

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

MARIANA MUNIZ GUSMÃO

PERFIL DE UMA POPULAÇÃO COM MÚLTIPLAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
ATENDIDA EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO TABAGISTA

Juiz de Fora
2022

MARIANA MUNIZ GUSMÃO

PERFIL DE UMA POPULAÇÃO COM MÚLTIPLAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
ATENDIDA EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO TABAGISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia por Mariana Muniz Gusmão.

Orientador: Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati
Coorientador: Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhato

Juiz de Fora
2022

MARIANA MUNIZ GUSMÃO

**PERFIL DE UMA POPULAÇÃO COM MÚLTIPLAS CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDA EM
UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO TABAGISTA**

Dissertação
apresentada Programa
de Pós-Graduação
em Psicologia
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestra em
Psicologia. Área de
concentração:
Psicologia.

Aprovada em 28 de março de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a)Dr(a) Fernando Antônio Basile Colugnati - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a)Dr(a) Eliane Ferreira Carvalho Banhato - Coorientadora
UniAcademia Centro Universitário (CES/JF)

Prof(a)Dr(a) Arise Garcia de Siqueira Galil
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr(a) Henrique Pinto Gomide
BairesDev LLC



Documento assinado eletronicamente por **Arise Garcia de Siqueira Galil, Professor(a)**, em 28/03/2022, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Antonio Basile Colugnati, Servidor(a)**, em 28/03/2022, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Ferreira Carvalho Banhato, Usuário Externo**, em 28/03/2022, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **HENRIQUE PINTO GOMIDE, Usuário Externo**, em 29/03/2022, às 21:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0715299** e o código CRC **CB367103**.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elizabeth e Pedro, por acreditarem em mim, pelo amor e cuidado, pelo exemplo e pela base.

Aos meus irmãos, Bruna e Diego e seus companheiros, Felipe e Laís, a família que representa um lugar onde sempre preciso retornar para me sentir em casa.

Aos "avós" emprestado, Tia Maria e Edson, pelo carinho de sempre.

Ao meu companheiro, Daniel, pelo cuidado, pelo afeto, pela escuta diária e sensibilidade.

Aos amigos que tive a sorte de encontrar na psicologia, aos parceiros do mestrado, aos de longa data, desde a infância, aos amigos de Pouso Alegre, aos colegas de casa, aos amigos do trabalho. Saibam que cada um de vocês pertence a minha história de vida e me ensinou algo muito valioso.

Às queridas Amata, Nicole, Júlia, Luisa e Carol, por terem sido minha casa em Juiz de Fora.

À equipe da UAI-T, em especial à Arise, Eliane e Bárbara, e todas as pessoas que buscaram esse serviço para tratamento. Nesse espaço aprendi muito sobre o cuidado do outro com ética e respeito.

Ao meu orientador, Fernando, por todo apoio e conhecimento durante todo o processo.

E à CAPES, pelo apoio financeiro.

RESUMO

Tendo em vista a complexidade envolvida na cessação tabágica e a necessidade de tratamento especializado para uma população com múltiplas condições crônicas, realizou-se um estudo retrospectivo no qual foram analisados 364 fumantes com múltiplas condições crônicas em um ambulatório de tabagismo, por meio de registros eletrônicos do serviço. Foram utilizadas técnicas multivariadas para a tipificação dos usuários do serviço e identificados três perfis de fumantes nomeados de Leve, Moderado e Pesado, discriminados pelo nível de dependência e uso de cigarros. O grupo Leve destacou-se pelos participantes menos aderentes e com grande porcentagem de pessoas casadas e em atividade laboral formal. Obteve a maior porcentagem de interrupção do tabagismo na quarta semana de tratamento e, em relação aos estágios de motivação para mudança de comportamento, apresentou a menor porcentagem de fumantes em estágio de contemplação e maior em estágio de ação. O grupo Moderado destacou-se em relação a maior porcentagem de participantes aderentes e como o grupo que mais cessou o tabagismo ao final do tratamento. O grupo Pesado apresentou o maior número de cigarros fumados ao longo do tratamento e obteve a maior concentração de pessoas sedentárias, em uso de álcool, com a condição crônica Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e ansiedade autodeclarada. A partir dos resultados obtidos, discutiu-se a importância de fatores identificados como barreiras e fortalezas no processo de cessação tabágica e suas complexidades e contradições. Contudo, reforça-se a importância do contato da equipe de saúde e da utilização de grupos enquanto ferramenta em saúde e especula-se a respeito do papel das relações interpessoais, da atividade laboral e da motivação para a mudança de comportamento.

Palavras-chave: tabagismo, múltiplas condições crônicas, aderência ao tratamento

ABSTRACT

Considering the complexity involved in smoking cessation and the need for specialized treatment for a population with multiple chronic conditions, a retrospective study was carried out in which 364 smokers with multiple chronic conditions were analyzed in a smoking clinic through electronic records of the service. Multivariate techniques were used to classify service users and three profiles of smokers named Light, Moderate, and Heavy were identified, each distinguished by the level of dependence and use of cigarettes. The Light group stood out for the least adherent participants, and had a large percentage of married people and in formal work activity. It obtained the highest percentage of smoking cessation in the fourth week of treatment and, in relation to the stages of motivation to change behavior, it had the lowest percentage of smokers in the contemplation stage and the highest in the action stage. The Moderate group stood out in relation to the highest percentage of adherent participants and as the group that most quitted smoking at the end of treatment. The Heavy group had the highest number of cigarettes smoked throughout the treatment and the highest concentration of people who were sedentary, using alcohol, with the Chronic Obstructive Pulmonary Disease chronic condition, and with self-declared anxiety. Based on the results obtained, the importance of factors identified as barriers and strengths in the smoking cessation process and their complexities and contradictions were discussed. However, the importance of contact with the healthcare team and the use of groups as a health tool is reinforced, and speculation on the role of interpersonal relationships, work activity, and motivation for behavioral change is also made.

Keywords: tobacco use; multiple chronic conditions; treatment adherence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 —	Fluxograma das informações coletadas durante as reuniões	18
Tabela 1 —	Características sociodemográficas da amostra	25
Tabela 2 —	Fatores de risco, múltiplas condições crônicas e antecedentes psiquiátricos da amostra	27
Tabela 3 —	História tabágica	28
Tabela 4 —	Gatilhos para o uso do cigarro	28
Tabela 5 —	Motivos de recaída	29
Tabela 6 —	Resultados dos testes	29
Tabela 7 —	Características sociodemográficas por perfis. Em negrito, categorias que destacam o grupo por maior frequência. Em itálico, destaques por menor frequência	31
Gráfico 1 —	Estágios de motivação para mudança de cada grupo ($p=0,008$)	35
Gráfico 2 —	Porcentagens de adesão ao tratamento de cada grupo ($p=0,37$)	36
Gráfico 3 —	Números de cigarros fumados na 4a, 8a e 12a semana de cada grupo	37
Gráfico 4 —	Cessaçãotabágica na 4a, 8a e 12a semana de cada grupo (PP)	38
Gráfico 5 —	Cessaçãotabágica na 4a, 8a e 12a semana de cada grupo (ITT)	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Tabagismo e múltiplas condições crônicas	11
1.2	Barreiras e fortalezas para o alcance da cessação tabágica	12
1.3	Políticas de controle do tabaco	14
1.4	Tratamento para a cessação tabágica	15
1.5	Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T)	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral:	19
2.2	Objetivos específicos:	19
3	MÉTODO	20
3.1	Delineamento ou desenho do estudo	20
3.2	Local	20
3.3	Participantes	20
3.4	Instrumentos	20
3.5	Procedimentos	22
3.6	Ética	23
3.7	Análise estatística	23
4	RESULTADOS	25
4.1	Descrição do perfil	25
4.1.1	Características Sociodemográficas da amostra	25
4.1.2	Fatores de risco, múltiplas condições crônicas e antecedentes psiquiátricos da amostra	26
4.1.3	História tabágica	27
4.1.4	Instrumentos de avaliação psicométrica	29
4.2	Análise de agrupamento (Cluster) – Interpretação dos grupos	31
4.3	Associação dos perfis com os desfechos de tratamento	34
5	DISCUSSÃO	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
	ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte prematura evitável no mundo e muitos países enfrentam uma série de consequências devido às doenças resultantes desse hábito. De acordo com os dados levantados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tabaco tem relação com o falecimento de mais de 8 milhões de pessoas por ano e, entre elas, cerca de 1,2 milhões associadas ao fumo passivo. Dentre estes mais de um bilhão de fumantes do mundo, cerca de 80% estão concentrados em países de baixa e média renda. Em relação ao Brasil, além de estar associado a 150 mil mortes de pessoas ao ano, o tabagismo pode chegar a custar mais de 73 milhões de reais, relacionados diretamente às despesas de saúde e indiretamente à perda de produtividade devido à morbimortalidade precoce (DROPE et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o tabagismo como uma doença crônica, resultante da dependência nicotínica, além de ser um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como câncer e doenças cardiovasculares (DCV) (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011). O tabaco apresenta em sua composição diversas substâncias que são fatores causais para cerca de aproximadamente 50 doenças tabaco-relacionadas, resultando em um grave problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; BRASIL, 2015; PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

A partir da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, buscando avaliar percepções do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas da população brasileira, foi possível destacar como mais prevalentes as seguintes condições crônicas: hipertensão arterial, diabetes, doença crônica de coluna, colesterol e depressão. As doenças crônicas não-transmissíveis, além de proporcionar perda de qualidade de vida e incapacidade, limitando as pessoas nestas condições, são responsáveis por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Ainda, de acordo com a mesma pesquisa supracitada, 57,4 milhões de pessoas ou cerca de 40% da população adulta brasileira possui pelo menos uma doença crônica não-transmissível. Tais condições afetam principalmente as mulheres, representando 44,5% ou 34,4 milhões delas e 23 milhões de homens (BRASIL, 2014). Quando ocorrem duas ou mais condições crônicas de forma simultânea, caracteriza-se essa população com multimorbidades ou múltiplas condições crônicas (MCC) (GOULART, 2011).

Há evidências de que o tabagismo, a ingestão de alimentos com altas taxas de gorduras trans e saturadas, de sal e de açúcar em excesso, bem como o sedentarismo, e o consumo excessivo de álcool, são as causas de mais de dois terços de todos os casos de doenças crônicas não-transmissíveis. Sendo que, o tabaco sozinho é responsável por uma em cada seis mortes por tais condições (GOULART, 2011). Dados da Organização Mundial da Saúde

revelaram que o hábito de fumar é responsável por 63% das mortes associadas às doenças crônicas não-transmissíveis; 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 30% de vários tipos de câncer; 25% das doenças coronarianas e por 25% das doenças cerebrovasculares; além de ocasionar outras doenças como a tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, entre outras (PINTO; UGÁ, 2010; BRASIL, 2017). O tabagismo é ainda fator de risco reconhecido para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares que, por sua vez, são indicadas como a maior causa de mortalidade no Brasil e responsável pelo maior número de hospitalizações no sistema de saúde (SCHMIDT et al., 2011; MARTINS et al., 2011).

A partir do exposto sobre os malefícios do tabaco para a saúde, a Convenção-Quadro Para o Controle do Tabagismo (CQCT) deu origem ao primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública que propôs ações relativas à redução do consumo e da exposição à fumaça do cigarro e apoio ao tratamento da dependência do tabaco e serviços de aconselhamento em âmbitos nacionais de saúde e educação. Desse modo, o Ministério da Saúde brasileiro, através do Instituto Nacional do Câncer, órgão responsável pela articulação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), tem implementado estratégias eficazes que estimulam comportamentos e estilos de vida saudáveis, realizado treinamentos para profissionais da saúde e oferecido assistência técnica a serviços de saúde envolvidos na cessação do tabagismo (GALIL, 2016; BRASIL, 2017).

A prevenção e o tratamento do tabagismo estão entre as intervenções de melhor custo-efetividade, uma vez que fornecer tratamento para cessação tabágica tem se mostrado mais vantajoso e menos custoso do que tratar todas as complicações advindas após o uso prolongado do tabaco. Ainda que a população de fumantes brasileiros tenha decaído, pesquisas indicam que cerca de 70% dos tabagistas desejam cessar o fumo, no entanto, menos de 10% conseguem interromper o uso por conta própria, apontando para uma demanda de tratamento específico (AZEVEDO et al., 2009; MIRRA et al., 2010; MEIRELLES et al., 2010; GORIN ; HECK, 2004).

O tratamento do tabagismo no Brasil está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 571, publicada em 05 de abril de 2013. O modelo proposto possibilita que o tratamento seja realizado em grupo ou individualmente. Baseado na Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC), o tratamento tem como objetivo auxiliar o fumante a desenvolver habilidades e estratégias que o ajudarão a permanecer sem fumar, contando também com apoio medicamentoso, quando necessário (BRASIL, 2015). No entanto, a simples oferta de tratamento não é suficiente para diminuir a epidemia do tabaco. De acordo com um estudo realizado na Inglaterra, foram encontradas como barreiras para alcançar a cessação tabágica: o prazer em fumar, o tédio, o hábito, a dependência nicotínica, o estresse, ver pessoas fumando e a associação ao álcool (UPPAL et al., 2013). Além disso, aspectos como influências de familiares ou amigos, desemprego,

condições de saúde e influências psicológicas (falta de esperança, desespero, assim como a ansiedade e depressão) podem ser fatores de risco para a incidência de recaídas (RODRIGUES; JÚNIOR, 2017).

Sabendo da complexidade do processo da cessação tabágica, principalmente se tratando de uma população específica, com múltiplas condições crônicas, evidencia-se a necessidade de realizar pesquisas que busquem entender melhor as barreiras e fortalezas dessa população, a partir da compreensão de fatores clínicos e psicossociais que influenciam o tratamento. A presente pesquisa teve como objetivo analisar o perfil de 364 tabagistas com MCC inseridos em um ambulatório de tabagismo (Unidade de Assistência Integral ao Tabagista – UAI-T), a partir de dados registrados nos prontuários eletrônicos do banco de dados construído na plataforma REDcap, assim como, avaliar os resultados do tratamento, em termos de adesão, comportamento de uso do tabaco e cessação ao final, utilizando técnicas multivariadas para a tipificação dos usuários do serviço.

1.1 Tabagismo e múltiplas condições crônicas

A Organização Mundial da Saúde classifica a dependência da nicotina pelo consumo de tabaco como uma doença crônica, inserida no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). Além disso, como dito anteriormente, o tabagismo é considerado fator de risco independente para o início e avanço de várias condições crônicas, sendo responsável por 63% das mortes relacionadas às doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2015; GALIL, 2016). A doença crônica pode ser definida como a condição que tenha ocorrido no último ano ou mais, necessitando de atenção médica contínua e que provoque limitações nas atividades do cotidiano (HWANG et al., 2001; WARSHAW, 2006; GALIL et al., 2018). Neste grupo, as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasias e a diabetes mellitus (DM) são os principais integrantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Estudos apontam que a exposição ao tabagismo passivo está associada às causas de doenças crônicas não-transmissíveis, incapacidades e mortes, sendo confirmados a partir de evidências de que eventos coronarianos agudos sofreram redução de 10% a 20% ao transformar os locais em ambientes livres de tabaco (BRASIL, 2015).

Além de representar uma ameaça à saúde humana, as doenças crônicas não-transmissíveis também impactam o crescimento e desenvolvimento econômico do país, visto que as condições crônicas incapacitam pessoas que se encontram no auge da idade produtiva, fazendo com que a população envelheça precocemente (BRASIL, 2017). Foi publicada em 2018 a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), trazendo 172 linhas de pesquisa, distribuídas em 14 eixos temáticos, com o objetivo de identificar as

prioridades atuais de pesquisa cujos resultados possam atuar na prevenção e implementação de políticas públicas de saúde mais efetivas. Dentre tantas prioridades de saúde, o Eixo 5, que recebe o nome de Doenças crônicas não-transmissíveis, destaca a importância de avaliação de custos e do impacto econômico no Sistema Único de Saúde das doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2018). Para que metas de controle das doenças crônicas não-transmissíveis sejam atingidas, o foco deve ser nos seus principais fatores de risco modificáveis (uso do tabaco e álcool, dieta inadequada e sedentarismo), assim como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

As condições crônicas possuem uma origem multifatorial, com forte influência de fatores de risco comportamental, sendo alguns modificáveis. De modo individual, é importante ressaltar que ter uma condição crônica reduz a renda familiar e a capacidade de sustentar e educar os filhos, gerando um impacto em seus desenvolvimentos. Ainda, ocasiona gastos prolongados que impactam os mais pobres, dando sustentação a desigualdade econômica e de saúde já existentes. Além disso, sabe-se que há determinantes socioeconômicos que atuam como causas primárias de fatores como a pobreza, a desigualdade social, o desemprego, a instabilidade social, entre outros (GOULART, 2011; SCHMIDT et al., 2011).

Múltiplas condições crônicas pode ser definida como um conjunto de comorbidades e de suas implicações (GOODMAN et al., 2014). Tais condições acarretam um quadro de limitações, reduzindo a qualidade de vida de seus portadores e aumentando os episódios de hospitalizações e mortalidade. Embora as políticas de controle do tabaco já tenham obtido uma redução da sua incidência, observa-se uma carência de políticas públicas que tenham o foco específico no uso do tabaco entre pacientes de alto risco com outras condições crônicas. Nesse sentido, a literatura aponta para uma necessidade de investir em estratégias para detecção e manuseio das múltiplas condições crônicas buscando uma redução da sua prevalência e consequente morbimortalidade (GALIL et al., 2018).

1.2 Barreiras e fortalezas para o alcance da cessação tabágica

Alcançar a cessação tabágica não é algo simples para os fumantes, por isso, pesquisadores buscam compreender os fatores envolvidos na busca pela interrupção do uso do tabaco, assim como fatores relacionados ao fracasso da abstinência. Sabe-se que parte da população tem conhecimento sobre os malefícios do cigarro e, ainda assim, se demonstra ambivalente, na maioria dos casos, na hora de tomar a decisão de interromper esse uso.

Fatores psicológicos tais como os transtornos de depressão e ansiedade e estresse, podem ser apontados pela literatura como uma das barreiras significativas no processo de cessação tabágica (GOYATÁ et al., 2014; MAIA; NASCIMENTO, 2015; PAWLINA et al.,

2014). De acordo com uma pesquisa realizada por Goyatá et al. (2014), a principal razão encontrada para se manter o tabagismo, foi o alívio dos sintomas de ansiedade e depressão. A ansiedade associada ao risco aumentado de fracasso durante a tentativa de cessação do tabagismo e os sintomas depressivos são preditores significativos de possíveis recaídas (PAWLINA et al., 2014). Maia e Nascimento (2015), constatou em seu estudo que o estresse facilita o início do tabagismo, diminui a motivação para parar de fumar e, ainda, aumenta o risco de recaída. Além disso, pessoas com depressão ou transtorno de ansiedade são mais suscetíveis a fumar do que pessoas sem tais transtornos, de acordo com o estudo citado.

A falta de conhecimento e de habilidades dos profissionais de saúde pode ser um fator significativo para o insucesso do tratamento, assim como a falta de apoio destes profissionais pode fazer com que ex-fumantes estejam mais vulneráveis a recaídas (BUSATO et al., 2015). De acordo com Corrêa e Echer (2015), o fumante que acredita não ter uma dependência comportamental forte, acredita ter o poder de interromper o tabagismo a qualquer momento, e, ao tentar sem auxílio, geralmente tem recaídas, podendo se frustrar e conseqüentemente dificultar o processo de cessação tabágica.

O tempo de uso do tabaco também pode estar relacionado ao fracasso da cessação tabágica. De acordo com a literatura, faixas etárias mais jovens foram associadas a maiores riscos de falhas na tentativa de cessar o fumo, assim como um tempo menor de uso, fator identificado enquanto barreira para a cessação. De acordo com os autores da pesquisa, o tabagista jovem não apresenta os efeitos nocivos do cigarro e, sendo assim, não houve conscientização a respeito da importância de parar de fumar (BUSATO et al., 2015; PAWLINA et al., 2014).

Pawlina et al. (2014) referem que fumantes pesados (que fumam 20 ou mais cigarros por dia) podem ser os mais dependentes e, sendo assim, sentem mais os efeitos da síndrome de abstinência, que está diretamente relacionada com o fracasso nas tentativas de cessação do tabagismo. Sendo assim, uma maior carga tabágica também foi identificada enquanto aspecto que pode ser associado ao fracasso na tentativa de cessação tabágica.

Em pesquisa realizada por Busato et al. (2015), a vontade incontrolável de fumar e os sintomas de abstinência gerados pela ausência da nicotina foram os fatores mais citados entre os motivos de recaída mencionados pelos entrevistados. De modo geral, observa-se que a dependência química, o prazer em fumar e o comportamento são razões significativas relacionadas à dificuldade em cessar o tabagismo (CORRÊA; ECHER, 2015; MAIA; NASCIMENTO, 2015).

Ademais, um baixo estágio de motivação para a mudança (fases de Pré-contemplação e Contemplação) demonstrou estar relacionado ao insucesso na busca pela cessação. Tabagistas com baixa motivação têm mais chances de fracasso quando comparados a fumantes com alta motivação e uma possível explicação, de acordo com os autores da pesquisa, é que a baixa motivação do tabagista faz com que ele não apresente adesão ao

tratamento, não frequentando os grupos ou não realizando o que lhes for proposto (PAWLINA et al., 2014).

Problemas de saúde decorrentes do hábito de fumar foram apontados como uma das principais causas para a procura por cessação do tabaco, de acordo com estudo feito por (BUSATO et al., 2015). Conforme a literatura, perceber prejuízos à saúde, assim como a prevenção de doenças tabaco-relacionadas, representam aspectos importantes aos fumantes quando pensam em parar de fumar ou procuram ajuda profissional com vistas à mudança deste comportamento (CORRÊA; ECHER, 2015; MAIA; NASCIMENTO, 2015).

Além disso, o momento de hospitalização proporciona ao tabagista pensar sobre a possibilidade de cessar o fumo, pois, a restrição imposta ao tabagismo no ambiente hospitalar, o comprometimento da saúde e a própria internação os fazem repensar sua dependência, fazendo com que se motivem e se percebam dispostos a cessar o tabagismo. Ademais, passar por essa experiência de não poder fumar durante a internação, para alguns, pode fazer com que o indivíduo acredite na sua capacidade de resistir à nicotina e siga sem retornar ao consumo do cigarro (CORRÊA; ECHER, 2015).

Contudo, a influência social e familiar aparece na literatura como um fator protetivo para cessar o fumo, e, ao mesmo tempo, podendo ser um dificultador para o alcance da cessação tabágica. A influência de companheiros, colegas ou familiares pode ser vista como uma fonte de tentação para continuar fumando, em situações em que estes atores também façam uso do tabaco, por exemplo. Por outro lado, os aspectos supracitados podem representar fortalezas significativamente importantes para a busca da cessação tabágica, pois, a ajuda externa pode ser reconhecida enquanto fator de fortalecimento durante o processo de cessação tabágica (MAIA; NASCIMENTO, 2015; BUSATO et al., 2015).

1.3 Políticas de controle do tabaco

A partir da década de 1950, o uso do tabaco passou a ser identificado como fator de risco direto para várias doenças. No Brasil, o controle do tabaco teve início na década de setenta e, a partir do reconhecimento de sua epidemia como um problema de Saúde Pública, o Ministério da Saúde passou a assumir um papel importante na organização de ações nacionais do PNCT, através do órgão responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, o INCA. No final da década de oitenta, o PNCT foi constituído envolvendo dois grandes grupos de ações: o primeiro, voltado para a tentativa de reduzir a iniciação precoce do tabagismo e, o segundo, focado em ações que estimulem a cessação tabágica dos que se tornaram dependentes, além de combater os riscos do tabagismo passivo. Seu objetivo geral é reduzir o número de fumantes no Brasil e a morbimortalidade causada pelas doenças tabaco relacionadas (BRASIL, 2001; CAVALCANTE, 2005).

Foi proposto em 2003, a partir de um consenso entre países-membros da Organização

das Nações Unidas (ONU), a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde (CQCT-OMS), representando um marco histórico na promoção da saúde em todo o mundo. Em 2005, a CQCT estabeleceu alguns parâmetros relacionados à redução da demanda e oferta do tabaco, proteção ambiental da fumaça do tabaco e elaboração de leis responsabilizando indústrias do tabaco; ações referentes à troca de informações e cooperação científicas e técnicas entre países também são previstas no tratado. O Brasil teve um papel de destaque no processo de negociação do Tratado devido a todo o trabalho que já vinha sendo realizado, principalmente mediado pelas articulações do INCA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Nos últimos anos no Brasil, foi observada uma significativa redução na prevalência do tabagismo e da morbimortalidade por doenças relacionadas, devido a regulamentações que tratam desde consumo do tabaco em espaços públicos, propagandas veiculadas através da mídia, aumento de impostos, até políticas de substituição do tabaco por outros produtos agrícolas (BRASIL, 2014; CAVALCANTE et al., 2017). O consumo do tabaco na população adulta passou de 34,8% em 1989, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), para 22,4%, constatada na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), em 2003 (MONTEIRO et al., 2007).

No ano de 2008, o percentual observado foi de 18,5%, de acordo com a Pesquisa Especial sobre o Tabagismo (FACINA, 2011). Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, o percentual total de adultos fumantes foi de 14,7%. Levando em conta o período de 1989 a 2010, 46% foi a queda do percentual de fumantes no território brasileiro (BRASIL, 2014). Tal movimento é atribuído à implementação das Políticas de Controle do Tabagismo, estimando-se que cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período (LEVY ; ALMEIDA; SZKLO, 2012). Segundo os dados do Vigitel/2017 que acessou, através de inquérito telefônico, a população adulta em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, o percentual total de fumantes foi de 10,1%, sendo 13,2% entre homens e 7,5% entre mulheres (BRASIL, 2017). Ainda, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL/2018) evidenciaram uma queda do tabagismo, no qual 9,3% dos brasileiros afirmaram ter o hábito de fumar (BRASIL, 2019).

1.4 Tratamento para a cessação tabágica

O INCA, em parceria com os Estados e Municípios e Distrito Federal, articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS seguindo a lógica de descentralização do sistema, no qual, tem como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações. Portanto, o Ministério da Saúde publica, de forma sistemática, portarias que incluem o tratamento para cessação tabágica na rede SUS desde a atenção básica, até a alta complexidade. Tais ações envolvem definir formas de abordagem e tratamento do tabagismo, a implantação, protocolo

clínico e diretrizes terapêuticas, determinar a disponibilização dos materiais de apoio e medicamentos necessários, entre outras tarefas (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010).

O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam o maior custo-benefício, apontado pela literatura como superior aos tratamentos direcionados à hipertensão arterial leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio (BRASIL, 2015). Desse modo, orientar o paciente a parar de fumar é uma intervenção relativamente simples e de suma importância que pode ser feita em consultas de rotina por profissionais capacitados. Além do mais, a literatura aponta que programas onde são fornecidas instruções detalhadas sobre as formas de reduzir o uso do tabaco apresentam maior eficácia do que instruções gerais sobre essa redução (AVEYARD; RAW, 2012).

O SUS é capaz de oferecer um tratamento eficiente, com metodologia baseada em evidências, pois as orientações do PNCT encontram-se de acordo com as principais diretrizes internacionais. De acordo com o Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, o tratamento do tabagismo inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, podendo ser ainda individual ou em grupo e, se avaliado pelo médico como necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva (BRASIL, 2001). A Terapia de Reposição de Nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e o Cloridrato de Bupropiona são os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo no SUS. O grupo de apoio é baseado na ACC, fornecendo informações sobre o tabagismo e os benefícios em parar de fumar, auxiliando no autocontrole e manejo do ato de fumar (BRASIL, 2001).

1.5 Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T)

O ambulatório de tabagismo que recebe o nome de Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T) foi implementado pela Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (IMEPEN), instituição projetada para atender pacientes com MCC, especificamente hipertensos, diabéticos e portadores de DRC, com alto e muito alto risco cardiovascular. A UAI-T é um projeto multidisciplinar criado em 2012, com o objetivo de auxiliar tabagistas, portadores de MCC, que desejassem cessar o fumo. Sua atuação pode ser dividida em duas frentes: em nível educacional são promovidas capacitações e educação continuada de profissionais da área da saúde; em nível assistencial, age na identificação, avaliação e tratamento aliado ao acompanhamento de tabagistas com MCC. Atualmente, a UAI-T é reconhecida como um centro de referência para este perfil específico de tabagistas, recebendo encaminhamentos de diferentes fontes – centros de especialidades da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT) – Serviço da prefeitura municipal de Juiz de Fora responsável por auxiliar nas ações voltadas para o tabagismo; IMEPEN e profissionais da rede (GALIL et al., 2018).

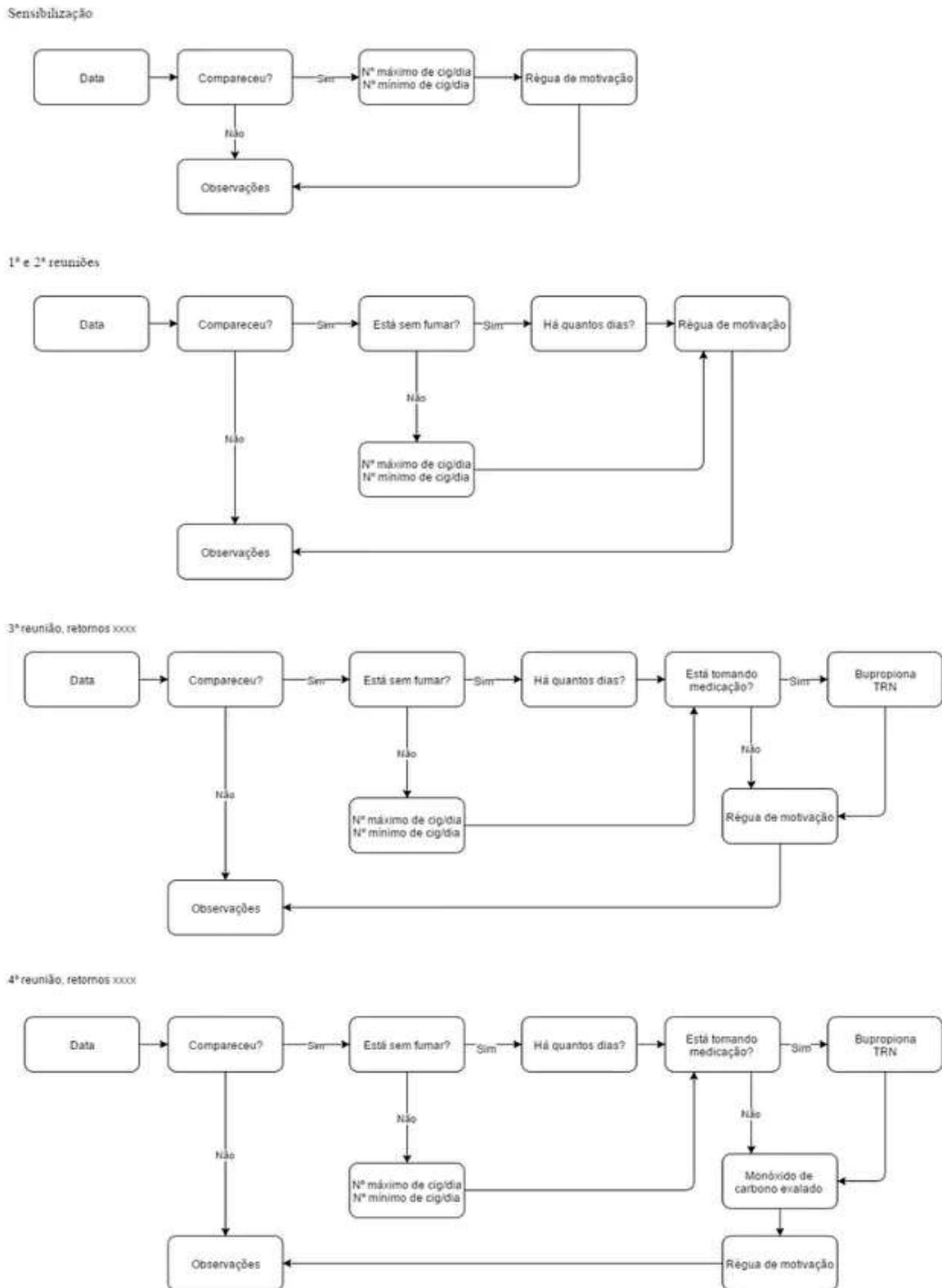
Assim como preconizado pelo INCA, o tratamento da UAI-T é organizado em grupos de no máximo 15 participantes, realizado semanalmente e coordenado por uma equipe multidisciplinar de saúde. O protocolo do INCA estabelece quatro sessões educativas, com ACC, sendo realizadas por pelo menos dois profissionais de saúde capacitados em abordagem intensiva do tabagismo. A UAI-T optou por inserir uma reunião anterior à primeira sessão, com o nome de “Sensibilização”, usada para apresentar a equipe de saúde, explicar o funcionamento do tratamento, colher a anamnese de cada um e aplicar os testes necessários (BRASIL, 2001; GALIL et al., 2018; ANDRADE, 2016).

Durante as reuniões que se seguem, são abordados diferentes temas relacionados a cessação tabágica, como os malefícios do uso do cigarro; benefícios alcançados com a cessação; tipos de dependências; o processo de abstinência; possível ganho de peso e estratégias nutricionais; estratégias comportamentais para lidar com a fissura e informações a respeito da medicação, entre outros. Ainda, para enriquecer o aprendizado desse processo que é parar de fumar, os participantes são convidados a trocar experiências de sucesso e fracasso, com o objetivo de se fortalecer e aprender entre pares. Atualmente, a UAI-T conta com profissionais das áreas de: Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Medicina que se revezam para coordenar as reuniões, contudo, apesar de existir uma divisão de tarefas, todos os profissionais da UAI-T frequentam as reuniões, bem como acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, mantendo o caráter multidisciplinar (BRASIL, 2001; GALIL et al., 2018; ANDRADE, 2016).

Depois de cinco encontros semanais, são realizados mais quatro encontros quinzenais, seguidos de encontros mensais durante nove meses, chegando ao total de 17 encontros durante o tratamento. As reuniões que passam a ser quinzenais e mensais são chamadas de reuniões de manutenção e fazem parte do protocolo da UAI-T. Ao completar um ano de cessação, usado pelo INCA como critério para ser considerado ex-fumante, o participante do grupo recebe um certificado atestando sua conquista (BRASIL, 2001; ANDRADE, 2016).

O fluxograma apresentado a seguir foi elaborado por Andrade (2016) a partir dos resultados do seu trabalho de análise do primeiro ano de funcionamento da UAI-T e criação do prontuário eletrônico. Informações são requeridas em cada uma das reuniões no momento da “abordagem individual” e preenchidas de acordo com o demonstrado pela figura abaixo. No campo de observações são registradas as falas e sentimentos relatados pelo paciente durante a reunião; também é perguntado ao paciente em todas as reuniões se “está sem fumar?”, caso a resposta seja afirmativa, pergunta-se: “há quantos dias está sem fumar?”, porém, caso a primeira resposta seja negativa, é questionado “qual tem sido o número máximo e número mínimo de cigarros por dia?”. A partir da terceira reunião, são apresentados campos sobre o uso de medicação disponibilizados para o tratamento.

Fluxograma 1 — Fluxograma das informações coletadas durante as reuniões



Fonte: Andrade (2016)

1 cig = cigarros

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Analisar o perfil de fumantes com múltiplas condições crônicas inseridos em um ambulatório de tabagismo e avaliar os resultados do tratamento em termos de adesão, comportamento de uso do tabaco e cessação ao final.

2.2 Objetivos específicos:

1. Tipificar perfis dos tabagistas em relação às variáveis que representam fatores psicossociais e clínicos, por meio de técnicas estatísticas de Análise de Agrupamentos (*clusters*);
2. Compreender como os fatores psicossociais que caracterizam estes perfis se relacionam com a adesão ao tratamento e cessação tabágica, a fim de aperfeiçoar modelos de tratamentos futuros para essa população com múltiplas condições crônicas;
3. Identificar outros fatores do tratamento que possam representar barreiras e fortalezas para o alcance da cessação tabágica;
4. Avaliar os resultados do tratamento quanto à adesão ao tratamento, comportamento de uso e cessação tabágica.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento ou desenho do estudo

Tratou-se de um estudo exploratório, a partir de uma coorte retrospectiva do serviço da UAI-T, com base em registros ambulatoriais de um prontuário eletrônico. Foram utilizados, com a devida autorização dos pesquisadores e usuários, dados já coletados dos grupos de tratamento da UAI-T até o grupo 54.

3.2 Local

A pesquisa foi realizada em uma unidade de tratamento para tabagistas localizada em Juiz de Fora, chamada Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T). A UAI-T foi implementada pela Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (IMEPEN) em 2012 para auxiliar usuários dos serviços de saúde com múltiplas condições crônicas, entre as quais: hipertensos, diabéticos, renais crônicos e/ou portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica.

3.3 Participantes

Os participantes incluídos nesta pesquisa são fumantes com quadro de múltiplas condições crônicas (possuir diagnóstico de outra doença crônica além do tabagismo) e com idade igual ou superior a 18 anos, que participaram do tratamento para cessação tabágica no ambulatório de tabagismo entre 2012 (início do funcionamento da UAI-T) até junho de 2019.

3.4 Instrumentos

- a. Questionário sociodemográfico (anexo 1) – Questionário construído pelos profissionais da UAI-T, composto por diversas informações sociodemográficas dos participantes. As informações utilizadas no presente estudo com o objetivo de caracterizar a amostra foram: sexo, idade, estado civil, moradia, escolaridade e status profissional.
- b. Anamnese (anexo 1) – Instrumento também desenvolvido pelos profissionais da UAI-T, é constituído por informações autodeclaradas de condições presentes ou ausentes. As variáveis utilizadas nesta pesquisa foram: Fatores de risco como sedentarismo, obesidade, uso de álcool, cocaína e outras drogas; condições crônicas e agudas, como hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), doença renal crônica (DRC), infarto agudo do miocárdio/ insuficiência coronariana (IAM/ICO),

insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica (DVP), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma brônquica, câncer; e antecedentes psiquiátricos, como depressão, ansiedade, bipolaridade e esquizofrenia.

b. Questionário de história tabágica (anexo 1) – Questionário construído pela equipe UAI-T, apresenta as seguintes variáveis: tempo de uso do cigarro, número de cigarros fumados por dia e gatilhos associados ao uso (dependência, hábitos, prazeres, café, telefone, ansiedade, outros); tentativas de cessação: já tentou parar de fumar (sim ou não), quantas vezes, recursos usados, maior tempo sem fumar, há quanto tempo foi a última tentativa, motivos de recaída (abstinência severa, ganho ponderal, lapsos, outros); e tratamentos anteriormente realizados para cessar o tabagismo.

c. Questionário Fagerström para dependência de nicotina, *Fagerström Test for Nicotine Dependence*(FTND) (anexo 1) – O Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) é a versão revisada da escala Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), ambos elaborados por Karl Olov Fagerström (BECOÑA, 1994). O FTND, assim como o FTQ, mede dependência e o nível de tolerância à nicotina. A pontuação total corresponde à soma de todas as respostas indicadas pelo fumante. O instrumento revisado consiste em seis itens e classifica a dependência nicotínica em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos). No entanto, como no caso do FTQ, de forma clínica, define-se que uma pontuação total de seis ou mais nesta escala indica alta adicção à nicotina, enquanto cinco pontos ou menos significa adicção média ou baixa (CARMO; PUEYO, 2002; MENESES-GAYA et al., 2009).

d. Teste *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2) (anexo 1) – Trata-se de um instrumento de rastreio de sintomas depressivos composto por dois itens capazes de questionar a frequência de humor deprimido ou anedonia (perda do interesse em realizar atividades que anteriormente eram consideradas prazerosas) durante os quinze dias que se passaram. A pontuação pode variar de zero (nenhum dia) a três (quase todos os dias). Se a pontuação for maior ou igual a três pontos, obtemos um resultado positivo para rastreio de depressão (KROENKE; SPITZER ; WILLIAMS, 2003; GAYA, 2011).

e. Escala de motivação, *University of Rhode Island Change Assessment Scale*(URICA) (anexo 1) – Escala usada para identificar o estágio de prontidão para mudança em que o paciente se encontra, baseada nos estágios de motivação para a mudança do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT). Foram estabelecidos inicialmente quatro estágios, sendo eles: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Contudo, foi verificado que havia uma fase de planejamento das possibilidades de ações entre o estágio de contemplação e o de ação, sendo incluído

como terceiro estágio a fase de preparação, totalizando-se cinco estágios motivacionais (DICLEMENTE; VELASQUEZ, 2002; SZUPSYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

b. Escore de consumo situacional Issa (anexo 1) – Instrumento constituído por quatro perguntas, com pontuação podendo variar de 0 a 4. Contribui para a avaliação da dependência à nicotina e consequente definição de estratégia terapêutica. Quanto mais o tabagista percebe a necessidade de fumar relacionada a situações específicas, mais elevada sua dependência é considerada. É indicado a utilização de medicação quando a pontuação é > 2 pontos (ISSA, 2012).

c. Teste AUDIT C (anexo 2) – Instrumento de rastreamento para uso problemático de álcool composto por dez questões, onde cada item pode variar de 0 a 4 pontos, possibilitando um score final de 0 a 40. A partir dessa pontuação final a classificação do uso de álcool pode ser: baixo risco - 0 a 7 pontos; uso de risco - 8 a 15 pontos; uso nocivo - 16 a 19 pontos; provável dependência - 20 a 40 pontos (BABOR et al., 2003; MORETTI-PIRES ; CORRADI-WEBSTER, 2011).

d. Teste de rastreio cognitivo, Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (anexo 3) – Instrumento de rastreio cognitivo cuja função é diferenciar o comprometimento cognitivo leve (CCL) de alterações advindas de um envelhecimento normal. Ele examina seis domínios cognitivos: funções executivas; capacidade viso-espacial; memória a curto prazo; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem e orientação temporal e espacial. Seu tempo de duração é de 10 minutos, com um score máximo de 30 pontos. Se o score for > 26 pontos, indica normalidade, já se a pontuação for inferior a 25 pontos há uma indicação para o CCL. Ainda, indivíduos com 12 anos ou menos de escolaridade somam um ponto a mais em seu score final (NASREDDINE et al., 2005; FREITAS et al., 2010).

3.5 Procedimentos

Foram utilizados, com a devida autorização dos pesquisadores e usuários, dados já coletados dos participantes dos grupos de tratamento da UAI-T até o mês de junho de 2019. Foram totalizados 54 grupos, com 364 participantes. Os dados de anamnese foram coletados durante a reunião denominada Sensibilização, sendo este o primeiro contato com estas pessoas. A ficha de anamnese era preenchida com o auxílio de acadêmicos de medicina que estavam naquele momento estagiando no grupo. As fichas em formato de papel e pré estruturadas eram preenchidas pela equipe em todas as reuniões seguintes e eram digitadas no banco de dados *Research Electronic Data Capture*(Redcap) (HARRIS et al., 2009).

3.6 Ética

Por se tratar da continuação de um estudo, a pesquisa já está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/FCMS/FJ/SUPREMA, através do parecer nº 1.103.000 em 26/05/2015. Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi redigido de acordo com as normas do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, após serem informados quanto aos objetivos do estudo e sigilo dos dados.

3.7 Análise estatística

Os dados foram coletados ao longo do funcionamento da UAI-T, desde 2012, em fichas padronizadas (anexo 1) e após sua coleta, foram armazenados no banco de dados *Research Electronic Data Capture* (Redcap) (HARRIS et al., 2009) adotado como protocolo pela equipe da UAI-T. Após a consolidação do banco de dados, as informações foram exportadas para o software Stata, onde as variáveis foram organizadas. Foram realizadas análises descritivas dos dados utilizando percentuais, médias, medianas e desvio padrão, de acordo com a natureza da variável.

Para a tipificação dos usuários do serviço, foram utilizadas técnicas multivariadas. A Análise de Correspondência Múltipla foi utilizada para a redução da dimensionalidade, e a partir de seus escores individuais finais para as 4 primeiras dimensões aplicou-se técnicas de análise de agrupamentos (*clusters*) Hierárquico, utilizando distâncias a partir do centróide. A partir dos agrupamentos encontrados, avaliou-se a distribuição das categorias das variáveis utilizadas dentro de cada grupo, sendo consideradas categorias potencialmente descritoras do grupo, aquelas que apresentaram diferenças em torno de 10 pontos percentuais ou mais, independente do valor do teste Chi quadrado também aplicado para igualdade de proporções destas categorias entre os grupos. O número de grupos é definido a partir da análise do dendograma fornecido, sendo avaliadas as maiores “alturas” das hastes que formam o dendograma.

Os desfechos de tratamento foram comparados entre estes grupos por meio de testes Chi quadrado e modelos lineares generalizados, adequado segundo a escala de medida deste desfecho. Para dados de contagem, como número de cigarros, foi utilizada distribuição binomial negativa com função link log. Para os desfechos binários, adesão à primeira reunião e cessação tabágica, utilizou-se distribuição binomial com função link logito. Nos modelos com análise do seguimento longitudinal retrospectivo, os modelos foram estimados por equações gerais estruturadas (GEE em inglês), adequadas para este tipo de dados.

Diferenças e efeitos foram considerados relevantes a partir da análise conjunta do tamanho destes efeitos, intervalos de confiança 95% e valores-p fornecidos pelos testes. As

análises foram realizadas tanto por protocolo (per protocol - PP) quanto por intenção de tratar (intention to treat - ITT) para adesão e para cessação. Na análise PP foram incluídos apenas os participantes que completaram o tratamento proposto, sem nenhum desvio grave, enquanto na análise ITT foram incluídos todos os indivíduos que foram inicialmente acompanhados, independente da adesão e não conclusão do tratamento proposto, sendo que as perdas de seguimento foram consideradas como não adesão e/ou não cessação.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição do perfil

4.1.1 Características Sociodemográficas da amostra

A partir dos resultados contidos no banco de dados REDCap, foi realizada uma descrição das características sociodemográficas dos usuários atendidos na UAI-T. Constavam no banco de dados 54 grupos, nos quais 364 usuários participaram do tratamento. A tabela 1 a seguir, apresenta as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 — Características sociodemográficas da amostra (continua)

Variáveis	Frequência (%)
Sexo	
Masculino	148 (40,66)
Feminino	216 (59,34)
Faixa etária	
15 a 24 anos	2 (0,56)
25 a 34 anos	6 (1,69)
35 a 44 anos	22 (6,18)
45 a 54 anos	86 (24,16)
55 a 64 anos	172 (48,31)
65 anos ou mais	58 (16,29)
Missing	10 (2,81)
Estado Civil	
Solteiro (a)	89 (24,45)
Casado (a)	154 (42,31)
Viúvo (a)	46 (12,64)
União estável	20 (5,49)
Separado/divorciado	48 (13,19)
Missing	7 (1,92)
Moradia	
Própria	247 (67,86)
Alugada	67 (18,41)
Cedida	12 (3,30)
Outros	6 (1,65)

Tabela 1 — Características sociodemográficas da amostra (conclusão)

Variáveis	Frequência (%)	
Escolaridade	Missing	32 (8,79)
	Analfabeto	47 (12,91)
	Fundamental Incompleto	146 (40,11)
	Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	91 (25,00)
	Ensino Médio Completo ou mais	74 (20,33)
	Missing	6 (1,65)
	Status profissional (se está trabalhando ou não)	Sim
Não		237 (65,11)
Missing		19 (5,22)
Aposentado	Sim	179 (49,18)
	Não	154 (42,31)
	Missing	31 (8,52)

Fonte: A autora (2021)

Com base na tabela 1, observamos que a amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres (59,34%) com uma média de idade de $56,35 \pm 9,19$ anos. 42,31% dos participantes alegaram ser casados. Em relação à moradia, 67,86% relataram morar em residência própria. Observa-se também que grande parte dessa amostra declara não ter concluído o ensino fundamental (40,11%), sendo que, 65,11% não trabalhava e 49,18% estavam aposentados.

4.1.2 Fatores de risco, múltiplas condições crônicas e antecedentes psiquiátricos da amostra

De acordo com os dados coletados ao realizar a anamnese e descritos na tabela abaixo, obtemos que o sedentarismo se destacou entre os fatores de risco modificáveis com uma porcentagem de 42,31%, seguido do uso de álcool (32,14%). Em relação às múltiplas condições crônicas, 80,77% da amostra declarou apresentar hipertensão arterial, seguido de diabetes mellitus (48,35%). Quanto aos antecedentes psiquiátricos, altos índices de ansiedade (53,91%) e depressão (40,22%) autodeclaradas foram apontados.

Tabela 2 — Fatores de risco, múltiplas condições crônicas e antecedentes psiquiátricos da amostra

	Frequência	Porcentagem
Fatores de risco		
Sedentarismo	154	42,31
Obesidade	93	27,27
Álcool	117	32,14
Cocaína	6	1,65
Outras drogas	8	3,74
Múltiplas condições crônicas		
HAS*	294	80,77
DM*	176	48,35
DRC*	60	16,48
IAM/ICO*	82	22,53
ICC*	40	10,99
AVC*	39	10,71
DVP*	77	21,15
DPOC*	59	16,21
Asma brônquica	59	16,21
Câncer	17	4,67
Antecedentes psiquiátricos		
Depressão	185	40,21
Ansiedade	248	53,91
Bipolaridade	14	3,04
Esquizofrenia	5	1,08
Outros	8	1,74

Fonte: A autora (2021) *HAS = Hipertensão arterial sistêmica; *DM = Diabetes mellitus; *DRC = Doença renal crônica; *IAM/ICO = Infarto agudo do miocárdio / insuficiência coronariana; *ICC = Insuficiência cardíaca congestiva; *AVC = Acidente vascular cerebral; *DVP = Doença vascular periférica; *DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica.

4.1.3 História tabágica

De acordo com os dados coletados na história tabágica e descritos na tabela abaixo, o tempo médio de consumo de cigarros da amostra estudada foi de $37,63 \pm 11,63$ anos, sendo que, a média de cigarros fumados por dia foi de $22,20 \pm 15,27$. Em relação às tentativas de

cessação prévias, 76,65% afirmaram ter tentado interromper o uso anteriormente e, desses, 21,43% alegaram ter feito algum tipo de tratamento. Foi observada uma média de $2,36 \pm 2,31$ vezes em que os participantes realizaram alguma tentativa de cessação.

Tabela 3 — História tabágica

	Frequência (%)	Média (DP)
Já tentaram parar de fumar	279 (76,65)	
Número de tentativas		2,36 (2,31)
Tempo de uso em anos		37,63 (11,63)
Número de cig/dia		22,20 (15,27)
Idade de início (anos)		14,45 (54,72)
Já realizou algum tratamento anteriormente	78 (21,43)	

Fonte: A autora (2021)

Quando questionados a respeito dos principais gatilhos para fumar, elegeram a ansiedade com 67,31% como principal fator, em seguida o café (54,67%) e logo depois a dependência (40,93%), como descrito na tabela a seguir.

Tabela 4 — Gatilhos para o uso do cigarro

	Frequência	Porcentagem
Dependência	149	40,93
Hábito	134	36,81
Prazeres	75	20,60
Café	199	54,67
Telefone	57	15,66
Ansiedade	245	67,31
Solidão	8	2,20
Assistir tv	9	2,47
Ir ao banheiro	12	3,30
Refeições	26	7,14

Fonte: A autora (2021)

Dentro da história tabágica, os respondentes elegeram a abstinência severa (20,05%) como sendo o principal motivo relacionado à recaída. Ganho ponderal e lapsos empataram com 9,07% de marcações, como ilustrado na tabela 5, a seguir.

Tabela 5 — Motivos de recaída

	Frequência	Porcentagem
Abstinência severa	73	20,05
Ganho de peso	33	9,07
Lapsos	33	9,07

Fonte: A autora (2021)

4.1.4 Instrumentos de avaliação psicométrica

Logo abaixo, podemos observar a tabela 6, na qual foram descritos os resultados dos testes: Teste de Fagerström, Instrumento PHQ-2, Escala URICA, Instrumento de rastreio AUDIT-C, Teste Issa e Teste de rastreio MoCA.

Tabela 6 — Resultados dos testes (continua)

	Porcentagem
Teste Fagerström	
Baixa/média adicção	36,9
Alta Adicção	63,1
Total	100
Instrumento PHQ-2	
Negativo	65,64
Positivo	34,36
Total	100
Escala URICA	
Pré-contemplação	17,14
Contemplação	42,86
Preparação	22,14
Ação	17,5
Manutenção	0,36
Total	100
Instrumento de rastreio AUDIT-C	
Uso abusivo (acima ou igual a 5 pontos)	38,71
Abaixo de 5 pontos	61,29
Total respondido	100
Não faz uso	-
Missings*	-

Tabela 6 — Resultados dos testes (conclusão)

	Porcentagem
Total	-
Teste Issa	
> ou = 2 (Indicado medicação)	86,85
<2	13,15
Total	100
Teste de rastreio MoCA	
Comprometimento cognitivo leve	84,55
Normalidade	15,45
Total respondido	100
Missings*	-
Não respondido	-
Total	-

Fonte: A autora (2021)

De acordo com a tabela acima, o instrumento para medir a dependência nicotínica – Fagerström (TFND) apresentou uma média de pontos de $5,92 \pm 2,26$. Em sua classificação, 224 participantes ou 63,10% da amostra respondente foi identificada com alta adicção. O PHQ-2, instrumento que serve para rastreio de sintomas de depressão, demonstrou que 34,36% dos participantes submetidos a essa avaliação pontuava positivamente para sintomas depressivos. Quanto à escala de motivação, URICA, 17,14% foram classificados no estágio de pré-contemplação, 42,86%, no estágio de contemplação, 22,14% encontravam-se no estágio de preparação e 17,50% no estágio de ação. Ainda, 0,36% foram classificados no estágio de manutenção.

Em relação ao instrumento de rastreio de uso abusivo de álcool, o AUDIT-C, a amostra obteve uma porcentagem de 38,71% apontando para o uso abusivo de álcool. É importante destacar que o número de respondentes que faziam uso de bebida alcoólica foi um total de 93, enquanto 120 participantes alegaram não fazer uso de álcool. O Escore de consumo situacional Issa, instrumento que contribui para a avaliação da dependência nicotínica e consequente definição de estratégia terapêutica, demonstrou como resultado 86,85% dos respondentes com indicação para o uso de medicação devido a percepção da dependência destes participantes.

Por fim, o MoCA, instrumento de rastreio para declínio cognitivo, encontrou um escore final de 84,55% de rastreio positivo para comprometimento cognitivo leve. É importante destacar que esse instrumento foi respondido por 123 participantes em razão de ter sido incorporado no tratamento da UAI-T a partir do grupo 22.

4.2 Análise de agrupamento (Cluster) – Interpretação dos grupos

Para esta análise foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo; estado civil; idade; escolaridade; *status* profissional (se estavam trabalhando ou não); os fatores de risco sedentarismo, obesidade e uso de álcool; as condições crônicas hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio / insuficiência coronariana, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica; antecedentes psiquiátricos como depressão autodeclarada, ansiedade autodeclarada e outras condições psiquiátricas; a história tabágica como o tempo de uso de cigarros em anos, o número de cigarros fumados por dia, se o participante já havia tentado cessar o tabagismo e se já fez algum tratamento anteriormente e o resultado do teste Fagerström.

O método de análise de agrupamentos foi realizado com 269 participantes devido à falta de informações do restante da amostra inicial. A partir da realização desta técnica, foram identificados 3 grupos. Levando em consideração características semelhantes de cada perfil para que o agrupamento fosse realizado, os grupos encontrados foram nomeados de acordo com o número de cigarros fumados por dia e, sendo assim, o grupo 1 foi chamado de Leve, o grupo 2 de Moderado e o grupo 3 de Pesado¹.

A tabela a seguir apresenta as características sociodemográficas de cada grupo em comparação a um perfil geral.

Tabela 7 — Características sociodemográficas por perfis. Em negrito, categorias que destacam o grupo por maior frequência. Em itálico, destaques por menor frequência (continua)

Variáveis (valores-p do Teste qui-quadrado)	Grupos			Perfil Geral	
	Leve	Moderado	Pesado		
Sexo (p=0,80)					
	Masculino	41,18	44,34	39,74	42,01
	Feminino	58,82	55,66	60,26	57,99
Faixa etária (p=0,00)					
	35 a 44	<i>0,00</i>	16,04	5,13	7,81
	45 a 54	31,76	<i>14,15</i>	29,49	24,16
	55 a 64	47,06	50,00	55,13	50,56
	65 ou mais	21,18	19,81	<i>10,26</i>	17,47
Estado Civil (p=0,00)					
	Solteiro(a)	<i>17,65</i>	26,42	29,49	24,54

¹ Destaca-se que, apesar de não haver consenso na literatura a respeito da classificação de Fumantes Leves, Moderados ou Pesados, o Caderno de Atenção Básica (2015) traz em seu glossário como possibilidade de definição: Fumante leve aquele que fume entre um e dez cigarros por dia; Fumante moderado entre dez e vinte cigarros por dia e, por fim, a partir do uso acima de vinte cigarros por dia, a pessoa pode ser classificada como Fumante pesado. Contudo, a nomeação de tais grupos encontrados nesta pesquisa não pretende incorporar ou definir qualquer classificação pré-existente a respeito do número de cigarros fumados por dia.

Tabela 7 — Características sociodemográficas por perfis. Em negrito, categorias que destacam o grupo por maior frequência. Em itálico, destaques por menor frequência (continuação)

Variáveis (valores-p do Teste qui-quadrado)	Grupos			Perfil Geral	
Escolaridade (p=0,00)	Casado(a)	58,82	<i>28,30</i>	52,56	44,98
	Viúvo(a)	<i>7,06</i>	18,87	6,41	11,52
	União estável	3,53	9,43	1,28	5,20
	Separado/ divorciado	12,94	16,98	10,26	13,75
Em atividade laboral (p=0,01)	Analfabeto	4,71	21,70	<i>2,56</i>	10,78
	Fundamental Incompleto	49,41	<i>31,13</i>	51,28	42,75
	Fundamental Completo	23,53	31,13	21,79	26,02
	Ensino Médio Completo	22,35	16,04	24,36	20,45
Fatores de risco		36,47	<i>18,87</i>	33,33	28,62
Múltiplas condições crônicas	Sedentarismo (p=0,09)	35,29	38,68	51,28	41,26
	Obesidade (p=0,76)	24,71	23,58	28,21	25,28
	Uso de Álcool (p=0,01)	35,29	<i>20,75</i>	39,74	30,86
Antecedentes psiquiátricos	HAS (p=0,86)	80,00	83,02	82,05	81,78
	DM (p=0,00)	<i>31,76</i>	66,98	47,44	50,19
	DRC (p=0,22)	20,00	16,98	10,26	15,99
	IAM/ICO (p=0,56)	20,00	24,53	26,92	23,79
	AVC (p=0,31)	15,29	11,32	7,69	11,52
	DPOC (p=0,03)	10,59	11,32	23,08	14,50
História tabágica	Depressão autodeclarada (p=0,69)	44,71	47,17	51,28	47,58
	Ansiedade autodeclarada (p=0,14)	65,88	66,04	78,21	69,52
	Outras condições psiquiátricas (p=0,34)	11,76	6,60	6,41	8,18
Tempo de uso em anos (p=0,02)	menor ou igual 30	25,88	25,47	<i>19,23</i>	23,79
	entre 31 e 39	28,24	<i>10,38</i>	21,79	19,33

Tabela 7 — Características sociodemográficas por perfis. Em negrito, categorias que destacam o grupo por maior frequência. Em itálico, destaques por menor frequência (conclusão)

Variáveis (valores-p do Teste qui-quadrado)	Grupos			Perfil Geral	
	entre 40 a 44	<i>18,82</i>	36,79	26,92	28,25
	maior que 45	27,06	27,36	32,05	28,62
Número de cigarros por dia (p=0,00)					
	menor ou igual 10	70,59	16,04	<i>0,00</i>	28,62
	entre 11 e 19	28,24	68,87	<i>25,64</i>	43,49
	20 ou mais	<i>1,18</i>	15,09	74,36	27,88
Já tentou parar (p=0,49)					
		70,59	76,42	69,23	72,49
Já fez tratamento antes (p=0,00)					
		<i>14,12</i>	42,45	21,79	27,51
Teste Fagerström (p=0,00)					
	Muito Baixo	32,94	<i>0,94</i>	1,28	11,15
	Baixo	36,47	6,60	<i>1,28</i>	14,50
	Médio	15,29	20,75	<i>2,56</i>	13,75
	Elevado	<i>15,29</i>	63,21	23,08	36,43
	Muito Elevado	<i>0,00</i>	8,49	71,79	24,16

Fonte: A autora (2021) *HAS = Hipertensão arterial sistêmica; *DM = Diabetes mellitus; *DRC = Doença renal crônica; *IAM/ICO = Infarto agudo do miocárdio / insuficiência coronariana; *AVC = Acidente vascular cerebral; *DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica.

A partir dos resultados obtidos e apresentados na tabela acima, constatamos que os participantes alocados no grupo Leve apresentavam maior predominância do sexo feminino em relação aos demais grupos, encontrando-se, em sua maioria, entre 45 e 54 anos, não constando pessoas com idade inferior a 44 anos; prevalecendo enquanto estado civil, pessoas casadas e, enquanto escolaridade, o ensino fundamental incompleto. Em relação ao *status* profissional, observamos um número significativo de pessoas em atividade laboral, além disso, se tratando de múltiplas condições crônicas, foi verificado uma baixa porcentagem de pessoas com a condição crônica diabetes mellitus. A respeito da história tabágica, identificamos que neste grupo a maior porcentagem do tempo de tabagismo foi de 31 a 39 anos, fazendo uso de 10 cigarros ou menos por dia e, também, foi verificado uma baixa porcentagem de pessoas que já haviam realizado tratamentos anteriores. Em relação aos resultados do teste de Fagerström, nota-se uma maior porcentagem de pessoas com um grau

de dependência nicotínica muito baixo e baixo e, ainda, nenhum participante apresentava um grau de dependência nicotínica muito elevado.

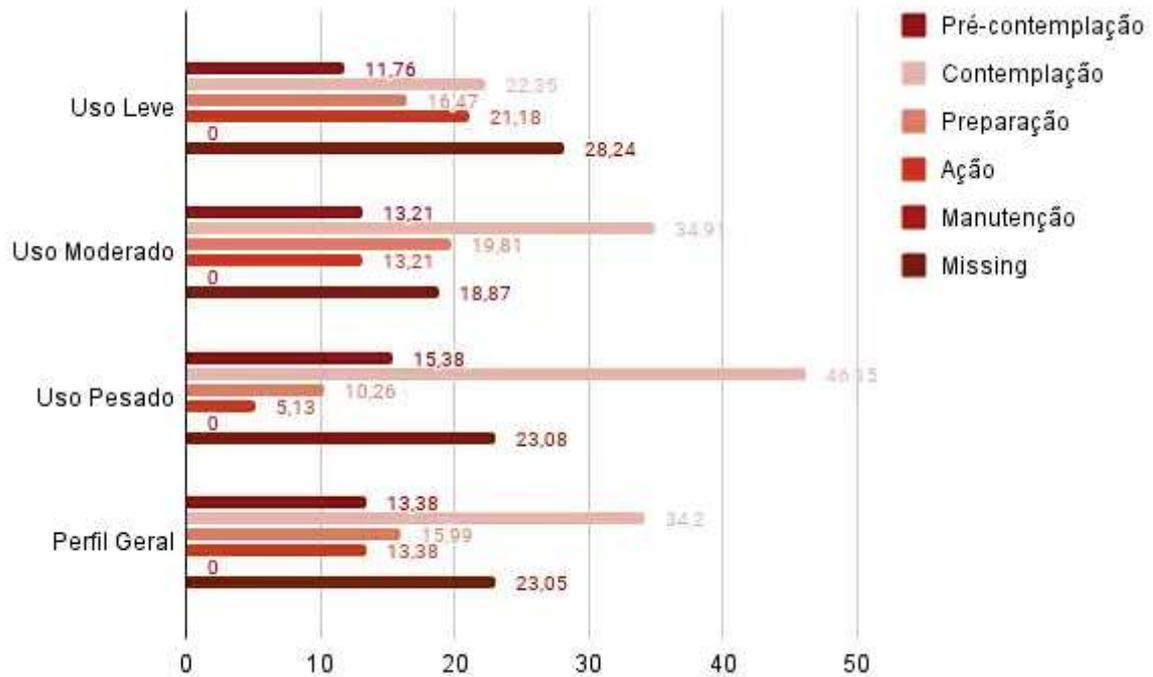
No grupo Moderado foi identificado que o sexo masculino, apesar de abaixo do feminino, aparece neste grupo com uma porcentagem acima da média geral. Em relação à idade, observou-se que este foi o grupo mais jovem apresentando a maior porcentagem de pessoas na faixa etária entre 35 e 44 anos e, se tratando do estado civil, foi observado a menor porcentagem de pessoas casadas e um número significativo de pessoas viúvas. Quanto à escolaridade, constatamos o maior número de pessoas analfabetas e, no tocante à atividade laboral, a menor porcentagem de pessoas vinculadas ao trabalho. Este grupo fazia pouco uso de álcool, quando comparado a média geral e apresentava o maior número de pessoas com a condição crônica diabetes mellitus. Em relação à história tabágica, foi identificado que o tempo de uso do cigarro era, em sua maioria, de 40 a 44 anos e o número de cigarros fumados por dia relatados pelos participantes prevalecia entre 11 e 19. Ainda, foi observado que estes fumantes já tentaram cessar o tabagismo em outros momentos, inclusive participando de tratamentos anteriores. Quanto ao Teste Fagerström, prevalecia o grau de dependência nicotínica elevado.

Os participantes do grupo Pesado também eram do sexo feminino, constando o menor número de pessoas com idade superior a 65 anos e, em sua maioria, com o estado civil casados. Em relação à escolaridade, observamos a menor concentração de pessoas analfabetas e a maior porcentagem de pessoas com o ensino fundamental incompleto. Ainda, são identificados os indivíduos com a maior porcentagem relacionada aos fatores de risco sedentarismo e uso de álcool. Além disso, foi constatado enquanto condição crônica de destaque neste grupo a doença pulmonar obstrutiva crônica. Em relação aos antecedentes psiquiátricos, observamos a prevalência de ansiedade autodeclarada. Quanto à história tabágica, identificou-se que o tempo de uso do cigarro era, em sua maioria, acima de 45 anos e o número de cigarros fumados por dia era de 20 ou mais, além disso, nenhum participante demonstrou fazer uso de menos de 10 cigarros por dia. Contudo, verificou-se um grau de dependência nicotínica muito elevado neste grupo, de acordo com os resultados obtidos a partir do teste Fagerström.

4.3 Associação dos perfis com os desfechos de tratamento

No gráfico 1, a seguir, observa-se as porcentagens dos grupos em relação aos estágios de motivação para mudança coletados na sensibilização.

Gráfico 1 — Estágios de motivação para mudança de cada grupo (p=0,008)

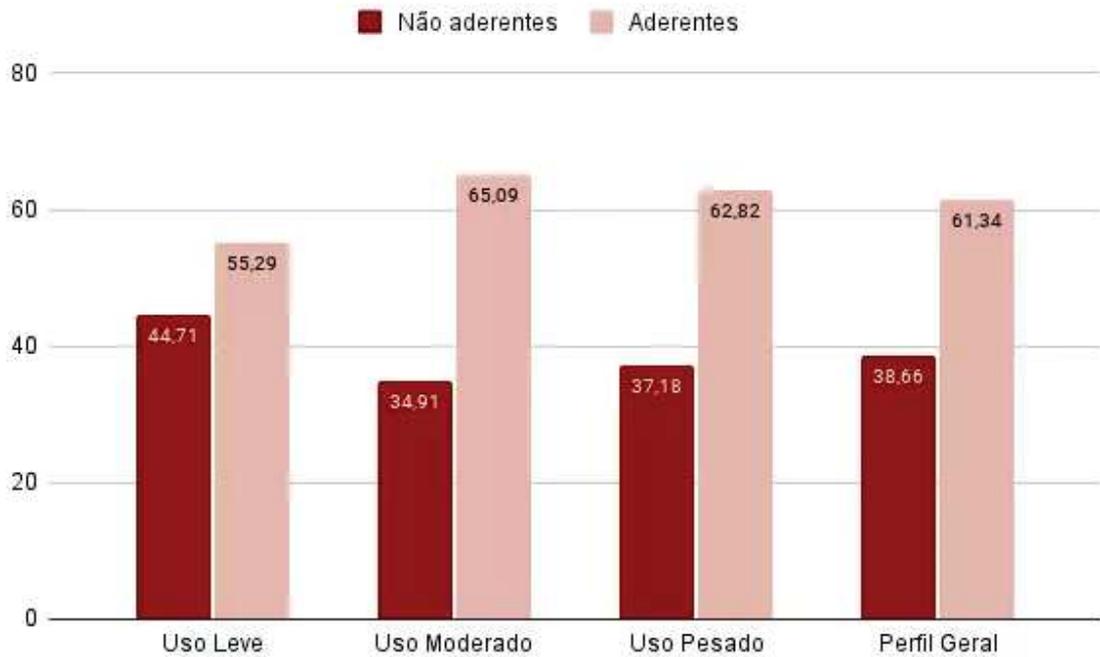


Fonte: A autora (2021)

Observamos que o grupo Leve apresentou uma porcentagem baixa (22,35%) de participantes no estágio de contemplação em relação aos outros grupos e quando comparados ao perfil geral (34,20%), enquanto, o grupo Pesado, obteve 46,15% de pessoas neste estágio. Em relação ao estágio de ação, percebemos que houve uma inversão e o grupo Leve apresentou 21,18% de participantes nesse estágio, destacando-se como maioria quando comparado aos outros grupos e ao perfil geral (13,38%), enquanto o grupo Pesado, apresentou a menor porcentagem (5,13%). O grupo Moderado se manteve intermediário entre os dois outros grupos e com porcentagens próximas à média. Observamos, ainda, que nessa amostra não haviam participantes em estágio de manutenção.

Abaixo podemos observar o gráfico 2, no qual foram descritas as porcentagens de adesão ao tratamento de cada grupo. De acordo com o INCA, para ser considerado aderente, é necessário ter participado de pelo menos 75% das quatro primeiras reuniões (BRASIL, 2001). A UAI-T realizava uma reunião inicial, denominada sensibilização, que não faz parte do programa do INCA, portanto, o comparecimento a esta reunião não foi considerado para realizar as análises de aderência.

Gráfico 2 — Porcentagens de adesão ao tratamento de cada grupo (p=0,37)

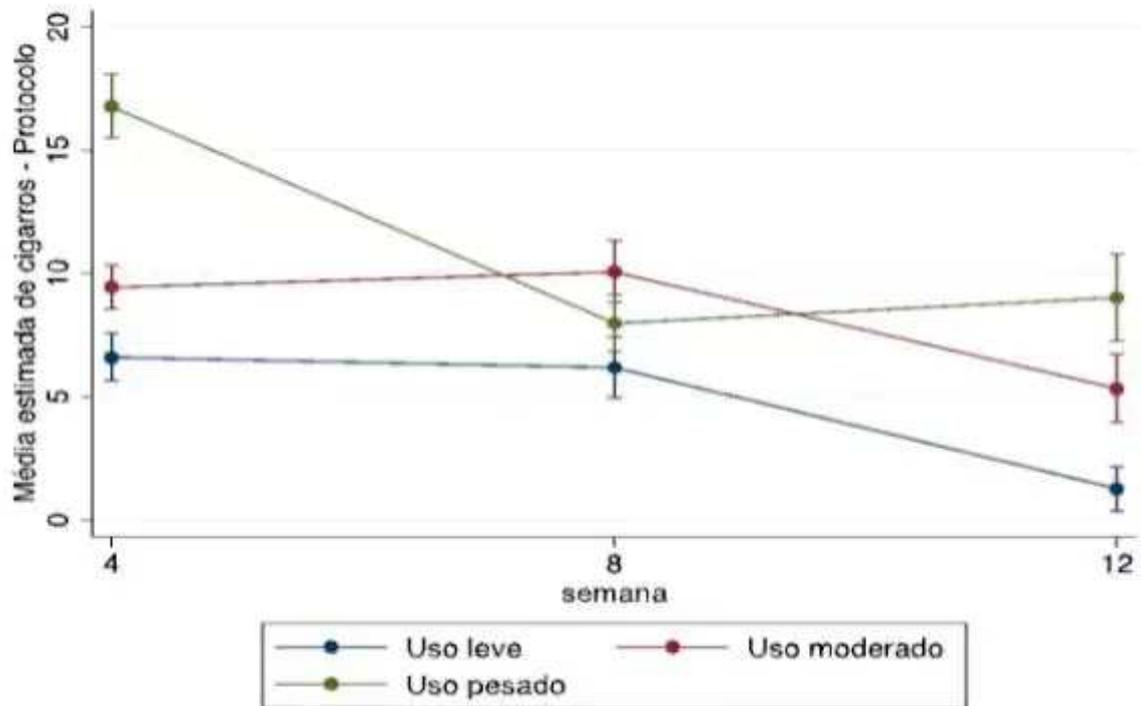


Fonte: A autora (2021)

O grupo Leve obteve 55,29% de participantes aderentes, representando o grupo com menor porcentagem de adesão quando comparado aos outros grupos e ao perfil geral (61,34%), enquanto o grupo Moderado apresentou 65,09% de pessoas nesta mesma situação e, por fim, o grupo Pesado permaneceu mais próximo do perfil geral e entre os dois grupos, com 62,82% de aderentes. Os resultados não foram estatisticamente significativos (p=0,37).

No gráfico 3, abaixo, podemos verificar o número de cigarros que cada grupo estava fumando na 4a, 8a e 12a semana de tratamento.

Gráfico 3 — Números de cigarros fumados na 4a, 8a e 12a semana de cada grupo

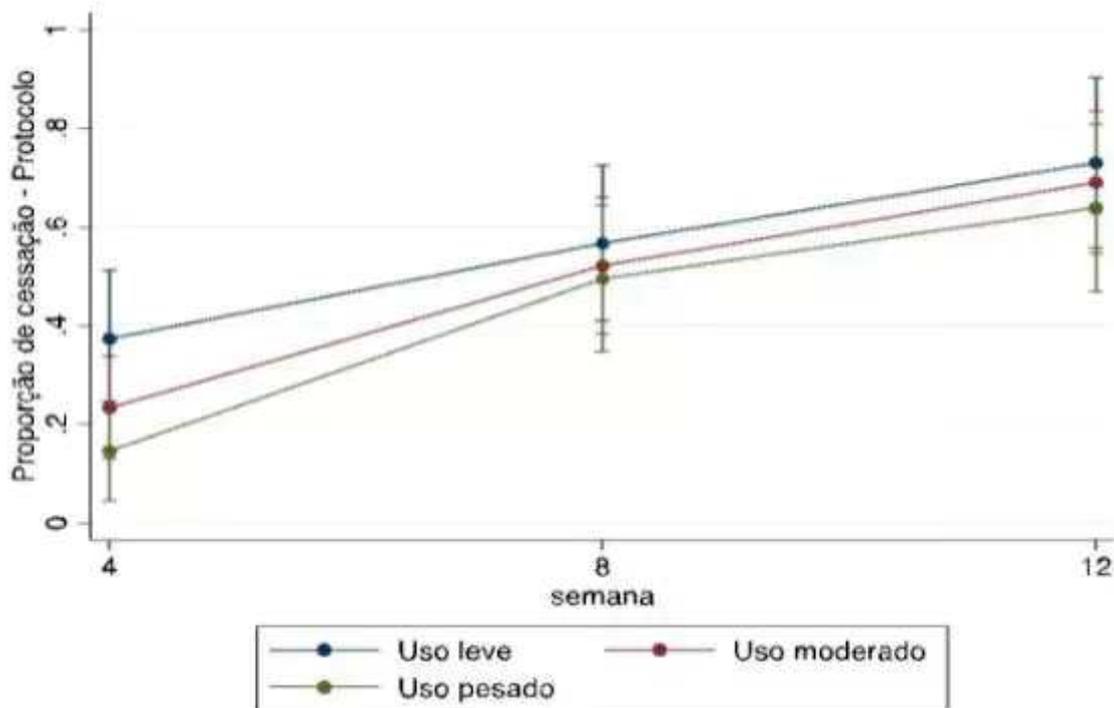


Fonte: Colugnati (2021)

De acordo com o gráfico acima, Observou-se que na quarta semana de tratamento os grupos apresentaram médias de cigarro diário diferentes ($p < 0,0001$), de forma esperada, as médias seguem o gradiente de uso leve, moderado e pesado. Nota-se que o grupo Leve apresentou a menor média de cigarros fumados durante as três etapas do tratamento em relação aos demais grupos, com uma média de $6,54 \pm 5,64$ cigarros fumados na quarta semana; $6,38 \pm 6,41$ na oitava e 2 ± 2 na décima segunda semana, demonstrando uma maior variação entre a oitava e a décima segunda semana ($p < 0,0001$). O grupo Moderado obteve uma média de $9,49 \pm 6,40$ cigarros na quarta semana; $10,4 \pm 8,37$ na oitava e na décima segunda semana, $5,57 \pm 2,57$, sendo que esta última média é diferente das demais com $p < 0,0001$. No grupo Pesado, foi observado o maior número de cigarros fumados ao decorrer das semanas, no entanto, é possível perceber uma maior variação em relação ao uso de cigarros entre a quarta e a oitava semana ($p < 0,0001$). Neste terceiro grupo, a média de cigarros fumados na quarta semana foi de $16,24 \pm 11,16$; $9,79 \pm 7,14$ na oitava e $9,5 \pm 11,11$ na décima segunda semana. De forma geral, na décima segunda semana, a ordem ainda se mantém a mesma da quarta semana, o que podemos entender como não há diferença do efeito do tratamento entre os três grupos, ou seja, todos diminuíram, mas na 12a semana, na mesma proporção relativa à 4a semana.

Logo abaixo, foram relatadas as porcentagens de participantes que haviam cessado o fumo na 4a, 8a e 12a semana, separados por grupos e comparando a um perfil geral. Foram realizadas as análises PP e ITT, como ilustrado nos gráficos 4 e 5.

Gráfico 4 — Cessação tabágica na 4a, 8a e 12a semana de cada grupo (PP)



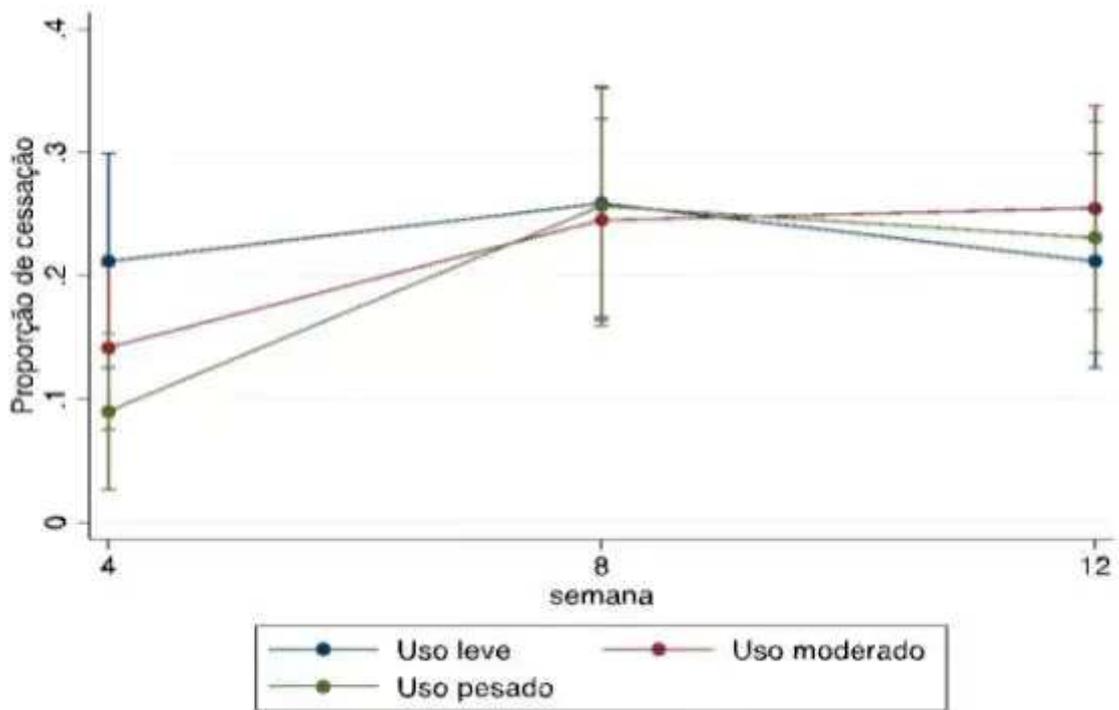
Fonte: Colugnati (2021)

De acordo com o Gráfico 4, observou-se que os grupos mantiveram uma linearidade de cessação ao longo das semanas e suas médias seguem o gradiente de uso leve, moderado e pesado. O grupo Leve apresentou aumento em relação à porcentagem de cessação, sendo 37,5% na quarta semana; 61,11% na oitava ($p=0,03$) e 81,82% na décima segunda semana ($p=0,001$). O grupo Moderado obteve uma porcentagem de 22,58% na quarta semana; 54,17% na oitava e na décima segunda semana, 77,78%, porém, não obteve significância estatística. No grupo Pesado, foi observado que a porcentagem na quarta semana foi de 14,89%; 47,62% na oitava e 64,29% na décima segunda semana. Podemos perceber que, mesmo com uma porcentagem de cessação abaixo dos outros grupos, o grupo Pesado foi o que demonstrou ter a maior variação entre a quarta semana e a décima segunda semana ($p=0,0140$).

No gráfico 5, abaixo, no qual foram demonstradas as porcentagens de cessação a partir da análise ITT, observamos que o grupo Leve apresentou uma porcentagem de 21,18% de cessação na quarta semana; 25,88% na oitava e 21,18% na décima segunda semana. Demonstrando um desempenho inferior em relação aos outros grupos no final do tratamento, na décima segunda semana ($p<0,0001$). Já o grupo Moderado, que encontrava-se entre os dois outros grupos, apresentou-se ao final como o grupo com a maior porcentagem de cessação. Este obteve uma porcentagem de 13,21% na quarta semana; 24,53% na oitava e na décima segunda semana, 26,42%. Contudo, podemos perceber que o grupo Pesado apresentou um progresso importante, quando observamos que este grupo ocupava o lugar de menor

porcentagem de cessação entre os grupos e terminou o tratamento, na décima segunda semana, como o segundo grupo que mais cessou, demonstrando uma grande variação ao longo do tratamento. A porcentagem de cessação na quarta semana foi de 8,97%; 25,64% na oitava e 23,08% na décima segunda semana ($p=0,0360$).

Gráfico 5 — Cessação tabágica na 4a, 8a e 12a semana de cada grupo (ITT)



Fonte: Colugnati (2021)

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar o perfil de fumantes com múltiplas condições crônicas atendidos em um ambulatório de tabagismo, utilizando os registros eletrônicos do serviço, que totalizou 364 usuários durante a realização de 54 grupos. Ao realizar as análises descritivas de todos os participantes que haviam passado pelo tratamento, encontramos a prevalência de um perfil mais expressivo de mulheres casadas, com uma média de $56,35 \pm 9,19$ anos, sem ocupação laboral formal no momento e que moravam em residência própria.

Diferente do que foi observado na presente pesquisa, de acordo com o último levantamento de dados realizado pelo Vigitel Brasil 2018, os homens ainda são maioria quando se trata de tabagismo (12,1%), enquanto as mulheres representam quase a metade (6,9%) (BRASIL, 2019). No entanto, a literatura aponta que outras pesquisas relacionadas a tratamento para cessação tabágica apresentam o sexo feminino enquanto maioria no que diz respeito à participação (BANHATO et al., 2020; PAIVA et al., 2017; MÜLLER et al., 2017). Tal discordância pode ser explicada pela população alvo avaliada, devido que há um maior número de mulheres utilizando os serviços de saúde enquanto os homens ainda apresentam uma certa resistência em acessar tais dispositivos, buscando ajuda quando as condições de saúde já estão muito avançadas, o que também acrescenta às análises comparativas um viés de maior sobrevida às mulheres. No entanto, esse cenário tem apresentado algumas mudanças ao decorrer dos anos devido a incentivos e programas de políticas públicas orientados à promoção da saúde para a população masculina (GREAVES et al., 2007).

A mulher está mais familiarizada com o cuidado de si e dos familiares, devido ao modelo de sociedade em que vivemos, que tradicionalmente centraliza a função do cuidado no feminino, o que pode gerar uma sobrecarga e vulnerabilidade a adoecimentos psíquicos. Há diferentes hipóteses sobre os motivos relacionados ao adoecimento que comumente atinge esse público, podemos citar a desigualdade de tarefas cotidianas que cada vez mais são conciliadas com trabalho doméstico e também formal, o alto índice de violência de gênero, a cobrança relacionada ao papel social da mulher entre outros.

Em relação à idade dos fumantes, evidenciamos na presente pesquisa que a maioria dos fumantes encontra-se na faixa etária de 55 a 64 anos e, em seguida, entre 45 e 54 anos. O inquérito telefônico nacional Vigitel Brasil 2018, em consonância com os dados deste trabalho, estima que a maior parte dos fumantes brasileiros encontram-se entre 55 a 64 anos de idade (12,3%), seguido da faixa etária de 45 a 54 anos com 11,1% dos fumantes (BRASIL, 2019). Os resultados reiteram os dados nacionais explicitados, em que os tabagistas encontram-se em sua maioria entre 45 e 64 anos, mesmo nesta população específica de doentes crônicos.

Nota-se um decréscimo do número de fumantes ao longo das faixas etárias, abaixo dos

64 anos de idade, possivelmente se relacionando com algumas intervenções implementadas pelo PNCT, com os objetivos de reduzir a iniciação precoce do tabagismo e estimular a cessação tabágica dos que se tornaram dependentes, a partir da década de 80 (BRASIL, 2001; CAVALCANTE, 2005). A partir de 1999 profissionais da saúde são capacitados para realizar a abordagem mínima em rotinas de atendimento, assim como a promoção de ambientes livres de tabaco, contribuindo para a diminuição da aceitação social do tabagismo ao decorrer da efetivação do PNCT (BRASIL, 2011). Além do mais, a proibição da propaganda do tabaco, o aumento das taxas dos cigarros e a ampliação do acesso a tratamento para tabagistas no SUS se configuram como estratégias coletivas bastante eficazes. Desse modo, observa-se que a diminuição da exposição ao tabaco entre os jovens e redução do tabagismo em adultos mais velhos demonstram os resultados das intervenções em saúde pública no Brasil (MALTA et al., 2018).

Em relação ao nível de escolaridade, observamos que quase a metade da população participante possui o ensino fundamental incompleto, em seguida, o ensino fundamental completo e, após, com uma porcentagem muito próxima, ensino médio completo ou mais. Quando comparados aos resultados apresentados pelo Vigitel Brasil 2018, obtemos que 13% dos fumantes brasileiros apresentam até 8 anos de escolaridade; 8,8% de 9 a 11 anos de escolaridade e 6,2% apresentam 12 anos ou mais (BRASIL, 2019). Em ambos os casos, a frequência de tabagismo diminuiu com o aumento da escolaridade.

De acordo com uma pesquisa domiciliar, realizada por amostragem, que utilizou um banco de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) referente ao período de 2008/09, com o objetivo de identificar os hábitos de consumo dos brasileiros, observou-se que a população tabagista apresentou um menor tempo de escolaridade que a não tabagista (BAZOTTI et al., 2016). Assim como o nível de escolaridade, a renda é um dos fatores considerados de risco quando se fala em condições crônicas (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2019). A literatura tem mostrado que a falta de acesso à renda e baixa escolaridade podem estar relacionadas com as dificuldades de acesso à medicina preventiva, de autocuidado e de qualidade de vida daqueles indivíduos que estão em situação de desigualdade social (MÜLLER et al., 2017). O estado de pobreza pode ser um dificultador para que o indivíduo tenha acesso aos serviços de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2010). Além do mais, a insuficiência de acesso a recursos que amenizem o sofrimento pode estar relacionado a busca pelo cigarro enquanto uma ferramenta possível para administrá-lo.

A presente pesquisa foi realizada com uma população caracterizada por possuir MCC. A partir dos dados levantados, obteve-se que a maioria dos fumantes são hipertensos, seguidos de uma grande porcentagem de diabéticos. Quase a metade da população estudada alegou ser sedentária. Dos 32,14% dos tabagistas que alegaram fazer uso de álcool, 38,71% constataram, através do AUDI-T, se tratar de um uso abusivo. Observou-se ainda que quase metade da amostra alegou ter ansiedade e/ou depressão enquanto condição psiquiátrica. A

ansiedade disfuncional pode ser vista como um importante fator a ser investigado e trabalhado durante o processo de cessação tabágica, uma vez que foram indicados como um dos principais gatilhos para o desejo de fumar, seguida do consumo de café e logo depois a dependência nicotínica. Além disso, a amostra ainda elencou a redução da tensão, em busca de relaxamento como sendo a principal motivação para o uso do tabaco.

De acordo com o inquérito telefônico nacional, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,7% e a frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 7,7%, entre os tabagistas, corroborando com a presente pesquisa. O Vigitel Brasil 2018 nos mostra ainda que 55,7% dos tabagistas brasileiros estão com excesso de peso, sendo que 13,7% alegaram ser adultos fisicamente inativos e, em relação ao uso de álcool, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias dos tabagistas brasileiros foi de 17,9% (BRASIL, 2019). A presente pesquisa apresenta uma estatística alta de uso abusivo de álcool quando comparada aos valores de referência nacional.

É importante salientar que, a partir da perspectiva do processo saúde-doença, os determinantes sociais da saúde podem ser constituídos, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, pelos fatores sociais, culturais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, se relacionando com problemas de saúde e seus fatores de risco. Após algumas atualizações a respeito deste conceito, entende-se que poderiam ser definidos como as condições sociais em que os indivíduos crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Dahlgren e Whitehead estabeleceram, a partir de seu modelo de camadas, que o primeiro nível seria composto por fatores relacionados ao comportamento e ao estilo de vida. Contudo, observa-se uma responsabilização unilateral dos sujeitos, ignorando o fato de que este nível está fortemente condicionado à alguns fatores como: o acesso à alimentação, educação e saúde de qualidade, espaços culturais e de lazer, veiculação de propagandas e pressão dos pares, entre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ROCHA; LAPREGA, 2011). Levando em consideração a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, as DCNT se relacionam com os hábitos de vida muito além de uma explicação de causa e efeito. É necessário também intervir coletivamente, para atuar nessa camada que diz respeito aos modos de vida de forma mais eficaz, levando em consideração a ampliação dos acessos a espaços e serviços públicos de qualidade, para além da promoção de mudanças de comportamento.

Em relação aos dados coletados sobre a história tabágica de cada participante, o tempo médio de consumo de cigarros foi de $37,63 \pm 11,63$ anos e a média de cigarros fumados por dia foi de $22,20 \pm 15,27$. Em um estudo epidemiológico do tipo transversal com 100 usuários de uma Unidade de Saúde da Família de um município da região centro-sul do estado do Paraná constatou a média de $17,7 \pm 10,7$ cigarros fumados diariamente (MÜLLER et al., 2017). Observa-se que a média do número de cigarros fumados diários encontrados na presente pesquisa está acima do que pode ser encontrado na literatura nacional e internacional.

Acreditamos que possa ser devido às características de MCC da amostra estudada. De acordo com o Relatório do Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco, no Brasil, o número médio de cigarros fumados por dia é de 17 cigarros (BRASIL, 2014).

Em relação às tentativas de cessar o tabagismo anteriores a este tratamento, 76,65% afirmaram ter tentado interromper o uso e, destes, 21,43% alegaram ter feito algum tipo de tratamento. Quando abordado sobre o número de tentativas de cessação, $2,36 \pm 2,31$ vezes em média foram as tentativas anteriores, corroborando com a literatura que verificou ser entre uma e três tentativas prévias de cessar o tabagismo realizadas pela maioria dos fumantes (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011).

Levando em consideração que uma porcentagem importante destes participantes já havia tentado cessar o tabagismo anteriormente, em alguns casos, mais de uma vez, podemos associar esses dados aos resultados encontrados a partir do instrumento URICA, no qual, quase metade da amostra estudada na presente pesquisa foi classificada no estágio de contemplação para mudança. Acredita-se que quando o indivíduo se encontra em estágio de contemplação, é capaz de perceber que existe um problema e considera a possibilidade de mudança. Geralmente, elabora vantagens e desvantagens em mudar o comportamento em questão. Contudo, pode permanecer por longos períodos em contemplação, assim como retornar a um estágio anterior (pré-contemplação) devido a característica de ambivalência (PEREIRA et al., 2018; SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008). Com isso, devido a esses fumantes já terem buscado ajuda anteriormente, podemos presumir que já houve alguma ponderação em relação ao comportamento de fumar.

Observamos que mais de metade da amostra analisada apresentou-se classificada com alta dependência nicotínica, através do instrumento para medir a dependência nicotínica – Fagerström. A literatura aponta para uma maior dificuldade em abandonar o hábito de fumar associada a escores mais altos do Fagerström (MÜLLER et al., 2017; PÉREZ-PADILLA et al., 2014). Percebemos ainda que a abstinência severa foi eleita enquanto principal motivo para recaída, reforçando a importância de se avaliar e classificar o nível de dependência nicotínica para planejar intervenções mais adequadas. O Escore de consumo situacional Issa (ISSA, 2012) é um instrumento que também contribui para a avaliação da dependência nicotínica e consequente definição de estratégias terapêuticas. Quase toda a amostra estudada obteve indicação para o uso de medicação devido à percepção da dependência destes participantes, de acordo com tal instrumento.

Todo perfil apresentado está distribuído de forma heterogênea entre os usuários do serviço da UAI-T. Visto que variáveis socioeconômicas, clínicas e de história tabágica podem se associar de forma complexa, dada a multifatorialidade das MCC, reduzir a dimensão do problema encontrando agrupamentos de usuários que compartilham determinado perfil pode auxiliar na exploração sobre a resolubilidade do tratamento.

Levando em conta as análises de agrupamento, foram obtidos três grupos, que

basicamente foram discriminados pelo nível de dependência ao tabagismo e uso de cigarros, mas que trazem nas caracterizações dos agrupamentos outros fatores importantes que devem estar associados a estes perfis tabágicos, descritos anteriormente nos resultados. Quando comparados os perfis aos desfechos do tratamento, foi possível observar algumas características como possíveis barreiras ou fortalezas encontradas para interrupção do tabagismo, associadas à adesão ao tratamento e cessação tabágica.

Em relação à adesão ao tratamento, o grupo Leve destacou-se como o grupo constituído pelos participantes menos aderentes, apesar de apresentar uma média muito próxima à média geral. Nesse perfil se evidenciou uma grande porcentagem de pessoas casadas e em atividade laboral formal. Especula-se que a diminuição da participação dos fumantes ao longo das reuniões pode ter relação com as variáveis *status* de relacionamento e laboral, dentre outras possibilidades de associações. Fatores como vínculo empregatício e ser casado podem ser protetivos por um lado, mas representar alguma dificuldade em manter a frequência nas reuniões. É possível encontrar na literatura que companheiros, colegas ou familiares do fumante podem influenciar na manutenção do tabagismo em situações que também façam uso do tabaco (MAIA; NASCIMENTO, 2015; BUSATO et al., 2015).

De acordo com uma pesquisa realizada no Município de Araranguá – SC, localizado no extremo Sul catarinense, com 109 participantes, foi constatado que houve uma porcentagem de abandono do tratamento de 40,4%, sendo citadas como uma das principais causas o vínculo de trabalho (ROCHA, 2020). Contudo, se faz necessário pensar sobre o papel que as relações de trabalho exercem nas vidas dos sujeitos e no âmbito da saúde. Situações desfavoráveis no mercado de trabalho podem representar um fator de risco para o uso de cigarros, dentre outros comportamentos prejudiciais à saúde, provavelmente associado ao menor recurso para atender as necessidades de vida dos sujeitos (BARROS et al., 2011; GIATTI; BARRETO, 2011). Além do mais, pode não haver incentivo para que o trabalhador disponibilize de seu horário de trabalho para participar das reuniões em busca de cessar o tabagismo, podendo até gerar um conflito com o empregador.

Encontra-se na literatura que o tabagismo pode ser mais frequente entre desempregados e trabalhadores informais, visto que se perceber em situações de instabilidade no trabalho e jornadas exploratórias, podem levar a busca por comportamentos que reduzem momentaneamente as tensões, como o uso de substâncias psicoativas. Nessas condições, o cigarro pode ajudar o sujeito a lidar com problemas objetivos e subjetivos, reduzindo algum mal-estar. Por outro lado, a literatura tem apontado para o auxílio que a atividade laboral pode exercer na cessação do tabagismo em locais que apresentem restrições ao fumo, principalmente em empregos formais, através das políticas de ambiente livre do tabaco (BARROS et al., 2011; GIATTI; BARRETO, 2011). O cuidado em saúde não pode ser realizado de forma descontextualizada e sem levar em consideração as relações de trabalho e de vida dos sujeitos. Vale ressaltar ainda que a inclusão dos familiares no tratamento para

qualquer tipo de dependência química é fundamental. É importante que haja discussões que levem em consideração os campos de trabalho como agentes promotores de saúde e, ao mesmo tempo, de adoecimento.

Em relação à variável cessação tabágica, o grupo Leve apresentou a maior porcentagem de interrupção do tabagismo na quarta semana de tratamento em ambas as análises (PP e ITT). Contudo, na décima segunda semana, observamos desfechos diferentes. Considerando que esse grupo possui características de uso leve do cigarro (uso de 10 cigarros ou menos por dia e grau de dependência nicotínica muito baixo e baixo), quando utilizadas as análises ITT, esperava-se que o desfecho na décima segunda semana de tratamento se assemelhasse ao desfecho encontrado na primeira estratégia de análise (PP). No que se refere ao estágio de motivação para mudança coletado durante a anamnese, onde foi avaliado em qual estágio cada participante se encontrava, foi possível observar que o grupo Leve apresentou a menor porcentagem de fumantes em estágio de contemplação e maior em estágio de ação.

De acordo com a literatura, quanto mais avançado nos estágios de prontidão para mudança o tabagista estiver, maiores serão as chances de conseguir alcançar a cessação tabágica (PAWLINA et al., 2014). Contudo, mesmo apresentando uma grande porcentagem de participantes em estágio de ação, o grupo Leve não se manteve em destaque de cessação ao longo das reuniões, se tratando das análises ITT. É importante destacar que a motivação está em constante mudança ao longo do processo. O tratamento para cessar o tabagismo, assim como qualquer tratamento para dependência química deve ser pautado em estimular o paciente a caminhar pelos estágios de motivação. Ao se encontrar em estágios avançados e se deparar com um modelo de tratamento mais inicial, o fumante pode se sentir desestimulado a dar continuidade aquele tratamento. Se faz necessário pensar sobre um modelo de tratamento que as intervenções se adaptem aos estágios de motivação para a mudança, se apresentem mais flexíveis e menos protocoladas e abarquem as singularidades dos sujeitos.

O grupo Moderado apresentou a maior porcentagem de participantes que aderiram às reuniões. Em relação a variável cessação tabágica, observamos diferentes desfechos a partir das duas estratégias de análises adotadas (PP e ITT). Destacou-se como o grupo com a maior porcentagem de cessação ao final do tratamento quando consideradas as análises ITT.

Uma pesquisa realizada em Alfenas com o objetivo de analisar os fatores que contribuíram para o abandono do tabagismo pelo Programa “Alfenas Livre do Tabaco” encontrou uma associação significativa entre o número de comparecimento nas sessões do programa pelo paciente e a cessação tabágica. De acordo com os resultados do estudo supracitado, foi verificado que, dos fumantes que compareceram a todas as reuniões, 81% pararam de fumar; enquanto, os que compareceram entre cinco e sete encontros, 50% conseguiram interromper o tabagismo e, dos que compareceram entre uma a quatro sessões, apenas 11,1% cessaram o fumo (PAIVA et al., 2017).

Assim como a pesquisa mencionada e os resultados encontrados no presente trabalho, a literatura tem apontado para um aumento da possibilidade de sucesso em interromper o tabagismo na medida em que o contato da equipe de saúde com os participantes do tratamento se torne mais frequente. Observa-se uma importante associação entre o trabalho constante do profissional de saúde com a manutenção da motivação em buscar a cessação do tabagismo (BUSATO et al., 2015; GARCIA et al., 2018). Para cessar o uso do cigarro é fundamental desenvolver habilidades e se fortalecer a partir da troca de experiências em grupo. Além do mais, as reuniões podem representar uma rede de apoio a partir das trocas de experiências ao longo dos encontros. O grupo Moderado foi constituído por pessoas que já tentaram cessar o tabagismo em outros momentos, inclusive participando de tratamentos anteriores, reforçando a associação entre o número de tentativas e o sucesso na cessação.

Os indivíduos se constituem a partir de suas relações e por isso, acredita-se no potencial de mudança a partir das intervenções em grupo no campo da saúde. Os grupos relacionados a cessação do tabagismo contam com a identificação entre pares, fator importante pois os auxilia no compartilhamento de dificuldades e estratégias exitosas. Além disso, os grupos como dispositivos de promoção de saúde, buscam realizar ações educativas em saúde, de modo a fomentar o aprendizado de competências pessoais e sociais, relacionadas à resolução de problemas, comunicação assertiva, regulação emocional entre outras. Destaca-se a importância dessas ações estarem sempre orientadas à fomentação da autonomia dos indivíduos, os tornando ativos nesse processo de aprendizagem e reforçando a capacidade de gestão da sua própria saúde (SANTOS; RENOVATO, 2018; AGUIAR et al., 2009; CAMPBELL, 2004).

O grupo Pesado, assim como os outros grupos, apresentou diferentes desfechos nas estratégias de análises adotadas (PP e ITT) em relação à cessação tabágica. Apresentou porcentagens abaixo de ambos os perfis na quarta semana de tratamento e acima do grupo Leve na décima segunda semana, quando realizadas as análises ITT. Podemos observar que o grupo Pesado possui um padrão de uso pesado e prolongado de tabagismo, além de ter apresentado o maior número de cigarros fumados ao longo do tratamento. É o grupo que apresentou a maior concentração de pessoas sedentárias, em uso de álcool e com a condição crônica Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), além da prevalência de ansiedade autodeclarada. Não é novidade estudos que discutem algumas das doenças tabaco relacionadas, como a DPOC, e alguns fatores ditos de risco associados ao tabagismo, como o sedentarismo e uso abusivo de álcool.

Contudo, se percebe uma contradição em relação ao que a literatura tem apontado quando se fala em barreiras para cessar o tabagismo. Esperava-se que esse grupo apresentasse maiores dificuldades em cessar o tabagismo devido ao grau de dependência nicotínica muito elevado, além de fatores já percebidos como barreiras durante o processo de cessação, sendo estes a prevalência de ansiedade e sedentarismo autodeclarados. Estudos apontam para um

grau de dependência nicotínica alto como a maior causa de falha na cessação do tabagismo (CHEAN et al., 2019). No entanto, na presente pesquisa, diferente do que a literatura tem discutido, constatou-se que este grupo não chegou ao pior desfecho e obteve um certo progresso, quando comparado ao grupo Uso Leve.

Diversos estudos que se propõem a investigar fatores relacionados ao tabagismo discorrem sobre condições psicopatológicas, destacando-se a ansiedade e a depressão. São hipotetizadas diversas relações entre estes fatores e o uso do tabaco, assim como entre dependência nicotínica e curso do tratamento. Castro et al. (2007), avaliou a associação entre a qualidade de vida e a gravidade da dependência do tabaco em uma amostra de 276 dependentes do cigarro da população geral, sem doenças tabaco-relacionadas e constatou que os tabagistas com maior dependência apresentavam mais sintomas de ansiedade e de depressão.

Em outro estudo, em Araranguá-SC, onde foram analisados os fatores envolvidos no abandono do tratamento em participantes de um Programa de Controle do Tabagismo, foi constatado que o principal problema de saúde identificado durante a entrevista de abandono do tratamento foi a depressão autorreferida. A autora afirma, a partir de tais resultados, que pode haver uma possível associação da redução de cessação do tabagismo em fumantes com depressão e conclui que as condições psiquiátricas depressão e ansiedade em tabagistas podem representar barreiras na busca pela cessação do tabagismo (ROCHA, 2020).

Na presente pesquisa, não foram observados valores significativos relacionados à depressão enquanto um fator de grande influência dentro do tratamento, diferente do que a literatura discute, como visto acima. Discutir comorbidades psiquiátricas relacionadas ao tabagismo é fundamental para potencializar o tratamento oferecido aos fumantes, no entanto, é importante refletir sobre o adoecimento psíquico e suas implicações. Nesse sentido, entende-se que a saúde mental pode ser vista como um produto de múltiplas e complexas interações, incluindo os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Entender o impacto de fatores como educação, pobreza, desigualdade, violência de gênero e exclusão social, entre outros, na saúde mental e, conseqüentemente, na saúde física dos sujeitos, permite pensar em formas de uma melhoria das condições de vida dos indivíduos e como efeito, na melhoria dos níveis de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Contudo, levando em consideração a perspectiva dos fatores determinantes da saúde mental e sua influência no tratamento para interromper o uso do cigarro, além de identificar condições psiquiátricas como barreiras para cessar o tabagismo, deve se considerar que haja intervenções direcionadas à ampliação dos repertórios de vida dos sujeitos. Para que isso ocorra, é fundamental que os modelos de tratamento se aproximem mais das realidades concretas dos indivíduos e suas complexidades, buscando uma construção mais participativa e compartilhada. Sendo necessário, ainda, para se obter uma maior diversidade, que a multidisciplinaridade seja fortalecida enquanto estratégia nos contextos de saúde, aliada a modelos de tratamento que se aproximem cada vez mais de diferentes públicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar o tratamento para cessar o tabagismo oferecido pela UAI-T, com base em registros ambulatoriais de um prontuário eletrônico. Constavam no banco de dados 364 usuários e haviam sido realizados 54 grupos de tratamento para cessação. Em um primeiro momento, foram realizadas análises gerais para descrever o perfil de toda a população estudada e, após, através das análises de cluster, foram obtidos três perfis de fumantes, os quais foram comparados em relação ao desfecho de tratamento e comportamento tabágico.

A partir dos resultados obtidos foi possível discutir a importância de alguns fatores vinculados ao sujeito que faz uso de tabaco, como: as relações interpessoais e o papel do trabalho na vida desses sujeitos; a motivação para a mudança de comportamento; a influência do contato da equipe de saúde, assim como a utilização de grupos enquanto ferramenta em saúde

É sabido que o tabagismo está associado a diversas complicações de saúde e, ainda, somado a outras condições crônicas, obtemos um cenário de perda de qualidade de vida e manutenção de determinadas situações de desigualdade social. Contudo, levando em consideração a complexidade que envolve o processo saúde-doença, sendo necessário a participação de toda a estrutura social, é de suma importância problematizar o tratamento para cessar o uso do tabaco, para que profissionais da área da saúde possam aprimorar o seu cuidado. Além do mais, é preciso enxergar o sujeito e suas relações enquanto dimensões constituintes importantes e não como se houvesse uma independência entre os chamados campos da vida daquele sujeito. A adesão ao tratamento proposto, por exemplo, não se reduz simplesmente a um conjunto de comportamentos, mas podemos considerar que é um processo que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano daquele sujeito.

O objetivo geral do trabalho de analisar o perfil dos fumantes com múltiplas condições crônicas inseridos no tratamento oferecido pela UAI-T e avaliar os resultados desse acompanhamento em termos de adesão, comportamento de uso do tabaco e cessação ao final, foi devidamente discutido e alcançado, contudo, não foi possível realizar o objetivo de avaliar os resultados do tratamento quanto à cessação tabágica a partir de um questionário telefônico já estruturado pois muitos dos contatos daqueles usuários que haviam passado pelo tratamento estavam desatualizados, portanto, não foi possível falar com aquelas pessoas para verificar seu estado tabágico atual.

Em relação às limitações, destaco que por se tratar de um serviço que funciona para além da pesquisa proposta, havia fichas preenchidas de modo incompleto, acredito que seja por causa da necessidade de dinamizar o tempo disponibilizado para aqueles encontros ou devido a necessidade de flexibilidade e adaptação mediante imprevistos para que o tratamento pudesse ocorrer da forma mais eficiente possível e, devido a perdas de determinados dados, algumas das análises não apresentaram significância estatística.

Por fim, a presente pesquisa não pretende esgotar o assunto, visto se tratar de uma temática complexa e igualmente importante. Os resultados reforçam a relevância da discussão que envolve o engajamento numa abordagem coletiva ao tabagismo para que os gestores e profissionais da área da saúde possam auxiliar na construção de políticas públicas e práticas em saúde que se aproximem cada vez mais da realidade concreta dos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Filomena Frazão *et al.* O projecto nacional de educação pelos pares da Fundação Portuguesa “A comunidade contra a sida” em escolas EB2/3 do Porto. **Universidade do Minho. Centro de Investigação em Educação (CIEd)**, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/32641>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. Relatório do Projeto ITC-Brasil. Resultados das Ondas 1 e 2 da Pesquisa (2009-2013) maio 2014: Sumário executivo. **Relatório do Projeto ITC-Brasil. Resultados das Ondas 1 e 2 da Pesquisa (2009-2013) maio 2014**, Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (CETAB), 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio-do-projeto-itc-brasil-sumario-executivo-2014.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, p. 127-131, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- ANDRADE, Bárbara Any Bianchi Bottaro. **Barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a manutenção da cessação tabágica no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas**. Juiz de Fora, 2016. 105 p Dissertação (Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1762/1/barbaraanybianchibottarodeandrade.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- AVEYARD, Paul; RAW, Martin. Improving smoking cessation approaches at the individual level. **tobacco control**, v. 21, n. 2, p. 252-257, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050348>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- AZEVEDO, Renata Cruz Soares *et al.* Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, p. 593-596, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500025>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- BABOR, T. F. *et al.* AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. **Organização Mundial de Saúde/Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias**, Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho *et al.* Smoking Cessation in Clinical Practice: Experience of a Multidisciplinary Team in Smokers with Multiple Chronic Conditions. **Journal of Integrative Cardiology**, Science Repository, v. 3, n. 3, p. 4-7, 2020. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2a1d/3bca21d3970090a22d8d43338c2c56321f75.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- BARROS, Aluísio J. D. *et al.* Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3707-3716, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c7fXXWnLxDH4Xc9JfPFkb4j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BAZOTTI, Angelita *et al.* Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 45-52, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.16802014>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BECOÑA, E. Evaluación de la conducta de fumar. In Graña JLG ed. **Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento**, Madrid, 1994.

BRASIL. **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro, 2001. 38 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tratamento-consenso.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS**. 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/regulamentacao/boletim-brasileiro-de-avaliacao-de-tecnologias-em-saude-brats/boletim-brasileiro-de-avaliacao-de-tecnologias-em-saude-brats-no-12.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador**. 2005. Disponível em: <http://controlecancer.bvs.br/>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/caderno_40.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=291110&view=detalhes>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina**. 2013 p. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/25092135-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-dependencia-a-nicotina-inca-2014.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/nota-tecnica-tabaco-uma-ameaca-ao-desenvolvimento-2017.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013**. 2017. 160 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** . Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** . Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2019. Disponível em: . Acesso em: 23 abr. 2022.

BUSATO, Maria Assunta *et al.* Tabagismo: Motivos da cessação e da recaída na população de um NASF. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 11, n. 20, p. 127-137, jun 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CAMPBELL, Catherine. Creating environments that support peer education: experiences from HIV/AIDS-prevention in South Africa. **Health education**, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/09654280410546682>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CARMO, Juliana Teixeira; PUEYO, Antonio Andrés. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, p. 73-80, 2002. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1798&fase=imprime. Acesso em: 23 abr. 2022.

CASTRO, Maria da Graça *et al.* Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/wLbMQGCL87cLfQcdPMDtKGL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CAVALCANTE, Tânia Maria *et al.* Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00138315>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, p. 283-300, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/qfTsDPcjGpb5WLpQ3PpJbWw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso

em: 23 abr. 2022.

CHEAN, Kooi-Yau *et al.* Barriers to smoking cessation: a qualitative study from the perspective of primary care in Malaysia. **BMJ open**, v. 9, n. 7, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025491>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CORRÊA, Ana Paula Almeida ; ECHER, Isabel Cristina. Perfil e motivação para a cessação do tabagismo em pacientes cirúrgicos hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 69-76, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49133>. Acesso em: 23 abr. 2022.

DICLEMENTE, Carlo C; VELASQUEZ, Mary Marden. Motivational interviewing and the stages of change. **Motivational interviewing: Preparing people for change**, v. 2, p. 201-216, 2002. Disponível em: https://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub_32/163623.pdf#page=222. Acesso em: 23 abr. 2022.

DROPE, J. *et al.* The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies.. **American Cancer Society**, 2018. Disponível em: www.tobaccoatlas.org. Acesso em: 23 abr. 2022.

FACINA, Tais. Pesquisa especial de tabagismo (PETab) – relatório Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 3, p. 429-430, 2011. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_57/v03/pdf/17_resenha_pesquisa_especial_tabagismo_p_etab_relatorio_brasil.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

FREITAS, Sandra *et al.* Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa.. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 9, n. 3, p. 345-357, 2010. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Avaliacaopsicologica/2010/vol9/no3/1.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GALIL, Arise Garcia de Siqueira *et al.* Factors Associated With Tobacco Use Among Patients With MCC: Multidisciplinary Visions about the Lifestyle on Health and Cardiovascular Disease. **Lifestyle in Heart Health and Disease**, p. 233-244, 2018. Academic Press. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811279-3.00019-7>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GALIL, Arise Garcia de Siqueira. **Influência do uso do tabaco em população com múltiplas condições crônicas**. Juiz de Fora, 2016 Tese (Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira) - Universidade Federal de Juiz de Fora (ufjf), Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/3695>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GARCIA, Thaís *et al.* Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 1, p. 42-48, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000026>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GAYA, Carolina de Meneses. **Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco**. Ribeirão Preto, 2011 Tese (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) - Universidade de São Paulo, Ribeirão

Preto, 2011. Disponível em: [10.11606/T.17.2011.tde-26092011-144558](https://doi.org/10.11606/T.17.2011.tde-26092011-144558). Acesso em: 23 abr. 2022.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria . Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1132-1142, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Wn8vHSpGxpS7Yvvp9q4tJNw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GOODMAN, Richard A. *et al.* IOM and DHHS Meeting on Making Clinical Practice Guidelines Appropriate for Patients with Multiple Chronic Conditions. **The Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 3, p. 256-259, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1646>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GORIN , Sherri Sheinfeld; HECK, Julia E.. GORIN, Sherri Sheinfeld; HECK, Julia E. Meta-analysis of the efficacy of tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers**, v. 13, n. 12, p. 2012-2022, 2004. Disponível em: <https://cebp.aacrjournals.org/content/13/12/2012.short>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GOULART, Flavio Alberto de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. **Brasília: Organização pan-americana da saúde**, 2011.

GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu *et al.* Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do Sul de Minas Gerais, Brasil. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 20, n. 1, p. 75-88, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441815007>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GREAVES, Lorraine *et al.* **Gender and tobacco control: a policy brief**. World Health Organization, 2007.

HARRIS, Paul A. *et al.* Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 42, n. 2, p. 377-381, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>. Acesso em: 23 abr. 2022.

HIGGINS-BIDDLE, John C. ; BABOR, Thomas F.. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, p. 578-586, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1456545>. Acesso em: 23 abr. 2022.

HWANG, Wenke *et al.* Out-Of-Pocket Medical Spending For Care Of Chronic Conditions. **Health affairs**, v. 20, n. 6, p. 267-278, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.267>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ISSA, Jaqueline Scholz. Um novo escore para dependência a nicotina e uma nova escala de conforto do paciente durante o tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, p. 761-765, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/L4WSFCPmtRgdfDRnyg7nDxp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

- JOMAR, Rafael Tavares; PAIXÃO, Louise Anne Reis; ABREU, Ângela Maria Mendes. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14950/7929>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- KROENKE, Kurt ; SPITZER , Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. . The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Medical care**, v. 41, p. 1284-1292, 2003. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3768417>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- LEVY , David; ALMEIDA, Liz Maria; SZKLO, Andre . The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. **PLoS medicine**, v. 9, n. 11, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- LONDERO, Ana Clara de Carvalho. Nível de conhecimento dos fumantes do centro Hiperdia Juiz de Fora, sobre doença periodontal. **Periodontia**, v. 28, n. 1, p. 7-12, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882653>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MAIA, Lisandra Iaponira Henrique; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. Percepções e dificuldades de fumantes na cessação do hábito de fumar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 105-116, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i2.2173>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134915>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MARTINS, Letícia Neves *et al.* Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. **Rev Bras Cardiol**, v. 24, n. 5, p. 299-307, 2011. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/24/pdf/v24n5a05.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MEIER, Denise Andrade Pereira; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. **Espaço para Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-44, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2011v13n1p35>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MEIRELLES, Ricardo Henrique S *et al.* Tabagismo - parte 2. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 3, p. 257-77, 2010.
- MENESES-GAYA, Izilda Carolina *et al.* As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, p. 73-82, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000100011>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- MIRRA, Antonio Pedro *et al.* Tabagismo - parte I. **Revista da Associação Médica Brasileira**

, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto *et al.* Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, p. 527-534, 2007.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 497-509, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>. Acesso em: 23 abr. 2022.

MÜLLER, Erildo Vicente *et al.* Fatores associados ao tabagismo em usuários da estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50600>. Acesso em: 23 abr. 2022.

NASREDDINE, Ziad S. *et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 4, p. 695-699, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>. Acesso em: 23 abr. 2022.

NETZER, Nikolaus C *et al.* Using the Berlin Questionnaire To Identify Patients at Risk for the Sleep Apnea Syndrome. **Annals of internal medicine**, v. 131, n. 7, p. 485-491, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00002>. Acesso em: 23 abr. 2022.

OLIVEIRA, Renata Marques; SANTOS, Jair Lício Ferreira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Prevalence and smokers' profile: comparisons between the psychiatric population and the general population. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2976.3149>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10**. 4 ed. São Paulo: EdUSP, v. 1, 1997.

PAIVA, Maria Rita Alves Barbosa *et al.* Grupo de apoio ao tabagista na estratégia de saúde da família: fatores de sucesso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 2, p. 436-448, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i2.3249>. Acesso em: 23 abr. 2022.

PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo *et al.* Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014>. Acesso em: 23 abr. 2022.

PEREIRA, Antonio Augusto Claudio *et al.* Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.55096>. Acesso em: 23 abr. 2022.

PINTO, Márcia Teixeira ; PICHON-RIVIERE, Andres ; BARDACH, Ariel . Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1283-1297, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192013>. Acesso em: 23 abr. 2022.

PINTO, Márcia; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, p. 1234-1245, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600016> . Acesso em: 23 abr. 2022.

PÉREZ-PADILLA, Rogelio *et al.* Combate a doenças respiratórias: esforços divididos levam ao enfraquecimento. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 40, n. 03, p. 207-210, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000300001> . Acesso em: 23 abr. 2022.

ROCHA, Bruna Vanti da. **Análise do abandono do tratamento antitabagismo em Araranguá ? SC**. Araranguá, 2020 Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216682>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; LAPREGA, Milton Roberto. Os determinantes sociais da saúde. **Política e Gestão Pública em Saúde**, São Paulo: Hucitec, p. 219-41, 2011. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/2016-MSPSC-Determinantes-Sociais-da-Sa%C3%BAde-Cap-3.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

RODRIGUES, Breno Jorge Costa; JÚNIOR, Orlando Velozo. Intervenções com grupos e tabagismo: relato de experiência no contexto do sistema único de saúde brasileiro sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/60>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SANTOS, Fernanda Ávila Marques; RENOVATO, Rogério Dias. **Tecnologia Educacional Em Saúde**: Material de apoio acerca da cessação do tabagismo. Dourador - MS, 2018. 37 p Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Pós Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde) - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados - MS, 2018.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4**, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/269298/mod_resource/content/1/Saude%20no%20Brasil%20artigo%204%20Lancet%202011.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas: Szupszynski. **Psico-USF**, v. 13, p. 31-39, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000100005> . Acesso em: 23 abr. 2022.

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: teoria e prática**, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193818625012>. Acesso em: 23 abr. 2022.

UPPAL, Navneet *et al.* The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting, and tobacco control policies among continuing smokers. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-432>. Acesso em: 23 abr. 2022.

VAZ, A. P. *et al.* Tradução do Questionário de Berlim para língua Portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 17, p. 59-65, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(11\)70015-0](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(11)70015-0). Acesso em: 23 abr. 2022.

VELASQUEZ, Mary Marden *et al.* Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual. **Guilford Publications**, 2015.

WARSHAW, Gregg. Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. **Generations**, v. 30, n. 3, p. 5-10, 2006. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/asag/gen/2006/00000030/00000003/art00002>. Acesso em: 23 abr. 2022.

O. **WHO framework convention on tobacco control**. World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008**: the MPOWER package. World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011**: Warning about the Dangers of Tobacco. World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2019**: Offer help to quit tobacco use. World Health Organization, 2019.

Abordagem individual:										Observações pós reuniões:
Datas	Ações									
Sensibilização:										
Escala de Motivação em parar de fumar										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº cigarros fumados/ dia:										
1ª reunião:										
Escala de Motivação em parar de fumar										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº cigarros fumados/ dia:										
2ª reunião										
Escala de Motivação em parar de fumar										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº cigarros fumados/ dia:										
3ª reunião										
Escala de Motivação em parar de fumar										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº cigarros fumados/ dia:										
4ª reunião										
Escala de Motivação em parar de fumar										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº cigarros fumados/ dia:										

Anexo 2 - AUDIT C – Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Nome: _____ Data: ____/____/____ Grupo: _____

AUDIT C – Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Informe ao entrevistado que irá fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?
 0. Nunca
 1. Mensalmente ou menos
 2. De 2 ou 4 vezes por mês
 3. De 2 a 3 vezes por semana
 4. Quatro ou mais vezes por semana

2. Quantas doses de álcool você consome tipicamente ao beber? (UTILIZE A DOSE PADRÃO ABAIXO)
 0. 1 ou 2
 1. 3 ou 4
 2. 5 ou 6
 3. 7, 8 ou 9
 4. 10 ou mais

3. Com que frequência você consome 5 ou mais doses de uma vez? (UTILIZE A DOSE PADRÃO ABAIXO)
 0. Nunca
 1. Menos que 1 vez ao mês
 2. Mensalmente
 3. Semanalmente
 4. Todos ou quase todos os dias

Equivalências de Dose Padrão

Cerveja: 01 copo (chope = 300 ml); 01 lata = 01 "dose" ou 01 garrafa = 02 "doses".

Vinho: 01 copo comum (250 ml) = 02 "doses" ou 01 garrafa = 02 "doses".

Cachaça, Vodka, Uísque ou conhaque: "meio copo americano" (50 ml) = 1,5 "doses", ou 01 garrafa = mais de 20 "doses".

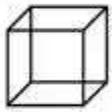
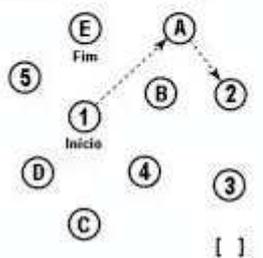
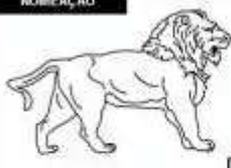
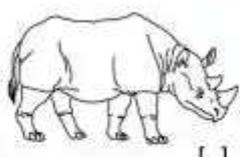
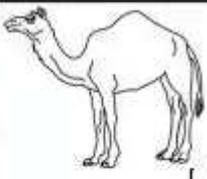
Uísque, rum, licor, etc: 01 "dose de dosador" (40 ml) = 01 "dose".

Resultado: _____

Anexo 3 - MoCA – Instrumento de rastreo de declínio cognitivo

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Versão Experimental Brasileira

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
 Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA				Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (1 ponto)		Pontos	
		[]		[]		[] [] []		Contorno Números Ponteiros	
NOMEAÇÃO								[] [] []	
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.		Rato [] Vichuá [] Igreja [] Margarida [] Vermelho []		8 tentativas [] 2 tentativas []		Sem Pontuação	
ATENÇÃO		Leia a sequência de números (1 número por segundo).		O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem inversa [] 7 4 2		[] [] [] [] [] []		2 1 8 5 4 7 4 2	
LINGUAGEM		Repete: Eu sou o rei que é João quem será ajudado hoje. []		O gato sempre se esconde sob o sofá quando o cachorro está na sala. []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []	
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja - fruta [] trem - bicicleta [] relógio - réguas []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []	
EVOCAÇÃO TARDIA		Deve recordar as palavras SEM PISTAS []		Rato [] Vichuá [] Igreja [] Margarida [] Vermelho []		[] [] [] [] [] []		Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
OPCIONAL		Pista de categoria []		Pista de múltipla escolha []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []	
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês [] Mês [] Ano []		[] Dia da semana [] Lugar [] Cidade []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)								TOTAL: Adicionar 1 pt se < 12 anos de escolaridade []/30	