness of medications? The case of nicotine replacement therapy and bupropion in UK Stop Smoking Services. *BMC Public Health,* 2009; 28 (9): 09-28.
34. Eisenberg MJ, Filion B, Yavin D, Belisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Med Assoc J.* 2008; 179 (2): 135-44.
35. Lima VM. Tabagismo e Aparelho Digestivo. In: Viegas CAA. Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública. São Paulo (SP): Atheneu; 2007.p. 116-126.
36. Lemos T, Gigliotti AP. Transtornos Psiquiátricos e Tabagismo. In: Viegas, CAA. Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 185-200.
37. Malbergier A, Oliveira, HPJ. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo).* 2005; 32 (5): 276-82.
38. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Estratégias Clínicas para a Cessaçao do Tabagismo. *Boletim Brasileiro de Avaliaçao de Tecnologias em Saude.* 2010; 5 (12): 1-12. <http://bvsmms.saude.gov.br> (acessado 19/julho/2010).

ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL PERCEBIDO E A RELAÇÃO COM A CESSAÇÃO DO TABAGISMO

EVALUATION OF THE SOCIAL SUPPORT PERCEIVED AND THE RELATION WITH THE SMOKE CESSATION

Sattler¹, AC
Cadê², NV

Resumo: Esta pesquisa objetiva avaliar a existência de apoio social e sua relação com a cessação do fumo, segundo a percepção dos participantes dos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) do município de Vitória- ES, no ano de 2009. Estudo transversal com os 160 participantes que participaram pelo menos de 75% das sessões do GATT, nas unidades básicas de saúde. Foi realizada entrevista por telefone, 9 a 20 meses após o tratamento. Também foram usados dados secundários da entrevista inicial. Para a análise, foram utilizados os testes qui-quadrado e Fisher com significância de 5%. Interromperam o tabagismo com o GATT 129 (80,6%) sujeitos, e esse grupo mostrou diferença em relação aqueles que mantiveram o fumo nas variáveis: número de tentativas anteriores para parar de fumar (p 0,005), quantidade média de cigarros/dia (p 0,013) e percepção de apoio social (0,000). Tratou-se de um grupo com rede de apoio mais ampla. O apoio social é importante na interrupção do tabagismo e sua presença contribuiu no enfrentamento mais adaptativo dessa dependência.

Descritores: Apoio social; Tabagismo; Abandono do uso de tabaco; Atenção primária à saúde.

Abstract: This research aim to evaluate the existence of social support and its relation with the smoke cessation, according to the perception of the participants of smoker therapeutic support groups (GATT) in the city council of Vitória, ES, in the year of 2009. Cross-sectional study with 160 participants of GATT who participated in 75% of the sessions, in the Basic Units of Health. The interview was carried by telephone, 9 to 20 months after the treatment and used secondary data of the initial interview. In statistical analysis were used Chi-square and Fischer test with 5% of significance. Interrupted the smoke with the GATT 129 subjects (80.6%) and that group showed difference in relation to those that maintained the smoke in the variable: number of former attempts to stop smoke (p 0.005), average amount of cigarettes/day (p 0.013) and perception of social support (0.000). It was a group with ampler net of support. The social support is important in the interruption of smoking and its presence contributes to the adaptive confrontation of smoking.

Keywords: Social support; Smoking; Tobacco use cessation; Primary health care.

1 Alexandre Coutinho Sattler
Prefeitura Municipal de Vitória

2 Nágela Valadão Cade
UFES/Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Marechal Campos, n.º. 1468, Maruípe
Vitória, ES 29040-090, Brasil.
Tel.: (55) 27 33335-7287 e 3335-7281.

Introdução

O tabagismo é um importante fator de risco para mais de 25 doenças, principalmente, dos aparelhos cardiovascular, respiratório e os cânceres, com implicações diretas no perfil de morbimortalidade. Com isso, tem sido considerado a principal causa de morte evitável¹.

A prevalência do tabagismo na população brasileira maior de 15 anos é de 17,2%. No Estado do Espírito Santo é de 17,8%, a maior prevalência da Região Sudeste, segundo pesquisa de base populacional realizada em 2009².

No Brasil, houve diminuição da mortalidade padronizada por idade em 20%, entre 1996 e 2007, o que tem sido relacionado com a diminuição da prevalência do tabagismo nos últimos 20 anos, com repercussões direta, principalmente sobre as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas³.

É um transtorno associado ao uso de substância psicoativa, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10)⁴. Os governos de todo o mundo têm investido em campanhas para a conscientização dos efeitos prejudiciais do fumo, criando legislações que desfavorecem o uso do tabaco e também têm proposto intervenções individuais ou em grupo com vistas à cessação do tabagismo⁵.

Apesar da existência de ações governamentais para o combate do tabagismo sob a coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado, a partir de 1989, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), somente em 2004 foi preconizado, pelo Ministério da Saúde, um protocolo clínico de abordagem intensiva ao tabagismo com utilização do referencial cognitivo comportamental em grupo^{5,6,7}. No município de Vitória-ES, apesar de se realizar intervenção em grupo de fumantes anterior a 2004, foi em 2006 que se deu início à implementação, de forma sistematizada, do Programa de Tabagismo ou Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagismo (GATT), como forma de ampliar o acesso do tabagista ao tratamento na rede de atenção básica, já que medicamentos específicos foram disponibilizados nas UBS⁸.

A cessação tabágica é o principal objetivo do tratamento⁵. Diversos fatores têm sido relatados pela literatura como capazes de favorecê-la. Pontuam os pesquisadores como aspectos que

contribuem com a cessação do tabagismo, presença de escolaridade elevada, intenção em parar de fumar, menor dependência à nicotina, ausência de sintomas depressivos e os seguintes fatores psicossociais: tentativas anteriores para parar de fumar, convivência com fumantes no domicílio e suporte social percebido^{9,10,11,12,13,14}.

O foco de interesse deste estudo é a relação entre o apoio social e a cessação do tabagismo, compreendendo o construto apoio social como a existência ou disponibilidade de pessoas com as quais se tem contato social e em quem se pode confiar e solicitar ajuda. São relações interpessoais percebidas como significativas que resultam no aumento do senso de controle sobre as dificuldades do cotidiano^{15,16,17}.

Dentre as funções e formas de apoio social, encontram-se o apoio emocional, a companhia social, o compartilhamento de informações, a regulação social e a ajuda material ou de serviços, que são capazes de favorecer a troca de experiências, a autoconfiança, a capacidade de resolver problemas, o bem-estar e a satisfação da pessoa, à medida que suprem as necessidades de afeto, estima, aprovação, segurança e identidade^{15,16,17,18}.

Os mecanismos que explicam a relação entre o apoio social com os efeitos positivos sobre a saúde têm sido objeto de estudo e, de forma geral, postula-se terem eficácia indireta, quando o apoio atua nos processos psicológicos relacionados com o humor e o controle das emoções e, assim, teria um resultado protetor, tamponador sobre o indivíduo, ao amenizar as consequências de eventos estressantes. Outra explicação seria o efeito direto do apoio social favorecendo comportamentos saudáveis, como diminuição do uso de álcool, de cigarros, melhora do padrão de alimentação, atividade física e adesão às recomendações dos profissionais de saúde^{11,17,19}.

Diversos autores têm relacionado o apoio social com a redução da mortalidade por doenças crônicas, melhor qualidade de vida, maior sobrevivência após diagnósticos de doenças graves, promoção do autocuidado de saúde e abstinência a substâncias psicoativas^{16,17,19,20, 21}.

Por outro lado, especificamente na dependência química, o apoio social informal, constituído pelos familiares, amigos, vizinhos, grupos de igreja e clube, tem sido relatado como capaz tanto de favorecer a abstinência ao tabaco, como de manter o tabagismo, à medida que ter

amigos fumantes pode dificultar a cessação ao tabaco, mostrando, assim, que o efeito do apoio nem sempre é positivo^{9,17,19, 22}.

Lawhon²², ao realizar uma análise longitudinal com dados de 739 fumantes, constatou que o suporte social fornecido precocemente não prediz o sucesso da abstinência, mas suporte negativo, ou seja, expressões que põem dúvida sobre a capacidade do fumante em parar ou permanecer sem cigarros é um preditor para recaída ou manter-se fumante.

Os resultados de estudos com essa temática são contraditórios, todavia encontrou-se relação positiva entre percentual de abstinência e presença de apoio social^{9,11,14,23,24,25}, especialmente durante as primeiras semanas, quando os sintomas da síndrome de abstinência ocorrem^{14, 22, 26}. Por outro lado, há estudos evidenciando que o apoio social não beneficia a cessação do tabaco^{22,27,28,29}. Em revisão sistemática utilizando ensaios clínicos randomizados com intervenções para cessação do tabaco com suporte e sem suporte social, dos onze estudos, somente dois deles apresentaram aumento nos percentuais de abstinência diante da presença de apoio social³⁰. Mesmo diante da falta de consenso nos resultados de pesquisas, o suporte social tem sido proposto como importante adjunto dos programas de tratamento, especialmente durante as primeiras semanas, quando sintomas da síndrome de abstinência ocorrem^{24, 26}.

Considerando ser o construto apoio social relevante na compreensão dos comportamentos adictos, bem como ser uma possibilidade de intervenção que, agregada às demais, pode favorecer o tabagista que procura a atenção básica, este estudo objetiva avaliar a existência de apoio social e sua relação com a cessação do fumo, segundo a percepção dos participantes dos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista do município de Vitória–ES, no ano de 2009.

Métodos

Estudo transversal realizado com participantes do Programa de Tabagismo ou GATT das unidades básicas de saúde (UBS) do ano de 2009, em Vitória–ES.

A estrutura do GATT compreende quatro sessões organizadas em grupo, envolvendo 10 a 15 tabagistas, semanais, com duração aproximada de 60 minutos e coordenadas por profissionais

de saúde de nível superior. Previamente, é realizada uma entrevista individual padrão para identificação de dados socioeconômicos, de dependência química e morbidade.

Das 28 UBS do município, somente 14 (50%) prestavam atendimento às pessoas com dependência à nicotina, todavia, em 2009, duas delas não ofertaram esse serviço por falta de recursos humanos e uma não prestou atendimento conforme as diretrizes do protocolo clínico do INCA para cessação do tabagismo. Dessa forma, os dados foram coletados em 11 unidades situadas em cinco das seis regiões de saúde do município.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou maior de 18 anos, ter no mínimo participado de três das quatro sessões em grupo, possuir telefone para contato e aceitar participar do estudo mediante resposta ao Termo de Consentimento. O critério de exclusão foi a não localização do participante após três tentativas de contato por telefone, em dias e horários diferentes, e também quando o sujeito não quis marcar uma data para a entrevista. Foi arbitrada a frequência de, no mínimo, três sessões como critério de inclusão, devido às desistências e faltas que ocorrem no decorrer do GATT, o que dificulta o envolvimento do participante com o tratamento.

A coleta de dados se deu em dois momentos. Primeiramente, foi realizada, entre setembro e novembro de 2010, uma entrevista estruturada por telefone, mediante gravação com perguntas sobre o comportamento de abstinência do tabaco após participação do GATT e a percepção de apoio social. A técnica de entrevista foi realizada por telefone com gravação concomitante pelo programa Vip Tele-Record, versão 1.0, e ocorreu após o término da participação dos sujeitos no GATT, em intervalo de 9 a 20 meses, mediana de 13 meses.

A seguir, foram coletados os dados secundários, a partir do roteiro padronizado pelo INCA para a entrevista inicial ao tabagista que procura o GATT com a intenção de parar de fumar. Ele tem informações sobre dados sociodemográficas, história tabagística e o Teste de Fagerström, que avalia o nível de dependência de nicotina, entre outros.

Para avaliação da variável apoio social, abordava-se, de forma sucinta, na entrevista, o que compreendia apoio com a seguinte afirmação: quando recorremos a alguém para pedir ajuda, orientação ou simplesmente para desabafar diante de algum problema ou dificuldade na vida, falamos que isso é um tipo de apoio. A seguir, perguntava-se se o participante recebeu, na

época do tratamento de tabagismo na unidade algum apoio. Diante da resposta positiva, solicitava-se que relatasse a pessoa que ele identificava com a função de apoio. Nesse sentido, apoio foi baseado na percepção das relações estabelecidas no convívio dos sujeitos.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, foram averiguadas as pessoas que foram tratadas no GATT quanto aos critérios de inclusão; enviada carta-convite via agentes comunitários de saúde ou postagem via correio; solicitado retorno por telefone, *e-mail* ou depósito da resposta na UBS com registro de um número de telefone para posterior contato. Como nem todos os participantes estavam cadastrados nas UBS, alguns foram contatados diretamente pelos telefones existentes nas fichas de entrevista das UBS.

Ao todo, 534 sujeitos realizaram a entrevista padrão INCA para participação no GATT e, destes, 273 (51,1%) atenderam aos critérios de inclusão. Houve 105 perdas: 88 (83,8%) devido à impossibilidade de acessar os pacientes e 17 (16,2 %) sujeitos não tiveram interesse em participar. Foi realizado pré-teste com oito participantes e a população final foi constituída de 160 sujeitos.

Na análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva mediante a média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e a frequência relativa para as variáveis qualitativas. A análise inferencial foi composta pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher para variáveis categóricas. A significância estatística adotada foi de 5%. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, 2009).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob nº 073/10. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pelo pesquisador por telefone e o consentimento gravado em arquivo digital, formato mp3.

Resultados

Na população, predominaram 115 (71,9%) mulheres, com faixa etária de 45 a 64 anos (63,1%), média 49,6 e desvio padrão 10,9 anos, 81 (50,6%) sujeitos com 2º grau completo e incompleto e 79 (49,4%) casados (Tabela 1).

Em relação ao perfil de dependência à nicotina, 84 (52,5%) sujeitos apresentaram nível de dependência elevado e muito elevado mediante o teste de Fagerström, 64 (40%) acendem o primeiro cigarro até cinco minutos após ter acordado, 88 (55%) fizeram de uma a três tentativas para parar de fumar e 68 (42,5%) fumam de 11 a 20 cigarros em média por dia, média e desvio padrão de 19 e 10,2, respectivamente.

As variáveis identificadas, segundo a percepção de apoio, foram: homens (88,8%) percebem mais apoio em relação às mulheres (85%); dependência à nicotina muito baixa (100%); demora de quase uma hora para acender o primeiro cigarro (100%); e não conviver com fumantes no domicílio (59,7%). E não perceberam apoio: participantes com idade maior ou igual a 65 anos (18,2%); analfabetos (28,6%); nível de dependência muito elevado (31,2%); o fato de nunca terem feito tentativas no sentido de parar de fumar (25%); e fumante de mais de 31 cigarros/dia (22,3%). O estado civil foi semelhante entre os dois grupos (Tabela 1).

Neste estudo, considerou-se como “cessação do fumo” quando o sujeito participante do GATT ficou sem fumar, no mínimo, por sete dias, de forma contínua até a coleta de dados ou de forma interrupta, diante da recaída (grupo A). Entendeu-se como “não parar de fumar”, quando não houve interrupção do tabagismo o tabagista ficou sem fumar por um tempo inferior a sete dias, com retorno regular do hábito de fumar (grupo B).

Dessa forma, pararam de fumar em algum momento 129 (80,6%) sujeitos (grupo A) e 31 (19,4 %) sujeitos (grupo B) mantiveram o fumo. O período no qual isso ocorreu (Tabela 2) mostra que 102 (79,1%) sujeitos pararam durante o GATT, 19 (14,7%) em uma a quatro semanas após o GATT, e 4 (3,1%) sujeitos após quatro semanas de participação no GATT.

A estatística inferencial mostrou que os dois grupos apresentaram diferença significativa no número de tentativas anteriores para parar de fumar ($p < 0,005$) e na quantidade média de cigarros utilizados por dia ($p < 0,013$), evidenciando que o grupo A realizou mais tentativas prévias e fuma menos cigarros (Tabela 3). O grupo A apresentou, quanto ao número de cigarros fumados, média de 17,3, mediana 15 e desvio padrão 9,6; e o grupo B, 24,1, 25 e 11,5, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica e do perfil de dependência à nicotina dos 160 sujeitos do estudo, segundo a percepção de apoio social. Vitória, 2010

Variáveis	Percepção de apoio				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	40	88,8	5	11,2	45	28,1
Feminino	98	85,2	17	14,8	115	71,9
Faixa etária^a						
≤ 24 anos	1	100,0	0	0,0	1	0,6
25 a 44 anos	41	89,1	5	10,9	46	28,8
45 a 64 anos	87	86,1	14	13,9	101	63,1
≥ 65 anos	9	81,8	2	18,2	11	6,9
Escolaridade^b						
Analfabeto/Semi-analfabeto	5	71,4	2	28,6	7	4,4
1º grau incompleto/completo	33	84,6	6	15,4	39	24,4
2º grau incompleto/completo	71	87,7	10	12,3	81	50,6
Superior incompleto/completo	27	87,1	4	12,9	31	19,4
Estado civil^c						
Solteiro	38	88,4	5	11,6	43	26,9
Casado	66	83,5	13	16,5	79	49,4
Separado/Viúvo/Outros	30	88,2	4	11,8	34	21,3
Nível de dependência da nicotina^d						
Muito baixo	14	100,0	0	0,0	14	8,8
Baixo	27	90,0	3	10,0	30	18,8
Médio	25	86,2	4	13,8	29	18,1
Elevado	46	88,5	6	11,5	52	32,5
Muito elevado	22	68,8	10	31,2	32	20,0
Tempo gasto para acender o 1º cigarro^e						
< 5 minutos	52	81,3	12	18,7	64	40
Entre 6 e 30 minutos	52	86,7	8	13,3	60	37,5
Entre 31 e 60 minutos	16	100	0	0,0	16	10,0
Após 60 minutos	13	86,7	2	13,3	15	9,4
Tentativas para cessar tabagismo^f						
Nenhuma	15	75,0	5	25,0	20	12,5
1 a 3	80	90,9	8	9,1	88	55,0
Três ou mais	29	78,4	5	21,6	37	23,1
Tentou mas não conseguiu*	10	90,9	1	9,1	11	6,9
Quantidade média de cigarros/dia^g						
Menos de 10	29	87,9	4	12,1	33	20,6
De 11 a 20	61	89,7	7	10,3	68	42,5
De 21 a 30	24	82,8	5	17,2	29	18,1
Mais de 31	21	77,7	6	22,3	27	16,9
Convivência com fumantes no domicílio						
Não	83	59,7	10	48	93	41,9
Sim	56	40,3	11	52	67	58,1
Total					160	100

Tabela 2 – Período da interrupção do tabagismo. Vitória, 2009

Período em que parou de fumar	Grupo A n (%)
Durante o GATT	102 (79,1%)
Semanas após o GATT	19 (14,7%)
Meses após o GATT	4 (3,1%)
Antes do tratamento em grupo	4 (3,1%)
Total	129

Quanto ao apoio social, os grupos (A e B) apresentaram diferença ($p < 0,000$) nessa percepção. Daqueles que pararam de fumar alguma vez com a participação do GATT, 92,2% perceberam apoio, enquanto 64,5% do grupo dos que não pararam de fumar (Tabela 3) relataram que receberam apoio.

Ao discriminarem as pessoas que percebiam como vínculo interpessoal, os 160 sujeitos deram 192 respostas, e o GATT foi o apoio mais citado (56,2%). Isso foi independente de ser um apoio informal oferecido pelos participantes do GATT ou formal oferecido pelos profissionais do serviço de saúde. O grupo A referiu uma composição de rede de apoio mais ampla, com envolvimento de amigos, cônjuges e colegas de trabalho, o que não foi observado no grupo B (Tabela 4).

Tabela 3 – Distribuição sociodemográfica, do perfil de dependência à nicotina e de apoio social, dos 160 sujeitos, segundo os grupos. Vitória, 2009

Variáveis	Grupos		p-valor
	A	B	
Faixa etária			
Menos de 45 anos	42 (32,8%)	5 (16,1%)	0,068
45 anos ou mais	86 (67,2%)	26 (83,9%)	
Sexo			
Masculino	37 (28,7%)	8 (25,8%)	0,749
Feminino	92 (71,3%)	23 (74,2%)	
Escolaridade			
1º grau incompleto / completo	33 (26,6%)	6 (22,2%)	0,543
2º grau incompleto / completo	64 (51,6%)	17 (63,0%)	
Superior incompleto / completo	27 (21,8%)	4 (14,8%)	
Estado civil			
Solteiro	33 (26,2%)	10 (33,3%)	0,638
Casado	64 (50,8%)	15 (50,0%)	
Divorciado/Separado/Viúvo/Outros	29 (23,0%)	5 (16,7%)	
Nível de dependência da nicotina			
Muito baixo / Baixo	37 (29,1%)	7 (23,3%)	0,474
Médio	25 (19,7%)	4 (13,3%)	
Elevado / Muito elevado	65 (51,2%)	19 (63,3%)	
Tempo gasto para acender o primeiro cigarro			
Dentro de 5 minutos	49 (39,2%)	15 (50,0%)	0,570
Entre 6 e 30 minutos	51 (40,8%)	9 (30,0%)	Fisher
Entre 31 e 60 minutos	12 (9,6%)	4 (13,3%)	
Após 60 minutos	13 (10,4%)	2 (6,7%)	
Número de tentativas anteriores			
Nenhuma	10 (8,7%)	10 (33,3%)	0,005*
De 1 a 3 tentativas	74 (64,3%)	14 (46,7%)	
Três ou mais	31 (27,0%)	6 (20,0%)	
Quantidade média de cigarros/dia			
Menos de 10	30 (23,6%)	3 (10,0%)	0,013
De 11 a 20	57 (44,9%)	11 (36,7%)	
De 21 a 30	24 (18,9%)	5 (16,7%)	
Convivência com fumantes no domicílio			
Não	73 (56,6%)	20 (64,5%)	0,422
Sim	56 (43,4%)	11 (35,5%)	
Percepção de apoio recebido			
Não	10 (7,8%)	11 (35,5%)	0,00
Sim	119 (92,2%)	20 (64,5%)	

* Teste exato de Fisher

Tabela 4 – Pessoas identificadas com a função de apoio pelos 160 sujeitos. Vitória, 2009

Pessoas com a função de apoio	Grupos		Total n (%)
	A n (%)	B N (%)	
Participantes e profissionais do GATT	93 (54)	15 (75)	108 (56,2)
Familiares	46 (26,8)	5 (25)	51 (26,6)
Amigos	20 (11,6)	0 (0)	20 (10,4)
Cônjuge/companheiro	10 (5,8)	0 (0)	10 (5,2)
Colegas de trabalho	3 (1,8)	0 (0)	3 (1,6)
Total	172 (100)	20 (100)	192 (100)

Discussão

Os participantes do GATT que alguma vez pararam de fumar (grupo A), a partir de sua participação no programa, perceberam mais apoio e apresentaram rede de apoio mais ampla, segundo suas percepções, o que reitera resultados de pesquisas que afirmam sobre a percepção de ter alguém com quem possam contar ou receber suporte de pessoas do convívio social, aumentando a probabilidade de parar de fumar e permanecer abstinente por determinado tempo^{9,11,25}. Em avaliação recente do suporte social mediante escala, ficou evidenciada a relação progressiva entre o suporte e o manter-se abstinente¹⁴.

Estudos sobre avaliação da associação entre apoio e cessação de tabagismo, após intervenção com vistas à promoção do apoio, têm se mostrado com resultados pouco expressivos, com associação somente nos três primeiros meses, mas desaparece após um tempo maior de intervenção²⁸ ou não apresentam efeito sobre a cessação tabágica²⁷. Durante o tratamento, é comum as pessoas relatarem elevado suporte, devido à experiência que estão tendo, entretanto, após o término, espera-se que a abstinência reduza, pois, ao retornar ao ambiente profissional e doméstico, o paciente não tem o apoio ofertado ou estimulado durante o tratamento^{22,28}. Destaca-se que, neste estudo, a interrupção do tabagismo se deu, principalmente, durante a participação dos sujeitos no GATT, reiterando essa afirmação.

Por outro lado, o suporte negativo que ocorre diante da postura de amigos e familiares que não acreditam que a pessoa conseguirá ficar sem fumar, fazem críticas e demonstram dúvidas sobre o esforço e a capacidade de parar de fumar pode ter mais efeito sobre o comportamento de fumar do que a presença de apoio propriamente dito. Para Lawhon²², mais do que

promover o suporte em fumantes, o importante é minimizar o suporte negativo que ocorre com amigos e familiares, durante o processo de cessação do tabagismo.

Os sujeitos que pararam de fumar alguma vez a partir do GATT tiveram maior percepção de apoio, em relação àqueles que não interromperam o tabagismo. A fonte de apoio mais relatada pelos dois grupos foram às pessoas do GATT (participantes e profissionais) e, a seguir, a família.

Considerando ser o GATT um grupo que não tem a pretensão explícita de ampliação da rede de apoio social, temos que pensar que o efeito positivo aqui apresentado pode estar relacionado com os aspectos de grupo, de forma geral.

Tem havido preocupação em compreender os fatores terapêuticos que ocorrem quando há participação em grupos. Sabe-se que é um espaço que facilita o contato, a interação, com uma linguagem mais acessível aos membros, um espaço que melhor reproduz as situações do cotidiano, a identificação de problemas semelhantes aos elementos do grupo e, com isso, há mais possibilidades de surgirem soluções para as situações-problema vivenciadas pelos seus membros³¹.

Além do fator universalidade de situações e soluções, é um ambiente que favorece a ajuda mútua, proporciona esperança, repasse de informação, de conhecimento, catarse, relacionamentos construtivos e o comportamento imitativo, mediante a aprendizagem vicária que ocorre com a observação do comportamento do outro, com melhora da socialização e das relações comunitárias^{31, 32}. Com isso, o grupo favorece o cotejamento da experiência de vida com pessoas com problemas em comum, veicula modelos de identificação mais semelhantes do que aqueles oferecidos pelo profissional de saúde, além de atender às demandas de companhia social e apoio emocional, podendo, assim, assumir importância no processo saúde-doença-cuidado da pessoa que fuma^{18, 31}.

Também o GATT, pela sua natureza, pode ter a função de apoio do tipo comunitário com favorecimento da interrupção do tabagismo, à medida que proporciona relações sociais positivas com compartilhamento de informações, de problemas comuns e ajuda em momentos de mudança, de crise, neutralizando focos de tensão e ajudando as pessoas a lidar com as situações difíceis de vida, como é o caso da dependência química^{17, 32}.

Os sujeitos identificaram o GATT como a principal fonte de apoio, aqui entendida tanto como os membros participantes, como os profissionais que conduziram o grupo, constituindo esses últimos a rede formal de atendimento. Eles representam os serviços de saúde e programas governamentais, e essa identificação favorece o sentimento de pertença e o estreitamento dos laços entre usuários e profissionais de saúde. Nessa ótica, cabe ao profissional de saúde não somente a identificação de vínculos que favoreçam o cuidado, mas também o reforço do vínculo com o usuário^{31,32}.

A família foi a forma de apoio citada em segundo lugar pelos dois grupos e estabelece uma relação de afeto e de proximidade com a pessoa. É a mais tradicional fonte de cuidado à saúde e favorece o sentimento de proteção, de ajuda contínua e, na doença crônica, tem possibilitado mais autonomia dos pacientes, o que, portanto, passa a ser um importante recurso a ser explorado no tratamento de condições crônicas^{20, 21}.

Das três variáveis psicossociais avaliadas – suporte social percebido, tentativas anteriores para parar de fumar e presença de fumantes no domicílio – somente essa última não mostrou diferença entre os dois grupos, apesar de estudos indicarem que a presença de parceiro e de amigos fumantes ser um fator que diminui, sobremaneira, a chance do paciente de parar de fumar^{10, 25, 29}. Tal fato está fundamentado na constatação de que o parceiro e os amigos, além de não se importarem com o ato de fumar, mantêm cigarro disponível no ambiente. Por outro lado, tem sido encontrado que a existência de fumante no domicílio não tem a chance de prever a cessação do tabagismo avaliada em seis meses ou mais^{9,28,33}.

No que tange às variáveis sociodemográficas, não houve diferença entre os grupos, todavia outras pesquisas mostram que ter alguém para conversar (compreendido como uma forma de apoio emocional) foi preditivo para alcançar a abstinência em pessoas solteiras, mas não em casadas⁹. A cessação do tabagismo tem sido mais presente em pessoas com maior escolaridade, idade, renda e estar empregado^{22,25, 28}.

O grupo A também teve mais experiência com tentativas em parar de fumar e fumou menos cigarros por dia, o que corrobora os resultados encontrados por outros autores, pois quanto mais tentativas, maior será a chance de interrupção do tabagismo^{25, 33, 34, 35}.

Sobre as variáveis que interferem na percepção de apoio dos fumantes, homens percebem mais apoio do que mulheres, como se constatou neste estudo, possivelmente porque as mulheres têm facilidade na expressão de afeto e no estabelecimento de vínculos nas relações de gênero²³. Pessoas com menor graduação percebem menos apoio, e idosos tendem a relatar menor rede de apoio com amigos e maior no grupo de intervenção^{24,27,28}.

A relação entre cessação do tabagismo com apoio social é complexa, e o desenho do estudo não considerou os diversos fatores de confundimento, como presença de transtornos mentais, que dificultam o abandono do tabagismo e sua relação com o estabelecimento de vínculos de apoio, e também os efeitos colaterais da abstinência ao tabaco que, se intensos, podem reduzir a percepção de pessoas significativas no entorno^{14,26,36}.

Outra limitação foi a utilização de autorrelato para avaliação da cessação do tabagismo, mas essa tem sido uma técnica de coleta de dados que se mostra comparável com o uso de marcadores bioquímicos para detectar a presença de metabólitos da nicotina no organismo³⁷.

O apoio social aqui avaliado foi, de forma geral, baseado na percepção da pessoa e sem especificação dos tipos de apoio – emocional, material ou instrumental, companhia social, conselho e acesso a novos contatos. Optou-se, nesse momento, para um estudo exploratório para conhecer o comportamento dessa variável no contexto dos participantes do GATT, todavia sugere-se, em estudos posteriores, a avaliação de apoio com utilização de escalas validadas para a população brasileira¹⁶.

Considerações finais

Os resultados aqui apresentados sugerem a importância do apoio social para a interrupção do tabagismo. Houve evidência de que pessoas que percebem mais apoio apresentam enfrentamento mais adaptativo diante do tabagismo, quando têm oportunidade de frequentar grupo terapêutico, como o GATT.

O construto apoio ou suporte social é complexo, e os estudos abordam o tema de diferentes maneiras, por exemplo: a) direção do apoio, ou seja, quem fornece e quem recebe o apoio; b) se a fonte de apoio está sendo utilizada ou se está somente disponível; c) quais são os resultados obtidos com o apoio quanto a minimizar as dificuldades; e d) que formas de apoio

social são mais acionadas, ou seja, material, social, emocional, cognitiva. Neste estudo, foi considerado o apoio de maneira geral e a referência desse apoio para a pessoa. Diante da diversidade de abordagens, a comparação dos resultados ficou prejudicada.

Apesar de a relação entre tabagismo e suporte social ainda estar incerta, postula-se que o fato de poder contar com outras pessoas em momentos difíceis melhora o humor e ajuda na resolução dos problemas de vida, mediante promoção do senso de controle sobre as situações.

A participação em grupos de intervenção, como o GATT, também teria um efeito semelhante, além de ser um ambiente em que ocorre maior identificação de situações-problema e proposição de soluções pelos membros do grupo. Por essas características, apoio e grupo se mesclam e passam a ser condições importantes na condução da pessoa dependente química.

Nessa ótica, faz-se importante mapear a rede de apoio das pessoas que buscam os serviços de saúde com a intenção de parar de fumar, para sinalizar a implementação de estratégias mobilizadoras de recursos de apoio, com o objetivo de melhorar a cessação e a manutenção da abstinência ao tabaco nos serviços de saúde. Podem ser envolvidas pessoas significativas para participarem do tratamento, como uma das possibilidades de intervenção em saúde, compreendendo-a como uma ação de saúde direcionada não somente para os aspectos físicos, mas também para os processos de interação social e seus reflexos na dinâmica interpessoal.

Trata-se de referencial pouco explorado no campo da saúde e tornam-se prementes estudos que compreendam o efeito das redes sociais nos comportamentos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado do tabagista, priorizando também os aspectos psicossociais que envolvem o adicto.

Referências

1. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. <http://www.who.int/tabaco/mpower.html> (acessado em 26 /dez /2009).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Tabagismo 2008. <http://www.ibge.gov.br> (acesso em 16/ out/ 2010).

3. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 11: 60135-9.
4. Organização Mundial de Saúde. CID –10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2000.
5. Viegas CAA. Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2007.
6. Portaria n. 1035. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2004; 31 mai.
7. Instituto Nacional do Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
8. Secretaria Municipal de Saúde. Tabagismo: Relatório de Ações do Programa Municipal de Controle do Tabagismo. 1999: 1-9.
9. Cohen S, Mermelstein R, Lichtenstein E, Baer JS, Kamarck T. Social Support and Smoking Cessation and Maintenance. *J Consult Clin Psychol*. 1986; 54 (4): 447-53.
10. Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Schorr G, Ruge J, Hurgun-Hans R, et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Educ Couns*. 2009; 1-8.
11. Cohen S, Lichtenstein E. Partner behaviors that support quitting smoking. *J Consult Clin Psychol*. 1990; 58 (3): 304-09.
12. Augustson EM, Wanke KL, Rogers S, Bergen AW, Chatterjee N, Synder K, Albanes D, et al. Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol Beta-carotene cancer prevention study. *Am J Public Health*. 2008; 98(3): 549-55.
13. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Med* 2008; 102: 1182-1192.
14. Brothers BM, Borrelli B. Motivating Latino Smokers to quit: Does type of social support matter? *Am J Health Promot*. 2011; 25(5): 96-102.
15. Escobar JMM, Apoyo Social: Teoria, Mediciones y Hallazgos. *Cienc. Enferm*. 1997; 3: 23-38.
16. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. saúde pública*. 2001; 17 (4): 887-96.

17. Souza J. Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2010.
18. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
19. Uchino BN. Social Support and Health: A review of physiological process potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med.* 2006; 29(4): 377-85.
20. Martire LM, Schulz R. Involving family in psychosocial Intervention for Chronic Illness. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007; 16 (2): 90-5.
21. Rodrigues VB, Madeira M. Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da literatura. *Rev. Faculdade Cienc. Saúde.* 2009; 392-99. <https://bdigital.ufp.pt>. (acessado em: 20/abr/2011).
22. Lawhon D, Humfleet GL, Hall SM, Reus VI, Munoz RF. Longitudinal Analysis of Abstinence-Specific Social Support and Smoking Cessation. *Health Psychol.* 2009; 28 (4): 465-72.
23. Nollen NL, Catley D, Davies G, Hall M, Ahluwalia JS. Religiosity, social support, and smoking cessation among urban African Americans smokers. *Addict Behav.* 2005; 30: 1225-29.
24. Danaher BG, Lichtenstein E, Andrews JA, Severson HH, Akers L, Barckley M. Women helping chewers: Effects of partner support on 12-months tobacco abstinence in a smokeless tobacco cessation trial. *Nicotine Tob Res.* 2009; 1-4.
25. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction.* 2004; 99(6): 770-77.
26. Rondina RC, Goraybe R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J. bras. pneumol.* 2007; 5 (33): 592-601.
27. May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Randomized controlled trial of social support (“buddy”) intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns.* 2006; 64: 235-41.
28. May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Social Support and Success at Stopping Smoking. *J Smok Cessat.* 2007; 2 (2): 47–53.
29. McGee R, Williams S. Predictors of persistent smoking and quitting among women. *Addict Behav.* 2006; 31: 1711-15.

30. Park EW, Schultz JK, Tudiver FG, Campbell T, Becker LA. Enhancing partner support to improve smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2004. <http://www2.cochrane.org/reviews> (acessado 5/fev/2010).
31. Vinogradov S, Yalom ID. *Guia breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona (BCN): Paidós; 1996.
32. Bechelli LPCP, Santos MA. Psicoterapia de grupos e considerações sobre o paciente como agente da propria mudança. *Rev. latinoam. enferm.* 2002; 10(3): 383-91.
33. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcome. *Addiction.* 2005; 100(Suppl. 2): 59–66.
34. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Med* 2008; 102: 1182-1192.
35. Cox LS, Wick JA, Nazir N, Cupertino AP, Mussulman LM, Ahluwalia JS, et al. Predictors of Early Versus Late Smoking Abstinence within a 24-month Disease Management Program. *Nicotine Tob Res.* 2011; 03 (13): 215-20.
36. Viegas CAA. *Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública*. São Paulo (SP): Atheneu; 2007.
37. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias Clínicas para a Cessação do Tabagismo. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde.* 2010; 5 (12): 1-12. <http://bvsms.saude.gov.br> (acessado 19/julho/2010).