



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA**

HENRIQUE DE ASSIS SOUZA

**CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES QUE DEIXARAM DE FUMAR
ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO TABÁGICA EM SALVADOR-
BA**

Salvador-BA
2023

HENRIQUE DE ASSIS SOUZA

**CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES QUE DEIXARAM DE FUMAR
ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO TABÁGICA EM SALVADOR-
BA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSp como requisito parcial para aprovação no quarto ano do curso.

Discente: Henrique de Assis Souza

Orientadora: Prof^a. Maristela Rodrigues Sestelo

Salvador-BA
2023

“Os únicos meios de conseguir o que se quer das pessoas são a força e a astúcia. O amor também, dizem; mas isso significa esperar que o sol brilhe, e a vida precisa de todos os momentos”.

Johann Von Goethe, 1749-1832

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Abandonar o vício do cigarro não é uma tarefa fácil e apenas 5% das pessoas que tentam sozinhas realmente conseguem depois de um ano. A mortalidade relacionada ao tabagismo também aumenta à medida que o consumo do tabaco aumenta. **Objetivo:** Analisar as características dos pacientes que deixaram de fumar atendidos em ambulatório de cessação tabagista. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional em uma amostra de conveniência. Foram avaliados, retrospectivamente, os dados coletados e disponíveis na ficha clínica da primeira consulta durante a admissão no Programa de Apoio ao Fumante (PROAF) do Ambulatório Docente-Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), na cidade de Salvador, BA entre os anos de 2016 e 2021 com CAAE de número “58937216.4.0000.5544”. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, histórico de saúde, avaliação da dependência à nicotina (Teste de Fagerstrom), história tabágica, condicionamento e padrão de consumo do tabaco, além de informações quanto à motivação do fumante a parar de fumar e à existência de uma rede de apoio (Amigos/Familiares). **Resultados:** Dos pacientes avaliados, 94 indivíduos constituíram a amostra. Observou-se uma maioria de mulheres (72,3%), idade média de 54 anos, ensino médio completo (71,3%), renda de até 2 salários mínimos (55,1%) e apresentavam-se em tratamento clínico/psiquiátrico (70,2%). O grau de dependência à nicotina foi elevado/muito elevado em 48% da amostra, começaram a fumar entre 14 e 21 anos (70,1%), apresentavam uma carga tabágica de 34 maços-ano, fumavam mais de 20 cigarros por dia, tinham como principais gatilhos para fumar o consumo de café e a tristeza, e tiveram recaídas entre o primeiro e o terceiro mês. **Conclusões:** Os dados encontrados no presente estudo permitiram concluir que a predominância foi de mulheres com grau de dependência média/elevada, início de tabagismo precoce e que recaíram nos primeiros 90 dias.

Palavras-chave: Tabagismo. Abandono do uso do tabaco. Transtorno por uso de tabaco.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is one of the main public health problems in the world. To quit cigarette addiction is not an easy task and only 5% of people who try it alone actually succeed after a year. Smoking-related mortality also increases as tobacco use increases. **Objective:** To analyze the characteristics of patients who quit smoking treated at a smoking cessation outpatient clinic. **Methods:** This is a descriptive, observational study on a sample of personnel. This retrospective study considered the available data collected in the clinical form of the first consultation during admission to the Smoker Support Program (PROAF) of the Teaching Care Outpatient Clinic of the Bahiana School of Medicine and Public Health (EBMSP), in the city of Salvador, BA between the years 2016 and 2021 with CAAE number "58937216.4.0000.5544". Sociodemographic variables, health history, assessment of nicotine dependence (Fagerstrom Test), smoking history, conditioning and tobacco consumption pattern, in addition to information regarding the smoker's motivation to stop smoking and the existence of a support network (Friends/Family). **Results:** Of the evaluated patients, 94 individuals constituted the sample. A majority of women (72.3%), mean age of 54 years, complete secondary education (71.3%), income of up to 2 minimum intervals (55.1%) and were undergoing clinical/psychiatric treatment (70.2%). The degree of nicotine dependence was high/very high in 48% of the sample, tried to smoke between 14 and 21 years old (70.1%), had a smoking history of 34 packs a year, smoked more than 20 cigarettes a day, had as main triggers for smoking coffee consumption and sadness, and had relapses between the first and third month. **Conclusions:** The data found in the present study allowed us to conclude that the predominance was of women with medium/high degree of dependence, early smoking initiation and who relapsed in the first 90 days.

Keywords: Smoking. Abandonment of tobacco use. Tobacco use disorder.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	21
Tabela 2: Situação de saúde de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	23
Tabela 3: Distribuição proporcional dos problemas de saúde de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	24
Tabela 4: Classes de medicamentos mais utilizados por pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	25
Tabela 5: Perfil de tabagismo de uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.	26
Tabela 6: Perfil de tabagismo resumido de uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	28
Tabela 7: Condicionamento e padrão de consumo de tabaco em uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	29
Tabela 8: Balança decisória entre as razões para fumar e deixar de fumar na opinião de uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	31
Tabela 9: Frequência e tempo de recaída pós cessação do tabagismo, expresso em dias, relacionados aos pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 MÉTODOS	17
4.1 Desenho de Estudo	17
4.2 Amostra do Estudo	17
4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	17
4.3 Coleta de Dados	17
4.4 Variáveis do Estudo	18
4.5 Plano de Análise	20
4.6 Aspectos Éticos	20
5 RESULTADOS	21
7 DISCUSSÃO	32
8 CONCLUSÕES	39
9 REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	45
ANEXO 1: FICHA CLÍNICA DE ADMISSÃO DO PROAF	45
ANEXO 2: PARECER CEP BAHIANA	50
ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Estima-se a ocorrência de oito milhões de óbitos por ano em relação a doenças provocadas pelo uso do tabaco ¹. No contexto do Brasil, uma estimativa sobre a carga do tabagismo em termos de mortalidade, morbidade e custos da assistência médica realizada em 2011, indicou que o mesmo foi responsável por 147.072 óbitos e 63.753 diagnósticos de câncer, gerando um custo de R\$ 23,37 bilhões para o sistema de saúde ². O tabagismo é caracterizado por ser uma doença de curso precoce e desenvolvimento crônico e de repetição, ou seja, possui uma taxa de recaída considerável ³. No entanto, mesmo sendo de manutenção complexa e multifatorial, é evitável e possui tratamento. Dessa forma, torna-se extremamente necessário o aprimoramento dos programas de prevenção e tratamento do tabagismo.

Abandonar o vício do cigarro não é uma tarefa fácil e apenas 5% das pessoas que tentam sozinhas realmente conseguem depois de um ano ⁴. As mulheres têm ainda mais dificuldade e perdem cerca de 14 anos de vida por conta dessa patologia.

Apesar do longo contexto histórico de uso do tabaco, foi a partir da década de 60 que surgiram os primeiros estudos associando o cigarro ao adoecimento do fumante. Entretanto, durante muitos anos, tais associações do tabagismo com o estado de saúde foram negligenciadas. No entanto, somente em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na 10ª CID F.17.2 - Classificação Internacional de Doenças, catalogou o tabagismo como "uma desordem mental e de comportamento em razão da síndrome da dependência à nicotina" ⁵, classificando-a como doença crônica ⁶.

Muito além de consistir em uma doença psíquica, pela síndrome de dependência à nicotina, o tabagismo é considerado fator de risco para o desenvolvimento de diversas outras doenças, sendo reconhecidamente a principal causa prevenível de mortalidade em países desenvolvidos ⁴. Há relação com doenças como câncer, infarto do miocárdio, angina, acidente vascular cerebral e uma série de doenças respiratórias (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). E apesar disso, a maioria dos fumantes não reconhecem o tabagismo como fator causal destes distúrbios ⁵.

O risco de adquirir alguma dessas doenças é proporcional a duração do tabagismo, visto que pelo menos 50% dos fumantes habituais, que começam a fumar

na adolescência, irão morrer em virtude do hábito de fumar. Logicamente, a mortalidade relacionada ao tabagismo também aumenta à medida que o consumo do tabaco aumenta ⁷.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 30% da população adulta mundial é fumante (1,3 bilhões), distribuída de forma assimétrica, sendo 35% dos homens e 22% das mulheres nos países desenvolvidos e 50% dos homens e 9% das mulheres nos países em desenvolvimento ⁸. Apesar da difusão de uma ampla gama de conhecimentos científicos associados aos riscos do tabaco, a epidemia tabagista ainda cresce mundialmente a uma média de 2% ao ano ⁴.

No Brasil, desde a década de 1980, ações educativas e medidas de atenção à saúde visando à prevenção da iniciação do tabagismo, ao controle do hábito de fumar e à diminuição da exposição populacional à fumaça de cigarro ambiental - têm sido empreendidas pelo INCA, como parte do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), o que tem gradativamente reduzido a prevalência de tabagistas e a morbimortalidade associada ao consumo do tabaco. Já em 2019, os dados refletem uma prevalência de fumantes nas capitais brasileiras de 9,8% (INCA, 2019). Dados do Ministério da Saúde documentam a diminuição na prevalência de fumantes na população brasileira acima dos 15 anos, a qual era de 32% em 1989, e chegou a 9,1% considerando todas as capitais do Brasil em 2021 (Vigitel, 2021) ⁹. Porém, esse número ainda continua elevado, dadas as consequências do tabagismo para as condições de saúde da população, demonstrando, portanto, a necessidade de esforços contínuos e enérgicos através das políticas públicas de cessação ao tabagismo e educação em saúde no país.

Destarte, o presente estudo teve como objetivo descrever as características dos pacientes que deixaram de fumar a fim de entender melhor padrões comportamentais, gatilhos relacionados ao vício tabagista e perfil sociodemográfico dos pacientes com êxito na cessação tabágica almejando contribuir para aumentar a taxa de sucesso dos programas de cessação tabagista.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever as características dos pacientes que deixaram de fumar assistidos no PROAF (Programa de Apoio ao Fumante) em Salvador, BA entre os anos de 2016 e 2021.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico, perfil clínico, história tabágica e perfil de consumo de tabaco da população assistida no ambulatório de cessação de tabagismo (PROAF), entre os anos de 2016 e 2021.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo e no ano de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões. Dessas, 80% residem em países de baixa e média renda, o que determina maior importância das doenças e mortes relacionadas ao tabaco ¹⁰. O impacto sobre a saúde decorrente do uso do tabaco é bem conhecido: responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas, 25% das doenças isquêmicas do coração ¹⁰.

Nos anos 60, o Departamento de Saúde dos Estados Unidos publicou um relatório sobre o tabagismo que indicava que a exposição à fumaça do cigarro poderia agravar e prolongar doenças do trato respiratório superior, como rinossinusites. No momento presente, é conhecido que a fumaça do cigarro contém mais de 4000 substâncias nocivas, incluindo componentes gasosos e particulados como acroleína, formaldeído, monóxido de carbono, nicotina, cotinina, acetaldeído, fenol e cianeto de potássio, muitos dos quais são comprovadamente tóxicos para o epitélio respiratório ¹¹.

Em 2009, um estudo constatou que expor células epiteliais a partículas da fumaça de cigarro reduz a resposta do aumento de batimento ciliar, uma reação de defesa do epitélio contra partículas estranhas e micro-organismos. Além disso, tanto exposições agudas quanto crônicas à fumaça do cigarro prejudicam o transporte mucociliar. Em exposições crônicas, há alterações metaplásicas na mucosa respiratória, incluindo um aumento no número e tamanho de células caliciformes, resultando em um aumento da secreção nas vias aéreas ¹¹. Além dos danos funcionais, o tabagismo também provoca alterações estruturais comprovadas por estudos. A exposição ao tabaco foi associada à redução da viabilidade celular e à indução de apoptose em células do epitélio respiratório, além de prejuízos na regeneração epitelial em resposta a injúrias. Ademais, mesmo após um período de sete meses de recuperação, a reação inflamatória da mucosa respiratória induzida pelo cigarro ainda persiste ¹¹.

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA afirma que há evidências suficientes de que o consumo de tabaco é uma causa de várias doenças, incluindo doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, doenças respiratórias agudas, bem como sintomas respiratórios em adultos, como

tosse, chiado, expectoração e dispneia. Além disso, o consumo de tabaco também pode tornar o controle da asma mais difícil ¹².

Fica evidente que fumar é prejudicial para todo o sistema respiratório, afetando tanto a estrutura quanto a função pulmonar. Isso resulta na redução dos mecanismos naturais de defesa contra infecções e na continuidade de lesões inflamatórias no epitélio respiratório. Esses danos, quando ocorrem repetidamente e constantemente, aumentam significativamente o risco relativo de doenças respiratórias ¹³.

De acordo com o INCA, 2021, é estimado que os homens que fazem uso regular do tabaco tendem a ser 23 vezes mais propensos à desenvoltura do câncer de pulmão, enquanto as mulheres são 13 vezes favoráveis a desenvolver esse tipo de câncer, não existindo um número mínimo seguro de cigarros por dia que minimize tal desfecho ¹⁴.

Além disso, não são somente os fumantes que são prejudicados pelo seu vício. Não há nenhum nível seguro de exposição ao tabagismo, e mesmo aqueles que são expostos passivamente correm o risco de desenvolver diversas doenças, especialmente respiratórias e cardiovasculares, bem como câncer de pulmão ¹⁵. Estudos indicam que as chances de desenvolvimento de doenças respiratórias, como pneumonia, bronquite e asma, são 1,7 vezes maiores em crianças cujas mães fumam em comparação com aquelas cujas mães não fumam. Quando o pai é fumante, o risco é de 1,3 vezes. Além disso, a exposição à fumaça do tabaco está associada a uma maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio, bem como um risco cinco vezes maior de morte súbita infantil sem causa aparente, conhecida como Síndrome da Morte Súbita Infantil ¹⁶.

Uma publicação feita pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz afirma que os sintomas de curto prazo para os fumantes passivos incluem tosse, irritação nos olhos, dor de cabeça, coriza, náuseas. Existe também o agravamento de doenças respiratórias, como é o caso da sinusite crônica, visto que a fumaça do cigarro triplica as chances da desenvoltura da doença, sendo esse risco ainda maior em pessoas que já apresentam sintomas de sinusite. Especialmente quando os fumantes estão em ambientes fechados ou pequenos ¹⁵. Além disso crianças que são expostas diariamente à fumaça do cigarro têm um risco 50% maior de desenvolver doenças crônicas, como bronquite e asma. Já os adolescentes, quando expostos ao fumo passivo, estão mais propensos à perda auditiva neurossensorial, um problema que

geralmente ocorre apenas na velhice ou em crianças que nascem com surdez congênita. E nos adultos que já sofrem com esses problemas, a intoxicação agrava os sintomas e provoca crises frequentes de falta de ar ¹⁵.

O tabagismo passivo apresenta sua forma mais trágica quando afeta o feto em desenvolvimento no útero da mãe fumante, aumentando significativamente o risco de aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e redução no desenvolvimento do recém-nascido ¹⁵.

Quando abordamos outras literaturas sobre a frequência de indivíduos fumantes no país, o Inquérito nacional Vigitel, realizado no ano de 2013 por meio de entrevistas telefônicas a quase 53.000 pessoas maiores de 18 anos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, identificou as maiores prevalências de fumantes na cidade de Porto Alegre (RS), tanto entre os homens (18,7%) quanto entre as mulheres (14,7%). No total das cidades pesquisadas, a prevalência de adultos fumantes foi de 11,3%, maior entre homens (14,4%) do que entre mulheres (8,6%), com tendência a ser maior na faixa etária entre 25 e 65 anos de idade, e entre aqueles com menor escolaridade ¹⁷. Em contrapartida, (Vieira, 2014) observou um predomínio de mulheres tabagistas em relação a homens, reforçando, entretanto, que o vício estava associado à baixa escolaridade e a sintomas depressivos em ambos os sexos. Contudo, a carga tabágica demonstrou-se significativamente maior no sexo masculino ¹⁸.

Em contrapartida, Barros et al. 2011 encontrou dados divergentes em seu estudo, pois a prevalência do tabagismo no sexo masculino foi de 18,8%, 62% maior do que no sexo feminino (11,6%) e na variável faixa etária verificou que o número de fumantes tem acréscimo relevante até os 59 anos, mas decresce a partir dos 60 anos ¹⁹. Os autores também identificaram que, tanto em nível nacional quanto em nível regional, há redução da prevalência de fumantes de acordo com o aumento da renda. Além disso, o número de cigarros consumidos por dia é proporcionalmente menor quanto maior a renda domiciliar ¹⁹.

Seguindo o mesmo viés, (Vigitel, 2013) constatou que o consumo intenso de cigarros foi maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (6,6% e 3,5%, respectivamente), diminuindo entre aqueles com nove ou mais anos de estudo ¹⁷. Em um outro estudo, feito pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapeco, evidenciou que nas famílias com histórico de tabagismo, 44,77% delas

possui pelo menos um ex-tabagista, apontando que há um interesse dos tabagistas em cessar o vício do tabaco ²⁰. Sobre o aspecto de abandonar o vício, o estudo de Karen et al. 2012 observou que 73% dos fumantes que procuraram o serviço para deixarem de fumar eram mulheres, na faixa etária entre 40 e 60 anos e que 83% dessas mulheres já haviam tentado parar de fumar previamente ²¹.

Ao tratar sobre taxa de recaída, a falta de apoio do profissional de saúde no processo de abandono do tabagismo pode deixar ex-fumantes mais vulneráveis ao retorno desse vício. Conforme a literatura apresentada por Pawlina et al. em 2014, a taxa de insucesso na tentativa de parar de fumar atingiu o índice de 62,5%. Além disso, foi identificada uma correlação entre a faixa etária mais jovem (20 a 39 anos) e um maior risco de fracasso na tentativa de cessação do tabagismo ²².

De acordo com um estudo conduzido por Ferreira et al. em 2011, foi constatado que 42,1% dos fumantes que tentaram parar o vício em algum momento de suas vidas tiveram recaídas. No estudo, 18,2% dos entrevistados admitiram ter experimentado recaídas, sendo os principais motivos o nervosismo, a fissura incontrollável por fumar, o convívio com fumantes, o aumento do apetite e conseqüentemente o consumo excessivo de alimentos, resultando em um aumento de peso corporal, além de sintomas de abstinência ²³. Essa mesma situação também é tratada por um estudo feito por Khurana et al, em 2003, no qual a maioria dos ex-fumantes apresenta recaídas durante o processo ²⁴. Segundo os autores, isso ocorre devido à síndrome de abstinência gerada pela ausência de nicotina sérica e à fissura pelo cigarro.

O estudo feito pelo Hospital clínico e psiquiátrico da Universidade Estadual de São Paulo, Unicamp em 2011, Fatores relacionados ao insucesso na cessação tabágica, é relatado que 75% dos fumantes têm o desejo de parar de fumar, no entanto, apenas 10% conseguem abandonar o vício sem ajuda, e somente 2,7% conseguem cessar o tabagismo sem a necessidade de tratamento ²⁵. Segundo o estudo "Treating Nicotine Adiction", as recaídas normalmente ocorrem dentro de um período que varia de dois dias a três meses após a interrupção do vício de fumar ²⁶. Além desse, Na mesma direção, o estudo "Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química" afirma que os três primeiros meses do processo de recuperação de dependentes químicos constituem a fase mais crítica para a ocorrência de recaídas ²⁷.

Em resposta aos impactos negativos do consumo de tabaco na saúde, medidas governamentais e não governamentais têm sido implementadas com o objetivo de reduzir o número de mortes e doenças crônicas relacionadas ao tabaco. Desde a década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) têm trabalhado em conjunto em uma série de ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que inclui medidas para promoção da saúde e tratamento gratuito para fumantes. O PNCT também aborda questões político-econômicas, como impostos sobre o tabaco e criação de ambientes livres de fumaça de cigarro ²⁸. No contexto do tratamento do tabagismo, em 2002 foram estabelecidos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, conforme a Portaria 1.575/2002 do MS, dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, em 2004, esses centros foram expandidos para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, conforme a Portaria 1.035/2004 do MS, aumentando a disponibilidade do tratamento gratuito considerado de primeira linha para fumantes que desejam parar de fumar ²⁹. O Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer recomenda um tratamento geralmente realizado em quatro sessões, baseadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC), que envolvem materiais didáticos e são realizadas semanalmente. Além disso, há encontros mensais de manutenção para garantir a efetividade do tratamento. Estudos clínicos randomizados e revisões sistemáticas, com e sem meta-análise, têm demonstrado que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é altamente eficaz no tratamento da dependência química, incluindo o tabagismo, quando se trata de abordagens terapêuticas psicológicas ^{30 31}.

A TCC postula que a dependência é resultado de uma interação complexa de fatores, que incluem cognição, emoções, comportamentos e reações físicas, em constante interação com o ambiente. Dessa forma, esses fatores estão inter-relacionados e afetam a probabilidade de cada indivíduo se tornar dependente, bem como sua dificuldade em adquirir e manter a abstinência ³².

No que se refere à dependência de tabaco, a suposição fundamental é que ela é um comportamento adquirido, desencadeado e mantido por eventos e emoções específicas, podendo ser modificado através de estratégias que visam à alteração de pensamentos disfuncionais, resolução de problemas e desenvolvimento de habilidades sociais para prevenir recaídas ³³. Levando em conta a complexidade do

tratamento do tabagismo, as técnicas utilizadas têm como objetivo geral identificar os gatilhos que estão relacionados ao desejo de fumar, gerenciar a fissura e modificar o comportamento em direção à meta de parar de fumar ³³.

A eficácia dos tratamentos para a cessação do tabagismo pode ser influenciada por diversas variáveis, como o sexo, a idade, o tempo de uso, a intensidade da dependência de nicotina, a adesão ao tratamento preconizado pelo MS/INCA, além de outros fatores ambientais e individuais. Devido a essas complexidades biopsicossociais e técnicas, as taxas de sucesso do tratamento apresentam variações significativas nos estudos realizados ^{3 34}. Por outro lado, a maioria dos estudos apresenta resultados mais modestos, com taxas de sucesso variando de 15,4% a 31,9% logo após o tratamento e de 17% a 37,5% nos acompanhamentos de seis meses a um ano ^{22 35 36}.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, do tipo quantitativo a partir de dados secundários.

4.2 Amostra do Estudo

Pacientes participantes do Programa de Apoio ao Fumante (PROAF) do Ambulatório Docente-Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública entre os anos de 2016 e 2021.

4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram: Pacientes que deixaram de fumar acompanhados neste programa de cessação do tabagismo nos anos de 2016 a 2021, em cujas fichas clínicas constavam as datas de encerramento desse ato, hábitos de vida associados ao tabagismo, medicamentos usados durante o tratamento entre outros que serão citados.

Os critérios de exclusão utilizados foram: Pacientes que não concluíram com sucesso ou que tiveram informações insuficientes sobre a parada da prática tabagista, impossibilitando assim, a conclusão sobre o desfecho do tratamento do paciente.

4.3 Coleta de Dados

Na primeira consulta médica, a ficha clínica do paciente foi preenchida por médicos e estudantes da própria Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública supervisionados por médicos professores da instituição (**Anexo 1**), visando obter dados de perfil sociodemográfico, histórico de saúde, avaliação da dependência à nicotina (por meio do Teste de Fagerstrom), história tabágica, condicionamento e padrão de consumo do tabaco, além de informações quanto à motivação do fumante em investir em seu próprio tratamento e à existência de uma rede de apoio (família/amigos) ao paciente. Quanto aos instrumentos utilizados nesse estudo, cumpre ressaltar que a ficha clínica do serviço tem autoria de Prof.^a Maristela Rodrigues Sestelo, médica pneumologista, responsável pelo ambulatório e orientadora deste trabalho. O Teste de Dependência à Nicotina, aqui também

analisado, trata-se de um instrumento criado em 1978 por Fagerstrom como teste de tolerância à nicotina, que foi adaptado e passou a ser conhecido como teste de dependência à nicotina em 1991, tendo sido validado no Brasil por Carmo & Pueyo ³⁷. Consta de 6 questões objetivas de múltipla escolha, com pontuação específica para cada uma das alternativas das questões. A soma obtida a partir do valor das respostas gera um escore que reflete o grau de dependência, assim classificado: 0-2 pontos = Muito baixo; 3-4 pontos = Baixo; 5 pontos = Médio; 6-7 pontos = Moderado; 8-10 pontos = Muito elevado. Todas as informações consideradas nesse estudo foram digitadas em formulários individuais criados pelo Excel, versão Microsoft Office 2013, com sequência de dados idêntica à ficha clínica do serviço.

4.4 Variáveis do Estudo

No estudo da amostra final, foram coletadas e analisadas as seguintes variáveis:

- Sexo (Masculino/Feminino)
- Idade (Anos)
- Estado civil (Casado/Solteiro/Divorciado/União Estável/Viúvo/Separado)
- Escolaridade
- Profissão
- Situação de trabalho (Do lar/Aposentado/Trabalhando/Desempregado/Encostado/Sem informação)
- Renda
- Número de dependentes
- Em realização de tratamento (Sim/Não)
- Tipo de tratamento (Clínico/Psiquiátrico/Psicológico)
- Uso de medicamento contínuo (Sim/Não)
- Distúrbios psiquiátricos (Sim/Não)
- Uso drogas fora o álcool
- Problemas de saúde clínicos (HAS/Insônia/Dislipidemia/Doenças reumáticas/Obesidade/Arritmia/Doenças da tireoide/Enfisema/bronquite crônica/Diabetes/Angina/Alergia de pele/Doença renal

/Hepatite/Infarto/Traumatismo craniano/Trombose venosa/Doenças da boca/gengiva/HIV)

- Distúrbios psiquiátricos (Ansiedade/Depressão/Transtorno do pânico/ Distúrbio bipolar/Esquizofrenia)
- Classe de medicamentos utilizados (Anti-hipertensivos/Estatinas/ Psicotrópicos/AAS/ IBP/ Hipoglicemiantes/Beta-2-agonistas; corticoides inalatórios/Suplementação; vitamina D e ácido fólico) /Anticoncepcional oral)
- Idade em que começou a fumar (Anos)
- Carga tabágica (Anos-maço)
- Tipo de cigarro (Cigarro industrial/Palha/Cachimbo/Bali/Charuto/Mascado/Narguilé)
- Consumo atual de cigarro em relação ao ano anterior (Igual/Mais/Menos/Não sabe)
- Escore de FAGERSTROM (0-2; Muito baixo/3-4; Baixo/5; Médio/6-7; Elevado/8-10; Muito elevado)
- Idade ao início do tabagismo (Anos)
- Tempo de tabagismo (Anos)
- Cigarro/dia em média, ao longo da vida (Unidades)
- Carga tabágica (Anos-maço)
- Gatilhos que levam a fumar (Tomar café/Tristeza/Beber com amigos/Comer/TV/Dormir/Trabalhar/Namorar/Cozinhar/Falar ao telefone/Dirigir/Ler)
- Existência de familiar fumante (Não/Irmãos/Pai/Mãe/Outros)
- Outros fumam dentro de casa (Sim/Não)
- Fuma em casa (Sim/Não)
- Fuma onde trabalha (Sim/Não)
- Onde trabalha, outros fumam (Sim/Não)
- Balança de decisão (Razões para deixar de fumar são mais fortes/Motivos para fumar e razões para parar são fortes e se equivalem/Motivos para fumar ainda são mais fortes)
- Tempo de recaída (Dias)

4.5 Plano de Análise

Foram exportados todos os dados contidos na planilha criada no programa Excel para o programa IBM SPSS STATISTICS 21, resultando em um banco de dados estruturado para análise estatística das variáveis. Variáveis quantitativas foram exploradas inicialmente com estatística descritiva univariada e os resultados assim obtidos (números absolutos, frequência relativa, média e moda) foram expostos em tabelas e gráficos.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo obedeceu aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (**Anexo 2**) e sob Parecer número “1.813.435” (novembro de 2016) com CAAE de número “58937216.4.0000.5544”. Todos os participantes do presente estudo leram e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo 3**), quando de sua entrevista inicial no ambulatório, sendo informados de que a não-assinatura do termo não inviabilizaria a participação no programa de tabagismo, apenas do estudo em questão.

5 RESULTADOS

Dos 400 pacientes inscritos no PROAF entre os anos de 2016 e 2021, 94 indivíduos preencheram os critérios de inclusão e, portanto, constituíram a amostra desse estudo. Foi observado que a maioria da amostra era de mulheres (72,3%) e em relação a faixa etária, a maior frequência de pacientes esteve entre 50 e 59 anos (41,5%). No que diz respeito ao estado civil, a maior frequência observada foi de pacientes “Solteiros” (34,0%). A amostra apresentou maior proporção de pessoas que estavam “Trabalhando” (39,4%), valor aproximadamente 10% maior que a proporção de aposentados (28,7%). Sobre a escolaridade dos indivíduos da amostra concluiu-se que o maior índice foi de pessoas com “2º grau completo” (36,2%) e a maioria (55,1%) possuía uma renda familiar de até “2 salários mínimos” (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Feminino	68	72,3%
Masculino	26	27,7%
Total	94	100,0%
IDADE, anos		
20-39	6	6,6%
40-49	17	18,2%
50-59	39	41,5%
60-69	27	28,7%
70-85	5	5,5%
Total	94	100,0%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	32	34,0%
Casado	30	31,9%
Divorciado	14	14,9%
Viúvo	3	3,2%
Separado	5	5,3%
União estável	10	10,6%
Total	94	100,0%

VARIÁVEL	N	%
SITUAÇÃO DE TRABALHO		
Trabalhando	37	39,4%
Aposentado	27	28,7%
Desempregado	14	14,9%
Sem informação	3	3,2%
Do lar	12	12,8%
Encostado	1	1,1%
ESCOLARIDADE		
3º grau completo	24	25,5%
3º grau incompleto	9	9,6%
2º grau completo	34	36,2%
2º grau incompleto	2	2,1%
1º grau completo	6	6,4%
1º grau incompleto	15	16,0%
Analfabeto	0	0,0%
Sem informação	4	4,3%
RENDA FAMILIAR		
Até 2 salários mínimos	53	55,1%
2-4 salários mínimos	23	25,0%
4-6 salários mínimos	4	4,5%
6-8 salários mínimos	2	2,2%
8-10 salários mínimos	1	1,1%
10-12 salários mínimos	2	2,2%
Não declararam	9	9,9%

Fonte: Banco de dados do TCC.

Destaca-se que 70,2% dos indivíduos já faziam tratamento clínico ou psiquiátrico prévio. Dentre estes aproximadamente 81,15% realizavam tratamento clínico enquanto 14,5% psiquiátrico. Além disso, cerca de 80% faziam uso de medicamentos. Do total de pacientes, 60,6% não possuíam distúrbios psiquiátricos e 18,1% destes faziam uso de outras drogas além do álcool. Dessas drogas, a que se destacou foi a maconha referida por 11,7% da amostra (Tabela 2).

Tabela 2: Situação de saúde de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
TRATAMENTO		
CLÍNICO/PSIQUIÁTRICO		
Sim	66	70,2%
Não	28	29,8%
Total	94	100,0%
TIPO DE TRATAMENTO		
Clínico	56	81,15%
Psiquiátrico	10	14,5%
Psicologia (terapia)	3	4,35%
Total	69	100,0%
USO DE MEDICAMENTOS		
Sim	75	79,8%
Não	19	20,2%
Total	94	100,0%
DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS		
Não	57	60,6%
Sim	37	39,4%
Total	94	100,0%
USO DE OUTRAS DROGAS		
Maconha	11	11,7%
Cocaína	5	5,3%
Cogumelo	1	1,1%
Não	77	81,9%
Total	94	100,0%

Fonte: Banco de dados do TCC

Dentre os problemas de saúde mais frequentes, foram citados, respectivamente “Insônia (47,9%), HAS (42,6%)”. Ademais ficou evidente que 21,3% dos pacientes relataram ter depressão atual ou prévia, enquanto 9,6% apresentaram Transtorno do Pânico. Além disso, dentre os pacientes que apresentaram distúrbios psiquiátricos, os mais frequentes foram “ansiedade” (24,5%) e “depressão” (21,3%), (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição proporcional dos problemas de saúde de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

PROBLEMAS DE SAÚDE	N	%
CLÍNICOS		
HAS	40	42,6%
Insônia	45	47,9%
Dislipidemia	31	33,0%
Doenças reumáticas	16	17,0%
Obesidade	14	14,9%
Arritmia	12	12,8%
Doenças da tireoide	14	14,9%
Enfisema/bronquite crônica	11	13,0%
Diabetes	9	9,6%
Angina	7	7,4%
Alergia de pele	9	9,6%
Doença renal	4	4,3%
Hepatite	5	5,3%
Infarto	3	3,2%
Traumatismo craniano	5	5,3%
Trombose venosa	1	1,1%
Doenças da boca/gengiva	2	2,1%
HIV+	0	0,0%

PROBLEMAS DE SAÚDE	N	%
DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS		
Ansiedade	24	24,5%
Depressão	20	21,3%
Transtorno do Pânico	9	9,6%
Distúrbio Bipolar	2	2,1%
Esquizofrenia	2	2,1%

Fonte: Banco de dados do TCC.

Entre os medicamentos utilizados pelos pacientes, os anti-hipertensivos foram os mais frequentemente utilizados, sendo relatado por 37,3% da amostra. As estatinas foram utilizadas por 26,7% dos pacientes, seguidas por psicotrópicos diversos com 21,3%, (Tabela 4).

Tabela 4: Classes de medicamentos mais utilizados por pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016-2021.

CLASSES DE MEDICAMENTOS	N	%
Anti-hipertensivos	28	37,3%
Estatinas	20	26,7%
Psicotrópicos	16	21,3%
AAS	8	10,7%
IBP	7	9,3%
Hipoglicemiantes	9	12,0%
Beta-2-agonistas / corticoides inalatórios	9	12,0%
Suplementação (vitamina D e ácido fólico)	4	5,3%
Anticoncepcional oral	1	1,3%

Fonte: Banco de dados do TCC.

Sobre o perfil de tabagismo da amostra, destaca-se que mais da metade dos pacientes (70,1%) iniciou o vício tabagista entre os 14 e 21 anos. Em relação à carga tabágica, 27,6% dos pacientes relataram ter fumado entre 16 e 30 anos-maço, enquanto 20,2% da amostra fumou entre 31 e 40 anos-maço. Além disso, quase unanimidade da amostra (97,9%) fumava cigarro industrial. Quando avaliado o número de cigarros fumados por dia, 41,4% fumavam entre 18 e 25 cigarros por dia. Quanto à mudança no hábito de fumar, 38,3% dos pacientes responderam estar fumando igual ao ano anterior. Em relação à dependência à nicotina, 44,8% dos pacientes apresentaram dependência média a elevada, (Tabela 5).

Tabela 5: Perfil de tabagismo de uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
IDADE EM QUE COMEÇOU A FUMAR,		
anos		
08-13	15	16,0%
14-17	36	38,2%
18-21	30	31,9%
22-25	7	7,4%
26-29	3	3,1%
30-33	2	2,1%
34-35	1	1,0%
Total	94	100,0%
CARGA TABÁGICA, em anos-maço		
05-15	14	14,8%
16-30	26	27,6%
31-40	19	20,2%
41-50	14	14,8%
51-70	6	6,3%
71-102	7	7,4%
Sem informação	8	8,5%
	94	100,0%

VARIÁVEL	N	%
TIPO DE CIGARRO		
Cigarro industrial	92	97,9%
Palha	6	6,4%
Cachimbo	2	2,1%
Bali	0	0,0%
Charuto	1	1,1%
Mascado	1	1,1%
Narguilé	0	0,0%
CIGARROS/DIA AO LONGO DA VIDA, em unidades		
03-08	6	6,3%
09-10	15	15,9%
11-13	6	6,3%
14-17	15	15,9%
18-25	39	41,4%
26-30	7	7,4%
31-40	6	6,3%
Total	94	100,0%
CONSUMO ATUAL DE CIGARRO EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR		
Igual	36	38,3%
Mais	27	28,7%
Menos	30	31,9%
Não sabe	1	1,1%
ESCORE DE FAGERSTROM		
0-2 Muito baixo	10	10,6%
3-4 Baixo	24	25,5%
5 Médio	15	16,0%
6-7 Elevado	27	28,8%
8-10 Muito elevado	18	19,2%

Fonte: Banco de dados do TCC.

Ao realizar um resumo do perfil de tabagismo da amostra, observou-se que a idade média de início do tabagismo foi de 17,55. O tempo médio de tabagismo foi de 36,72 anos e os pacientes fumavam em média 18,18 cigarros por dia ao longo da vida. A carga tabágica média nessa população foi de 34,19 anos, (Tabela 6).

Tabela 6: Perfil de tabagismo resumido da amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

HISTÓRIA TABÁGICA	Média
Idade ao início do tabagismo, anos	17,55
Tempo de tabagismo, anos	36,72
Cigarro/dia em média, ao longo da vida, em unidades	18,18
Carga tabágica, anos-maço	34,19

Fonte: Banco de dados do TCC.

Ao analisar o padrão de consumo de tabaco da amostra, destaca-se que os gatilhos mais frequentes para fumar foram “Tomar café” (78%), “Tristeza” (77%) e “Beber álcool com amigos” (67%). Sobre o histórico familiar, 97,9% dos pacientes apresentavam algum familiar que fumava. Irmãos ou pais fumantes apareceram em 63% dos casos. Além disso, 78,7% dos pacientes não conviviam com outro fumante em sua casa atual e 66% dos pacientes fumavam em casa. Já no ambiente de trabalho, 55,3% dos pacientes não fumavam e 39,4% conviviam com outros fumantes no trabalho, (Tabela 7).

Tabela 7: Condicionamento e padrão de consumo de tabaco em uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
GATILHOS QUE LEVAM A FUMAR		
Tomar café	73	78,0%
Tristeza	72	77,0%
Beber álcool com amigos	63	67,0%
Comer	61	64,9%
TV	33	35,1%
Dormir	39	41,5%
Trabalhar	28	29,8%
Namorar	19	20,2%
Cozinhar	27	28,7%
Falar ao telefone	21	22,3%
Dirigir	15	16,0%
Ler	17	18,1%
FAMILIAR FUMANTE		
Sim	92	97,9%
Não	2	2,1%
Irmãos	59	62,8%
Pai	60	63,8%
Mãe	39	41,5%
Outros	18	19,1%

VARIÁVEL	N	%
NA CASA, OUTROS		
FUMAM?		
Não	74	78,7%
Sim	20	21,3%
Total	94	100,0%
FUMA EM CASA?		
Sim	62	66%
Não	32	34%
Total	94	100,0%
FUMA ONDE		
TRABALHA?		
Não	52	55,3%
Sim	37	39,4%
Não se aplica	5	5,3%
Total	94	100,0%
NO POSTO DE		
TRABALHO, OUTRAS		
PESSOAS FUMAM?		
Não	62	66,0%
Sim	28	30%
Não responderam	5	4,0%
Total	94	100,0%

Fonte: Banco de dados do TCC.

Sobre a balança decisória entre as razões para fumar e deixar de fumar, constatou-se que 74,4% dos participantes afirmaram que as razões para parar de fumar eram mais fortes, enquanto 12,8% declararam que as razões para continuar fumando eram mais fortes, (Tabela 8).

Tabela 8: Balança decisória entre as razões para fumar e deixar de fumar na opinião de uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

BALANÇA DECISÓRIA	N	%
Razões para deixar de fumar são mais fortes	70	74,4%
Motivos para fumar e razões para parar são fortes e se equivalem	12	12,8%
Motivos para fumar ainda são mais fortes	12	12,8%
Total	94	100,0%

Fonte: Banco de dados do TCC.

Ao analisar a frequência e o tempo de recaída pós cessação do tabagismo, identificou-se que a maior frequência de recaída se dava entre o primeiro e o terceiro mês, descrita por 50% dos pacientes que recaíram, (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência e tempo de recaída pós cessação do tabagismo, expresso em dias, relacionados aos pacientes atendidos em ambulatório especializado para cessação de tabagismo em Salvador- BA de 2016 a 2021.

Tempo de recaída, em dias	N	%
08-20	05	20,8%
30-90	12	50,0%
120	01	4,17%
180-240	04	16,7%
365-425	02	8,3%
Total	24	100,0%

Fonte: Banco de dados do TCC.

7 DISCUSSÃO

Nesse estudo, foi observado uma maioria de mulheres atendidas no ambulatório (72,3%). Para fins de comparação, em um estudo realizado em 2014 pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), também se observou uma predominância de mulheres (68,5%) na amostra, dado esse que é similar ao do presente estudo e pode ser justificado pelo fato das mulheres possuírem um grau de autocuidado maior do que os homens, o que as leva a procurar mais frequentemente ajuda, mesmo que a população de mulheres fumantes seja menor ^{38 39}.

A amostra do estudo presente apresentou pacientes com idade média de 54,67 anos. Um estudo realizado no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) da Universidade Federal de São Paulo constatou um padrão de idade de pacientes um pouco mais jovem com uma média de 45 ± 12 anos ⁴⁰. Outro estudo com uma amostra mais jovem foi o realizado pela (UFTM), cuja idade média foi de 49,7 anos ³⁵. Porém, quando se compara o achado do presente estudo em relação ao realizado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) não se tem divergência sobre a idade encontrada 50 ± 12 ²¹. Embora haja uma grande variação nas idades médias, os resultados indicam que a maioria dos fumantes busca atendimento médico ou psicológico para parar de fumar em um momento de maturidade, quando já estão conscientes dos potenciais riscos à saúde ou após várias tentativas individuais frustradas de abandonar o vício ^{41 42}.

Em relação ao estado civil, houve uma diferença pouco significativa entre as categorias mais frequentes na amostra, que foram "Solteiro" (34%) e "Casado" (31,9%). Em contrapartida, houve uma divergência quando se comparou com estudo realizado pela Faculdade de Medicina de Botucatu, onde 50% da amostra era de indivíduos "Casados" e 16% "Solteiros" ⁴³. A partir desses resultados, é conclusivo que os pacientes casados possuem uma rede de apoio melhor e mais consolidada que os solteiros, implicando de forma positiva tanto no incentivo, quanto na manutenção da abstinência ⁴⁴.

Nesse estudo, a amostra foi descrita com maior número de pessoas que a situação de trabalho era "Trabalhando" (39,4%), seguido pela quantidade de pacientes "Aposentados" (28,7%). Quando em comparação com o estudo da Universidade do Triângulo Mineiro obteve-se uma relação de maior percentual, no qual 55,1% estão em situação de trabalho ativa ³⁵. O alto percentual de fumantes em situação de

trabalho ativa é explicado pois fumar não é suficiente para justificar a demissão de alguém. A obtenção e manutenção de um emprego depende de diversos fatores, tais como habilidades, qualificações, experiência, demanda do mercado de trabalho e outros critérios relevantes à posição em questão. Embora algumas empresas possam não contratar fumantes, esta não é a regra geral. Ademais, muitos fumantes conseguem manter seus empregos, desde que sigam as políticas da empresa em relação ao tabagismo. É importante destacar que algumas empresas possuem normas específicas sobre onde e quando os funcionários podem fumar, mas estas variam de acordo com a política da empresa ⁴⁵.

Nesse estudo a maior parte da amostra possuía "2º grau completo" (36%) e que a maioria recebia uma renda familiar de "até 2 salários mínimos" (55%). Em relação aos dados do estudo de Botucatu, os aspectos mais frequentes sobre a "Escolaridade" foram "1º grau completo" (56%) seguida de "2º grau completo" (27%). Sobre a renda familiar dos pacientes estudados em Botucatu, as informações mais frequentes foram "até 1 salário mínimo" e "entre 1 e 2 salários mínimos" com percentuais respectivos de (37%) e (28%) ⁴³. A ligação entre o tabagismo e escolaridade/renda se dá por conta de que o nível mais elevado de educação está relacionado a uma maior conscientização das pessoas sobre os danos causados pelo uso do cigarro e aos benefícios de parar de fumar. Isso tende a resultar em uma menor taxa de tabagismo em populações com maior grau de instrução, enquanto o hábito de fumar é mais prevalente em populações com baixo nível de escolaridade. A combinação desses dois fatores, baixa renda e baixa escolaridade, aumenta ainda mais a prevalência do tabagismo. No entanto, existem outros fatores, como preços baixos e fácil acesso ao tabaco, que têm contribuído para a disseminação do uso de tabaco entre as populações com essas características ^{19 46 47}.

Ao analisar a frequência das comorbidades clínicas dos indivíduos da amostra analisada, cerca de 70% dos pacientes apresentavam necessidade de tratamento contínuo, sendo que em aproximadamente 81% dos pacientes, o tratamento foi de natureza clínica. Como resultado, houve uso contínuo de medicamentos por cerca de 80% dos pacientes da amostra, incluindo anti-hipertensivos, AAS, estatinas e diversos psicotrópicos. O fato de 70% da amostra apresentar comorbidades e 80% estarem em uso crônico medicamentoso, só evidencia as grandes lesões causados pelo uso do cigarro ao organismo. Em especial, os medicamentos encontrados de forma mais

frequente foram anti-hipertensivos, estatinas e AAS, expondo ainda mais os danos causados pelo cigarro e seu potencial de causar doenças cardiovasculares ⁴⁸.

Dentre os problemas de saúde encontrados, os mais frequentes foram, “Insônia (47,9%), e Hipertensão Arterial Sistêmica (42,6%)”. Foram encontrados resultados semelhantes em diversos estudos como o da FMRP-USP, onde 47% da amostra possuía Hipertensão arterial ²¹. Outros estudos encontraram um percentual mais baixo, como é o caso do estudo da UFTM, com 34,4% de Hipertensos ³⁵. Os resultados obtidos em ambos os estudos mostram uma forte correlação entre o consumo de cigarros e o aumento significativo do risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Esses achados confirmam a hipótese amplamente aceita de que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças cardíacas, além de outras complicações graves de saúde ⁴⁸.

Outros problemas também foram descritos no presente estudo, dentre estes, dislipidemia e doenças reumáticas ocorreram em menor percentual (39%) e (21%), respectivamente. Além de diabetes mellitus evidenciar-se em 11% dos casos e angina estável, em 10%. Esses achados são atribuídos aos danos multifatoriais causados pelo cigarro em diferentes sistemas do corpo humano. Entre os efeitos nocivos do tabagismo, destaca-se a potencialização da oxidação das partículas de colesterol bom (HDL), resultando em sua transformação em colesterol ruim (LDL). Isso contribui para o aumento da incidência de dislipidemia, estando diretamente relacionada ao risco de doenças cardiovasculares ⁴⁹. Além disso, o tabagismo também causa alterações na composição e mineralização óssea, o que pode levar à fragilidade óssea e maior suscetibilidade a doenças reumáticas. Estudos indicam que fumantes têm uma maior predisposição à perda óssea devido ao efeito inibitório do tabaco sobre a osteogênese e o metabolismo ósseo, através da inibição dos osteoblastos e da ativação de osteoclastos ⁵⁰.

Tratando-se das características do perfil de tabagismo na amostra desse estudo, tem-se que 70% começaram a fumar entre 14 e 21 anos, com média de 17 anos de idade. Outros estudos como o do (PrevFumo) e o realizado pela Faculdade Íntegra do Ceará (FIC) relatam uma idade média do início do vício de 15 ± 4 anos, demonstrando tanto uma concordância esse estudo, quanto que a maioria dos pacientes começaram a fumar quando ainda menores de idade ^{40 51}. Dessa forma, pensa-se que existe uma deficiência grave tanto na educação parental e escolar,

quanto na saúde governamental que falha na adoção de políticas públicas de prevenção voltadas para o público adolescente que se apresenta a margem da sociedade e está iniciando o vício tabagista precocemente ⁴⁰.

Encontrou-se na amostra desse estudo uma carga tabágica média de 34 maços-ano. Não foram relacionados outros estudos que relataram a carga tabágica dos seus pacientes, no entanto, os estudos do PrevFumo e FIC, descrevem as variáveis “Número de cigarros fumados por dia” e “Tempo de tabagismo em anos”, dessa forma, é possível estimar a carga tabágica média desses pacientes a partir desses dados. Os resultados variavam entre 32 e 43 anos-maço ^{40 51}.

Cerca de 55% dos pacientes do presente estudo fumavam mais de 20 cigarros/dia ao longo da vida, com uma média de 18 cigarros/dia. Estudos feitos pela Universidade Estadual de Londrina e pela FIC também tiveram suas amostras com valores próximos, no qual mais da metade dos investigados fumavam mais de 20 cigarros/dia ao longo da vida ^{51 52}. Além disso, nesse estudo houve uma média de 36 anos de tempo de tabagismo, enquanto em outros estudos foram encontrados valores extremamente similares, 33 anos encontrados em ambas as faculdades (UFTM e FIC) ^{35 51}. Essas informações apontam para o preocupante tempo do uso do cigarro entre todas as amostras estudadas, evidenciando a necessidade de políticas públicas e ações de conscientização sobre os malefícios do cigarro para a saúde ^{43 53}.

Em 44,8% da amostra desse estudo, o teste de Fagerstrom apresentou-se “médio/elevado”. Por outro lado, o estudo da FIC encontrou um valor mais alto, cerca de 78% dos seus pacientes apresentavam Fagerstrom “médio/elevado” ⁵¹. Outro artigo que apresenta valor alto e similar ao estudo da FIC, foi o trabalho da UFTM. A amostra do estudo do Triângulo Mineiro apresentou que 60% dos pacientes apresentavam teste de Fagerstrom com o valor “médio/elevado” ³⁵. As razões pelas quais os pacientes apresentam pontuações concordantes nos estudos se deve a presença de substâncias químicas no cigarro que aumentam a liberação de dopamina no cérebro, estimulando a sensação de prazer e recompensa e criando um potente ciclo vicioso de dependência ⁵⁴. Fumar também pode estar associado a diversas situações sociais e emocionais, como o estresse, ansiedade e solidão, o que pode levar a uma dependência psicológica. Além disso, fatores genéticos podem influenciar a susceptibilidade à dependência de nicotina, tornando algumas pessoas mais propensas a se tornarem dependentes do que outras ^{54 55 56}.

Quando foram avaliadas as atividades que serviam como gatilho para o fumo do tabaco, teve-se que “Consumo de café” e “Tristeza” estavam presentes em cerca de 78% dos pacientes e “Beber com os amigos” e “Comer” logo em seguida com cerca de 66%. Não foram encontrados outros estudos que avaliaram os gatilhos que levam a vontade de fumar. Esses dados demonstram que o consumo do tabaco está associado com a melhora da angústia dos pacientes, além de demonstrar como o café e o álcool interagem no organismo de forma a estimular a vontade de fumar ⁵⁷. No que diz respeito ao segundo gatilho mais frequente dentre a amostra observada ‘Tristeza’, ocorre, pois, a nicotina presente no cigarro nicotina se liga aos receptores nicotínicos de acetilcolina, estimulando a liberação de neurotransmissores como a dopamina, noradrenalina e serotonina, que são responsáveis por sensações de prazer e bem-estar temporários, levando a dependência. Além disso, a nicotina também afeta a produção de hormônios como o cortisol, que é liberado em resposta ao estresse, diminuindo os níveis de ansiedade e tensão ^{58 59 60}.

A presença de um familiar fumante (Mãe, Pai, Irmãos), em 98% da amostra estudada demonstra a relevância do estímulo familiar relacionado ao começo do vício tabagista ⁶¹. Somente 21% da amostra alegou ter outras pessoas que fumam em casa, em quanto outro estudo feito pela Universidade Estadual de Londrina demonstrou que 46,7% dos indivíduos alegaram ter outros fumantes em casa ⁵². Por conseguinte, no atual estudo 66% responderam fumar em casa. Ademais, 55% declararam não fumar em seu ofício, enquanto 66% relataram não ter outras pessoas fumando em seu local de trabalho. Dessa forma, é possível concluir que grande parte dos pacientes que fumam em casa transformam outras pessoas morando com elas, em fumantes passivos ⁶². Quando os fumantes acendem cigarros em ambientes fechados, como casas ou carros, a fumaça se concentra ao redor deles, tornando-se inevitável para as pessoas ao redor não inalarem. Ademais, os resíduos do tabaco podem ficar impregnados em tecidos, móveis e tapetes, persistindo no ar por horas após a saída do fumante e ainda afetando as pessoas presentes no ambiente ⁵⁵. E a pouca quantidade de fumantes em locais de trabalho reflete que existem leis que proíbem essa prática em ambientes laborais ⁶³.

Ao se avaliar a balança de decisão dos pacientes, tem-se que 74,4% da amostra respondeu “Razões para deixar de fumar são mais fortes” e obtivemos um

empate entre “Motivos para parar e fumar se equivalem” e “Motivos para fumar são mais fortes” (12,8%).

Analisando a frequência e o tempo de recaída após cessação do tabagismo, se observou que dos 24 pacientes que recaíram, 50% vieram a recair entre o primeiro e o terceiro mês depois da parada do vício. Em seguida, obteve-se que quase 21% recaíram entre o oitavo e o vigésimo dia. O estudo da FIC revelou uma taxa de 17,8% de recaída dos seus pacientes, sendo essa, ocorrendo em um tempo médio de 4 meses ⁵¹. Enquanto o estudo feito pela Universidade Estadual de Campinas, demonstrou uma recaída de 10% em cerca de 25 meses de projeto ⁶⁴. Esses estudos apresentaram uma taxa de recaída compatível quando comparados com a taxa de recaída estudada por Fiore, MC, afirmando que mesmo sendo comum o alto índice de pacientes que concluem programas de cessação do tabagismo (70-100%), cerca de 80% dos pacientes tratados irão recair ao longo de 12 meses ⁷. O estudo “Relapse rates in addiction programs” demonstra que a maior taxa de recaída ocorre logo entre o primeiro e o terceiro mês desde o início da cessação, com cerca de 66% dos pacientes e que somente cerca de 20% das pessoas que iniciam tratamento de cessação tabágica conseguem finalizar com sucesso e param de fumar para o resto da vida ⁶⁵. Tanto as razões pelas quais a literatura pesquisada concorda com o presente estudo, quanto taxa de recaída ser predominante do primeiro ao terceiro mês estão relacionadas com a falta de nicotina no corpo, que causa sintomas de abstinência, como irritabilidade, ansiedade, dificuldade para dormir e aumento do apetite. Esses sintomas podem ser extremamente desconfortáveis e podem levar as pessoas a cederem à tentação de fumar novamente ⁶⁶. Outra razão pela qual as pessoas podem recair nos primeiros três meses é a falta de um plano de longo prazo para lidar com a abstinência. Algumas pessoas podem ter sucesso em parar de fumar no curto prazo, mas podem ter dificuldade em manter a abstinência a longo prazo sem um plano de suporte ⁶⁷. Todos os motivos abordados também valem para o fato de que número de pessoas que deixam de fumar para o resto da vida é tão baixo.

Os limites desse estudo se dão com o fato de que, por se tratar de uma amostra de conveniência, as informações não podem ser extrapoladas para demais populações que não buscaram o tratamento do tabagismo. Além disso, ele teve como base dados secundários, levando a sugestão de viés de informação. No entanto, o presente estudo teve como objetivo ampliar os conhecimentos relacionados a fatores

e variáveis que caracterizaram a abstinência do tabagismo, e assim, cumpriu com sua proposta ao acrescentar informações importantes para a literatura.

Destarte, faz-se necessário a realização de estudos que garantirão uma amostra da população geral de fumantes, em uma coorte prospectiva no qual os vieses descritos acima poderiam ser amenizados.

8 CONCLUSÕES

Ao final desse estudo foi possível concluir que:

- Nesse estudo o perfil de pacientes, que deixaram de fumar, foram predominantemente de mulheres, com média de idade de 54 anos, solteiras, trabalhando, com ensino médio completo, renda familiar de até 2 salários mínimos, que começaram a fumar entre 14 e 21 anos, possuíam uma carga tabágica de 34 maços-ano, fumavam mais de 20 cigarros por dia e possuíam, em média 36 anos de tempo de tabagismo.
- Apresentaram teste de Fagerstrom elevado e muito elevado, detinham como gatilhos para o fumo o consumo de café e a tristeza, tinham familiares fumantes e possuíam em mente que as razões para deixar de fumar eram maiores que as para continuar fumando. Estavam em tratamento clínico, utilizavam medicamentos de natureza contínua, tinham insônia e hipertensão. E por fim, dos pacientes que recaíram, chegaram a recair entre o primeiro e o terceiro mês.

9 REFERÊNCIAS

1. Simone Aparecida Pereira Vieira. Prevalência de tabagismo e motivações para fumar: estudo de base populacional, em Florianópolis. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2019;45(4):1–7. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/123308>
2. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: Mortality, morbidity and costs. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1283–97.
3. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Ter Comport e Cogn*. 2013;15(2):35–44.
4. De Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol*. 2004;30(SUPPL. 2).
5. Hiremath L, Hiremath D. Noncommunicable Diseases. *Essentials Community Med A Pract Approach*. 2012;76–76.
6. Saúde S da. Tabagismo [Internet]. Centro estadual de vigilância em saúde - RS. p. 2. Available from: <https://www.cevs.rs.gov.br/tabagismo>
7. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*. 1994 Jun;271(24):1940–7.
8. Tobacco S. Tobacco fact sheet. 2013;(August):2011–3.
9. VIGITEL - Secretaria de, Vigilância D de A em S e, Transmissíveis de DN. VIGITEL BRASIL 2021 VIGITEL BRASIL 2021. 2022. 1–131 p.
10. Filho VW, Mirra AP, Mendoza López R V., Antunes LF. Tobacco smoking and cancer in Brazil: Evidence and prospects. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):175–87.
11. Berto SJP, Carvalhaes MABL, de Moura EC. Smoking associated with other behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases. *Cad Saude Publica*. 2010;26(8):1573–82.
12. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. *Natl Cancer Inst Tob Control Monogr* 21 [Internet]. 2016;NIH Public(No. 16-CA-8029A):688. Available from: <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html>.
13. Giusti AL. Interferência do tabaco no sistema imunitário – estado atual e perspectivas – revisão da literatura. *ConScientiae Saúde*. 2008;6(1):155–64.
14. INCA. Estudo do INCA alerta sobre risco de cigarros eletrônicos [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 19]. Available from: <https://www.inca.gov.br/imprensa/estudo-do-inca-alerta-sobre-risco-de-cigarros-eletronicos>
15. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. CONHEÇA OS RISCOS PARA O FUMANTE PASSIVO [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 19]. p. 1. Available from: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/imprensa/noticias/conheca-os-riscos-para-o-fumante-passivo/>
16. Nacional D, Estadual S, Miranda AE, Unidos OE, Norte-americana S, Miranda A. Fumaça do cigarro prejudica a saúde de quem não fuma. 2006;4–6.
17. Brasil M da S. VIGITEL 2013: Vigilância de fatores de Risco para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2014. 120p.: il. –(Série G. Estatística e Informação em.

18. Aparecida S, Vieira P. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS-PPGCM DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E MOTIVAÇÕES PARA FUMAR: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, EM FLORIANÓPOLIS Orientadora: Prof.^a Dr^a Márcia Margaret. 2014;
19. Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Menezes AMB. Tabagismo no Brasil: Desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(9):3707–16.
20. Ryan, Cooper, Tauer. TABAGISMO: MOTIVOS DA CESSAÇÃO E DA RECAÍDA NA POPULAÇÃO DE UM NASF1. *Pap Knowl Towar a Media Hist Doc*. 2013;11(20):12–26.
21. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, Vieira F, Martinez JAB. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Med (Ribeirao Preto Online)*. 2012;45(3):337.
22. Pawlina MMC, Rondina R de C, Espinosa MM, Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(2):113–20.
23. Ferreira ÂS, Carlos A, Campos F, Pereira I, Beserra MR, Silva EN, et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. *J Bras Pneumol*. 2009;37(4):488–94.
24. Khurana S, Batra V, Patkar AA, Leone FT. Twenty-first century tobacco use: It is not just a risk factor anymore. *Respir Med*. 2003;97(4):295–301.
25. Azevedo RCS de A, Fernades RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study Fatores relacionados ao insucesso na cessação tabágica: um estudo de coorte prospectivo. *Sao Paulo Med J*. 2011;129(6):380–6.
26. Jain A. Extracts from “BestTreatments” Treating nicotine addiction. *Br Med J*. 2003;327(7428):1394–5.
27. Rigotto SD, Gomes WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicol Teor e Pesqui*. 2002;18(1):95–106.
28. da Silva ST, Martins MC, de Faria FR, Cotta RMM. Combate ao tabagismo no Brasil: A importância estratégica das ações governamentais. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(2):539–52.
29. Portes LH, Machado CV, Turci SRB, Figueiredo VC, Cavalcante TM, Da Costa E Silva VL. Tobacco control policies in Brazil: A 30-year assessment. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1837–48.
30. García-Gómez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V, Riesco-Miranda JA, Jiménez-Ruiz C. SMOKING CESSATION TREATMENTS: CURRENT PSYCHOLOGICAL AND PHARMACOLOGICAL OPTIONS. *Rev Investig Clin organo del Hosp Enfermedades la Nutr*. 2019;71(1):7–16.
31. Lopes FM, Silveira KM. Effect of cognitive-behavioral techniques for quitting smoking. *Rev Bras Ter Cogn*. 2020;16(1):59–66.
32. Lima ACR de, Ferreira DV. Mudanças Psicologia da Saúde. *Mudanças - Psicol da Saúde [Internet]*. 2016;23(2):47–58. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/5939/5272>
33. Rondina RDC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol*. 2007;33(5):592–601.
34. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IA de O. Abandono Do Tratamento Do

- Tabagismo Em Programa De Município Do Norte Do Paraná [Internet]. Vol. 13, Revista Espaço para a Saúde. 2011. p. 35. Available from: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/448/436%0Awww.ccs.uel.br/espacoparasaude>
35. Dos Santos SR, Bitencourt ARDC, Engel RH, Silva MHDC, Stacciarini TSG, Cordeiro ALPDC. Profile and factors associated with successful treatment of smokers in a specialized public service. *Rev Enferm.* 2018;26:1–7.
 36. Costa AA, Filho JE, Araújo ML, Ferreira JE de S, Meirelles LR de, Magalhães CK. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. *Rev da Soc Cardiol do Estado do Rio Janeiro [Internet]*. 2006;19(5):397–403. Available from: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2006_05/a2006_v19_n05_art04.pdf
 37. HALTY LS, HÜTTNER MD, OLIVEIRA NETTO IC DE, SANTOS VA DOS, MARTINS G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol.* 2002;28(4):180–6.
 38. Nelson Leitão P. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(1):53–61.
 39. UFMG F de M. Homens ainda estão muito atrás das mulheres nos cuidados com a saúde. 2019;17–9. Available from: <https://www.medicina.ufmg.br/homens-ainda-estao-muito-atras-das-mulheres-nos-cuidados-com-a-saude/>
 40. Santos SR, Gonçalves MS, Filho FSSL, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2008;34(9):695–701.
 41. Schachter S. “Debunking myths about self-quitting: Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves”: Reply. *Am Psychol.* 1990;45(12):1389–90.
 42. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Ramon Villalbí J, Maria Borràs J. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc) [Internet]*. 2003;120(1):14–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73589-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73589-1)
 43. Laura Miranda de Oliveira Caram, Renata Ferrari SET, Liana Sousa Coelho, Ilda de Godoy, Rosana dos Santos e Silva Martin I de G, Resumo. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2009;35(10):980–5.
 44. Campos SO, Scorsolini-Comin F. Coping e Redes de Apoio de Casais Sobreviventes ao Câncer Cervical. *Context Clínicos.* 2021;13(3):873–95.
 45. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
 46. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci.* 2012 Feb;1248:107–23.
 47. Fagundes LG da S, Martins M das G, Magalhães EM de S, Palmiéri P de CR, Júnior SI da S. Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América latina e Caribe: Uma revisão integrativa. *Cienc e Saude Coletiva.* 2014;19(2):499–510.
 48. Radovanovic CAT, Afonso Dos Santos L, De Barros Carvalho MD, Marcon SS. Arterial hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(4):547–53.

49. Guedes DP, Pinto Guedes JER, Barbosa DS, De Oliveira JA. Uso de tabaco e perfil lipídico-lipoprotéico plasmático em adolescentes. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(1):59–63.
50. Hadadi AA, Mezied MS. Evidence-based analysis of the effect of smoking on osseointegrated implant outcome. *Natl J Maxillofac Surg.* 2021;12(2):133–8.
51. Sales MPU, De Figueiredo MRF, De Oliveira MI, De Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: Perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol.* 2006;32(5):410–7.
52. Márcia Regina Pizzo de Castro, Tiemi Matsuo SOVN. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2010;36(1):67–74.
53. Kuhnen M, Boing AF, de Oliveira MC, Longo GZ, Njaine K. Smoking and associated factors in Brazilian adults: A population-based study. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(4):615–26.
54. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 Sep;86(9):1119–27.
55. Services H. The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress A Report of the Surgeon General The Health Consequences of Smoking - — 50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. 2014. 1081 p.
56. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med.* 2010 Jun;362(24):2295–303.
57. Morgan J. Why Your Brain Craves Cigarettes When You Drink [Internet]. *Vice Australia.* 2017 [cited 2023 Mar 19]. p. 1. Available from: <https://www.vice.com/en/article/d3gmnx/why-your-brain-craves-cigarettes-when-you-drink>
58. Cosgrove KP, Esterlis I, McKee SA, Bois F, Seibyl JP, Mazure CM, et al. Sex differences in availability of $\beta 2^*$ -nicotinic acetylcholine receptors in recently abstinent tobacco smokers. *Arch Gen Psychiatry.* 2012 Apr;69(4):418–27.
59. Lerman C, Berrettini W. Elucidating the role of genetic factors in smoking behavior and nicotine dependence. *Am J Med Genet Part B, Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet.* 2003 Apr;118B(1):48–54.
60. Brody AL. Functional brain imaging of tobacco use and dependence. *J Psychiatr Res.* 2006 Aug;40(5):404–18.
61. Souza T de A, Mattos F de F. Representação social de adultos sobre tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural - MG TT - The social representation of smoking among adults and its implications for health: study conducted in a rural community in the. *Arq odontol.* 2012;48(3):159–65.
62. Pfizer. Fumante passivo pode consumir até quatro cigarros por dia [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://www.pfizer.com.br/noticias/ultimas-noticias/fumante-passivo-pode-consumir-ate-quatro-cigarros-por-dia>
63. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Ambientes livres de tabaco [Internet]. Ministério da saúde. 2023 [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional/ambientes-livres-de-tabaco>
64. Azevedo RCS de, Higa CMH, Assumpção ISMA de, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(5):593–6.

65. Hunt WA, Barnett LW, Branch ANDLG. RELAPSE RATES IN ADDICTION PROGRAMS. *J Clin Psychol.* 1971;24(4):455–6.
66. American Cancer Society. How to Quit Using Tobacco [Internet]. [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/guide-quitting-smoking.html>
67. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
68. Robert Greene. *As 48 leis do poder.* 1998.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA CLÍNICA DE ADMISSÃO DO PROAF

AMBULATORIO DOCENTE ASSISTENCIAL DA BAHIANA
ANAMNESE / HISTÓRIA TABÁGICA / HISTÓRIA CLÍNICA

1. Identificação: Data: _____/_____/_____ Registro: _____

Nome: _____	
Sexo: Masc. () Fem ()	Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: ____ anos
Nasceu em: _____	País de nascimento: _____
Estado civil: casado () solteiro () separado () divorciado () viúvo () união estável ()	
Endereço completo: _____	
Bairro: _____	Município: _____ CEP: _____ - _____
Telefone: (Resid) _____, (trab) _____, (celular) _____	
Escolaridade: _____/ Profissão: _____	
Situação de trabalho: do lar (), aposentado (), encostado (), trabalhando ()	
Renda familiar: R\$ _____; Numero de pessoas que dependem desta renda? _____	
Como chegou ao Programa? _____	

2. Anamnese

HISTÓRICO ATUAL DE SAÚDE:	
1. Como você percebe o seu estado de saúde atual? _____	
2. Você faz algum tratamento de saúde (clínico, psicólogo ou psiquiátrico)? Não () sim () Caso positivo, qual deles? _____ Onde se trata? _____	
3. Você faz uso de algum medicamento? Não () sim () Caso positivo, qual? _____	
4. Você está grávida ou amamentando? Não () sim () não se aplica ()	
HISTÓRIA DE COMORBIDADES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS:	
1. Você já teve ou tem algum dos seguintes problemas de saúde? Não () sim () () Diabetes () Pressão alta () Colesterol alto () Obesidade () Doenças da tireoide () Infarto – recente-antigo () Angina do peito () Arritmia cardíaca () Derrame cerebral () Doenças reumáticas () trombose venosa () AIDS/SIDA () HIV + () hepatite () Enfisema/bronquite crônica () Trauma craniano/cirurgia cerebral () Insônia () Doença renal () Doenças da boca/gengiva () Prótese dentária móvel () Alergia de pele () Outra: _____	
2. Você sofre ou se trata de algum dos seguintes distúrbios psiquiátricos? Não () sim () Quais? () Ansiedade () Depressão () Transtorno do pânico () Distúrbio bipolar () Esquizofrenia () Outro: _____	
3. Você sofre ou se trata de algum dos seguintes distúrbios? Não () sim () Quais? () Bulimia () Anorexia nervosa () Compulsão alimentar () Fome noturna () Compulsão por compras () Jogo patológico	
4. Você utiliza ou já fez uso das substâncias psicoativas abaixo? Não () sim () Outras drogas? () Não () sim, caso positivo, qual(ais)? _____	

Já parou? () Não () sim, há quanto tempo? _____
 Bebida alcoólica? () Não () sim, caso positivo, qual(ais)? _____
 Já parou? () Não () sim, há quanto tempo? _____
 Caso ainda tome bebida alcoólica, siga na pergunta 5, senão pule para a avaliação da Dependência a Nicotina

5. Você costuma beber com que frequência durante a semana?

() Nunca () Diariamente () Final de semana () Raramente

→ Caso responda “diariamente” ou “no final de semana”, responda as perguntas abaixo (6):

6. Teste de CAGE -> positivo (3 ou 4 respostas positivas revelam tendência para o alcoolismo)

a) Alguma vez sentiu que deveria reduzir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim () Não ()

B) As pessoas lhe aborrecem porque criticam seu modo de tomar bebida alcoólica?

Sim () Não ()

c) Se sente chateado consigo mesmo pela forma como toma bebida alcoólica?

Sim () Não ()

d) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim () Não ()

AValiação da Dependência à Nicotina (Teste de Fagerstrom):

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

a) Dentro de 5 min (3) b) Entre 6-30 min (2); c) Entre 31-60 min (1); d) Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, consultório médico, etc. a) Sim (1) b) Não (0)

3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação? a) O primeiro da manhã (1) b) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

a) Menos de 10 (0); b) De 11 a 20 (1); c) De 21 a 30 (2); d) Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais durante as duas primeiras horas da manhã do que o restante do dia?

a) Sim (1); b) Não (0)

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

a) Sim (1); b) Não (0)

Total de pontos (somar valores entre parênteses que você marcou): _____

0-2: Muito baixo; 3-4 pontos=baixo; 5 pontos=médio; 6-7 pontos=elevado; 8-10 pontos=muito elevado

HISTÓRIA DO TABAGISMO

1. O que mais influenciou você a fumar? _____

2. Idade em que começou a fumar regularmente? __ anos; 3. Há quantos anos você fuma? __ anos

4. Quantos cigarros, em média, por dia, você fumou ao longo de sua vida? _____ cigarros/dia

5. Tipos de tabaco que usa? () Cigarro () Cachimbo () Charuto () Bali () Palha () Mascado () Narguilé

6. Qual a marca que você compra? _____ 7. Quanto gasta por mês? R\$ _____

8. Quanto você fuma atualmente, em média, por dia? Dias úteis: _____ Final de semana: _____

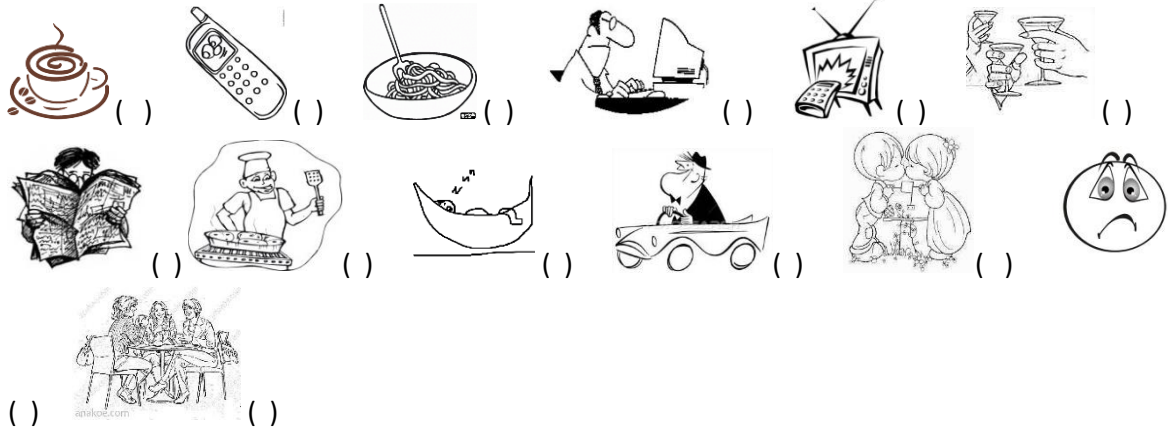
9. Com relação ao ano passado, você agora fuma: () mais () igual () menos () não sabe

10. De 1 ano para cá, chegou a ficar 1 ou mais dias sem fumar porque tentava parar de fumar definitivamente? () não () sim

-> carga tabágica: _____ maços/ano (número de cigarros ao dia / por 20 (1 maço = 20 cigarros) X pelo número de anos em que o paciente fumou)

CONDICIONAMENTO E CONSUMO DE TABACO

1. Quais das atividades diárias levam você a associar com o hábito de fumar? (marcar com um X)



Fumantes em seu entorno

1. Alguém da sua família fuma(ava)? () não () sim: Quem? () pai () mãe () irmãos () outros
2. Em sua casa, além de você, outras pessoas fumam? () não () sim
3. Você fuma dentro de casa? () não () sim
4. Você fuma onde trabalha? () não () sim
5. Em seu posto de trabalho, outras pessoas fumam? () não () sim

Balança de decisão: Motivos para fumar X motivos para deixar de fumar

1. Cite um motivo forte para fumar:

2. Cite um motivo forte para deixar de fumar:

3. Fazendo um balanço das razões para fumar e dos motivos para deixar, você hoje, acredita que:
- () os motivos para fumar ainda são mais fortes
- () os motivos para fumar e as razões para parar são fortes e se equivalem
- () as razões para deixar de fumar são mais fortes

Tentativas anteriores

1. Quantas vezes você tentou parar de fumar? (1) (2) (3) (4) (5) ou +
2. Conseguiu ficar algum tempo sem fumar em alguma dessas tentativas? () não () sim
_____ (tempo)
3. Usou algum remédio nas tentativas anteriores? () não () sim, qual? _____
4. Por quanto tempo usou remédios? () 10s dias () nas 1ª semana () por 3 meses () mais de 3 meses
5. Caso tenha parado os remédios, qual foi o motivo? _____

Tentativa atual: Estágio de Motivação

1. Qual das frases abaixo melhor se encaixa em seu momento atual? (Classifique abaixo)
- a) Eu ainda não estou certo(a) se é o momento de parar de fumar
 - b) Eu estou pensando em deixar de fumar dentro dos próximos 6 meses
 - c) Eu estou pensando em marcar uma data para parar nos próximos 30 dias.
 - d) Eu já parei de fumar e quero me manter sem fumar

Estágio de mudança: a) Pré-contemplativo b) Contemplativo c) Determinação d) Ação

AUTOEFICÁCIA: (sugira ao paciente que dê uma nota de 0 a 6 para cada uma das perguntas abaixo)
(1) Nenhum (2) Algum (3) Pouco (4) Médio (5) Bastante (6) Máximo (total)

1. O quanto você se sente preparado(a) ou pronto(a) para deixar de fumar nesta tentativa? Nota: _____
 2. Qual o grau de importância que você dá a essa tentativa? Nota: _____
 3. Você se sente confiante que irá conseguir parar de fumar nesta tentativa? Nota: _____

REDE DE APOIO:

1. Você informou a seus amigos e/ou familiares sobre a sua decisão de parar de fumar? () não () sim
 2. Com quem você pode contar em uma situação que o coloque em risco de fumar? _____

BARREIRAS:

1. Identifique quais as condições que se constituem obstáculos para você ficar sem fumar
 () ganho de peso () Estresse () depressão () Cônjuge fumar () Telefonar
 () tomar café () sair com amigos () beber () outra: _____

3. Avaliação Clínica Inicial

QP: _____
 HMA: _____

Exame físico:

PA: _____ x _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ iresp/min
 Peso: _____ kg Altura: _____ cm IMC: _____ kg/m² (peso/altura²)

Exame físico dirigido (descrever só o alterado): _____

Exames laboratoriais (data e resultado):

Rx de tórax (___/___/___): () normal () alterado –vide abaixo

Espirometria (___/___/___): CVF (pré/pós): ___/___ L VEF1 (pré/pós): ___/___ L
 VEF1/CVF % (pré/pós): ___/___ L FEF 25-75%(pré/pós): ___/___ L

Conclusão descrita:

Hemograma(___/___/___): Hb: _____ HT: _____ VCM: _____ Leuco: _____

Lipidograma(___/___/___): Col total: _____, LDL: _____, HDL: _____, VLDL: _____

Bioquímica(___/___/___): Glic: _____, ureia: _____, creatinina: _____ PCR: _____

Hepatograma(___/___/___): TGO: _____, TGP: _____, δ-GT: _____, TP: _____, Alb _____

ECG(___/___/___): _____

Outros exames _____

RESUMO DA AVALIAÇÃO:

Grau de dependência: _____ Estágio Motivacional: _____

Escala HAD: Ansiedade: _____ pontos Depressão: _____ pontos

Inventário de Beck: Total: _____ Classificação: _____

Programa terapêutico: () Adesivo Nicotina () Bupropiona () goma de mascar () vareniclina

Data de retorno: (___/___/___)

Observações: _____

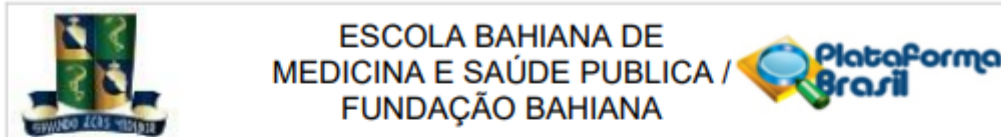
Encaminhamentos: () Psicologia () Psiquiatria () Odontologia () Fisioterapia () Enfermagem

Médico avaliador (assinar e carimbar): _____

Data: ___/___/___

Obs: Modificado do Modelo de História e Anamnese Médica adotado pelo NETT (núcleo de estudos e tratamento do tabagismo), UERJ.

ANEXO 2: PARECER CEP BAHIANA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Clínico e epidemiológico de um grupo de fumantes num programa de tratamento do tabagismo

Pesquisador: MARISTELA RODRIGUES SESTELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58937216.4.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.813.435

Apresentação do Projeto:

O tabagismo é isoladamente o principal fator de risco de morbimortalidade por doenças respiratórias, cardiovasculares e cânceres. Sabe-se que a nicotina causa dependência e a sua retirada acarreta a síndrome de abstinência. O INCA, através do Programa

"Parar de fumar sem mistérios" tem como objetivo ajudar os participantes do programa a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem pragmática e ativa, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos de sua vida. O tratamento medicamentoso facilita a abordagem cognitivo-comportamental, podendo ser utilizada como apoio em situações bem definidas

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar perfil clínico e epidemiológico dos participantes do Programa de Apoio ao Fumantes

Objetivo Secundário:

1. Descrever características do tabagismo da população estudada, fatores de risco, patologias associadas,

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

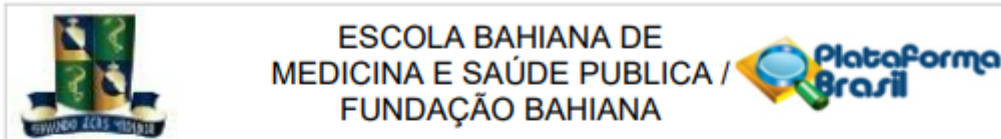
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.813.435

grau de dependência à nicotina, sintomas de depressão e ansiedade, condições de motivação, apoio familiar dos pacientes.

2. Avaliar fatores prognóstico para manutenção e cessação do tabagismo.

3. Avaliar alterações da espirometria, ECG, Radiografia de tórax e exames de laboratório em geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O Pesquisador responsável informa que toda pesquisa, mesmo através do instrumento de avaliação, envolve riscos para os participantes. É provável que algum deles se sinta constrangido em permitir a análise de algumas das suas respostas. No entanto, garante-se que estes questionários serão aplicados numa sala reservada com a presença do pesquisador responsável, além do sigilo e anonimato das informações obtidas.

Benefícios:

O benefício direto aos participantes do programa de tabagismo será a cessação do tabaco e consequentemente a redução das incidências das doenças tabaco relacionadas. O benefício indireto é apresentar dados importantes para o aprimoramento do manejo clínico e tratamento do tabagismo, através da análise dos dados obtidos a cerca das características clínicas e epidemiológicas dos pacientes avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As consultas médicas acontecerão no Ambulatório da Clínica Avançada de Fisioterapia (CAFIS), em uma sala reservada onde o pesquisador responsável aplicará o questionário padrão, o "Teste de Fagerstrom" para avaliar o grau de dependência a nicotina dos usuários, Escala Hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) para avaliar sintomas de depressão e medida do monóxido de carbono expirado através do monoxímetro. Neste

momento discutiremos a necessidade de introdução de terapia de apoio como a terapia de reposição da nicotina ou a bupropiona (fornecida pela Secretaria de Saúde Municipal, Item incorporado no programa "Deixar de Fumar sem Mistérios") observando os critérios de inclusão e exclusão para seleção do uso das mesmas. Estes pacientes retornarão a consulta médica após uma semana da introdução da medicação visando avaliar efeitos colaterais das mesmas e o seu uso correto, além da medida da monoximetria, e a partir daí o acompanhamento será quinzenal no primeiro mês de tratamento e depois mensalmente por 6 meses, com consultas semestrais a partir do sexto mês do tratamento, quando repetiremos a monoximetria do ar exalado. Em paralelo será realizado atendimento em grupo no modelo cognitivo-comportamental (estas atividades em grupo

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

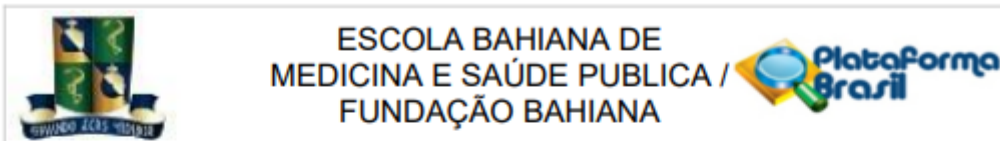
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.813.435

serão realizadas por alunos do curso de Psicologia, Medicina, Enfermagem, Odontologia sob a supervisão do Professor de Psicologia, Dr Ubton) para verificar o nível de motivação dos pacientes e identificação de psicopatologias que possam inviabilizar a participação dos mesmos nas atividades de grupo. A abordagem cognitivo-comportamental consistirá de dez encontros de 90 minutos, com freqüência de uma vez por semana, por um período de dez semanas, sendo o grupo fechado, contando com quinze a 25 participantes. As abordagens adotadas serão as sugeridas pelo Instituto Nacional do Cancer. Para o melhor andamento do Programa Deixar de Fumar sem Mistérios, serão avaliados os exames de Radiografia de tórax, Espirometria, com prova broncodilatadora, ECG e exames laboratoriais, que tenham sido feitos num prazo de até 180 dias. Pediremos ao paciente para que os traga na consulta, e caso não os tenham ou sejam de data anterior, novos exames serão solicitados, para serem realizados na rede SUS de sua preferência. A pesquisa constará de duas partes a seguir: 1. Análise de dados secundários obtidos através das fichas clínicas dos pacientes atendidos anteriormente a este projeto; 2. Análise de dados da ficha clínica dos pacientes que serão atendidos a partir do momento da autorização deste projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados os documentos necessários para apreciação ética estando todos de acordo com a proposta do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sanada(s) a(s) pendência(s) anteriormente assinalada(s) no Parecer Consubstanciado datado de 26.09.2016, o projeto garante o atendimento aos princípios básicos da bioética para pesquisa com seres humanos preconizados pela Res. 466/12 do CNS: autonomia dos participantes, equidade, beneficência e não maleficência.

Considerações Finais a critério do CEP:

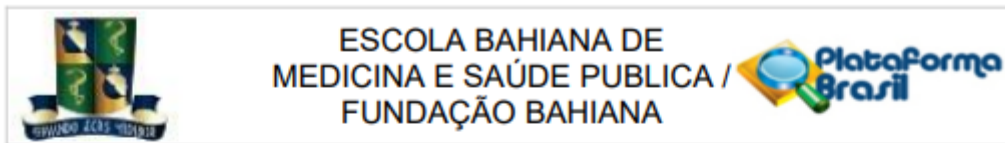
Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	CEP: 40.290-000
Bairro: BROTAS	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3276-8225	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.813.435

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_497899.pdf	25/10/2016 17:33:23		Aceito
Outros	RESPOSTASCONSIDERACOESDOCOMITEDEETICAEMPESQUISA2.docx	25/10/2016 17:32:42	MARISTELA RODRIGUES SESTELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPerfilClinicoTabagismoPROAF3.doc	25/10/2016 17:31:56	MARISTELA RODRIGUES SESTELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDOTCLEPROAF3.doc	25/10/2016 17:30:19	MARISTELA RODRIGUES SESTELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuenciaprojeto.pdf	18/08/2016 10:27:01	MARISTELA RODRIGUES SESTELO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoProjeto.pdf	18/08/2016 10:26:31	MARISTELA RODRIGUES SESTELO	Aceito
Outros	ANAMNESE ADAB PAF.docx	05/07/2015 11:06:12		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

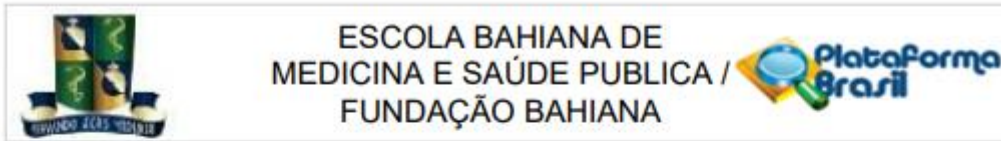
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.813.435

SALVADOR, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br

ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: Perfil clínico e epidemiológico de um grupo de fumantes em um programa de tratamento do tabagismo

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Eu,....., fui procurado(a) pela Profa. Maristela R. Sestelo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, médica com o registro nº 8680 no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, sobre o projeto de pesquisa com o título acima citado. Nesse estudo, coordenado pela mesma eu, fui convidado(a) para participar desse projeto de pesquisa.

A Profa. Maristela Sestelo explicou-me que como sou um fumante, fui convidado(a) pessoalmente, a me tratar da dependência ao cigarro, caso eu deseje, gratuitamente, no Programa de Apoio ao Fumante(PROAF)-Bahiana e colaborar com a pesquisa acima, permitindo que as informações que irei fornecer durante a participação no PROAF, sejam utilizadas na pesquisa para descrever as características do meu modo de fumar, possíveis doenças associadas, grau de dependência ao cigarro, sintomas de depressão e ansiedade, minha motivação para deixar de fumar, o apoio dos meus familiares, características da manutenção e parada do meu modo de fumar, alterações de exames como: espirometria (avalia a capacidade respiratória), eletrocardiograma(avalia o coração), Radiografia de tórax(avalia os pulmões) e exames de sangue que vão avaliar meu fígado (TGO, TGP, G-GT, TP, Albumina), se tenho anemia (Hb, HT, VCM, Leucograma), gorduras no sangue (Colesterol total, LDL, HDL, VLDL), açúcar (Glicemia), meus rins (ureia, creatinina) e inflamações em geral (PCR).

Outra explicação dela, foi que o programa para o tratamento do tabagismo, caso eu aceite, consta de dez encontros em grupo, nas segundas-feiras, das 14 as 15:30 hs, com outros fumantes, além do Profa. Marlene e/ou o Prof. Ubton José, ambos Professores da Psicologia. A Profa. Maristela Sestelo também me disse que durante estes encontros aprenderei técnicas de relaxamento sob orientação dos professores de Psicologia, além de emitir minha opinião sobre as dificuldades que encontro para deixar de fumar e ouvirei os mesmos relatos dos outros participantes. Nestes encontros os alunos e professores farão anotações sobre meu acompanhamento e eu posso ter acesso a estes documentos quando desejar.

Antes de participar dos encontros de grupo, farei uma consulta com um estudante de medicina do sexto ano, da equipe da Profa. Maristela Sestelo, e com a supervisão dela, que irá fazer perguntas sobre informações da minha pessoa e da minha família. Essas perguntas são as seguintes: minha idade, meu endereço, onde nasci, qual o meu trabalho, há quanto tempo fumo, que quantidade ao dia, se desejo realmente parar de fumar, o que me motiva neste momento e um novo questionário de 21 itens que vai avaliar se tenho ansiedade ou depressão, perguntando coisas como se Eu me sinto tenso ou contrariado, ou Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer ou Estou com a cabeça cheia de preocupações ou Consigo ficar sentado (a) a vontade e me sentir relaxado ou Eu tenho a sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago ou se Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum ou De repente, tenho a sensação de entrar em pânico ou Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes ou se Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas ou Eu me sinto alegre ou Eu estou lento para pensar e fazer coisas ou Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência ou Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir ou Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa. Além disso, serei examinado, com a medida da pressão no meu braço direito ou esquerdo, pulso, frequência da respiração, exame da boca, escuta dos pulmões e coração, palpação da barriga e pés, assim como soprarei em um pequeno aparelho, chamado monóxímetro, que medirá a quantidade de gás carbônico que coloco para fora com a minha respiração.

Fui plenamente informado (a) que caso me sinta constrangido ou envergonhado, em responder a alguma pergunta, terei o apoio dos Psicólogos Dra. Marlene ou D. Ubton; posso negar-me a responder as perguntas acima, não querer colocar o

ar para fora nos dois aparelhos e mesmo se agora concordar posso deixar de participar desta parte da pesquisa, não trazendo nenhum prejuízo ao meu tratamento e ou acompanhamento.

A Profa. Maristela Sestelo explicou-me que farei consultas médicas com 8, 15, e 30 dias por seis meses e serei perguntado e examinado como na primeira consulta, soprarei no aparelho e se houve mudança do meu endereço ou telefone. Essa parte da pesquisa será realizada oito dias após eu iniciar as atividades em grupo para me ajudar a deixar de fumar.

Se o meu questionário de avaliação de sintomas de depressão for maior que doze, serei encaminhado para avaliação por um Psiquiatra, no setor de saúde mental da FDC e se o questionário de dependência a nicotina for maior que seis (06) precisarei usar medicações para me ajudar a deixar de fumar, que podem ser de dois tipos, mas poderei não usar, se assim eu desejar.

Fui informado pela Profa. Maristela Sestelo que uma vez ao mês, durante um ano, um dos estudantes de medicina envolvidos neste projeto de pesquisa, entrarão em contacto comigo por telefone ou pessoalmente, para saber se continuo sem fumar e caso tenha voltado a fumar, poderei retornar a fazer o tratamento se eu desejar. Ao final de cada ano da pesquisa receberei como benefício um relatório sumário dos resultados daquele ano, informando o número total de pacientes atendidos, numero de pessoas que deixaram de fumar e quais foram as maiores dificuldades encontradas. Esses resultados da pesquisa poderão não ser úteis para a minha pessoa.

Mas, caso tenha alguma dúvida, poderei procurar a Dra. Maristela Sestelo, no Ambulatório da CAFIS (Av. Dom João VI nº 275, Brotas), ou pelo telefone 3276-8280, nas segundas-feiras, das 13 as 16 horas.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica, mas a Profa. Maristela Sestelo garantiu-me que jamais poderei ser identificado(a) como participante desta pesquisa. Ou seja, os dados serão publicados na revista médica SEM constar o meu nome (ou as iniciais do meu nome) e o meu endereço.

Também estou ciente que caso tenha alguma reclamação a fazer, poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Telefone: 3276-8225), localizado na Av. Dom João VI, nº 275, bairro de Brotas.

Assim, considero-me satisfeito (a) com as explicações deste documento e também as explicações da Profa. Maristela Sestelo inclusive durante a leitura desse documento, realizada pela mesma e que foi de forma pausada e clara, quando também tive a oportunidade de fazer perguntas. Portanto, no momento concordo em participar dessa pesquisa.

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER (sim OU não), O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE A PROF. MARISTELA SESTELO, QUANDO DA LEITURA PAUSADA DESSE DOCUMENTO, ESCLARECEU ÀS MINHAS DÚVIDAS E, COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, CONCORDEI EM COLOCAR ABAIXO A MINHA IMPRESSÃO DO DEDO POLEGAR.

Salvador, _____ de _____ de _____.

NOME:

Assinatura ⇒

Ou (impressão digital ou datiloscópica)

Testemunhas:

1. NOME:

Assinatura ⇒

2. NOME:

Assinatura ⇒

Dra. Maristela Sestelo (CRM-8680)