



ELISA DE ALMEIDA RAVARENA

**PERFIL DOS PARTICIPANTES E A TAXA DE EFICÁCIA DO PROGRAMA DE
CONTROLE DO TABAGISMO NA CIDADE DE TIBAGI-PR**

GUARAPUAVA

2023

ELISA DE ALMEIDA RAVARENA

**PERFIL DOS PARTICIPANTES E A TAXA DE EFICÁCIA DO PROGRAMA DE
CONTROLE DO TABAGISMO NA CIDADE DE TIBAGI-PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora, como critério para obtenção do grau de bacharel (a) em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Eros Uriel Rodrigues

Coorientadora: Ana Paula Quadrado Rolim Berke

GUARAPUAVA

2023

Dedico esse trabalho aos meus pais e ao meu irmão, por todo apoio nesta jornada, sem vocês eu nada seria. Obrigada por serem meus exemplos de força, fé e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, por toda a ajuda, compreensão e amor dados a mim, com certeza vocês foram minha maior motivação.

Aos meus pais por todo apoio incondicional dado a mim até aqui, por todo carinho, compreensão e esforço diário, vocês são meus maiores exemplos. Ao meu pai, Edson, por todo carinho e abraços, que confortam a alma em momentos de tantas cobranças. A minha mãe, Emanuelle, por todo cuidado e suporte, principalmente emocional para que este momento chegasse e estivesse perfeito. Faltariam páginas para que eu pudesse realizar o agradecimento que vocês dois merecem.

Ao meu irmão, Eduardo, por ser meu companheiro de todos os momentos desta vida, que neste momento, sendo meu calouro, me faz ter ainda mais vontade de ser uma ótima profissional, com quem ele sempre possa contar, em todos os aspectos que nos unem.

Aos meus amigos, por sempre compartilharmos as inseguranças, as alegrias, e por todos os momentos vividos em toda essa trajetória, e por termos formado uma segunda família, onde sempre temos a quem recorrer quando necessário.

Aos meus orientadores, Dr. Eros e Dra. Ana Paula, por tirarem todas as minhas dúvidas e me guiarem para que o presente trabalho estivesse sempre o mais perto da realidade possível, vocês são exemplos de profissionais, tanto na parte técnica quanto na parte ética, e faço questão de me espelhar em vocês, para exercer uma medicina mais humanizada.

A Ana Paula Santana Fernandes Burgos e Ana Cláudia Mercer, funcionárias da Vigilância Epidemiológica de Tibagi, por todas as tardes compartilhadas, e por toda ajuda que me deram, principalmente durante o recrutamento dos pacientes, vocês foram essenciais para que este trabalho se tornasse realidade.

RESUMO

Com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente na atenção básica, houve uma mudança na abordagem, orientações e tratamento do paciente tabagista. Com a realização de algumas reuniões individuais ou em forma de grupo de apoio, orientações pela equipe de saúde e com o uso de alguns medicamentos oferecidos gratuitamente, diversos pacientes conseguiram abandonar o vício, porém, tal feito não é uma tarefa fácil de se conseguir, pois diversos fatores familiares, psicológicos, culturais e sociais podem interferir no processo de cessação do tabagismo. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, observacional e também descritiva, composta por uma análise dos prontuários existentes no arquivo do PNCT na cidade de Tibagi-PR e pela aplicação de um questionário elaborado com o intuito de compreender o perfil dos pacientes que passaram pelo programa, e se os mesmos conseguiram alcançar o abandono do cigarro.

Palavras-Chave: Tabagismo; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Tabagista; Abandono do Tabaco; Tibagi.

ABSTRACT

During the creation of the National Tobacco Control Program (PNCT) and its implementation in the Unified Health System (SUS), especially in primary care, there has been a change in the approach, guidance and treatment of smoking patients. With a few individual meetings or support groups, guidance from the health team and the use of some medicines offered free of charge, many patients have managed to give up their addiction. However, this is process easy task to achieve, as various process, psychological, cultural and social factors can interfere with the process of quitting smoking. This is a quantitative, cross-sectional, observational and descriptive study, consisting of an analysis of medical records from the PNCT archive in the municipality of Tibagi-PR and the application of a questionnaire's aim of finding out the profile of patients who have been through the program and whether they have managed to quit smoking.

Keywords: Smoking; National Tobacco Control Program; Smokers; Quitting Tobacco.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Número de pacientes incluídos e excluídos conforme descrito na metodologia
- Figura 2 - Gráfico Média do Resultado do Teste de Fagerström e média dos pacientes que cessaram o tabagismo
- Tabela 1 - Número de consultas relatadas nos prontuários dos participantes e se houve ou não cessação do vício
- Tabela 2 - Variáveis versus Status do vício do paciente
- Tabela 3 - Comorbidades relatadas em prontuário
- Tabela 4 - Medicamentos fornecidos para os pacientes versus Status do vício do paciente
- Tabela 5 - Análise do perfil dos participantes via questionário
- Tabela 6 - Média de idade na época em que foi aplicado o questionário e resultado do Teste de Fagerström nos pacientes que não cessaram o vício
- Tabela 7 - Teste de Fagerström

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CID	-	Código Internacional de Doenças
DM	-	Diabetes Mellitus
DPOC	-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
INCA	-	Instituto Nacional do Câncer
IPI	-	Imposto sobre Produtos Industrializados
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PNCT	-	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRN	-	Terapia de Reposição de Nicotina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 O Programa Nacional do Controle do Tabagismo	12
2. METODOLOGIA	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXO I - QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A PESQUISA.....	33
ANEXO II - TESTE DE FAGERSTRÖM.....	37

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o tabagismo é uma importante causa evitável de morte, uma vez que mais da metade dos cidadãos tabagistas irão morrer por doenças que possuem relação com o vício. O cigarro, e a exposição ambiental à sua fumaça são responsáveis por 6,3 milhões de mortos por ano e estima-se que se as presentes tendências se manterem, em 2030, serão mais de 8 milhões de mortos por doenças relacionadas ao uso desta droga, a maioria destes, em países de média e baixa renda (Paes, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 30% da população adulta consome cigarros de forma regular em mais de 27 países (Meneses-Gaya et al., 2009). Ademais, o tabagismo é considerado uma doença crônica, possuindo até mesmo um Código Internacional de Doenças próprio, o CID10 F17 (Tejada et al., 2013).

No Brasil, desde a metade do século XX, pneumologistas já chamavam a atenção sobre danos do tabagismo para saúde (Silva et al., 2016), argumentando sobre a relação do hábito de fumar com o desenvolvimento de câncer, doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar, dentre outras patologias, tanto para o tabagista ativo, quanto para os tabagistas passivos (Tejada et al., 2013). Grande parte da redução do uso do tabaco ocorreu na década de 90, quando o governo brasileiro promoveu um aumento no Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) desencorajando o consumo do cigarro, porém como a produção e o comércio de tal produto ainda faz parte da política econômica do Estado, seu consumo é mais comum do que se gostaria, fazendo assim com que apenas os alertas relacionados a saúde não sejam suficientes para extinguir o uso do tabaco (Silva et al., 2016). Apesar da queda contínua de sua prevalência, o tabagismo ainda é um grande problema em certas regiões, principalmente ao falarmos de populações em estado de fragilidade social (Tejada et al., 2013).

Diversos fatores podem levar ao desenvolvimento do vício, principalmente comportamentais e psicológicos, como ansiedade, depressão, transtornos de diversas naturezas, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, gatilhos, questões culturais e até mesmo fatores genéticos (Nepomuceno; Romano, 2014; Silva et al., 2016).

Em 1977 a Associação Nacional do Câncer reuniu profissionais da saúde que gostariam de preparar um roteiro de ações voltadas ao controle do tabagismo. Em

1979, durante um congresso médico na Bahia, foi escrita a “Carta de Salvador” onde além de alertas para os malefícios e estimacão da mortalidade relacionada ao tabaco, o texto carregava uma proposta de prevençã, por meio de programas educativos e leis para regulamentar o uso do cigarro. Nesse mesmo congresso foi apresentada uma proposta nacional de luta contra o vício, o Programa Nacional contra o Fumo, que se transformou na principal açã de combate ao tabaco e se tornou modelo para que o Ministério da Saúde estruturasse seu próprio projeto em 1985. No final dos anos 80, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) se tornou responsável por implementar e coordenar as ações de controle do tabagismo de maneira nacional, dando início em 1989 ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Garcia et al., 2015; Iglesias et al., 2008).

Desde 2005, após articulações com secretarias estaduais e municipais de saúde, o PNCT passou a ser integrado ao SUS, como tratamento formal para cessaçã do tabagismo, de maneira planejada e monitorada, incluindo formaçã dos profissionais de saúde em relaça às questões referentes à dependência de nicotina, bem como para investigaça do status do paciente fumante e auxílio para cessaçã do vício (Iglesias et al., 2008). Haja vista, de que até então, os custos totais atribuíveis ao tabagismo, relacionado a pacientes acima de 35 anos alcançou cerca de 27,6% dos custos do SUS (Paes, 2016).

O PNCT visa diminuir o início do hábito de fumar entre jovens, minimizar os riscos do tabagismo passivo e auxiliar o abandono do cigarro (Nepomuceno; Romano, 2014). Costumam procurar o programa, desde pessoas “saudáveis”, até pacientes que já possuem sinais e sintomas de algumas doenças relacionadas ao tabaco (Reichert et al., 2008).

O programa é executado por uma equipe multiprofissional, que segue um protocolo com um bom acolhimento, anamnese, classificaça do grau de dependência e encaminhamento para ações intervencionistas relacionadas a saúde mental; o tratamento oferecido pelo programa inclui atividades grupais, atendimentos individuais e até mesmo administraça de fármacos para auxiliar na cessaçã do tabagismo (Nepomuceno; Romano, 2014). A duraça do tratamento costuma ser superior a três meses, mas pode variar conforme as necessidades individuais do paciente (Silva et al., 2016).

O custo-efetividade do tratamento é satisfatório, pois, ao deixar de fumar, o paciente “ganha” entre 10 à 15 anos de vida e com uma melhor qualidade da mesma,

além de reduzir de 30 à 90% a ocorrência das doenças crônicas relacionadas ao cigarro (Silva et al., 2016).

Porém, sabe-se que em períodos de distanciamento social, perda de liberdade, mudanças nas atividades de rotina e perdas financeiras por exemplo, pode-se gerar um estado de angústia, ansiedade, depressão, estresse, insônia, irritabilidade, fazendo com que cresça o desejo de consumir o tabaco. Durante a própria pandemia do COVID-19, vários estudos apontaram um aumento no consumo do cigarro por conta da ação da nicotina sobre o sistema nervoso central, fazendo com que sensações de estresse, angústia e tristeza fossem aliviadas (Malta et al., 2021). Estes pacientes precisam ser auxiliados para se manterem firmes na decisão de cessação do vício, enfatizando que, ao se depararem com dificuldades, o melhor é manter a abstinência e retornar contato com membros da equipe do PNCT.

Contudo, apesar do programa ser um dos mais efetivos da América Latina, reduzindo continuamente a prevalência do tabagismo, ao apontar que cerca de 14,7% da população adulta ainda utiliza o cigarro, sua prevalência ainda é considerada preocupante (Campos; Barbosa; Gomide, 2021).

Dessa forma, a presente pesquisa visa estudar o perfil dos pacientes que participaram do PNCT na cidade de Tibagi-PR, analisar se os mesmos conseguiram ou não cessar o tabagismo durante sua passagem pelo programa e se esse abandono perdura até os dias atuais. Através disso, é possível fazer um levantamento da taxa de sucesso do PNCT na referida cidade.

1.1 O Programa Nacional do Controle do Tabagismo

O tabagismo se enquadra como uma doença neurocomportamental, que é induzida pela dependência nicotínica do indivíduo e é um grande problema de saúde pública (Campos; Gomide, 2015; Silva et al., 2016). E o PNCT foi elaborado como não somente um programa de tratamento do vício (Reichert et al., 2008), ele também engloba objetivos como proteger a população em relação a exposição da fumaça do cigarro em locais fechados, regulamentar a fabricação e valor dos produtos bem como extinguir o contrabando dos mesmos, criar programas educativos sobre os malefícios do cigarro, regulamentar questões relacionadas a publicidade de tais produtos e seu acesso ao público mais jovem (Campos; Barbosa; Gomide, 2021; Garcia et al., 2015; Tejada et al., 2013).

Caso nos deparemos com pessoas já na condição de fumantes, o PNCT conta também com a estratégia de tratamento, para que se realize tentativas juntamente

com o paciente para que ele possa cessar o tabagismo. Muitas pessoas se denominam ex-fumantes e, independentemente de terem cessado o vício por conta própria ou através de ajuda de programas específicos, é necessário um segmento com tais cidadãos, pois alguns enfrentam maiores dificuldades que outros até realmente superarem a dependência nicotínica (Brasil, 2015; Miranda; Carvalho; Santos, et al., 2020; Silva et al., 2016).

Entretanto, sabe-se que mesmo com tantos fumantes ativos no país, são menos de 5% que buscam ajuda e realizam o tratamento proposto pelo Ministério da Saúde (Silva et al., 2016), e o perfil dos pacientes que buscam o programa é muito variado, alguns podem não terem desenvolvido nenhuma doença relacionada ao tabagismo, e outros podem estar até mesmo no grau mais avançado da comorbidade (Reichert et al., 2008).

Em diversos estudos já foi constatado a necessidade da vontade própria do paciente em parar de fumar. E para isso, os estudiosos Prochaska e DiClemente denominaram as fases pelas quais o paciente passa até a cessação do vício propriamente dita. A primeira é a pré-contemplação onde não há nenhuma intenção da parada do uso do cigarro; a segunda é a contemplação, onde há uma análise pessoal através do próprio indivíduo de que é necessário a parada, entretanto este ainda se encontra dividido em relação a decisão de fato; a terceira é a preparação para que haja de fato a parada; a quarta é a ação de parar propriamente dita; e a quinta é a manutenção para que não haja recaídas (Garcia et al., 2015). Ao final destas 5 fases, existem apenas 2 caminhos: a recaída, ou a cessação de fato.

Para iniciar o tratamento de qualquer paciente, é necessário individualizar a conduta para tal, conforme sua condição social, questões comportamentais, costumes da sociedade que ele está inserido, os motivos pelos quais ele quer cessar o vício e o grau da dependência do paciente a nicotina (Nepomuceno; Romano, 2014; Reichert et al., 2008; Silva et al., 2016). Depois disso, é definido a abordagem a se utilizar com esse paciente, se será individual, grupal ou misto, e quanto tempo ele irá durar, porém, o tempo desse tratamento, idealmente não pode ser menor que 3 meses (Silva et al., 2016).

Na primeira fase do programa ao que o paciente é exposto, a frequência ideal das reuniões/consultas é de quatro consultas semanais até a parada, consultas quinzenais até que se finalize a abordagem intensiva, que corresponde aos três primeiros meses, e após isso, consultas mensais até que se complete um ano do início

do tratamento (Reichert et al., 2008). Na primeira consulta/reunião, além da avaliação do paciente como um todo, e do contexto em que ele está inserido, é feita a explicação dos quatro passos que compõe o programa de tratamento como um todo (Nepomuceno; Romano, 2014; Silva et al., 2016). O INCA possui modelos de cartilhas denominadas “manual do participante” (Garcia et al., 2015), que servem como materiais de apoio que são fornecidos aos locais onde existe o PNCT, para que se possa reforçar os pontos importantes abordados em cada consulta (Reichert et al., 2008), e estes manuais são fornecidos aos pacientes.

E o caminho seguido pelo programa, é muito semelhante ao que os autores Prochaska e DiClemente elaboraram, pois o paciente costuma procurar o PNCT na fase de contemplação. O primeiro passo neste caso é querer cessar o tabagismo; o segundo é se preparar para isso, contando com a ajuda dos profissionais e dependendo do caso, dos medicamentos que o programa oferece; o terceiro é marcar o “dia D”, em que de fato o paciente fumará seu último cigarro e honrará o compromisso; e o quarto é a manutenção dessa cessação através da ajuda dos profissionais do programa (Reichert et al., 2008; Silva et al., 2016).

Na segunda, terceira e quarta consulta/reunião, o paciente além de ser reavaliado a partir das condutas ou combinados fixados na semana anterior, é esperado que até a quarta semana, ele já tenha passado pelo dia D. O dia D é marcado conforme a preferência do paciente, e caso ela seja próxima a terceira ou quarta consulta, é importante que ela seja frisada em todas as semanas, e que o indivíduo seja encorajado constantemente (Silva et al., 2016). É ideal que nesta etapa, seja orientado o paciente a se afastar de coisas pontuais que o faça lembrar do cigarro, como o uso de álcool e a ingestão de café, por exemplo (Reichert et al., 2008). Para que haja a parada do consumo do cigarro, a mesma pode ser feita de 2 formas: a parada gradual ou a cessação abrupta (Garcia et al., 2015).

A segunda fase do programa consiste na manutenção da cessação, para que não haja recaída. E para esta fase o mais importante é a preparação do paciente, informando-o sobre os sintomas de abstinência e o deixando alerta para os possíveis sinais de que talvez possa ocorrer uma volta ao tabagismo. A fissura é um dos principais sintomas e ela tende a passar em minutos, portanto, o paciente deve ser muito aconselhado em se distrair nesse momento, até que o sintoma referido passe (Reichert et al., 2008). Presume-se que após um ano de abstinência, a pior fase desta já tenha passado, entretanto, é importante estar sempre atento, pois vários ex-

fumantes passam por diversas tentativas de parada até que de fato consigam se manter sem o cigarro, alguns estudos relatam em torno de cinco tentativas para tal (Silva et al., 2016).

Caso haja a recaída, o paciente deve estar orientado a voltar ao PNCT, para revisão e correção da possível falha, mesmo que muitas vezes esta não seja específica. É preciso deixar claro que não se deve deixar uma recaída desmotivar o paciente, que o mesmo deve persistir no abandono do cigarro. Com a recaída, pode ser necessário lançar mão de recursos não utilizados posteriormente pelo paciente, e pode ser feita combinação de medicamentos do programa e novo encaminhamento para psicoterapia. Além de tudo, é necessária uma atenção mais cuidadosa do médico e um esforço maior do paciente (Reichert et al., 2008; Silva et al., 2016)

A cessação do tabagismo pode ser mais dificultosa em alguns cenários como a pandemia do COVID-19, por conta do acesso aos serviços de saúde e consequentemente dificuldades na continuidade dos tratamentos oferecidos nas UBSs (Malta et al., 2021) e para auxiliar os participantes do programa à distância, podem ser utilizados e-mails (Silva et al., 2016), e até mesmo aplicativos de comunicação como chamadas de vídeo, mensagens de texto, para que haja adaptação do seguimento com o paciente para a realidade atual, o qual foi utilizado, pelo menos na cidade de Tibagi-PR, durante a COVID-19, conforme uma autorização da Rede Nacional de Coordenadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo publicada no site da instituição (Malta et al., 2021). O INCA também, através do site na internet, durante a pandemia, publicou uma web série de 8 episódios para abordar os problemas que o tabagismo carrega junto a ele (Malta et al., 2021).

Alguns pacientes podem enfrentar algumas questões no âmbito psicológico que dificultem o mesmo a parar com o vício, como a baixa motivação individual, a convivência com fumantes, entre outras questões socioculturais e psicológicas. Fumantes com moderada ou baixa dependência nicotínica podem ter pouca motivação, pois acreditam que podem cessar o fumo a qualquer momento, sozinhos. Já os que possuem alto grau de dependência costumam ter pouca motivação por não acreditarem que realmente podem conseguir permanecer sem o cigarro, por conta do receio da crise de abstinência (Reichert et al., 2008).

O grau de dependência a nicotina é o grande mandante no quesito da facilidade em que o paciente terá para abandonar o vício. Pacientes com alta dependência, terão consequentemente mais dificuldade, pois a crise de abstinência

tende a se apresentar de uma forma muito intensa, o que leva o paciente a recaída (Reichert et al., 2008).

Os medicamentos utilizados no PNCT para auxílio do tratamento, podem ser classificados em nicotínicos e não nicotínicos (Reichert et al., 2008). O uso de medicamentos é utilizado para diminuir os sintomas da abstinência nicotínica. Psicoterapia, deveria ser ofertada a todos os pacientes, para que haja resolução de possíveis gatilhos que possam fazer o paciente retornar ao vício (Silva et al., 2016).

A bupropiona e a vareniclina são considerados medicamentos de 1ª linha para terapia de reposição de nicotina (TRN), enquanto fármacos como nortriptilina, fluoxetina, amitriptilina e sertralina são medicações de segunda escolha. Ambas são eficazes e podem dobrar a taxa de cessação do tabagismo (Reichert et al., 2008). O tratamento com a bupropiona é iniciado uma semana antes do dia D (Reichert et al., 2008).

Atualmente para a TRN são utilizados, além dos medicamentos supracitados, adesivos, gomas, inaladores, spray nasal e pastilhas e o resultado do teste de Fagerström do paciente, orienta a dose inicial da TRN (Nepomuceno; Romano, 2014; Reichert et al., 2008). Utilizando-os, por mais que seja rara sua ocorrência, pode acontecer a chamada intoxicação nicotínica, principalmente com pacientes que durante o uso do adesivo, seguem utilizando o cigarro, portanto, o paciente deve ser orientado quanto ao uso desses modelos de fármacos (Garcia et al., 2015; Miranda; Carvalho; Santos, et al., 2020; Reichert et al., 2008).

Na abstinência, se houver sintomas graves, é recomendado prestar atenção em relação ao que está sendo usado para reposição nicotínica, e até mesmo, aumentar a dose do medicamento (Reichert et al., 2008).

Diversos estudos defendem que o custo-efetividade desta estratégia é satisfatória e deve continuar a ser utilizada pelo Ministério da Saúde.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa de caráter descritiva, transversal e observacional foi realizada na cidade de Tibagi no Paraná, na UBS 18 de março e na Vigilância Epidemiológica municipal com pacientes que participaram do PNCT entre sua implantação em 2016 até fevereiro de 2023.

Num primeiro momento da pesquisa, foram analisados 100 prontuários de pacientes que passaram pelo programa, e num segundo momento, estes foram convidados a participar da pesquisa respondendo um questionário elaborado pelos autores, afim de verificar a condição do paciente versus o cigarro após sua passagem pelo PNCT. O questionário, que foi aplicado de forma presencial ou via Google Forms, contém perguntas referentes ao seu perfil pessoal e se o mesmo conseguiu cessar o tabagismo após passar pelo programa.

Para os pacientes entrevistados que continuaram com o vício, além do questionário elaborado pelos autores, foi aplicado também o Teste de Fagerström para avaliar o grau de dependência nicotínica que a pessoa apresenta atualmente.

Os 100 pacientes foram contatados via telefone ou visita domiciliar pelos autores juntamente com a equipe de saúde do município e, os interessados em participar da pesquisa precisavam preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Foram incluídos no estudo homens ou mulheres, acima de 18 anos que participaram do PNCT na cidade de Tibagi-PR desde sua implementação em 2016, até fevereiro de 2023, e foram excluídos da pesquisa pacientes falecidos, que deixaram de responder as perguntas obrigatórias ou que não aceitaram participar da pesquisa via TCLE na etapa do questionário.

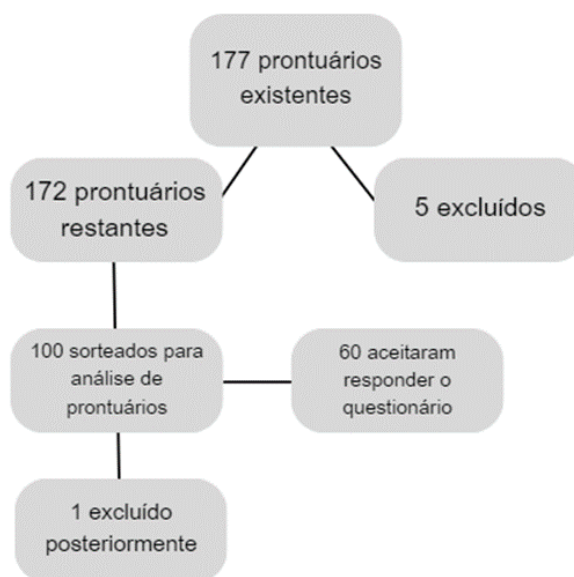


Figura 1- Número de pacientes incluídos e excluídos conforme descrito na metodologia

Ao final da presente pesquisa, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados 99 prontuários existentes e 60 pacientes realizaram o preenchimento do questionário.

O objetivo do questionário, ao ser aplicado em praticamente 60% dos pacientes que tiveram seus prontuários analisados, era para que se estabelecesse uma correlação entre o que está descrito nos documentos e o que foi relatado pelos próprios pacientes participantes, sendo dessa forma, a análise mais fiel a realidade referente ao objetivo do PNCT.

O teste de Shapiro Wilk foi utilizado para verificar a normalidade da amostra, o qual não se comprovou por conta da discrepância referente a quantidade entre os pacientes femininos e masculinos estudados, bem como pelo tamanho das amostras utilizadas em cada etapa da pesquisa, visto que na segunda etapa, a amostra é mais reduzida.

As variáveis numéricas foram representadas por meio dos cálculos de média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil, bem como nessas mesmas variáveis foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparações. Já nas variáveis nominais foi utilizado o teste Qui-quadrado de independência e os resultados foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos. Os dados foram tabulados no programa Excel® e posteriormente analisados com auxílio do software IBM SPSS Statistics v.20.0.

A pesquisa respeita as questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela 466/2012, e também da Carta Circular 01/2021. E para aplicação dos questionários, todos os participantes realizaram o preenchimento do TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campo Real, CAAE: 66869423.5.0000.8947.

Hipótese nula a ser testada: Os pacientes que participaram do Programa de Controle do Tabagismo em Tibagi-PR, comparecendo em todas as reuniões e seguindo as orientações dos coordenadores do projeto, realmente abandonaram o vício.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Tabelas de 1 a 4 foram criadas utilizando dados contidos nos prontuários dos participantes do PNCT na cidade de Tibagi-PR.

Na Tabela 1 estão apresentadas as frequências absolutas e relativas dos participantes conforme o número de consultas/reuniões que cada um participou, e se os mesmos pararam ou não de fumar posteriormente. Nas últimas duas linhas que constam na referida tabela, as frequências são dadas conforme o gênero dos participantes. Em relação ao gênero, não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres em relação a cessação do tabagismo.

Com os dados da pesquisa, foi visualizado que 69,70% dos participantes realizaram entre 1 e 4 consultas, e há uma proporção de 10,50% de diferença entre os participantes que pararam ou que não pararam de fumar, dentro desse número de consultas.

Já no grupo que realizou 5 consultas ou mais, partimos do pressuposto que todos nesse grupo pararam com o vício, pois, se realizada uma ou mais consultas de manutenção previstas no PNCT, posteriormente as quatro consultas/reuniões iniciais, infere-se que o paciente deixou de fumar, tendo assim, que a frequência das consultas pode influenciar de maneira positiva no abandono do cigarro.

Em estudos publicados anteriormente evidenciou-se uma taxa de abandono do programa em mais de 50% dos participantes a cada reinício do PNCT. Diversos pacientes abandonavam o programa antes da 4ª consulta/reunião (Brasil, 2011; Garcia et al., 2015), e podemos dizer que tal taxa segue persistindo. Em uma das pesquisas, os autores chegam a reforçar que alguns dos pacientes acompanhados, mesmo não frequentado rigorosamente as consultas/reuniões, estes cessaram o vício, e seriam acompanhados por mais três meses, pois mais valeria a cessação do tabagismo do que o número de consultas que o paciente participou (Garcia et al., 2015).

O PNCT se apresentou com um ótimo custo-efetividade em questões de cuidado com a saúde e já ajudou a reduzir o consumo do cigarro em cerca de 50% nas capitais conforme uma pesquisa feita pelo INCA em 2008, e, portanto, é inferido que é necessário esforço para continuidade desse trabalho (Brasil, 2015; Tejada et al., 2013).

Tabela 1 - Número de consultas relatadas nos prontuários dos participantes e se houve ou não cessação do vício

		Total		Não parou de fumar		Parou de fumar		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Quantas consultas	1	19	19,20%	19	29,70%	0	0,00%	<0,001
	2	15	15,20%	15	23,40%	0	0,00%	
	3	15	15,20%	15	23,40%	0	0,00%	
	4	15	15,20%	15	23,40%	0	0,00%	
	5	11	11,10%	0	0,00%	11	31,40%	
	6	13	13,10%	0	0,00%	13	37,10%	
	7	1	1,00%	0	0,00%	1	2,90%	
	8	3	3,00%	0	0,00%	3	8,60%	
	9	3	3,00%	0	0,00%	3	8,60%	
	10	1	1,00%	0	0,00%	1	2,90%	
	11	3	3,00%	0	0,00%	3	8,60%	
Gênero	F	69	69,70%	47	73,40%	22	62,90%	0,273
	M	30	30,30%	17	26,60%	13	37,10%	

Fonte: Elaborada pelos autores

Na Tabela 2 são apresentadas as características médias e medidas de dispersão dos participantes, divididos pelo status do vício do paciente, para três variáveis específicas: idade na época do tratamento, idade de início do hábito de fumar e resultado do teste de Fagerström.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que pararam de fumar e os que não pararam em relação à idade na época do tratamento, da idade de início do hábito de fumar nem mesmo referente ao resultado do teste de Fagerström. Em termos médios, as idades na época do tratamento foram próximas, com médias em torno de 46 a 47 anos para ambos os grupos. Da mesma forma, não houve diferenças substanciais nas médias e dispersões das outras duas variáveis, indicando que, no contexto deste estudo, esses fatores não apresentaram associação significativa com o status de parada do vício.

A faixa etária em que os pacientes costumam a começar a utilizar o cigarro é ainda quando crianças, ou pouco tempo depois na adolescência (Iglesias et al., 2008; Willemann; Burci, 2014), e isso se mantém na presente pesquisa.

A cessação do vício antes dos 50 anos, segundo um estudo prévio, pode reduzir o risco de morte por doenças não transmissíveis relacionadas ao tabagismo em mais da metade (Miranda et al., 2020). Vale a pena ressaltar que em 2008 estas doenças causaram cerca de 63% de mortes no mundo (Brasil, 2011). Conforme os

dados apresentados, a média de idade dos pacientes que buscaram tratamento foi abaixo dos 50 anos.

Tabela 2 - Variáveis *versus* Status do vício do paciente

	Total				Não parou de fumar				Parou de fumar				p-valor
	Média	DP	Mediana	IQR	Média	DP	Mediana	IQR	Média	DP	Mediana	IQR	
Idade na época do tratamento	46,77	11,13	47,5	15	46,73	12,26	50	23	46,83	8,88	45	10	0,719
Começou a fumar com	14,71	4,4	14	5	14,59	4,58	14	4,5	14,91	4,11	14	5	0,877
Resultado do teste de Fagerström	5,56	2,49	6	4	5,59	2,57	6	4	5,49	2,37	6	3	0,732

Fonte: Elaborada pelos autores

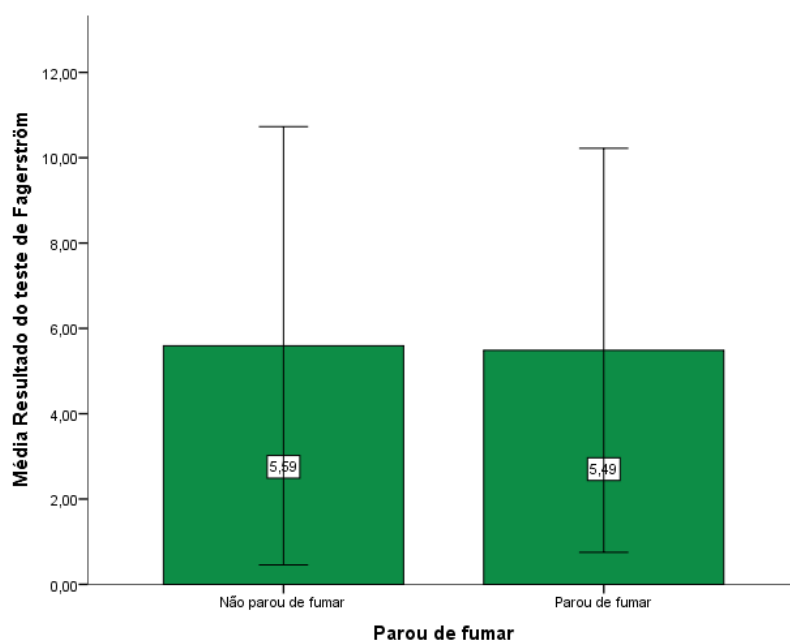


Figura 2 - Gráfico Média do Resultado do Teste de Fagerström e média dos pacientes que cessaram o tabagismo

Já na Tabela 3 são apresentados os resultados relacionados as comorbidades prévias dos participantes relatadas em prontuário e estratificadas conforme a parada ou não do vício. Não há significância estatística em relação a ansiedade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), problemas gástricos, depressão, DPOC, asma e na variável "Outros" que abrange comorbidades não especificadas. Em prontuário algum era citado a existência de enfisema pulmonar nos pacientes, portanto não houve variação entre os grupos e o p-valor está como não disponível.

Entretanto, em relação a problemas cardíacos, os pacientes que não cessaram o tabagismo, possuem uma frequência muito mais alta de tal comorbidade

em comparação ao grupo de pacientes que pararam de fumar, estabelecendo assim uma significância estatística. Em resumo, a presença de sintomas específicos não parece estar fortemente associada ao status de parada do vício neste estudo.

Segundo a OMS, diversas pessoas anualmente falecem por doenças relacionadas ao tabagismo, um exemplo são as doenças cardiovasculares, DPOC, câncer, diabetes mellitus e problemas gástricos como úlceras, que se encaixam na classificação de doenças crônicas não transmissíveis. Ao ser retirado o cigarro, a probabilidade destas doenças ocorrerem podem diminuir cerca de 30% ou até mais, chegando em até 90% no câncer, principalmente o câncer pulmonar e na DPOC (Malta et al., 2021; Nepomuceno; Romano, 2014; Silva et al., 2016). O risco de asma em pessoas que convivem com fumantes também está aumentado se comparados as demais que não são expostos a fumaça (Silva et al., 2016).

Em estudos anteriores realizados no Brasil, foram descritos que 72% dos falecimentos foram em decorrência das patologias supracitadas (Instituto Nacional do Câncer, 2011).

O estado psíquico do paciente é um aspecto relevante para consumo do cigarro, e diversas pesquisas demonstram que pacientes com ansiedade e depressão tendem a utilizarem mais o tabaco (Malta et al., 2021). O isolamento social pode acarretar no surgimento de novos fumantes, ou até mesmo no aumento da carga tabágica dos pacientes (Brasil, 2011), e o mundo como um todo compartilhou desse sentimento de maneira recente, durante a pandemia da COVID-19.

A ação da nicotina no sistema nervoso central causa no indivíduo uma sensação de relaxamento, aliviando a ansiedade, a angústia, tristeza, raiva, solidão e o estresse do usuário, por via do sistema dopaminérgico mesolímbico, trazendo a sensação de prazer e acaba por se tornar um companheiro do paciente a longo prazo (Malta et al., 2021; Nepomuceno; Romano, 2014). Alguns dos pacientes podem apresentar compulsão alimentar durante a tentativa de cessar o vício, pois, como existe a ansiedade, e o fator que até então o acalmava foi retirado, vários indivíduos desenvolvem problemas alimentares, podendo posteriormente virem a se tornar distúrbios de imagem (Nepomuceno; Romano, 2014).

A síndrome de abstinência é um conjunto de sintomas após a retirada do cigarro do dia a dia do paciente, e o sintoma mais comum relatado é a ansiedade (Nepomuceno; Romano, 2014). Durante o PNCT são utilizados alguns métodos para evitar uma grave ansiedade, um deles é a retirada gradual do cigarro da rotina do

paciente, além do uso de medicamentos ofertados pelo programa que ajudam a controlar esse sintoma (Nepomuceno; Romano, 2014).

Sem dúvidas, o apoio familiar ou de amigos é fundamental para o sucesso da cessação do tabagismo, e tal fator contribui até mesmo para controle dos possíveis sintomas que o paciente possa vir a experimentar (Nepomuceno; Romano, 2014; Reichert et al., 2008).

Tabela 3 - Comorbidades relatadas em prontuário

		Total		Não parou de fumar		Parou de fumar		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Ansiedade	Não	47	47,50%	32	50,00%	15	42,90%	0,496
	Sim	52	52,50%	32	50,00%	20	57,10%	
HAS	Não	58	58,60%	42	65,60%	16	45,70%	0,055
	Sim	41	41,40%	22	34,40%	19	54,30%	
DM	Não	82	82,80%	54	84,40%	28	80,00%	0,581
	Sim	17	17,20%	10	15,60%	7	20,00%	
Problemas Gástricos	Não	72	72,70%	48	75,00%	24	68,60%	0,492
	Sim	27	27,30%	16	25,00%	11	31,40%	
Depressão	Não	70	70,70%	46	71,90%	24	68,60%	0,73
	Sim	29	29,30%	18	28,10%	11	31,40%	
Problemas Cardíacos	Não	85	85,90%	58	90,60%	27	77,10%	0,011
	Sim	14	14,10%	6	9,40%	8	22,90%	
DPOC	Não	93	93,90%	60	93,80%	33	94,30%	0,915
	Sim	6	6,10%	4	6,20%	2	5,70%	
Enfisema Pulmonar	Não	99	100,00%	64	100,00%	35	100,00%	.
Outros	Não	38	38,40%	22	34,40%	16	45,70%	0,267
	Sim	61	61,60%	42	65,60%	19	54,30%	
Asma	Não	84	84,80%	56	87,50%	28	80,00%	0,32
	Sim	15	15,20%	8	12,50%	7	20,00%	

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 4 nos traz dados referentes ao uso de medicamentos ofertados pelo SUS aos pacientes do PNCT e se estes podem ter alguma relevância em relação a parada ou não do vício. Como podemos visualizar, nenhum dos medicamentos possui uma maior relevância de maneira estatística.

Estudos posteriores referem que integrar o uso de fármacos com a psicoterapia podem aumentar a taxa de abandono do vício, e que estas taxas podem inclusive triplicar quando esta associação ocorre (Miranda et al., 2020).

Os números referentes a cessação do vício são discrepantes conforme o estudo utilizado como referência, sendo uma taxa de 34 a 78% do abandono do cigarro em pacientes que levaram o PNCT até o final e que fizeram uso de reposição nicotínica juntamente com psicoterapia (Nepomuceno; Romano, 2014). Entretanto, com os dados obtidos na presente pesquisa, novamente, não podemos afirmar que algum medicamento traz maiores benefícios ou não aos pacientes.

Tabela 4 - Medicamentos fornecidos para os pacientes versus Status do vício do paciente

		Total		Não parou de fumar		Parou de fumar		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Bupropiona	Não	37	37,40%	26	40,60%	11	31,40%	0,366
	Sim	62	62,60%	38	59,40%	24	68,60%	
Adesivo de nicotina	Não	22	22,20%	14	21,90%	8	22,90%	0,911
	Sim	77	77,80%	50	78,10%	27	77,10%	
Goma de nicotina	Não	93	93,90%	61	95,30%	32	91,40%	0,439
	Sim	6	6,10%	3	4,70%	3	8,60%	
Fluoxetina	Não	85	85,90%	52	81,20%	33	94,30%	0,075
	Sim	14	14,10%	12	18,80%	2	5,70%	
Clonazepam	Não	91	91,90%	57	89,10%	34	97,10%	0,158
	Sim	8	8,10%	7	10,90%	1	2,90%	
Alprazolam	Não	91	91,90%	58	90,60%	33	94,30%	0,523
	Sim	8	8,10%	6	9,40%	2	5,70%	
Psicoterapia	Não	82	82,80%	55	85,90%	27	77,10%	0,267
	Sim	17	17,20%	9	14,10%	8	22,90%	
Escitalopram	Não	97	98,00%	63	98,40%	34	97,10%	0,662
	Sim	2	2,00%	1	1,60%	1	2,90%	
Nortriptilina	Não	93	93,90%	60	93,80%	33	94,30%	0,915
	Sim	6	6,10%	4	6,20%	2	5,70%	
Sertralina	Não	98	99,00%	64	100,00%	34	97,10%	0,174
	Sim	1	1,00%	0	0,00%	1	2,90%	
Amitriptilina	Não	97	98,00%	62	96,90%	35	100,00%	0,291
	Sim	2	2,00%	2	3,10%	0	0,00%	
Zompidem	Não	98	99,00%	64	100,00%	34	97,10%	0,174
	Sim	1	1,00%	0	0,00%	1	2,90%	

Fonte: Elaborada pelos autores

Posteriormente a análise dos prontuários, houve a aplicação dos questionários em 60 pacientes, e os resultados obtidos estão na Tabela 5.

Tabela 5 - Análise do perfil dos participantes via questionário

		VOLTOU A FUMAR?						p-valor
		Total		Não		Sim		
		N	%	N	%	N	%	
GÊNERO	Feminino	47	78,30%	18	75,00%	29	80,60%	0,609
	Masculino	13	21,70%	6	25,00%	7	19,40%	
RAÇA	Amarelo	2	3,30%	1	4,20%	1	2,80%	0,426
	Branco	36	60,00%	17	70,80%	19	52,80%	
	Negro	5	8,30%	2	8,30%	3	8,30%	
	Pardo	17	28,30%	4	16,70%	13	36,10%	
ESCOLARIDADE	Fundamental completo	10	16,70%	6	25,00%	4	11,10%	0,282
	Fundamental incompleto	17	28,30%	9	37,50%	8	22,20%	
	Médio completo	20	33,30%	7	29,20%	13	36,10%	
	Médio incompleto	3	5,00%	0	0,00%	3	8,30%	
	Sem instrução	1	1,70%	0	0,00%	1	2,80%	
	Superior completo	7	11,70%	2	8,30%	5	13,90%	
	Superior incompleto	2	3,30%	0	0,00%	2	5,60%	
CONSULTAS	1	4	6,70%	1	4,20%	3	8,30%	0,361
	2	5	8,30%	3	12,50%	2	5,60%	
	3	11	18,30%	2	8,30%	9	25,00%	
	4	9	15,00%	5	20,80%	4	11,10%	
	5 ou +	31	51,70%	13	54,20%	18	50,00%	

Fonte: Elaborada pelos autores

A maioria dos participantes pertence a raça branca e a grande maioria destes não retornaram ao vício. As outras categorias raciais têm percentuais semelhantes de não terem voltado a fumar.

Os pacientes que relataram participar de 5 ou mais consultas/reuniões, apresentaram uma taxa de 54,2% de cessação do tabagismo, em relação aos pacientes que relataram terem participado de menos consultas.

Num geral as análises não apresentaram diferenças relacionadas a nenhuma variável descrita na tabela 5.

Em estudos anteriores o aumento do consumo do cigarro nos últimos anos foi maior entre as mulheres e, entre aqueles que possuíam ensino médio completo ou escolaridade inferior a esta (Malta et al., 2021; Tejada et al., 2013). Os homens sempre foram os mais consumidos pelo vício, porém este cenário tende a mudar em alguns locais do mundo, fazendo com que as mulheres tomem a liderança no que tange ao uso do cigarro (Garcia et al., 2015; Miranda et al., 2020). Se verificou menor redução do abandono do cigarro após participar do programa entre as mulheres, porém, elas são mais propensas a procurar tratamento para o vício (Miranda et al., 2020; Tejada et al., 2013).

Segundo uma pesquisa realizada em 2009 a prevalência do uso do cigarro foi maior em indivíduos pardos (Paes, 2016). Outras pesquisas já demonstram que indivíduos da raça negra costumam a utilizar mais o cigarro (Miranda et al., 2020; Willemann; Burci, 2014).

Apenas as informações acerca dos prejuízos causados pelo cigarro, não bastam para que o paciente cesse o vício (Nepomuceno; Romano, 2014). É necessário vontade do própria do paciente. Ao serem questionados sobre suas motivações para participar do PNCT, mesmo que não haja a parada do vício, 100% respondeu que houve motivação própria, principalmente relacionadas a saúde, para que fosse buscado tratamento.

Tabela 6 - Média de idade na época em que foi aplicado o questionário e resultado do Teste de Fagerström nos pacientes que não cessaram o vício

	Não				Sim				p-valor
	Média	DP	Mediana	IQR	Média	DP	Mediana	IQR	
IDADE	51,92	10,56	50	15	50,83	10,38	51,5	16	0,763

Fonte: Elaborada pelos autores

A média de idade entre os pacientes, presente na Tabela 6, que não voltaram a fumar é de 51,92 anos, com desvio-padrão de cerca de 10 anos e meio. Entre os pacientes que voltaram a fumar essa média de idade demonstra que tais pacientes são mais jovens.

Há uma alta prevalência em pessoas maiores de 50 anos em busca do tratamento. E diversos deles já passaram por pelo menos uma tentativa de parada anterior (Nepomuceno; Romano, 2014). Entretanto, como visualizamos, com cerca de 52 anos, diversas pessoas já cessaram o tabagismo de fato.

Tabela 7 - Teste de Fagerström

		Média	DP	Mediana	IQR	p-valor
TESTE DE FAGERSTROM	Prontuário	5,56	2,49	6	4	< 0,001
	Questionário	2,9	3,02	2	6	

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 7 nos traz que a média do teste de Fagerström para os indivíduos no questionário estatisticamente menor do que os indivíduos no prontuário, o que pode indicar que houve ao menos uma redução do nível de dependência a nicotina dos pacientes que passaram pelo programa, mas que não abandonaram o vício.

Tal teste é utilizado para estimar o nível de dependência a nicotina do usuário de cigarro. Nele constam seis perguntas e o resultado pontuado pelo indivíduo pode nos entregar diversas categorias de dependência, sendo de 0 a 2 muito baixo, 3 e 4 nível baixo, 5 níveis médio, 6 e 7 elevado e de 8 a 10 muito elevado (Nepomuceno; Romano, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, visou ir além do que é preconizado nas diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo ao buscar antigos pacientes, independentemente do número de consultas destes, para que fosse observado o real impacto do Programa.

Como foi possível notar, vários estudos acerca do PNCT são de certa forma mais antigos, e, visto que a ciência está se renovando a cada dia, é difícil afirmar que as estatísticas já publicadas reflitam a realidade atual.

De fato, o número de consultas/reuniões que o paciente participa pode ser um bom indicativo para a cessação do tabagismo, entretanto não pode ser o único fator a ser levado em conta, principalmente a longo prazo.

Podemos analisar que as comorbidades que se relacionam com o cigarro, podem tanto serem fatores que levam a pessoa novamente ao fumo, aqui podemos citar a ansiedade e a depressão, quanto podem ser a motivação para que haja a parada do consumo, como a DPOC, entre outros problemas que o vício pode ter causado ou possa vir a causar ao indivíduo.

Quanto ao uso de medicamentos, nenhum deles fornecidos para o PNCT de fato causam um impacto positivo na parada do tabagismo.

Em relação ao perfil dos participantes, a maioria se autodeclarou branca, o que vai contra a estatísticas de estudos anteriores, que colocam a principal raça consumidora de cigarros, como sendo a raça negra. Em relação a escolaridade, a presente pesquisa segue as estatísticas já publicadas por outros autores. E ao falarmos de gêneros, podemos observar que as mulheres foram a maioria dentro do PNCT, como já previam as pesquisas anteriores, porém, tal dado deixa em aberto o questionamento em relação ao aumento do consumo do cigarro entre as mulheres, e se atualmente elas já ultrapassaram os homens nesse quesito.

Durante a realização do estudo, foi observado que 24 dos 60 pacientes entrevistados na segunda fase da pesquisa não voltaram a fumar, demonstrando uma taxa de 40% de eficácia do PNCT para este grupo seletivo.

Como o estudo foi realizado numa cidade de pequeno porte populacional, mesmo a amostra contendo um número relativamente grande em relação aos pacientes atendidos, seria interessante que fossem realizados estudos em centros maiores, levando em conta principalmente os participantes que passaram pelo programa a mais tempo, para que pudesse se analisar os indivíduos após o período

mais crítico que precede uma recaída, bem como uma reformulação de alguns pontos do programa, para que tenhamos sucesso no principal objetivo do PNCT, que é a cessação do tabagismo e melhora da qualidade de vida do paciente.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Presidência da República. Ministério da Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 12.546**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil (Dec 14 2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Paulo Cesar Moreira; BARBOSA, Diego Viegas Sato; GOMIDE, Marcia. **O Programa Nacional de Controle do Tabagismo no município do Rio de Janeiro: ligações que promovem oportunidades**. Cadernos Saúde Coletiva, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 424-432, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202129030206>.

CAMPOS, Paulo Cesar Moreira; GOMIDE, Marcia. **O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social**. Cadernos Saúde Coletiva, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 436-444, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201500040241>.

GARCIA, Leila Posenato; SANT'ANNA, Ana Cláudia; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia de. **A política antitabagismo e a variação dos gastos das famílias brasileiras com cigarro: resultados das pesquisas de orçamentos familiares, 2002/2003 e 2008/2009**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 31, n. 9, p. 1894-1906, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00087814>.

IGLESIAS, Roberto et al. **Documento de discussão - saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 17, n. 4, p. 301-304, dez. 2008. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000400007>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

LUCCHESI, Roselma; VARGAS, Lorena Silva; TEODORO, Wender Rodrigues; SANTANA, Lorrana Kathryn Borges; SANTANA, Fabiana Ribeiro. **A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo**. Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 918-926, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000400007>.

MALTA, D. C. et al. **Factors associated with increased cigarette consumption in the Brazilian population during the COVID-19 pandemic**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 3, 2021.

MENESES-GAYA, Izilda Carolina de; ZUARDI, Antonio Waldo; LOUREIRO, Sonia Regina; CRIPPA, José Alexandre de Souza. **Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 73-82, jan. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132009000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/ZtGqWzvxP48KGYsMx7Xfdp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MIRANDA, Ana Cássia Baião de; CARVALHO, Fernando Martins; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. **O programa de controle do tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.L.], v. 44, n. 2, p. 24-37, 30 dez. 2020. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n2.a3003>.

NEPOMUCENO, Thales Bhering; ROMANO, Valéria Ferreira. **Tabagismo e relações de poder na produção da saúde**. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 701-710, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000200028>

PAES, Nelson Leitão. **Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 53-61, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.00162015>

REICHERT, Jonatas; ARAÚJO, Alberto José de; GONÇALVES, Cristina Maria Cantarino; GODOY, Irma; CHATKIN, José Miguel; SALES, Maria da Penha Uchoa; SANTOS, Sergio Ricardo Rodrigues de Almeida. **Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [S.L.], v. 34, n. 10, p. 845-880, out. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132008001000014>. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/01/2008-SBPT-DIRETRIZ-TRATAMENTO-TABAGISMO.pdf>. Acesso em: 05 out. 2022.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da; ARAÚJO, Alberto José de; QUEIROZ, Ângela Maria Dias de; SALES, Maria da Penha Uchoa; CASTELLANO, Maria Vera Cruz de Oliveira. **Smoking control: challenges and achievements**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 290-298, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000145>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/9ZRBLwC4JbRYGXb66krwjBC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2022.

TEJADA, Cesar Augusto Oviedo; EWERLING, Fernanda; SANTOS, Anderson Moreira Aristides dos; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; MENEZES, Ana Maria. **Factors associated with smoking cessation in Brazil**. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 29, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013001200008>.

WILLEMANN, J.; BURCI, L. M. **Os malefícios do uso do cigarro e seu impacto na sociedade**. *Revista Gestão & Saúde*, v. 11, p. 28-34, 2014.

ANEXO I - QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A PESQUISA**IDADE** _____ ***ESCOLARIDADE ***

- Sem instrução
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

RAÇA *

- Branca
- Negra
- Parda
- Amarela
- Indígena

GENÊRO *

- Mulher
- Homem
- Prefiro não responder

ESTADO CIVIL *

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

COMEÇOU A FUMAR COM QUANTOS ANOS *

- Antes dos 10 anos
- Entre 10-18 anos
- Entre 19-25 anos
- Entre 25-35 anos

- Entre 35-45 anos
- Após os 45 anos

PARTICIPOU DO PNCT POR *

- Vontade própria
- Vontade de alguém da família
- Vontade de um amigo
- Sem motivação específica
- Indicação médica

O QUE TE MOTIVOU A PARAR DE FUMAR? *

VOCÊ PAROU DE FUMAR? *

- Sim
- Não

SE SIM, COM QUANTOS ANOS

- Antes dos 10 anos
- Entre 10-18 anos
- Entre 19-25 anos
- Entre 25-35 anos
- Entre 35-45 anos
- Após os 45 anos

PAROU DE FUMAR APÓS PARTICIPAR DO PNCT *

- Sim
- Não

VOLTOU A FUMAR APÓS PARTICIPAR DO PNCT *

- Sim
- Não

SE SIM, O QUE TE MOTIVOU A VOLTAR A FUMAR?

ALGUÉM QUE MORA COM VOCÊ FUMAVA *

- Sim
 Não

ALGUÉM QUE MORA COM VOCÊ FUMA ATUALMENTE *

- Sim
 Não

VOCÊ PARTICIPOU DE QUANTAS REUNIÕES DO PNCT *

- 1
 2
 3
 4
 5 ou mais

VOCÊ UTILIZOU ALGUM MEDICAMENTO DO PNCT *

- Sim
 Não

SE SIM, QUAL MEDICAMENTO

VOCÊ PARTICIPOU DO PNCT MAIS DE UMA VEZ? *

- Sim
 Não

VOCÊ POSSUIA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE ANTERIOR A SUA PARTICIPAÇÃO NO PNCT? *

- Sim
 Não

SE SIM, QUAL:

ESSE PROBLEMA ANTERIOR SE AGRAVOU APÓS VOCÊ PARTICIPAR DO PNCT?

Sim

Não

VOCÊ DESENVOLVEU ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE APÓS O PNCT? *

Sim

Não

SE SIM, QUAL?

ANEXO II - TESTE DE FAGERSTRÖM

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
 - Dentro de 5 minutos (3)
 - 6-30 minutos (2)
 - 31-60 minutos (1)
 - Depois de 60 minutos (0)

2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?
 - Sim (1)
 - Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - O primeiro da manhã (1)
 - Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - Menos de 10 (0)
 - De 11 a 20 (1)
 - De 21 a 30 (2)
 - Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
 - Sim (1)
 - Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?
 - Sim (1)
 - Não (0)