

CESSAÇÃO DO TABAGISMO COMO RESULTADO DE UMA ABORDAGEM INOVADORA DE TRATAMENTO EM CAMPINA GRANDE – PB

Deborah Rose Galvão Dantas¹, Clarissa Dantas Ribeiro², Bárbara Soraya de Medeiros Brito, Amanda dos Santos Gomes, Kleber Napoleão Nunes de Oliveira Barros.

- 1 Médica, Professora do curso de Medicina da UFCG. Doutora em Medicina e Saúde pela UFBA;
2 Médica, residente em Oftalmologia na FACISA, Campina Grande-PB;
3 Médica. Universidade Federal de Campina Grande;
4 Estatística. Professora da UAEST/UFCG. Doutora;
5 Estatístico. Professor Doutor. UEPB/UFCG.

RESUMO

Objetivo: Analisar os percentuais de cessação ou diminuição do tabagismo entre usuários do Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT) em Campina Grande-PB, entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2016. O programa adota uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar. **Método:** Corte transversal retrospectivo, utilizando-se dados da entrevista inicial feita com 593 usuários no tempo supramencionado. Para a análise estatística, utilizou-se o Ambiente Computacional R (versão 3.4.1), através de análise descritiva, binária e análise de Regressão Logística. **Resultados:** Um maior percentual da amostra foi de mulheres (66,4%) com média de idade de 49,07 anos ($\pm 12,61$), casadas (46%), etnia parda (56,5%), religião católica (69,5%), escolaridade entre 6 a 12 anos de estudo (42,55%), profissão autônoma (23,4%) ou aposentada (18,4%). A renda individual entre a maioria dos que responderam à questão foi de menos de R\$ 500,00 a R\$ 750,00. A média de idade de início do tabagismo foi 15,1 anos ($\pm 5,78$), sendo que 51% consumiam 21 (± 13) cigarros ao dia no início do tratamento. A cessação do tabagismo, considerando-se *tabagistas* todos os que abandonaram o tratamento antes do final, foi de 37,9%. Excluindo-os, houve média de cessação no primeiro e sexto retornos de 28,1% e 85%, respectivamente. **Variáveis associadas à cessação do tabagismo:** *Parar de fumar após a palestra motivacional*, que aumentava a cessação do tabagismo em 297% e o *Estado civil solteiro*, que a reduzia em 45,6%. O abandono do tratamento em qualquer retorno foi de 89,9%. **Conclusão:** Os percentuais de cessação do tabagismo foram semelhantes aos observados na literatura, classificando como *não abstinentes* aqueles que não completaram os 6 retornos. Excluindo-os, os percentuais pareceram ser maiores. Parar de fumar imediatamente após a *Palestra motivacional inicial* associou-se positivamente e o *Estado civil solteiro* associou-se negativamente à cessação.

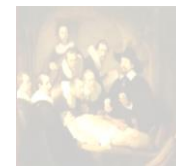
Palavras-chave: Tabagismo; Tratamento; Multidisciplinar; Bupropiona.

SMOKING CESSATION AS A RESULT OF AN INNOVATIVE TREATMENT APPROACH IN CAMPINA GRANDE – PB

ABSTRACT

Aim: We aimed to analyze the percentages of smoking cessation or reduction among users of the Multidisciplinary Tobacco Treatment Program (PMTT) in Campina Grande-PB, between February 2013 and December 2016. The program adopts a multiprofessional and multidisciplinary approach.

DANTAS, DRG; et al. Cessação do tabagismo como resultado de uma abordagem inovadora de tratamento em Campina Grande – PB. Revista Saúde & Ciência online, v. 10, n. 2, (maio a agosto de 2021). p. 23-44.



Method: Retrospective cross-sectional study, using data from the initial interview conducted with 593 users in the aforementioned period. For the statistical analysis, the R Computing Environment (version 3.4.1) was used, through descriptive and binary analysis and Logistic Regression analysis. **Results:** A higher percentage of the sample was composed by women (66.4%) with a mean age of 49.07 years (± 12.61), married (46%), brown ethnicity (56.5%) Catholic religion (69, 5%), education between 6 to 12 years of study (42.55%), self-employed profession (23.4%) or retired (18.4%) and individual income from R\$500.00 to R\$750.00. The mean age at smoking initiation was 15.1 years (± 5.78), 51% consumed 21 (± 13) cigarettes a day at the beginning of the treatment. Smoking cessation, as we considered all those who abandoned the treatment before its end as *non-abstinentes*, was 37.9%. Excluding them, there was an average of cessation in the first and sixth visits of 28.1% and 85%, respectively. Variables associated with smoking cessation were: *Quitting smoking after the Initial motivational speech*, which increased smoking cessation by 297%, and *Single marital status*, which reduced it in 45.6%. There percentage of those who who abandoned the treatment at any return visit was 89.9%. Conclusion: The percentages of smoking cessation were similar to those observed in the literature, as we classified as non-abstinent those who did not complete the 6 visits; excluding those, the smoking cessation seemed to be higher. Those who stopped smoking immediately after the *Initial motivational lecture* were able to quit smoking, whereas the *Single marital status* was negatively associated with the cessation.

Keywords: Smoking; Treatment; Multidisciplinary; Bupropion.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte prevenível no mundo, sendo responsável por cerca de seis milhões delas anualmente⁽¹⁾. Ainda assim, a maior parte dos usuários desconhece os danos causados pelo uso crônico da droga, mesmo sabendo-se que quase a metade deles morrerá devido a alguma doença relacionada ao tabagismo⁽²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta (cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas) seja de tabagistas. Atualmente, dois terços desses vivem em países de baixa e média renda, onde a carga das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é ainda mais pesada⁽³⁾.

O tabaco é o fator de risco mais importante para a gênese de mais de 50 doenças e, dentre as mais de 5.300 substâncias existentes na composição do cigarro, pelo menos 70 delas são cancerígenas⁽⁴⁾. Os expostos ao fumo apresentam risco aumentado para doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas, entre outras menos difundidas⁽⁵⁾.

As substâncias liberadas na queima de um cigarro combinam-se em 15 funções químicas. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, citam-se amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, álcoois, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidritos, metais pesados e substâncias radioativas com origem nos fertilizantes fosfatados (Polônio 210, Carbono 14, Rádio 226)⁽⁶⁾.



Para os fumantes jovens, as consequências do tabagismo, a curto prazo, incluem redução da função pulmonar e do crescimento do pulmão, dispneia e expectoração frequentes, aumento do risco de câncer de pulmão. Os efeitos não respiratórios dizem respeito ao aumento da frequência cardíaca, redução da capacidade física, queixas psicológicas e emocionais, adição à nicotina e risco para uso de outras drogas (álcool, maconha, cocaína)⁽⁷⁾.

A longo termo, desde que persista o hábito, doenças graves, como câncer do trato respiratório, digestório e urinário, do pâncreas, colo do útero, Leucemia Mieloide Aguda; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Acidente Vascular Encefálico, aneurisma da aorta, aterosclerose, doença coronariana; efeitos nocivos sobre a reprodução entre homens e mulheres; catarata e cegueira são também mais frequentes nos fumantes⁽⁸⁾.

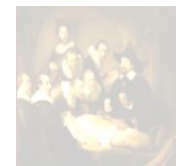
O fumo passivo expõe o indivíduo a toxinas em níveis mais elevados do que as jogadas no ambiente pelos escapes de automóveis, por exemplo, sendo a poluição tabágica ambiental responsável por várias doenças crônicas e irreversíveis naqueles que convivem com fumantes em ambientes fechados, respirando a fumaça exalada pelos cigarros que fumam⁽⁵⁾.

Nas crianças, são mais frequentes os sintomas respiratórios, a redução da função pulmonar e as doenças do trato respiratório; a otite média e a Síndrome da Morte Súbita Infantil. Entre os adultos, o câncer do pulmão, doença coronariana, irritação nasal e efeitos nocivos à reprodução em mulheres (recém-nascido de baixo peso)⁽⁹⁾. Entre os adultos, estima-se que um terço estejam expostos ao fumo passivo. Na União Europeia, 14% dos habitantes são expostos à fumaça em seu domicílio e um terço em ambiente de trabalho⁽⁹⁾.

Quando avaliada a população infantil, 700 milhões (40% da população mundial pediátrica) são expostos ao tabagismo passivo em ambiente domiciliar. A média global de crianças que têm, pelo menos, um progenitor fumante é de 43%. Nas Américas, 41% das crianças entre 13 e 15 anos convive com um fumante em casa⁽⁵⁾.

Na União Europeia, entre os adultos, 14% dos habitantes são expostos à fumaça em seu domicílio e um terço em ambiente de trabalho. Quando avaliada a população infantil, 700 milhões (40% da população mundial pediátrica) são expostos ao tabagismo passivo em ambiente domiciliar. A média global de crianças que têm, pelo menos, um progenitor fumante é de 43%. Nas Américas, 41% das crianças entre 13 e 15 anos convive com um fumante em casa⁽⁵⁾.

Dados recentes⁽³⁾ apontam o tabagismo como causa de 13% do total de mortes no Brasil, sendo principalmente por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), câncer do pulmão e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ocasionando também redução da expectativa de vida para fumantes em cinco a sete anos, com relação aos não fumantes.



No Brasil, estudo multicêntrico⁽¹⁰⁾ observou que 14,6 milhões de brasileiros eram tabagistas (12,5% da população), sendo o estado da Paraíba o terceiro estado do Brasil com o maior percentual de usuários, proporcionalmente. Dentre esses, 51,2% dos usuários de qualquer tipo de tabaco planejava ou pensava em parar de fumar. No entanto, há evidências de que o apoio ofertado aos tabagistas para a cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda seja deficiente e insuficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar⁽¹¹⁾.

Durante o ano de 2008, no mundo, quase 400 milhões de pessoas passaram a ser submetidas a pelo menos uma medida de controle do tabagismo, no entanto, esse número corresponde a menos de 10% no contexto mundial. Ainda nesse aspecto, os programas que visam à cessação do tabagismo são responsáveis por 8% das medidas de controle adotada. Entre as 100 maiores cidades do mundo, apenas 22 estão completamente livres do fumo⁽⁵⁾.

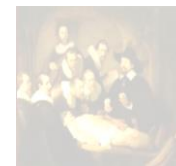
No Brasil, observou-se uma redução significativa do tabagismo entre o final dos anos 80 e o início dos anos 2000, o que coincide com medidas mais efetivas para o controle do tabagismo⁽¹¹⁻¹²⁾. A partir de 2002, no entanto, a variação da prevalência a cada ano não vem apresentando grandes variações, embora o percentual de ex-tabagistas supere o de tabagistas⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Apenas em 2009, três grandes cidades brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador) passaram a adotar uma legislação abrangente contra o tabagismo⁽⁵⁾. O estado da Paraíba, apesar de ser reconhecido pela OMS como havendo adotado a maioria das medidas de proteção contra a poluição tabágica ambiental⁽⁸⁾ foi considerado, em estudo recente, como o terceiro estado brasileiro onde mais se fuma⁽⁹⁾.

Os custos econômicos relacionados ao consumo de cigarros nos Estados Unidos (EUA) totalizam cerca de US \$ 193 bilhões por ano: US \$ 96 bilhões com cuidados de saúde e US \$ 97 bilhões com perdas de produtividade⁽⁵⁾. No mundo, o total de impostos incidentes sobre cigarros representa 50% de seu preço médio, sendo o produto bastante propício à taxação, pois é produzido por pequeno número de manufaturas, tem poucos produtos substitutos e uma demanda relativamente inelástica⁽⁸⁾.

No Brasil esse total chega a 58% do preço médio, sendo que os gastos governamentais com o controle do tabagismo são muito altos⁽⁵⁾. Mais altos ainda, apesar dos bons resultados obtidos com as políticas de controle do tabagismo, são os custos social e econômico para o país: em 2008, os gastos com saúde relacionados a essa causa foi de R\$ 20,68 bilhões (R\$ 15,71 bilhões apenas para o sexo masculino).

O tabaco foi causa de 13% do total de mortes no Brasil, com redução da expectativa de vida. Em relação à morbidade, a carga de doenças atribuídas ao tabagismo foi de 1.873.415,



principalmente Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), câncer do pulmão e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)⁽¹⁷⁾.

Diante disso, em 2011 o Brasil assumiu o compromisso, na *Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis*, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) (UNITED NATIONS, 2011) de reduzir em dez anos a prevalência do tabagismo de 14,8% para 9,1% até o ano de 2022 (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2014)⁽¹⁸⁾.

Para tal, além da contrapropaganda, algumas campanhas e fortalecimento das leis antitabagismo, foi adotado no Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2002, o tratamento de apoio para a cessação do tabagismo, que consiste em terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia substitutiva de nicotina (TSN) e utilização de um fármaco não-nicotínico, a bupropiona⁽¹⁹⁻²²⁾. Além desse tratamento que se encontra disponível no SUS, alguns esforços não governamentais isolados também têm sido experimentados em diversos locais do Brasil.

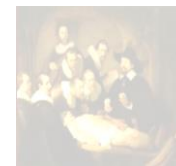
As diferentes abordagens terapêuticas no tratamento do tabagismo podem ser classificadas como farmacológicas e não farmacológicas. O segundo grupo abrange métodos baseados na TCC, podendo ser utilizados individualmente ou em grupos de tratamento. O ideal é que sejam realizadas sessões semanais no primeiro mês, abordagem quinzenal durante os dois meses subsequentes (três meses de abordagem intensiva) e mensais até completar um ano⁽²³⁾.

Com o paciente na fase de ação, deve haver marcação de data para a cessação do tabagismo. Treinar as habilidades em reconhecer situações de risco de recaídas e desenvolvimento de estratégias de superação, dentro de uma abordagem intensiva, que implica contato pessoal reiterado, tem obtido bons resultados no tratamento do fumante⁽²³⁾.

Quando a abordagem com TCC é insuficiente ou quando há alto grau de dependência à nicotina, pode ser instituído o tratamento farmacológico⁽²³⁾. A combinação da terapia comportamental com o uso de medicamentos é recomendada, apresentando resultados ligeiramente melhores quando a abordagem comportamental é mais intensiva⁽²⁴⁾. A TCC juntamente com os métodos farmacológicos no Brasil, tem mostrado eficácia entre 23,5 e 50,8% após, pelo menos, seis meses do início do tratamento⁽²⁵⁻²⁷⁾.

O tratamento medicamentoso pode ser dividido em Terapia Substitutiva de Nicotina (TSN), feita com medicamentos para a reposição de nicotina: goma de mascar, adesivos transdérmicos, *spray* de nicotina entre outros, sendo disponíveis no Brasil apenas os dois primeiros, e medicamentos não nicotínicos, cujo mecanismo de ação principal é a competição pelos receptores colinérgico-nicotínicos⁽²³⁾.

Dentre os medicamentos não nicotínicos, a bupropiona e a vareniclina são considerados tratamentos de primeira linha, enquanto nortriptilina e clonidina são os de segunda linha⁽²³⁾. Uma



revisão sistemática⁽²⁸⁾ de 2006 demonstrou que nenhum dos tratamentos parece ter uma incidência de efeitos adversos que contraindique os respectivos usos.

A TSN tem como objetivo substituir a nicotina do cigarro por doses menores e mais seguras, reduzindo os sintomas de abstinência. Quando comparados ao placebo, esses medicamentos podem dobrar a cessação em longo prazo. Os medicamentos substitutivos da nicotina podem ser de liberação lenta (adesivos transdérmicos) ou de liberação rápida (goma, inalador, *spray* nasal e pastilhas), sendo a eficácia semelhante, mas a adesão maior com os primeiros⁽²³⁾.

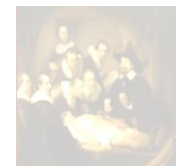
Dentre os medicamentos mais utilizados, a vareniclina e bupropiona são atualmente os medicamentos não nicotínicos de escolha para o tratamento do tabagismo, por apresentarem maior eficácia e menos efeitos colaterais. Embora a vareniclina apresente efeito superior à bupropiona, em estudos recentes realizados (40,8% de abstinência em quatro a sete semanas, contra 28,6% da bupropiona)⁽²⁹⁾, seu custo é bastante superior ao desta última⁽³⁰⁾.

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo atípico de ação lenta, que age pela redução do transporte neuronal dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, ou do antagonismo aos receptores nicotínicos, levando à redução da compulsão pelo uso de cigarros. Seu efeito no tratamento do tabagismo não é explicado completamente, através do mecanismo antidepressivo⁽²³⁾. A eliminação da Bupropiona e de seus metabólitos, por via renal, não sofre diferenças significativas quando essa substância é ministrada isoladamente ou em combinação com adesivos cutâneos de nicotina⁽³¹⁻³²⁾.

Suas contraindicações absolutas são: epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do sistema nervoso central, anormalidade eletroencefalográficas, traumatismo craniano, uso de inibidor da monoaminoxidase nos últimos 15 dias. Deve-se evitar uso concomitante com carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticoides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral/insulina, sendo esta e hipertensão arterial sistêmica não controlada contra-indicações relativas⁽²³⁾.

O tartarato de vareniclina foi desenvolvido para produzir efeitos semelhantes à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos. Como agonista parcial, causa ativação moderada dos receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, explicando o alívio dos sintomas da abstinência e da “fissura”. Ao bloquear a ligação da nicotina ao receptor, reduzem-se a satisfação ao fumar e o reforço positivo naqueles que continuam fumando quando em uso da droga, configurando suas propriedades antagonistas⁽²³⁾.

As terapias combinadas com comprovação de eficácia são: uso prolongado de adesivos de nicotina (>14 semanas) mais outra terapia de substituição de nicotina (goma ou *spray*); adesivos de nicotina mais inaladores de nicotina; adesivos de nicotina mais bupropiona⁽²³⁾.



Dantas e colaboradores (2016), em estudo de Revisão Sistemática⁽³³⁾, compararam o tratamento com bupropiona e vareniclina isoladas e em terapias combinada entre seis pesquisas brasileiras. A bupropiona isolada se mostrou mais eficaz do que combinada com TRN. A vareniclina foi estudada em um trabalho, apenas, mostrando-se mais eficaz que a bupropiona, tanto isolada como quando combinada a outros medicamentos.

O tratamento para a cessação do tabagismo apresenta elevado custo-efetividade, mas aumenta significativamente as chances do usuário de tabaco de alcançar abstinência definitiva⁽³⁴⁾.

Em um cenário ideal, o tratamento do tabagismo deve ser realizado pela atenção primária, através de equipe multidisciplinar. Porém, ainda que haja incentivo governamental, através do fornecimento de medicamentos para o tratamento farmacológico no Brasil, são ainda escassos os estudos com essa abordagem no país^(10,21-22).

Em 2002 foi implantado no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil um tratamento de apoio para a cessação do tabagismo, que inclui a terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia substitutiva de nicotina (TSN) e bupropiona^(10,21-22). No entanto, há evidências de que o apoio para a cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda seja deficiente e insuficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Por todo o exposto, pensou-se em criar um programa de extensão universitária, multiprofissional e multidisciplinar, para tratar a dependência, minimizar os danos já instalados e prevenir danos futuros. O Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT) iniciou-se em 2007, com o apoio da Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), e do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em cujas dependências passou a funcionar.

O PMTT apresenta-se como uma proposta inovadora, oferecendo assistência permanente e gratuita aos tabagistas da cidade de Campina Grande e regiões circunvizinhas, não só promovendo a abstinência, mas também oferecendo o tratamento das sequelas e a reabilitação dos órgãos e sistemas afetados, para uma vida mais saudável e livre do tabaco.

Integram-no, atualmente, como agentes em suas áreas específicas, cerca de 60 pessoas, entre docentes e discentes dos cursos de Medicina (coordena e promove a integração de todas as equipes; prescreve o medicamento, identifica e trata as comorbidades) (CCBS/UFCG), Psicologia (trata a dependência e outros problemas psicológicos), Odontologia (trata problemas bucais e dentários) e Farmácia (armazena, descarta, analisa as interações e efeitos colaterais do medicamento) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e cursos de Nutrição (analisa e propõe soluções nutricionais de acordo com a patologia ou necessidades de cada paciente) e



Educação Física (combate o sedentarismo, oferece reabilitação para órgãos afetados) das Faculdades Maurício de Nassau (FMN), estando aberto a outros cursos.

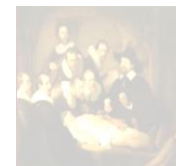
O tratamento, que dura 12 semanas, inicia-se com uma palestra motivacional, para grupos de até 30 pessoas que o procuram espontaneamente. Na semana subsequente, após a avaliação de todas as equipes e conforme a indicação, é fornecida aos usuários a bupropiona, na dose indicada (150 mg ao dia nos três primeiros dias e 150 mg duas vezes ao dia até o final do tratamento), em quantidade suficiente para 15 dias, quando retornarão e serão reavaliados por todas as equipes, nos retornos em grupo a cada 15 dias. Todos os dados são digitalizados em prontuários individuais. O fármaco bupropiona vem sendo fornecido pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande.

Há poucos estudos os quais abordam os resultados da intervenção multidisciplinar sobre o tratamento do tabagismo no mundo, no Brasil, no Nordeste e na Paraíba e os existentes, em sua maioria, abrangem apenas a psicoterapia e tratamento medicamentoso. Estudos⁽³⁶⁻³⁸⁾ foram realizados sobre o tratamento com a utilização de bupropiona e psicoterapia, inclusive um estudo de Revisão sistemática⁽³⁸⁾, o qual incluiu 53 outras pesquisas no mundo, que abordavam a terapia comportamental e farmacológica no tratamento do tabagismo, totalizando mais de 25.000 participantes. Entre esses, 31 estudos utilizaram mais de 100 pacientes para a composição da amostra; os demais, menos de 100.

Por tratar-se de um assunto de grande importância, no que tange à prevenção e preservação da saúde da população, por existirem escassos estudos no mundo e no Brasil sobre o tema e por abordar uma proposta de tratamento mais abrangente, apresenta-se este estudo, que visa a traçar o perfil epidemiológico dos usuários do PMTT, no período entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2016 e propõe-se a analisar a efetividade do tratamento, dados associados à cessação, diminuição, manutenção ou aumento do consumo do tabaco e dados relativos ao abandono do tratamento no Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo em Campina Grande-PB.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo, a partir de dados dos prontuários dos usuários do PMTT. Neles, consta uma entrevista inicial, que é feita com cada usuário quando da sua admissão no Programa, sendo essa entrevista anexada ao prontuário de cada um. Nos prontuários constam também dados referentes aos retornos, como a variação do consumo do tabaco, análise dos efeitos do medicamento, controle dos efeitos colaterais e dados relativos ao abandono ou persistência no tratamento.



A entrevista é realizada pelos membros da equipe de Medicina (estudantes de Medicina devidamente treinados) e contém perguntas abertas e fechadas, que dizem respeito ao perfil epidemiológico da população a ser estudada, dados sobre o tabagismo e uso de outras drogas associadas, comorbidades e dados decorrentes da sua participação no PMTT. Vale salientar que cada equipe desenvolve a sua própria entrevista, e tem prontuários próprios.

Como critérios de inclusão, foram analisados os prontuários de usuários do PMTT, dentro do período de tempo de fevereiro de 2013 a, que contivessem todas as variáveis analisadas neste estudo, não fossem ilegíveis nem rasurados, sendo excluídos os que não contivessem todos os fatores de inclusão. Assim sendo, foram aproveitados 593 prontuários, que compuseram a amostra deste estudo.

Para o tratamento estatístico dos dados, buscou-se a parceria do Departamento de Estatística da UFCG, sendo o projeto aprovado pelo Laboratório de Análises Estatísticas (LANEST) daquela Unidade Acadêmica.

Os dados coletados foram inicialmente tabulados em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel®* (versão 2010). Para a análise inferencial, foi utilizado o ambiente computacional R (versão 3.4.1)⁽³⁹⁾, através de análise descritiva, análise binária e análise de Regressão Logística. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor de $p < 0,05$, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) para aceitação de hipótese de nulidade.

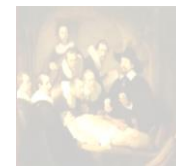
O estudo deriva do PMTT, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), segundo o protocolo 20082912-050. A pesquisa foi submetida ao CEP e só foi iniciada após a sua aprovação. Todos os participantes assinaram, quando da sua admissão no PMTT, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis independentes foram: Idade, Sexo, Etnia, Estado civil, Religião, Escolaridade, Profissão, Renda individual; Idade do início do tabagismo, Consumo diário de cigarros na admissão do usuário no PMTT, Consumo diário de cigarros ao longo do tratamento; Consumo de bebidas alcoólicas, Consumo de outras drogas psicoativas, Variação do consumo após palestra inicial, Abandono do tratamento.

As variáveis dependentes foram: Abstenção ou Diminuição do tabagismo.

RESULTADOS

A média de *Idade* dos entrevistados foi de 49,07 anos (d.p =12,61 anos), sendo predominante o sexo feminino (66,4%) sobre o masculino (33,6%).



A *Etnia parda* foi a que apresentou a maior frequência (56,5%), ao passo que *indígena* apresentou a menor frequência (10%).

Quanto ao *Estado civil*, a maior frequência foi de *casados(as)* (46%) e a menor, de *separados(as)* (3,9%). A maioria dos inquiridos, (69,5%), professava a *Religião católica*, seguido por 15,4% de *evangélicos*.

Com relação à *Escolaridade*, verificou-se que a maioria (24,1%) havia cursado *entre 9 e 12 anos de estudo*, enquanto que 18,2%, *entre 6 e 8 anos*. Pessoas com *mais de 16 anos de estudo*, 15% e *Analfabetos* representaram 7,1% dos usuários.

Dados relacionados à *Profissão (ocupação)* demonstraram que a maior frequência foi a de *autônomo*, contemplando aproximadamente 23,4% dos pacientes; a segunda maior foi a de *aposentado* com 18,4%. As variáveis *outros*, que indica profissões não descritas no gráfico, e *não se aplica*, obtiveram as menores frequências: 7,8% e 2,9%, respectivamente.

A *Renda individual* não obteve resposta em 41,2% dos participantes, mas 15,3% declararam renda entre R\$ 501,00 a 750,00; 11,3% renda *inferior a R\$ 500,00*; 1,2% e 0,7% renda de *mais de R\$ 5.001* ou *recebiam benefício*, respectivamente.

A média de *Idade do início do tabagismo* foi de 15,1 anos (d.p = 5,78 anos). O coeficiente de variação percentual foi $CV = 37,73\%$, (menor que 50%), o que indica que a média é representativa para os dados. Destaca-se o fato de que a idade mínima e máxima do início do tabagismo, observada nessa variável foi de 4 e 56 anos, respectivamente.

Quanto ao *Consumo de bebidas alcólicas*, um percentual de 44% dos pacientes *não consumia bebidas alcoólicas* no momento da entrevista, 22% *consumia até cinco doses por mês*, 20% *nunca consumiram* e 14% *consumiam mais de cinco doses por mês*. Considerando-se outras drogas, um percentual de 90% *nunca usou*; 8,5% era de *ex-usuários* e 1,9% era de *usuários*.

Quanto ao *Consumo de outras drogas psicoativas*, um percentual de 90% *nunca usou drogas*, 8,5% era de *ex-usuários* e 1,9% era de *usuários*.

A variável *Consumo diário de cigarros* foi transformada para a variável categórica, com as seguintes categorias: *Pouco*: Consumo de 1 até 10 cigarros diários; *Médio*: Consumo de 11 até 20 cigarros diários; *Alto*: Consumo de 21 até 30 cigarros diários.

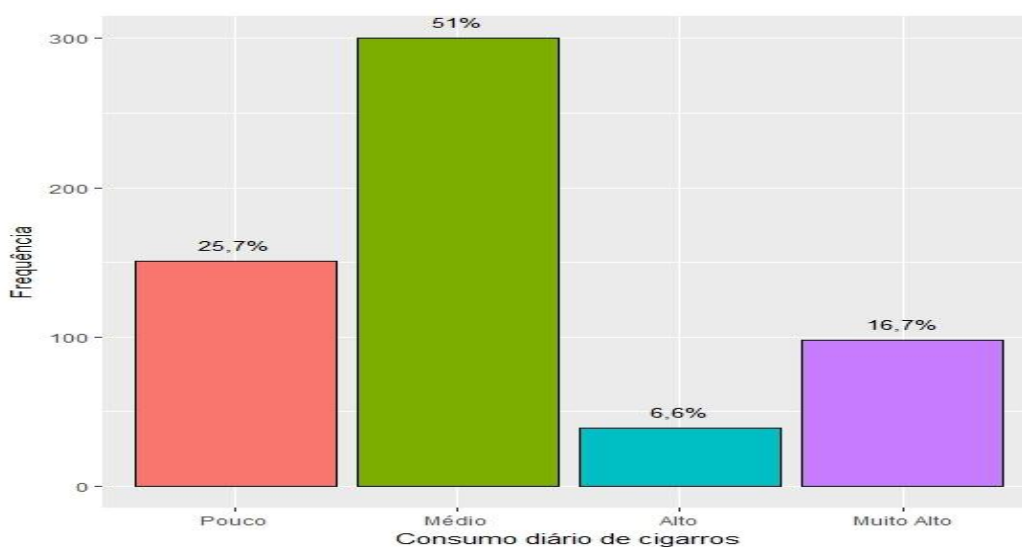
Com relação a essa variável, observou-se um consumo de cigarros *médio* para 51% dos usuários, *pouco* para 25,7%, *muito alto* para 16,7% e *alto* para 7,6% dos usuários na admissão dos usuários no PMTT (**Gráfico 1**).

Com relação ao *Consumo diário de cigarros* ao longo do tratamento, que para o total de usuários em cada retorno (R1, R2, R3, R4, R5, R6), o percentual de cessação aumentava, enquanto diminuía o consumo (**Gráfico 2**). O teste de Friedman resultou em 23,45, que gerou um



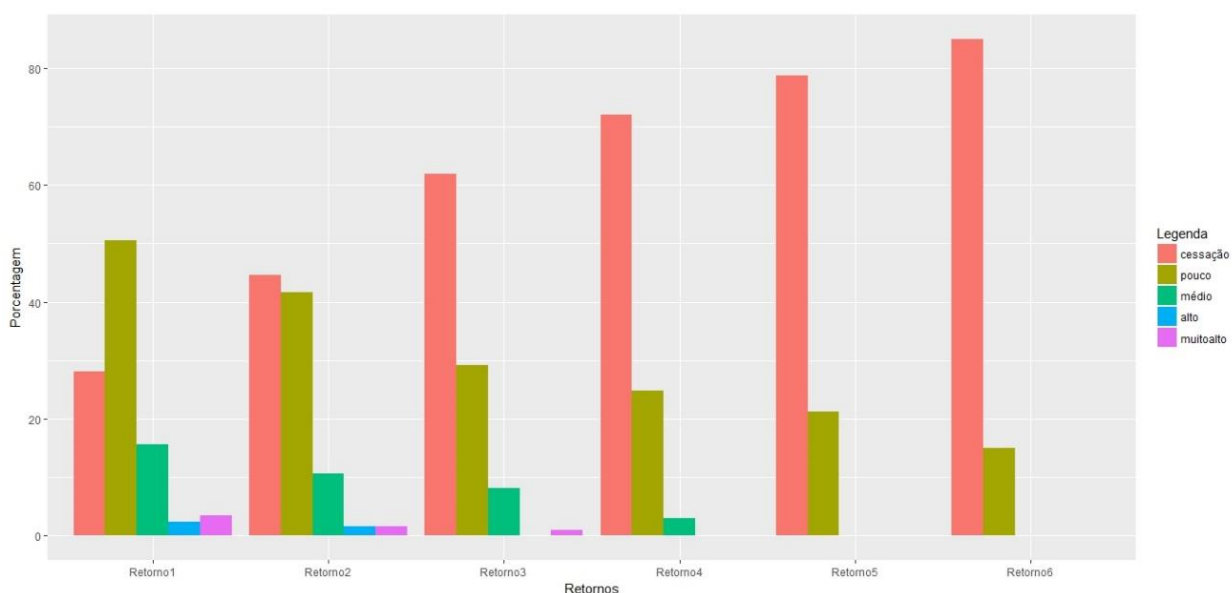
p -valor de 0,03% com 5 graus de liberdade. Portanto, rejeitou-se a hipótese de que o *consumo diário de cigarros* seria igual ao longo dos seis retornos. O teste *post-hoc* de Nemenyi também rejeitou, ao nível de 5%, todas as hipóteses nulas para as comparações dois a dois, ou seja: a variável *Consumo diário de cigarros* foi estatisticamente diferente em cada retorno.

Gráfico 1:Consumo diário de cigarros na admissão dos usuários no PMTT



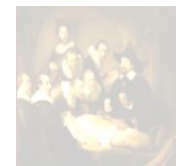
*PMTT: Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo. Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 2:Consumo diário de cigarros ao longo do tratamento no PMTT



*PMTT: Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo. Fonte: Dados da pesquisa.

A **Tabela 1** apresenta as frequências dos que *cessaram* o consumo, dos que *diminuíram* o



consumo sem cessação e dos que *aumentaram o consumo* durante o tratamento, com relação ao número total de usuários que frequentaram cada retorno. Viu-se que o percentual de pacientes que cessavam aumentava a cada retorno, enquanto o percentual dos que diminuiram o consumo sem cessação, diminuía. Um percentual muito pequeno de usuários aumentou o consumo até o R3, mas nenhum assim o fez, a partir do R4.

Tabela 1: Variação do consumo diário de cigarros ao longo dos retornos no PMTT*

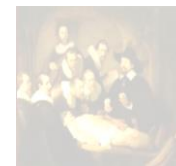
Consumo	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Cessação	28,1% (119)	45% (139)	62,7% (138)	73,9% (119)	80,4% (82)	85% (51)
Diminuição sem cessação	71,4% (302)	54,7% (169)	35% (77)	26,1% (42)	19,6% (20)	15% (9)
Aumento	0,5% (2)	0,3% (1)	2,3% (5)	0	0	0
Total	100% (423)	100% (309)	100% (220)	100% (161)	100% (102)	100% (60)

*PMTT: Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo. Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os valores-*p* obtidos, apenas os níveis: *Estado civil: Solteiro(a)*; dados relativos à *Renda e Variação do consumo após a palestra inicial: Parou de fumar*, foram significativos a 5%. Com base nessa informação, reajustou-se o modelo para as três variáveis significativas, não havendo sido então observada significância da variável referente à renda, de forma que restaram como significativas as duas outras variáveis (**Tabela 2**)

Tabela 2: Razão de chances do modelo logístico ajustado

Parâmetro	RC	IC _{95%} (RC)	Valor-P
Intercepto	0,670	(0,547; 0,820)	0,000105***
Estado civil:			



não solteiro(a)	1,000	-	-
solteiro(a)	0,544	(0,364; 0,802)	0,002475**
Após a palestra:			
não parou de fumar	1,000	-	-
parou de fumar	3,970	(1,496; 11,715)	0,007454**

***Estimativa significativa a 0,1% **Estimativa significativa a 1%

Percebe-se nessa tabela, que indivíduos *solteiros* tiveram a probabilidade de cessação reduzida em 45,6%, quando comparados com indivíduos *não solteiros*, mantendo a mesma situação após a *palestra inicial*. Já pacientes de um determinado estado civil que *cessaram o tabagismo após a palestra*, têm 3,97 vezes (297%) mais chance de manterem-se sem fumar quando comparados com aqueles que *não pararam após a palestra*, independente do *estado civil*.

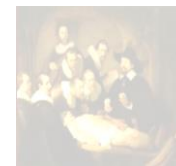
Com relação ao *abandono do tratamento*, observou-se que de forma geral, 533 pacientes (89,9%) não permaneceram até a conclusão do tratamento. A **Tabela 3** mostra, a partir do total de usuários, as frequências referentes ao *abandono do tratamento* e *persistência* a cada retorno. Como os dados apresentam dependência, isto é, cada retorno depende do número de indivíduos do retorno anterior, o teste apropriado foi o de Friedman, constatando-se um p -valor=0,07731. Portanto, não se descarta a hipótese de igualdade entre o percentual de abandonos nos retornos, de forma que as diferenças dos percentuais entre os retornos podem ser devidas a flutuações aleatórias no número de pacientes.

Tabela 3: Frequências e porcentagens de abandono a cada retorno no PMTT*

Padrão	Retorno 1	Retorno 2	Retorno 3	Retorno 4	Retorno 5	Retorno 6
Abandonos	170(28,7%)	114(27%)	89(28,8%)	59(26,8%)	59(36,6%)	42(41,2%)
Persistentes	423(71,3%)	309(73%)	220(71,2%)	161(73,2%)	102(63,4%)	60(58,8%)
Total	593(100%)	423(100%)	309(100%)	220(100%)	161(100%)	102(100%)

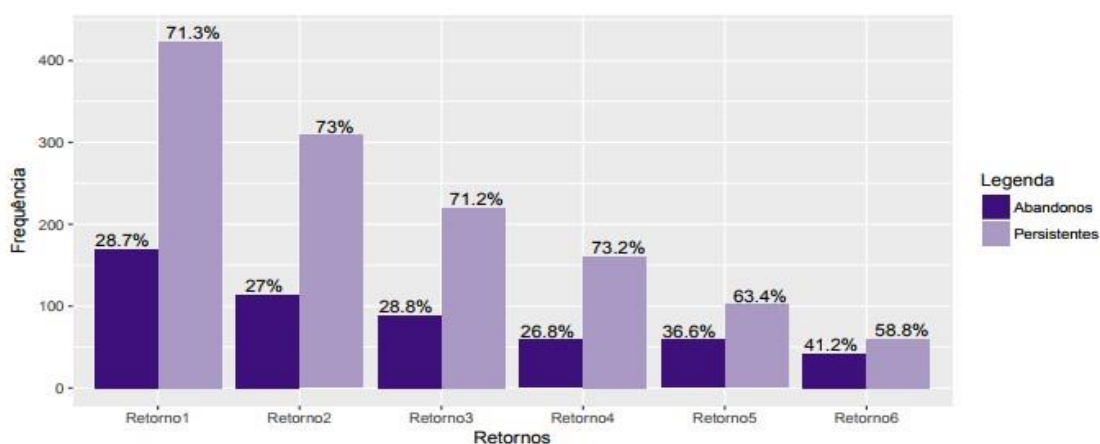
*PMTT: Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo

Fonte: Dados da pesquisa



O **Gráfico 3** representa o *abandono* ou *persistência* dos usuários por retorno. Os percentuais são proporcionais ao número de pacientes *persistentes*, com base no retorno anterior. O gráfico mostra que os percentuais de *abandono* do tratamento são maiores nos últimos retornos (R5 e R6), ao passo que os de *persistência* são menores. Tanto os percentuais de *abandono* como os de *persistência* nos retornos anteriores (R1 a R4) variaram pouco entre si.

Gráfico 3: Abandono do PMTT* em cada retorno



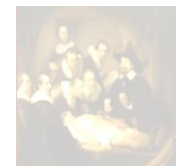
*PMTT: Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo. Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Com relação ao sexo, verificou-se que a maioria dos usuários do PMTT foi de mulheres (66,6%), o que se contrapõe ao reportado em estudos recentes sobre tabagistas adultos brasileiros, para a região Nordeste e o estado da Paraíba^(40,41). Observou-se no Brasil, um decréscimo da prevalência do tabagismo entre os homens, mas um aumento relativo entre mulheres, especialmente na faixa etária mais jovem^(40,41,42). Tal fato pode ser atribuído à mudança de estratégia da propaganda do tabaco, dirigida especialmente às mulheres e crianças dos países de baixa e média renda⁽⁴³⁾.

Entre os seis estudos analisados em uma Revisão Sistemática⁽³³⁾, apenas no de Issa e colaboradores⁽⁴⁴⁾ predominou o sexo masculino, ao contrário dos outros 5 estudos⁽⁴⁵⁻⁴⁹⁾ em que houve predomínio do feminino. Uma explicação possível seria a de tratar-se de uma amostra de portadores de doença cardiovascular, comorbidade mais prevalente entre homens⁽⁴⁴⁾. Nos demais estudos, houve predomínio do sexo feminino, possivelmente devido à maior preocupação com a atenção à saúde ou à maior aceitação das terapias em grupo pelas mulheres⁽⁴⁵⁻⁴⁹⁾.

Com relação à *média de idade* dos participantes deste estudo, foi de 49,07 anos. Os autores do estudo supracitado⁽³³⁾ observaram que nos 6 estudos analisados, que a média de idade variou



de 45,5 a 51,6 anos, semelhante à média de idade dos integrantes deste estudo. Isso aponta para o fato de que as pessoas que procuram os Programas para tratamento do tabagismo sejam fumantes de longa data, e já apresentem sequelas associadas ao tabagismo.

Observou-se neste estudo, que pacientes com estado civil *solteiro* apresentaram uma maior dificuldade em parar. Outros autores⁽⁵⁰⁾ avaliaram a importância do apoio do cônjuge para 363 homens fumantes, concluindo que o suporte moderou os efeitos da depressão e abstinência sobre os sujeitos, durante o tratamento.

A média de idade do início do tabagismo neste estudo foi de 15,1 anos ($\pm 5,78$), sendo que a maioria iniciou-se no tabagismo entre 10 e 20 anos de idade. Dantas e colaboradores⁽⁵¹⁾ avaliaram, em uma amostra de 781 estudantes em Campina Grande-PB, que um percentual de 17% tinha menos de 12 anos ao iniciar-se no tabagismo, 32% entre 12 e 14 anos, 46% entre 15 e 17 anos, 4% aos 19 e apenas 1% acima de 19 anos. Dos que experimentaram, 31,2% continuaram a fumar. Outro estudo em Salvador - BA⁽⁵²⁾ demonstrou que a idade de experimentação foi em média $13,9 \pm 1,8$ anos. Esses resultados podem sugerir que a indústria do tabaco continua sendo bem sucedida ao direcionar a sua propaganda para as crianças e adolescentes.

Estudo de *coorte* realizado na Califórnia - EUA⁽⁵³⁾, demonstrou redução progressiva da experimentação entre jovens: em 2005, 10% dos adolescentes entre 15 e 17 anos de idade tinham experimentado o tabaco, em comparação com os 45% com a mesma faixa etária em 1976 a 1981, após intensa campanha antitabagismo realizada naquele país nos anos 90⁽⁵⁴⁾. Esses dados reforçam a necessidade de campanhas dirigidas a esse público específico, no Brasil⁽⁵¹⁾.

Neste estudo, a maioria dos entrevistados havia cursado em média 9 a 12 anos do ensino formal. Embora a escolaridade neste estudo não tenha sido estatisticamente associada à cessação do tabagismo, através da análise de Regressão Logística, o tempo de tabagismo de todos os participantes era maior do que de 10 anos. Lenk e colaboradores⁽⁵⁵⁾ (2017) realizaram um estudo nos Estados Unidos (2017), havendo observado uma associação entre nível de escolaridade mais baixo e tabagismo regular prolongado, com iniciação precoce.

No presente estudo, observou-se que 8,5% eram ex-usuários de outras drogas psicoativas, que não álcool ou cigarro, e 1,9% eram usuários atuais. É conhecida a associação entre alcoolismo e tabagismo, sendo os mesmos ainda considerados como porta de entrada para outras drogas psicoativas, tanto reforçando comportamentos, quanto gerando estímulos discriminativos⁽⁵⁶⁾. Lenk e colaboradores⁽⁵⁵⁾ observaram, quanto ao uso de outras drogas psicoativas, que 44% dos usuários relataram não consumir bebidas alcoólicas no momento da entrevista, porém haverem-nas utilizado no passado. Outro estudo⁽⁵⁶⁾ analisou 5.450 adolescentes



de escolas públicas e particulares em Salvador-BA, havendo sido o consumo de bebidas alcoólicas fator de risco importante para a experimentação do tabaco. Foi observado por Carmody e colaboradores⁽⁵⁷⁾ em estudo no qual foram avaliados tabagistas dependentes do álcool em acompanhamento por 26 semanas, que o entendimento da influência do tabagismo sobre o alcoolismo gera um maior empenho para não fumar.

Neste estudo, o percentual de *cessação do tabagismo*, considerando-se como *não abstinentes* todos os que abandonaram o tratamento antes do final, foi de 37,9%. Considerando-se apenas os que permaneceram no tratamento, a *cessação* por retorno variou de 28,1% no R1 a 85% no R6, havendo concomitantemente, redução do percentual de *diminuição do consumo sem cessação* de 71,4% no R1 para 15% no R6.

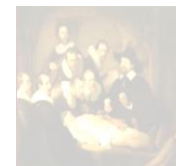
Estudo brasileiro de revisão sistemática⁽⁵¹⁾ incluiu seis estudos sobre tratamento do tabagismo com bupropiona ou vareniclina, isoladas ou combinadas com outros métodos, entre 2005 a 2014. A média de abstinência entre 5 deles, variou de 14,2% a 56,5% em 3 a 4 meses de tratamento. Em todos eles, os que abandonaram o tratamento foram considerados como *não abstinentes*^(44,46-49). Um dos estudos⁽⁴⁵⁾ que obteve um nível de abstinência discrepante, de 75,8% em 3 a 4 meses, considerou os que abandonaram o tratamento como abstinentes, e os excluíram.

A variável *Parar de fumar após palestra motivacional* foi significativa para a *cessação* neste estudo, havendo assim maior facilidade em manter-se sem fumar até o término do tratamento. Esse fator pode estar associado a uma maior confiança e motivação, determinantes da abstinência, como compreendido por McCarthy e colaboradores⁽⁵⁸⁾. Com relação à influência da *cessação precoce* sobre o seguimento, um estudo⁽⁵⁹⁾ demonstrou que parar de fumar nos três primeiros meses de tratamento aumenta a chance de abstinência nos 12 meses subsequentes, de forma diretamente proporcional à precocidade da abstenção.

Com relação ao *abandono do tratamento*, 533 usuários (89,9%) deixaram de comparecer a partir de algum retorno, a maioria, após o retorno em que diziam haverem cessado o tabagismo. Observou-se também que o maior percentual de abandono do tratamento ocorreu no último retorno (41,2%).

Os motivos para o abandono do tratamento, não foram pesquisados neste estudo. Um estudo⁽⁶⁰⁾ demonstrou que o abandono do tratamento foi justificado em 42% dos pacientes por perda do seguimento, 25% por falta de interesse em permanecer no programa, 13% por não sentir ajuda com o tratamento e 20% por outras razões.

CONCLUSÃO



A amostra estudada foi composta em seu maior percentual por mulheres de meia idade, de etnia parda, religião católica, casadas, autônomas ou aposentadas, que apresentavam baixa renda e baixa escolaridade e não utilizavam outras drogas que não o tabaco no momento da entrevista.

O percentual de cessação, considerando-se os que abandonaram o tratamento como não abstinentes, foi de 37,9%. Observou-se que entre os que continuaram com o tratamento, o percentual de cessação aumentava à medida que o tratamento progredia, chegando ao valor máximo no sexto retorno, ao passo que o de diminuição do consumo sem cessação, diminuía.

Os percentuais de cessação ou diminuição do consumo obtidos no PMTT foram semelhantes aos de outros programas de tratamento que utilizam a bupropiona, quando se considera os que abandonaram o tratamento como *não abstinentes*. Entre os que permaneceram no tratamento até o final, os percentuais de cessação podem ser maiores. Esses resultados ainda sugerem que programas universitários semelhantes podem representar mais uma opção para o tratamento do tabagismo no Brasil.

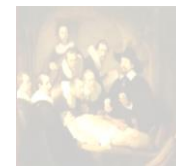
As variáveis *Após a palestra: parou de fumar* e *Estado civil: solteiro(a)* foram as únicas variáveis significativas ($p < 0,05$) associadas à cessação do tabagismo através da Análise de Regressão Logística. Parar imediatamente após a *Palestra inicial* foi associado de forma positiva com a cessação, o que sugere que quanto mais aoprocece for a cessação, maior a possibilidade de manter-se abstinente. O *Estado civil solteiro* associou-se de forma negativa à cessação do tabagismo, o que aponta para a solidão como fator de dificuldade para parar e reforça a importância da psicoterapia para tratar a dependência.

O percentual de pacientes que abandonaram o tratamento em algum momento, foi de 89%. Analisando-se as variáveis *abandono versus persistência* do tratamento a cada 15 dias (retornos), percebe-se que o menor percentual de *abandono* encontra-se aos 60 dias do início do tratamento (quarto retorno: 26,8%), e o maior, aos 90 dias de tratamento (sexto retorno: 41,2%).

Mesmo em se considerando que o maior percentual de abandono deu-se por não comparecerem ao último retorno, esse resultado aponta para a necessidade de outros estudos em que se analisem as causas e encontrem-se meios que estimulem a permanência dos usuários até o final do tratamento.

A análise estatística apresentou limitações, pelo fato de haver populações flutuantes a cada retorno. A comparação entre estudos sobre tratamento do tabagismo no Brasil foi dificultada, pelo fato de utilizarem-se metodologias diversas.

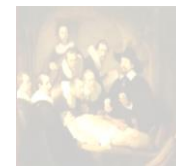
AGRADECIMENTOS



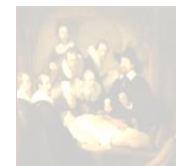
Às professoras Clésia Oliveira Pachú, Jailma Belarmino Souto, Maria Lígia de Aquino Gouveia e Robéria Lucia de Queiroz Figueiredo (UEPB); às professoras Andréa Targino da Soledade e Janemary Malheiro Araújo (Faculdades Maurício de Nassau) e a todos os professores, profissionais e alunos de todos os cursos que integraram o Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo desde o seu início; à direção e aos funcionários do Hospital Universitário Alcides Carneiro; à Secretaria de Saúde do Município, especialmente à Sra. Maria Gentil, coordenadora do Programa de Tratamento do Tabagismo daquela secretaria; aos gestores da Unidade Acadêmica de Medicina, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e da Universidade Federal de Campina Grande.; aos professores da Unidade Acadêmica de Estatística da UFCG.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global NCD target: reducing tobacco use. Geneva: WHO; 2016.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011.
3. World Health Organization. Global status report report on noncommunicable diseases . Geneva: WHO; 2010.
4. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, 2012.
5. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. Geneva, 2009.
6. Mirra AP, Meirelles RHS, Godoy I, Issa JS, Reicher J, Carvalho NB et al. Tabagismo. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro; 2009.
7. World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases. Tobacco free initiative International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. Geneva, 1999.
8. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva, 2011.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Especial do Tabagismo - PETab. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011



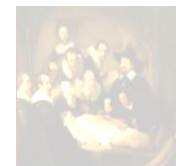
10. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015
11. Monteiro C.A., Cavalcante T.M., Moura E.C., Claro R.M., Szwarcwald C.L. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bull World Heal Organ, v.85, n.7, p.527-34, 2007.
12. Ministério da saúde (Brasil). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2003.VIGITEL.Brasília,2004.
13. Ministério da saúde (Brasil). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2008.VIGITEL.Brasília,2009.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2009. VIGITEL. Brasília,2010.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011. VIGITEL. Brasília; 2012.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2012. VIGITEL. Brasília; 2013.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
18. Malta D.C, Silva Júnior J.B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.23, n.3, p.389-395, 2014.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2005.
21. Marques A.C.P.R, Campana A., Gigliotti A.P., Lourenço M.T.C., Ferreira M.P., Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Rev Bras Psiquiatr.2001; 23(4):200-14.



22. Mirra A.P., Meirelles R.H.S., Godoy I., Issa J.S., Reichert J., Carvalho N.B. *et al.* **Tabagismo**. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.
23. Reichert J., de Araújo A. J., Gonçalves C. M. C., Godoy, I., Chatkin J. M., Sales M. da P. U. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo-2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 34, p. 845-880, 2008.
24. Stead L.F., Lancaster T., Koillpillai P., Fanshawe T.R. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 24(3).
25. Sales M.P.U., Figueiredo M.R.F., Oliveira M.I., Castro H.N. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J. bras. pneumol.* 2006; 32(5): p. 410-417.
26. Otero U.B., Perez C.A., Szklo M., Esteves G.A., Pinho M.M., Turci S.R.B. 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 Saude Publica*, v.22, n.2, p.439-49, 2006.
27. Santos J.D.P., Duncan B.B., Sirena S.A., Vigo, A.; Abreu, M.N.S. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol Serv Saude*, v.21, n.4, p.579-88, 2012
28. Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.5, 2013. .
29. Ismael S.M.C. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. 2007. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
30. Presman S, Carneiro E., Gigliotti A. Non-pharmacological treatments for smoking. *Rev. Psiq. Clín.* v.32, n5. p.267-275. 2005.
31. Isolan L.R; Nogueira L., Ferreira E.D, Chaves, M.L.F. Bupropiona para o tratamento da cessação do hábito de fumar. *Rev. AMRIGS*, v.44 p.74-8, 2000.
32. Issa J.S., Perez G.H., Diament J., Zavattieri A.G., Oliveira, K.U. Efetividade da Bupropiona no Tratamento de Pacientes Tabagistas com Doença Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88(4): p. 434-442.
33. Dantas D.R.G., Pinheiro A.H.B., Rossoni A.L.M., Prado L.O., Barreira S.N. Tratamento do Tabagismo no Brasil com Bupropiona ou Vareniclina: uma revisão sistemática. *Revista Saúde e Ciência*. 2016; 5(1): 61-75.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003.



35. Ministério da Saúde (Brasil). **Deixando de Fumar sem Mistérios** – Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2005.
36. Stead L.F., Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 18, n.2, 2005.
37. Stead, L.F.; Lancaster, T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, v.10, 2012.
38. Stead L.F.; Lancaster T.; Koillipillai, P., Fanshawe T.R. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, v.24, n.3, 2016.
39. R Foundation for Statistical Computing. A Language and Environment for Statistical Computing Autor: R Development Core Team Organização: R Foundation for Statistical Computing. Viena; 2006.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). Rio de Janeiro; 2009.
41. Barreto S.M., Passos V.M.A., Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Rev Saúde Pública*; 2009. 43(2): 9-17.
42. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. VIGESCOLA; 2004.
43. World Health Organization. World No Tobacco Day 2010 - Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women. Geneva; 2010.
44. Issa J.S., Abe T.O., Moura S., Santos P.C.J.L., Pereira A.C. Effectiveness of Coadministration of Varenicline, Bupropion, and Serotonin Reuptake Inhibitors in a Smoking Cessation Program in the Real-Life Setting. *Nicotine Tob Res.* 2013; 15(6): p. 1146-1150.
45. Sales M.P.U, Figueiredo M.R.F., Oliveira M.I., Castro H.N. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J. bras. pneumol.* 2006; 32(5): p. 410-417
46. Prado G.F., Lombardi E.M.S., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., Santos U.P. A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *Clinics.* 2011; 66(1): p. 65-71.
47. Issa J.S., Perez G.H., Diament J., Zavattieri A.G., Oliveira K.U. Efetividade da Bupropiona no Tratamento de Pacientes Tabagistas com Doença Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88(4): p. 434-442. [acesso em: 12 abr. 2015].
48. Chatkin J.M., Abreu C.M., Blanco D.C., Tonietto R., Scaglia N., Wagner M.B., *et al.* No gender difference in effectiveness of smoking cessation treatment in a Brazilian real-Life setting. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(5):499-503. [acesso em: 12 abr. 2015].



49. Haggström F.M., Chatkin J.M., Sussenbach-Vaz E., Cesari D.H., Fam C.F., Fritscher C.C. A controlled trial of nortriptyline, sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: preliminary results. *Pulm Pharmacol Ther.* 2006;19(3):205-209.
50. Lichtenstein E., Andrews J.A., Barckley M., Akers L., Severson H.H. Women helping chewers: partner support and smokeless tobacco cessation. *Health Psychol.* 2002; 21(3):273-8.
51. Dantas D.R.G., de Souza Machado Neto A., da Silva Matos G., Figueiredo da Silva G., Guerra Pereira Pinto I.H., Cavalcante Marques A. Prevalência e Risco de Tabagismo entre Estudantes do Ensino Médio em Cidade do Nordeste do Brasil. *Port J Public Health.* 2017; 35:44–51.
52. de Souza Machado Neto A., Andrade T.M., Napoli C., Abdon L.C.S.L., Garcia M.R., Bastos FI. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J Bras Pneumol.* 2010; 36(6):674-682.
53. Pierce J.P., Messer K., White M.M., Kealey S., Cowling D.W. Forty years of faster decline in cigarette smoking in California explains current lower lung cancer rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010 Nov;19 (11):2801-10.
54. Pierce J.P., Gilpin E.A., Emery S.L., White M.M., Rosbrook B., Berry C.C, Farkas A.J. Has the California tobacco control program reduced smoking? *JAMA.* 1998 Sep 9;280(10):893-9
55. Lenk KM, Erickson DJ, Forster JL. Trajectories of Cigarette Smoking From Teens to Young Adulthood. *American Journal of Health Promotion.* 2017; p.1–7
56. Ramo D.E., Bahorik A.L., Delucchi K.L., Campbell C.I., Satre D.D. Alcohol and Drug Use, Pain and Psychiatric Symptoms among Adults Seeking Outpatient Psychiatric Treatment: Latent Class Patterns and Relationship to Health Status. *Journal of Psychoactive Drugs.* 2018; 50(1):43-53
57. Araújo AJ. Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam?. *J. bras. pneumol.* 2010; 36(6): 671-673
58. Carmody TP, Delucchi K, Duncan CL, Banys P, Simon JA, Solkowitz SN et al. Intensive intervention for alcohol-dependent smokers in early recovery: a randomized trial. *Drug Alcohol Depend.* 2012 May 1;122(3):186-94
59. McCarthy DE, Piasecki TM, Jorenby DE, Lawrence DL, Shiffman S, Baker TB. A multi-level analysis of non-significant counseling effects in a randomized smoking cessation trial. *Addiction.* 2010; 105(12): 2195-2208
60. Rodríguez-Artalejo F, Lafuente Urdinguio P, Guallar-Castillón P, Garteizurrekoa Dublang P, Sáinz Martínez O, Díez Azcárate JI, Foj Alemán M, Banegas JR. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2003; 60(5):358-63. Maio de 2003.