

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-SP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE
SAÚDE

Lorna Lanne Castro Alves

**Desfechos do tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais
e comorbidades em Centros de Atenção Psicossocial em Ribeirão Preto**

Ribeirão Preto-SP

2021

LORNA LANNE CASTRO ALVES

**Desfechos do tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais
e comorbidades em Centros de Atenção Psicossocial em Ribeirão Preto**

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

Ribeirão Preto-SP

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Alves, Lorna Lanne Castro

Desfechos do tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais e comorbidades em Centros de Atenção Psicossocial em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2021.

76 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Bollela, Valdes Roberto.

1. Transtornos mentais. 2. Tabagismo. 3. Organização em saúde. 4. Abandono do uso do tabaco

Nome: ALVES, Lorna Lanne Castro

Título: Desfechos do tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais e comorbidades em Centros de Atenção Psicossocial em Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Gestão das Organizações de Saúde, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos amados pacientes tabagistas com transtornos mentais e/ou comorbidades, que, embora possam lutar em meio a tantos sofrimentos, dignamente procuram por auxílio para se libertarem daquilo que reconhecidamente lhes faz mal:
o tabagismo.

“Antes de curar alguém, pergunta-lhe se está disposto a desistir das coisas que o fizeram adoecer.”

Hipócrates

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Valdes Roberto Bollela, expresso minha sincera gratidão e admiração por todo auxílio, apoio, paciência, competência e ensinamentos recebidos. A todos os professores do mestrado, que, com tanta dedicação, contribuíram para meu crescimento científico e intelectual, incentivaram-me e me inspiraram como estudante e profissional.

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP), pela oportunidade de realização do mestrado.

Aos familiares, por todo apoio, incentivo, compreensão e paciência.

Às honoráveis instituições que tornaram possível este estudo: Secretaria de Saúde (SS) da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (PMRP), Centro de Atenção Psicossocial 3 (CAPS 3) e Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD).

Aos Dr. Ricardo de Carvalho Cavalli e Dr. Lucélio Bernardes Couto, pelo apoio e incentivo.

Aos profissionais de saúde do município que se dispuseram prontamente a me auxiliar com todas as informações e experiências que dispunham e a todos que, de alguma forma, auxiliaram, inspiraram ou me incentivaram, direta ou indiretamente, a concretizar este estudo.

Aos Prof. Dr. Antonio Pazin Filho e Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim, Dra. Mariana Simões Ferraz do Amaral Fregonezi e Dra. Andrea de Cássia Vernier Antunes Cetlin, pelas contribuições e ensinamentos no exame de qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que desempenha imperioso papel na expansão e consolidação da pós-graduação brasileira.

A todos os membros da banca que se dispuseram a contribuir neste processo, expresso minha sincera gratidão.

RESUMO

ALVES, L. L. C. Desfechos do tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais e comorbidades em Centros de Atenção Psicossocial em Ribeirão Preto. 2021. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, 2021.

Introdução: O tratamento do tabagismo na rede municipal de saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto é realizado conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, preconizado pelo SUS, sendo oferecido a todos os interessados. Todavia, os pacientes apresentam perfis diferenciados de comorbidades, sejam clínicas e/ou transtornos mentais (TM), e a literatura científica carece de mais dados acerca deste modelo de tratamento, para essas diversidades. É amplamente reconhecido que a cessação do tabagismo é uma das medidas mais impactantes na prevenção de morbimortalidade. **Objetivos:** Avaliar os desfechos deste tratamento por meio das taxas de cessação do tabagismo e do abandono do tratamento em pacientes com TM e/ou comorbidades clínicas e segundo uso de medicações. **Metodologia:** Coorte retrospectiva, conduzida nos Centros de Atenção Psicossocial 3 (CAPS 3) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), com avaliação documental dos pacientes atendidos pelo Programa de Controle do Tabagismo entre dezembro de 2015 e de 2019. Para estimar a diferença entre as proporções de sucesso (*events/trials*) foi proposto um modelo de regressão binomial com função de ligação identidade. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do software SAS 9.2. Todas as comparações foram ajustadas por Fagerström. **Resultados:** Amostra de 699 pacientes contou 59,03% de mulheres. Menores de 18, entre 18 e 60 e maiores de 60 anos corresponderam a, respectivamente, 0,29%, 80,81% e 18,9% da amostra. TM foram encontrados em 76,98% dos indivíduos. As taxas totais de sucesso e abandono do tratamento foram, respectivamente, de 53,38 % e de 40,29%, após os quatro primeiros ciclos. **Conclusões:** As taxas de sucesso terapêutico foram maiores em mulheres e nas classificações de Fagerström moderado em detrimento ao grave. O sucesso terapêutico foi menor em indivíduos com TM, patologias respiratórias; neurológicas; infecciosas; em uso de drogas; com antecedente de drogadições; transtorno bipolar. O sucesso foi maior em portadores de patologias ortopédicas e transtornos de ansiedade. No tocante ao uso de medicações, na amostra geral houve

maior sucesso terapêutico quando usado bupropiona associado ao adesivo, seguidos do uso isolado de bupropiona e, após, do uso isolado de nicotina. Nos pacientes com TM, as maiores taxas de sucesso ocorreram no uso associado de bupropiona e adesivo e no uso associado de bupropiona, adesivo e outros medicamentos em comparação aos outros esquemas medicamentosos ou ausência de medicamentos. Embora algumas patologias clínicas e psiquiátricas tenham taxas de sucesso terapêutico diferenciadas, ainda assim há resposta terapêutica em todos os grupos analisados. Reforça-se a importância de se promover maior investimento na expansão deste Programa no Brasil, para todos os pacientes independentemente das patologias associadas.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Tabagismo. Política de Saúde. Abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

ALVES, L. L. C. Outcomes of smoking treatment in patients with mental disorders and comorbidities in Psychosocial Care Centers in Ribeirão Preto. 2021. Dissertation (Masters). Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto-SP, 2021.

Introduction: The treatment of smoking in the municipal health network of the Municipality of Ribeirão Preto is carried out in accordance with the National Program for Tobacco Control, recommended by the SUS, and is offered to all interested parties. However, patients have different profiles of comorbidities, whether clinical and/or mental disorders (MD), and the scientific literature lacks more data on this treatment model for these diversities. It is widely recognized that smoking cessation is one of the most impactful measures in preventing morbidity and mortality. **Objectives:** To evaluate the outcomes of this treatment through smoking cessation and treatment dropout rates in patients with MD and/or clinical comorbidities and according to the use of medications. **Methodology:** Retrospective cohort, conducted at Psychosocial Care Centers 3 (CAPS 3) and Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPS AD), with documental evaluation of patients assisted by the Tobacco Control Program between December 2015 and 2019. To estimate the difference between the proportions of success (events/trials) a binomial regression model with identity linkage function was proposed. All analyzes were performed using the SAS 9.2 software. Fagerström adjusted all comparisons. **Results:** Sample of 699 patients, counted 59.03% of women. Children under 18, between 18 and 60 and over 60 years corresponded to respectively 0.29%, 80.81% and 18.9% of the sample. TM were found in 76.98% of individuals. The total treatment success and dropout rates were 53.38% and 40.29%, respectively, after the first four cycles. Therapeutic success rates were higher in women and in Fagerström classifications moderate to severe. **Conclusions:** The therapeutic success rates were higher in women and in Fagerström classifications moderate to severe. Therapeutic success was lower in individuals with: MD, respiratory pathologies; neurological; infectious; in drug use; with a history of drug addiction; bipolar disorder. Success was greater in patients with orthopedic pathologies and anxiety disorders. Regarding the use of medications, in the general sample, there was

greater therapeutic success when using bupropion associated with the patch, followed by the isolated use of bupropion and after the isolated use of nicotine. In patients with MD, the highest success rates occurred in the combined use of bupropion and patch and in the associated use of bupropion, patch and other medications compared to other drug regimens or absence of medication. Although some clinical and psychiatric pathologies have different therapeutic success rates, even so, there is a therapeutic response in all analyzed groups. It reinforces the importance of promoting greater investment in the expansion of this Program in Brazil, for all patients, regardless of associated pathologies.

Keywords: Mental disorders. Tobacco use disorder. Health Policy. Tobacco use cessation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição percentual e numérica da amostra por gênero.....	32
Gráfico 02 – Distribuição percentual e numérica da amostra por faixa etária.....	33
Gráfico 03 – Distribuição percentual e numérica da amostra por classificação do teste de Fagerström.....	33
Gráfico 04 – Representação gráfica das taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento em relação aos quatros primeiros ciclos.....	35
Gráfico 05 – Representação gráfica das taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento em relação aos grupos de manutenção.....	36
Gráfico 06 – Taxas de sucesso terapêutico por gênero e faixa etária.....	38
Gráfico 07 – Taxas de sucesso terapêutico por teste de Fagerström.....	38
Gráfico 08 – Distribuição percentual da amostra por transtornos mentais.....	40
Gráfico 09 – Taxas de sucesso terapêutico em pacientes com transtornos mentais...	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Manuais do participante.....	21
Figura 02 – Manual do coordenador.....	21
Figura 03 – Fluxograma: Aconselhamento estruturado/Abordagem intensiva.....	22
Figura 04 – Teste de Fagerström.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Taxas totais de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento.....	34
Tabela 02 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento em relação aos quatros primeiros ciclos.....	34
Tabela 03 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento na manutenção.....	35
Tabela 04 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento em grupos de manutenção.....	36
Tabela 05 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento, segundo gênero, faixa etária e teste de Fagerström.....	39
Tabela 06 – Comparação das taxas de sucesso entre as variáveis de interesse, considerando Fagerström como variável de confusão (pp= pontos percentuais)	39
Tabela 07 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento por transtornos mentais.....	41
Tabela 08 – Comparação das taxas de sucesso entre drogadições e antecedente de drogadições, ajustadas por Fagerström.....	43
Tabela 09 – Comparação das taxas de sucesso, entre os TM, ajustadas por variáveis de confusão (pp= pontos percentuais)	44
Tabela 10 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento por comorbidades clínicas.....	45
Tabela 11 – Comparação das taxas de sucesso, entre as comorbidades clínicas, considerando Fagerström, como variável de confusão (pp = pontos percentuais).....	47
Tabela 12 – Distribuição percentual e frequencial do tratamento medicamentoso.....	48
Tabela 13 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e abandono do tratamento, ajustados por Fagerström, por uso de medicamentos.....	49
Tabela 14 – Comparação das taxas de sucesso entre tratamentos medicamentosos em indivíduos com TM, ajustadas por Fagerström (pp = pontos percentuais)	50
Tabela 15 – Metanálise: eficácia aferida a partir das taxas de cessação em diferentes níveis de intervenção (n = 43 estudos).....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPP	Comissão de Avaliação De Projeto De Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CQCT	Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAAP	Abordagem Breve/Mínima
PAAPA	Abordagem Básica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCDTT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PP	Pontos percentuais
PMRP	Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
RMRP	Região Metropolitana de Ribeirão Preto
SS	Secretaria da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtornos mentais
TRN	Terapia de reposição nicotínica
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 EVIDÊNCIAS DA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO	19
1.2 TABAGISMO E GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES EM SAÚDE	24
1.3 TABAGISMO E TRANSTORNOS MENTAIS	25
2 OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL	28
2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 METODOLOGIA	28
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	28
3.3 CÁLCULO AMOSTRAL.....	29
3.4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS.....	29
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	31
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	31
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4 RESULTADOS	32
4.1 DADOS GERAIS DA AMOSTRA	32
4.2 DESFECHOS GERAIS.....	34
4.2.1 Desfechos por sessões (ciclos).....	34
4.2.2 Desfechos por gênero, faixa etária e Fagerström	37
4.3 DESFECHOS EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	40
4.4 DESFECHOS EM PACIENTES COM COMORBIDADES CLÍNICAS	45
4.5 DESFECHOS POR USO DE MEDICAMENTOS	47
5 DISCUSSÃO	51
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	61
6 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	62
6.1 CONCLUSÕES	62
6.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	63
REFERÊNCIAS	644
ANEXO	699
APÊNDICES	733

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é, hoje, a principal causa global de morbimortalidade prevenível (DROPE et al., 2018). O tabagismo, sendo uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina, classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é fator causal de, aproximadamente, cinquenta outras doenças incapacitantes e fatais, tais como doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas e câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é responsável por 42% das doenças respiratórias crônicas, 71% das mortes por câncer de pulmão e aproximadamente 10% das doenças cardiovasculares, além de ser fator de risco para doenças transmissíveis, como a tuberculose (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Estimam-se cerca de 8 milhões de mortes no mundo por doenças relacionadas ao tabaco, caso não sejam adotadas medidas para controle e cessação do tabagismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, sendo superior até aos tratamentos direcionados para dislipidemia, hipertensão arterial leve a moderada e infarto do miocárdio (BRASIL, 2001).

Devido às consequências do tabagismo para a saúde, o tratamento para cessação do tabagismo precisa ser valorizado e priorizado. Este tratamento tem sido referido como o “padrão ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, pois o custo de implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo os dispositivos de capacitação profissional e a aquisição de medicamentos, é muito menos dispendioso que o tratamento de demais fatores de risco cardiovascular ou o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (FIORE et al., 2008a; KAHENDE et al., 2009).

Em estudo prospectivo realizado no Reino Unido, verificou-se que a cessação do tabagismo, mesmo que em idade mais avançada, aumenta a expectativa de vida da pessoa. Fumantes que pararam de fumar aos 60 anos conquistaram pelo menos 3 anos de vida adicionais na expectativa de vida; aqueles que cessaram o tabagismo aos 50 anos ganharam 6 e os que o fizeram aos 40 conquistaram cerca de 9 anos

adicionais. Os que pararam antes dos 40 anos ganharam, aproximadamente, dez anos de vida e tiveram curvas de sobrevida semelhantes às de pessoas que nunca fumaram (DOLL et al., 2004).

Além da importante redução no risco relacionado às doenças crônicas, há outros benefícios relevantes com a cessação do tabagismo, como a melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele, do convívio social com pessoas não tabagistas, no desempenho de atividades físicas etc. Sem considerar, por exemplo, os dados coletados do site www.saude.gov.br/academiadasaude, em que há referência da redução dos danos ao meio ambiente, sendo que, para cada 300 cigarros produzidos, uma árvore é derrubada, e o filtro do cigarro leva cerca de 100 anos para ser degradado na natureza, justificando o esforço mundial de controle do tabaco, incluindo as ações de cessação do tabagismo.

Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, promover ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo.

1.1 EVIDÊNCIAS DA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela avaliação e elaboração ou atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Para regulamentar seu funcionamento foi publicado o Decreto nº 76.646, de 21 de dezembro de 2011. A estrutura de funcionamento é composta pelo Plenário e a Secretaria Executiva, diretamente ligada à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. A Lei nº 12.401 de 2011 denominou as diretrizes clínicas baseadas em evidências para o SUS como PCDT. Estes são documentos que estabelecem critérios para: diagnóstico; agravo à saúde; tratamento preconizado; mecanismos de controle clínico; acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS, devendo haver evidência científica, critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (CONITEC, 2016).

Por meio da portaria conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020, o Ministério da Saúde aprovou o PCDT. Com o novo protocolo, foram atualizadas as diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos fumantes no âmbito do SUS. A portaria foi publicada no Diário Oficial da União de 24 de abril de 2020 (INCA, 2021).

Tal documento estabelece critérios para classificação quanto ao nível de dependência à nicotina dos pacientes. Esse tratamento do SUS tem suas bases no aconselhamento terapêutico, como também em algumas situações, se indicadas, no uso de medicamentos, como a terapia de reposição de nicotina (adesivo, goma ou pastilha), isolada ou em combinação com o cloridrato de bupropiona.

Há, ainda, vasta literatura científica a ser consultada para abordagem e tratamento do tabagismo oriunda de publicações como: *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence* (WHO 2003); *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas; Dependência à Nicotina – SAS/MS 2004; Diretrizes para Cessação do Tabagismo* (SBPT 2004, 2008); *Smoking Cessation in Patients with Respiratory Diseases* (ERS 2007); *Treating Tobacco Use and Dependence* (USDHHS 1996, 2000, 2008). Os métodos para os quais existem evidências científicas com eficácia na cessação do tabagismo são: abordagem ao tabagista e farmacoterapia. As abordagens podem ser: breve, mínima, básica ou intensiva.

A abordagem breve/mínima (PAAP) refere-se a perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que ele deixe de fumar, contudo sem acompanhamento nesse processo. Qualquer profissional de saúde, durante a consulta de rotina, pode realizá-la, em sua prática diária de trabalho. Estima-se uma abordagem em três minutos durante o contato com o paciente.

A abordagem básica (PAAPA) refere-se a perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar um fumante para que ele deixe de fumar. Também qualquer profissional de saúde pode e deve realizá-la, durante a consulta de rotina, variando de três a cinco minutos, em cada contato.

Há confirmações científicas de que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, reforçando os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, aumentam significativamente as taxas de abstinência. Ainda que as taxas de sucesso aumentem individualmente com o aumento da intensidade da abordagem do tabagista, o impacto, em termos de saúde pública, parece ser superior, com abordagens breves em um maior número de usuários em relação a abordagens intensivas direcionadas a poucos usuários (FIORE et al., 2008a).

Já a estruturação do Programa Intensivo para cessação do tabagismo no SUS consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva, acompanhado, quando indicado, pelo tratamento farmacológico, sendo este referente aos seguintes medicamentos: terapia de reposição de nicotina (adesivo, goma e

pastilha) isolada ou em combinação e cloridrato de bupropiona. O tempo de tratamento total preconizado é de doze meses, envolvendo etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência.

A abordagem comportamental cognitiva é aquela que traça um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com uma determinada situação (MS, 2000; OMS, 2003; SBPT, 2004).

No tratamento existem dois tipos de insumos:

- a) os manuais do participante dos grupos de apoio à cessação de fumar (Figura 01), cuja função é educativa;
- b) os medicamentos, que são utilizados para pacientes conforme indicação clínica.

Figura 01 – Manuais do participante



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo (2021).

Há também o manual do coordenador, com orientações e informações pertinentes, para estudo e aplicação por parte da equipe terapêutica.

Figura 02– Manual do coordenador



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo (2021).

O fluxograma seguinte apresenta o aconselhamento estruturado na abordagem intensiva.

Figura 03 – Fluxograma: Aconselhamento estruturado/Abordagem intensiva

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.
Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo; ambivalência do fumante em parar ou continuar fumante; métodos para deixar de fumar; as principais substâncias contidas na fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Também serão abordadas tarefas para que o paciente identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e o método que usará, futuramente, para deixar de fumar e apresentará na sessão 2, objetivando organização de seu processo de cessação.
Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar.
Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, definição de assertividade e sua relação com o parar de fumar, o que são e quais as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas, estimulando o paciente a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.
Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.
Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio interpessoal para continuar sem fumar. Também serão apresentadas tarefas envolvendo leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura.
Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.
Nesta sessão, após a definição pelo coordenador sobre os benefícios indiretos de parar de fumar, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. O coordenador aborda, então, as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.
2 sessões quinzenais, iniciando a fase de manutenção da abstinência.

O teor das sessões de manutenção não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações.

1 sessão mensal aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano.

Assim como nas sessões de manutenções quinzenais, as sessões de manutenção mensal não são estruturadas e seu teor consiste em conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, orientar e fortalecer a decisão de permanecer sem fumar.

Fonte: Conitec (2020).

O teste de Fagerström mede o grau de dependência à nicotina, sendo utilizado como ferramenta no tratamento da cessação do tabagismo.

Todo paciente tem aferido esse teste no Programa, pois o grau de dependência à nicotina dificulta o processo de abstinência, já que causa sintomas desconfortáveis nas pessoas que tentam parar de fumar e aumenta as chances de as pessoas voltarem a fumar, sendo, assim, um importante parâmetro decisório para o tratamento (Figura 04).

Figura 04 – Teste de Fagerström

Teste de Fagerstrom	
1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?	
Após 60 minutos: 0 ponto	Entre 31 e 60 minutos: 1 ponto
Entre 6 e 30 minutos: 2 pontos	Nos primeiros 5 minutos: 3 pontos
2. Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	
Qualquer um: 0 ponto	O primeiro da manhã: 1 ponto
4. Quantos cigarro você fuma por dia?	
Menos que 10: 0 ponto	Entre 11 e 20: 1 ponto
Entre 21 e 30: 2 pontos	Mais que 31: 3 pontos
5. Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
6. Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
Pontuação: 0 a 4: Dependência leve	
5 a 7: Dependência moderada	
8 a 10: Dependência grave	

Fonte: Kirchenchtejn, Chatkin (2004).

1.2 TABAGISMO E GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES EM SAÚDE

Em 1989, a governança do controle do tabagismo no Brasil passou a ser articulada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), incluindo um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Tal programa intenciona diminuir a prevalência do tabagismo e a sua consequente morbimortalidade por meio de ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, legislativas e econômicas, de prevenção da iniciação do tabagismo, da cessação do tabagismo e proteção da população quanto aos riscos relacionados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Brasil integrou-se como Estado Parte da Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (CQCT), em 2005, sendo um tratado internacional de Saúde Pública negociado com a OMS, que coloca diante dos países que o ratificaram o desafio de implementar medidas intersetoriais, relacionadas à redução da demanda e da oferta dos produtos de tabaco (HARTMANN-BOYCE et al., 2018).

Consequente a este esforço, a prevalência do tabagismo vem apresentando queda a partir da implementação de medidas de controle do tabaco, incluindo educação da população sobre os danos do tabagismo, medidas legislativas como restrições à propaganda, comercialização e proibição do uso de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, em locais fechados, proteção aos não fumantes. Entre as mulheres, houve queda na prevalência do tabagismo de 27,0%, em 1989, para 11,0%, em 2013. Já entre os homens, houve queda de 43,3%, em 1989, para 18,9%, em 2013 (CHADRASHEKAR et al., 2015; STATA CORP, 2017).

A Organização Mundial da Saúde preconiza seis ações centrais para redução e prevenção do consumo do tabaco no âmbito mundial, como foi acordado em 2008 na World Health Organization (WHO): monitorar o consumo do tabaco e as políticas de prevenção; garantir às pessoas que não fumam um ambiente livre de tabaco; oferecer ajuda a quem deseja parar de fumar; advertir sobre os perigos do tabaco (incluindo as advertências nas carteiras de cigarro); aplicar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, elevar os impostos sobre o cigarro.

A Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – PMRP – tem como um de seus programas em saúde o controle do tabagismo, sendo este parte do Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. O programa

destinado ao tabagismo atua em saúde escolar, capacitação dos profissionais da saúde nas abordagens mínima e básica ao fumante e tratamento intensivo em diversas unidades em Ribeirão Preto. O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) 3 e o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) têm ambulatórios de tratamento intensivo.

As preconizações são realizadas no formato de consultas e reuniões de noventa minutos, organizadas em quatro sessões semanais, estruturadas no primeiro mês, seguidas de duas sessões quinzenais no segundo mês e uma sessão mensal até completar um ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Portaria SAS/MS 442/04).

Buscando ampliar o conhecimento desta rede organizacional de atenção à saúde do tabagista com transtornos mentais, entende-se que a organização de processos de trabalho é fundamental em gestão para a adaptação das diversas realidades do Sistema Único de Saúde, podendo aprimorar seu desempenho, garantindo benefícios, custo-efetividade e função social.

Este estudo tem alta relevância pelo alcance social dentro da população psiquiátrica tabagista, assim como para portadores de comorbidades clínicas, sendo útil para estes perfis demográficos no município de Ribeirão Preto, podendo gerar reflexões, até em âmbitos de micro e macrogestão, sobre as abordagens utilizadas nos tratamentos, bem como as possíveis contribuições deste estudo para os programas de intervenção e assistência aos tabagistas, na adoção de políticas uniformes de gestão.

1.3 TABAGISMO E TRANSTORNOS MENTAIS

Estudos reportam prevalência de tabagismo maior em pacientes psiquiátricos (50% a 84%) do que em pacientes em controle (27% a 58%). Contudo, deve-se atentar para os possíveis fatores de confusão que possam estar influenciando essa associação. Segundo o perfil dos pacientes psiquiátricos, estes tendem a ter menor nível socioeconômico, a ser solteiros e a usar álcool. Ainda assim, ao se controlarem essas variáveis, a prevalência de tabagismo se mostra 1,6 vez maior entre portadores de transtornos psiquiátricos do que no grupo de controle (HUGHES,1986).

Em um estudo, De Lima et al. (1999) avaliaram os índices de prevalência de transtornos mentais em uma amostra de 1.277 pessoas com 15 anos ou mais, em domicílios da região de Pelotas-RS, corroborando com os resultados de estudos realizados fora do país. Esse estudo utilizou o SRQ-20 como instrumento e obteve

uma prevalência geral de 22,7%. Segundo o sexo, a prevalência foi maior entre as mulheres (26,5%), em comparação aos homens (17,9%).

Coelho et al. avaliaram, em um estudo de base populacional, a prevalência de transtornos mentais em pessoas com mais de 40 anos numa área urbana de Pelotas-RS. Foram entrevistados 1.327 indivíduos, utilizando o SRQ-20 para detecção de casos suspeitos de distúrbios psiquiátricos. A prevalência de TM foi de 30,2%, sem diferença significativa entre os sexos.

Pacientes com sintomas depressivos proeminentes procurariam a nicotina para a obtenção de alívio dos sintomas, o que poderia ser reforçado pela alta prevalência do tabagismo entre estes pacientes e elevada probabilidade de fracasso no tratamento (ANDA et al., 1990; GLASSMAN et al., 1990).

Tsoi e colaboradores concluíram que a bupropiona aumenta as taxas de abstinência tabágica em fumantes com esquizofrenia, sem comprometer seu estado mental, assim como não há evidências de benefícios na utilização de outros tratamentos farmacológicos (TRN) e intervenções psicossociais como recursos terapêuticos para a dependência à nicotina nessa população (TSOI; PORWAL; WEBSTER, 2013).

Estudo (COVEY et al., 1990) realizado com pacientes em um programa de tratamento para dependência da nicotina evidenciou que 75% dos pacientes com histórico de episódios depressivos no passado desenvolveram sintomas depressivos na primeira semana de tratamento, enquanto apenas 30% dos pacientes sem histórico apresentaram a mesma queixa.

Em 1978, um estudo de Waal-Manning e Hamel evidenciou a presença de sintomas de ansiedade entre tabagistas de modo mais sistematizado.

Transtornos como agorafobia e pânico têm aumento de prevalência de tabagismo em relação aos outros transtornos de ansiedade (HIMLE et al., 1988).

Assim é evidenciado, por meio dos vários estudos científicos, como os referenciados anteriormente, que a prevalência de tabagismo entre pacientes com diversos transtornos mentais tende a ser maior em comparação aos pacientes sem tais transtornos.

Desigualdades nas percepções e nos padrões de consumo de tabaco encontradas entre pacientes com diferentes transtornos mentais sugerem que a intervenção pode ser mais eficaz se o diagnóstico psiquiátrico for também levado em consideração durante o tratamento (LAWN et al., 2002).

A presença de sintomas depressivos no início do tratamento da dependência da nicotina mostrou-se boa preditora da abstinência após 12 meses (VÁZQUES; BECOÑA, 1999), embora uma recente metanálise (HITSMAN et al., 2003) não confirmasse o histórico de sintomas depressivos ao longo da vida como fator ligado ao sucesso nas tentativas de tratamento.

As evidências fornecidas a partir de estudos recentes sugerem a necessidade do aprofundamento das pesquisas neste campo, para a elucidação dos elementos fundamentais para a eficácia dos programas de tratamento (MALBERGIER, 2005).

A conjugação de técnicas de coleta de dados de cunho quantitativo e qualitativo em pesquisas sobre a relação tabagismo-psicopatologia pode enriquecer o conhecimento científico nessa área, subsidiando a atuação dos profissionais na assistência a pacientes psiquiátricos fumantes (ONDINA et al., 2004).

A literatura científica carece de mais dados acerca desse modelo único de tratamento no grupo com transtornos psiquiátricos. Neste estudo, avaliamos a cessação do tabagismo nesses pacientes por meio do Programa de Controle do Tabagismo.

Segundo Apolônio e colaboradores, estão indicadas intervenções para a cessação do tabagismo, incluindo combinação de aconselhamento estruturado mais farmacoterapia, que sejam oferecidas aos fumantes em tratamento e recuperação para dependência de álcool e outras drogas, não havendo evidência da eficácia do aconselhamento isolado para o tratamento de cessação do tabagismo nessa população, em ambientes hospitalares, ambulatoriais ou em recuperação (APOLLONIO; PHILIPPS; BERO, 2016).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, de 2020, há recomendações para que tabagistas que relatem história pregressa de transtorno psiquiátrico ao profissional de saúde que os recebe sejam encaminhados para avaliação com profissional da saúde mental e posterior tratamento do transtorno diagnosticado, sendo que o tratamento do tabagismo pode ocorrer após ou em paralelo ao tratamento definido na saúde mental. O tratamento deve acontecer quando, independentemente do relato de história pregressa, o profissional que faz o atendimento para a cessação do tabagismo avalie ou identifique a necessidade de encaminhamento para o atendimento em saúde mental, com a finalidade de melhor caracterização, diagnóstico e tratamento de caso suspeito de transtorno psiquiátrico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as taxas de cessação do tabagismo e de abandono do tratamento pela metodologia preconizada no SUS em pacientes segundo transtornos mentais, comorbidades clínicas e farmacoterapia empregada.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar as taxas de cessação do tabagismo e de abandono do tratamento segundo:

- a) os diferentes transtornos mentais, de acordo com grupamentos de patologias constantes no código internacional de doenças, classificados em síndromes;
- b) as diferentes comorbidades clínicas relatadas;
- c) as medicações fornecidas;
- d) histórico de drogadições;
- e) Índice de Fagerström.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa aplicada, de natureza observacional, com abordagem em pesquisa quantitativa analítica e de natureza exploratória.

Estudo tipo coorte, longitudinal e retrospectivo.

O procedimento técnico utilizado é a pesquisa documental.

Além dos dados de anamnese de primeira consulta, foram consultados os dados das planilhas de consolidação de informações do Ministério da Saúde, enviados, a cada quadrimestre, para a chefia imediata do Programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Secretaria de Saúde da PMRP.

Não houve variabilidade interobservadores, pois só um pesquisador coletou os dados. Apenas uma médica realizou as anamneses, ao longo do período do estudo.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Conduzido nas unidades CAPS 3 CAPS AD em Ribeirão Preto, avaliando pacientes atendidos no Programa de Cessação do Tabagismo, no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2019.

3.3 CÁLCULO AMOSTRAL

Ribeirão Preto é a cidade-sede da Região Metropolitana de Ribeirão Preto (RMRP), com 703.293 habitantes, segundo estimativa populacional calculada pelo IBGE em 2019.

De acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2017, a prevalência de fumantes era 10,1%, enquanto, em 2006, atingiu 15,7% (BRASIL, 2017).

Como o estudo foi conduzido entre 2015 e 2019, e não foram encontrados dados de prevalência de tabagismo para a população de Ribeirão Preto, foi considerada a prevalência nacional de tabagismo de 10,1 %, de 2017. O cálculo se deu através da calculadora amostral, encontrada on-line, no site <https://comentto.com/calculadora-amostal/> e também no site <https://www.solvis.com.br/calculos-de-amostragem/>, com os mesmos resultados.

Para a população de 703.293 (população total de Ribeirão Preto), calculou-se 71.032 indivíduos tabagistas em Ribeirão Preto. Para uma população representativa de 71.032, com nível de confiança de 95%, e erro amostral de 5%, com uma distribuição de população mais heterogênea de 50/50, o resultado foi que seriam necessários 383 indivíduos da população geral.

3.4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Para estimar a diferença entre as proporções de sucesso (*events/trials*), foi proposto um modelo de regressão binomial com função de ligação identidade. Todas as comparações foram ajustadas por Fagerström (MCCULLAGH, NELDER, 1989).

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do software SAS 9.2. (THE SAS SYSTEM FOR WINDOWS, 2011). Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

Para fins de análise estatística, foram avaliadas as planilhas de consolidação de dados quadrimestralmente enviadas ao Ministério da Saúde coletadas pelo Programa de Controle do Tabagismo.

Houve análise dos seguintes indicadores de processo e resultado sugeridos pelo Ministério de Saúde:

- a) fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica, a qual ocorreu na mesma data da primeira sessão estruturada;

b) taxa de sucesso terapêutico, ou cessação do tabagismo, definido como a taxa dos fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada;

c) taxa de abandono do tratamento, considerada como a taxa de pacientes que participaram da primeira sessão e estavam ausentes na quarta sessão estruturada;

d) análise dos fumantes segundo o uso de algum tipo de tratamento medicamentoso;

e) taxa de falha terapêutica, definido como a proporção dos fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam fumando na quarta sessão estruturada.

Os pacientes elegíveis tiveram coletadas as patologias psiquiátricas e clínicas, por meio das anamneses da primeira consulta.

Foi considerado paciente com TM aquele que, na anamnese da primeira consulta, descreveu patologia psiquiátrica naquele momento, estando em tratamento para tal ou não.

Pacientes que estavam abstinentes de drogas há um ano ou mais foram enquadrados como histórico prévio de drogas e classificados pelas substâncias psicoativas.

Para pacientes considerados com transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, foi considerado o uso da substância em até um ano antes da consulta.

O uso de crack está contido no grupamento do uso da cocaína, por ser um derivado deste.

Foi considerado transtorno devido ao uso de múltiplas drogas o uso de duas ou mais substâncias além do tabagismo.

Apesar de hipertensão arterial ser considerada uma doença cardiovascular e diabetes uma doença endocrinológica, dada a importância clínica e epidemiológica, ambas foram analisadas também em separado, assim como é solicitado na planilha de consolidação de dados.

Para fins estatísticos, as patologias psiquiátricas encontradas nos prontuários foram colocadas em Síndromes através de Grupamentos dos CID (Apêndice C).

As patologias clínicas foram classificadas em grupamentos: doenças cardiovasculares; diabetes; hipertensão arterial; câncer; doença respiratória; doença psiquiátrica; doença endocrinológica; doença ortopédica; doença gastroenterológica; doença reumatológica; doença neurológica; doença dermatológica, doença infectológica (Apêndice D).

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Todos os pacientes que iniciaram ao menos o primeiro ciclo do programa para cessação do tabagismo e passaram por consulta clínica inicial.
- Pacientes vindos da rede ambulatorial ou da semi-internação do CAPS 3 ou do programa do CAPS AD sem quadros agudos de risco de hétero ou autoagressividade e em condições de entenderem as orientações.
- Pacientes com demência, com deficiência auditiva ou visual, desde que acompanhados de cuidador capaz de seguir as orientações e recomendações fornecidas pelo programa.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Dados incompletos em prontuários que impossibilitassem a análise estatística ou prontuário não encontrado.
- Foram considerados desistentes pacientes que apresentaram interesse, conseguiram vaga e faltaram ao primeiro atendimento.
- Para pacientes que estão repetindo o tratamento, foi considerado apenas o último tratamento que contivesse dados completos.
- Pacientes em vigência de internação psiquiátrica.
- Não foi considerado paciente com TM aquele que se apresentou com os CID F17 a F17.9, por estes já se referirem à dependência ao tabaco e todos os pacientes já se apresentarem neste espectro do CID.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

No tocante aos aspectos éticos, de acordo com as normas contidas na resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAPP) da Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto: OFÍCIO 4203/2019- CAPP CSV/2019.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Plataforma Brasil), com a anuência da instituição proponente Centro de Saúde Escola – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, cujo número do parecer é 3.895.845. Por se tratar de uso de dados secundários e documentais, foi solicitada a Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vide anexo e apêndice.

4 RESULTADOS

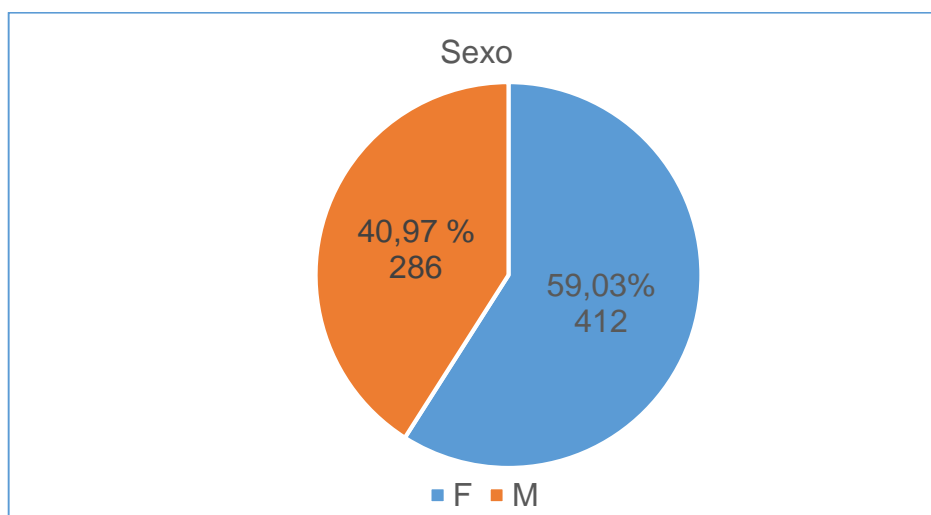
4.1 DADOS GERAIS DA AMOSTRA

Foram avaliados 1.572 interessados, que procuraram tratamento para cessação do tabagismo, nas unidades para o Programa de Cessação do Tabagismo, no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2019. Os interessados deixaram seus contatos, e todos receberam ligação telefônica com fornecimento de vaga para início do tratamento. Contudo, 777 não compareceram (49% dos interessados).

Dos 795 indivíduos que participaram ao menos do primeiro ciclo e realizaram a primeira consulta clínica e tiveram examinadas todas as anamneses de primeira consulta do Programa, foram excluídos: 37 por dados incompletos ou prontuário não encontrado e 59 por serem indivíduos repetidos, em que somente a última participação com dados completos foi considerada. Assim a amostra analisada foi de 699 indivíduos.

Dos 699 indivíduos, 59,03% foram do gênero feminino e 40,97% do masculino (Gráfico 01).

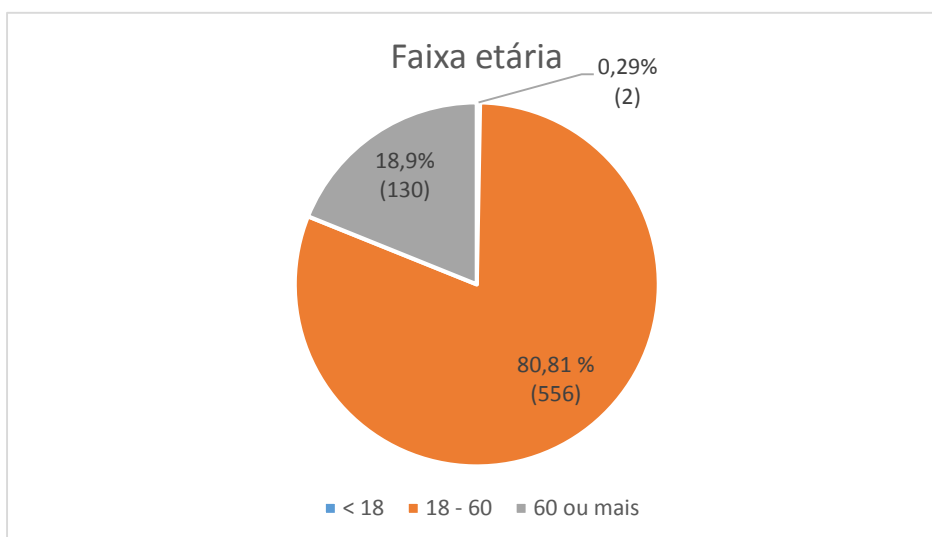
Gráfico 01 – Distribuição percentual e numérica da amostra por gênero



Fonte: Elaboração própria.

Era menor de 18 anos 0,29% da amostra, sendo 80,81% entre 18 e 60 e maiores que 60 anos corresponderam a 18,9% (Gráfico 02).

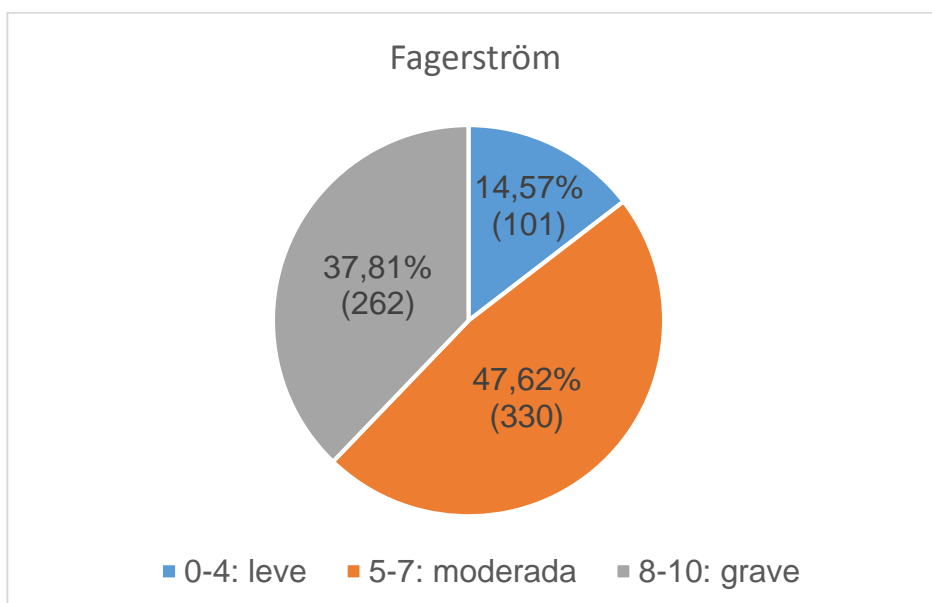
Gráfico 02 – Distribuição percentual e numérica da amostra por faixa etária



Fonte: Elaboração própria.

Os escores do teste de Fagerström foram: leve em 14,57%, moderado em 47,62 % e grave em 37,81% da amostra (Gráfico 03).

Gráfico 03 – Distribuição percentual e numérica da amostra por classificação do teste de Fagerström



Fonte: Elaboração própria.

4.2 DESFECHOS GERAIS

4.2.1 Desfechos por sessões (ciclos)

Com avaliação no quarto ciclo, a taxa total de sucesso terapêutico foi de 53,38%. A taxa total de falha do tratamento foi de 6,33% e a taxa total de abandono do tratamento de 40,29% (Tabela 01).

Tabela 01 – Taxas totais de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	4º Ciclo
Sucesso	1,29%	33,62%	45,64%	53,38%
Falha	98,71%	41,77%	17,17%	6,33%
Abandono	0%	24,61%	37,2%	40,29%

Fonte: Elaboração própria.

A descrição pormenorizada de cada ciclo do primeiro mês encontra-se na Tabela 02.

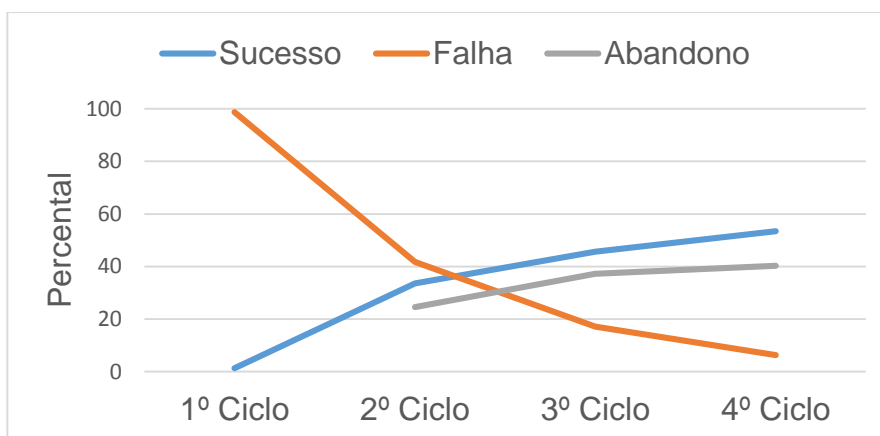
Tabela 02 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento em relação aos quatros primeiros ciclos

Variáveis	Frequência	Percentual	IC 95%	IC 95%
Fumando 1ºciclo				
1-sim	690	98,71	97,88	99,55
2-não	9	1,29	0,45	2,12
Fumando 2ºciclo				
1-sim	292	41,77	37,31	46,24
2-não	235	33,62	29,34	37,90
3-absenteísmo	172	24,61	20,71	28,51
Fumando 3º ciclo				
1-sim	120	17,17	13,75	20,58
2-não	319	45,64	41,13	50,15
3-absenteísmo	260	37,2	32,82	41,57
Fumando 4º ciclo				
1-sim	44	6,33	4,12	8,54
2-não	371	53,38	48,85	57,91
3-absenteísmo	280	40,29	35,83	44,74
Missing = 4				

Fonte: Elaboração própria.

As taxas de sucesso terapêutico aumentam e as taxas de abandono do tratamento diminuem à medida que os quatro ciclos de tratamento em grupo são realizados.

Gráfico 04 – Representação gráfica das taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento em relação aos quatros primeiros ciclos



Fonte: Elaboração própria.

Da amostra de 699 indivíduos, houve obtenção de dados de 194 participantes de grupos de manutenção e/ou consultas médicas após os quatro ciclos. Os dados de manutenção foram consolidados até o quarto retorno após os quatro primeiros ciclos. Não houve disponibilidade de mais dados a serem coletados. As respectivas taxas de sucesso e falha terapêutica e abandono do tratamento após o quarto ciclo de manutenção (oitavo ciclo), tiveram os valores modificados para 71,83%, 4,23% e 23,94%, respectivamente.

Tabela 03 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento na manutenção

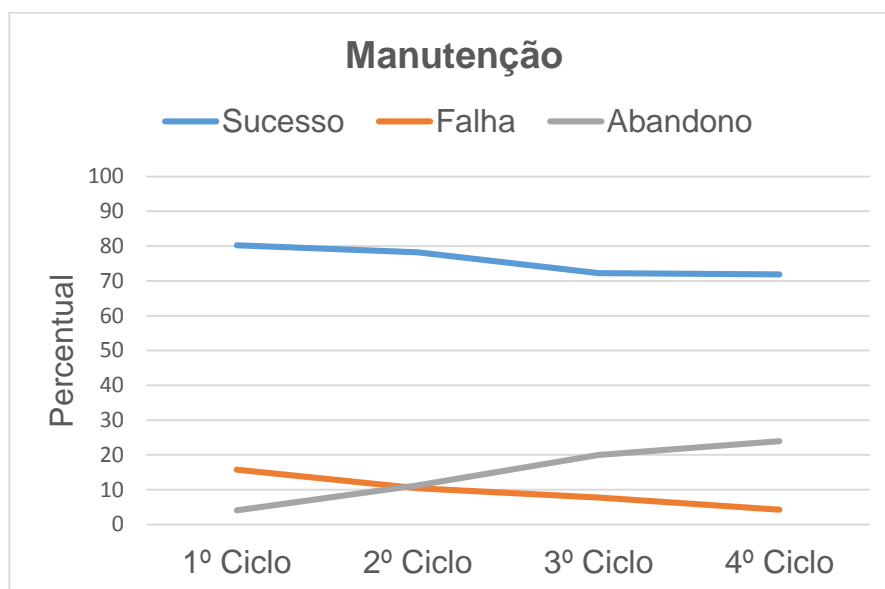
Manutenção	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	4º Ciclo
Sucesso	80,2	78,26	72,22	71,83
Falha	15,74	10,43	7,78	4,23
Abandono	4,06	11,3	20	23,94

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se que, após os quatro ciclos, houve pequena queda na abstinência do tabagismo e aumento no absenteísmo dos atendimentos de manutenção, como

também há queda na falha terapêutica, naqueles que permanecem em tratamento e acompanhamento.

Gráfico 05 – Representação gráfica das taxas de sucesso e falha terapêuticos e abandono do tratamento em relação aos grupos de manutenção



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 04 traz os dados pormenorizados em cada ciclo de manutenção.

Tabela 04 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e abandono do tratamento em grupos de manutenção

Variáveis	Frequência	Percentual	IC 95%	
Fumando na 1ª manutenção				
1-sim	31	15,74	9,53	21,95
2-não	158	80,2	73,41	87,00
3-absenteísmo	8	4,06	0,69	7,43
Missing = 502				
Fumando na 2ª manutenção				
1-sim	12	10,43	3,61	17,26
2-não	90	78,26	69,05	87,47
3-absenteísmo	13	11,3	4,24	18,37
Missing = 584				

Fumando na 3ª manutenção				
1-sim	7	7,78	1,02	14,54
2-não	65	72,22	60,92	83,52
3-absenteísmo	18	20	9,91	30,09
Missing = 609				
Fumando na 4ª manutenção				
1-sim	3	4,23	0,00	9,94
2-não	51	71,83	59,05	84,61
3-absenteísmo	17	23,94	11,82	36,07
Missing = 628				

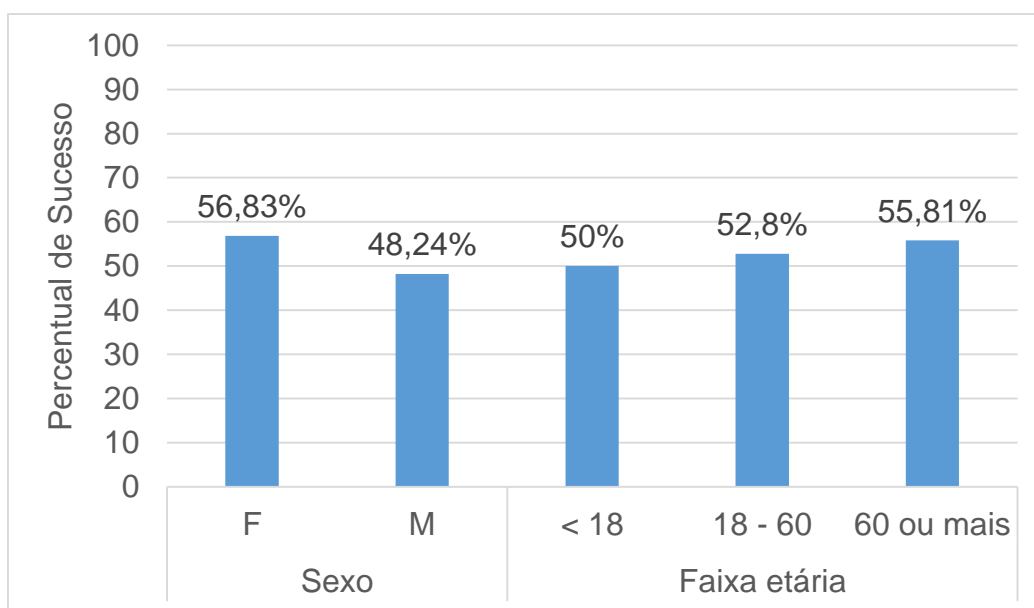
Fonte: Elaboração própria.

Não foram oferecidos ciclos de manutenção nos primeiros anos desse Programa, nas referidas unidades, embora houvesse retornos individuais em consultas médicas, pelo tempo em que houvesse necessidade de uso de medicamentos.

4.2.2 Desfechos por gênero, faixa etária e Fagerström

As taxas de sucesso terapêutico foram maiores nas mulheres (56,83%), como também cresceram com o aumento da idade (Gráfico 06). Essas taxas foram, respectivamente, em maiores de 60 anos, entre 18 e 60 anos e menores de 18 anos: 55,81%, 52,8%, 50%.

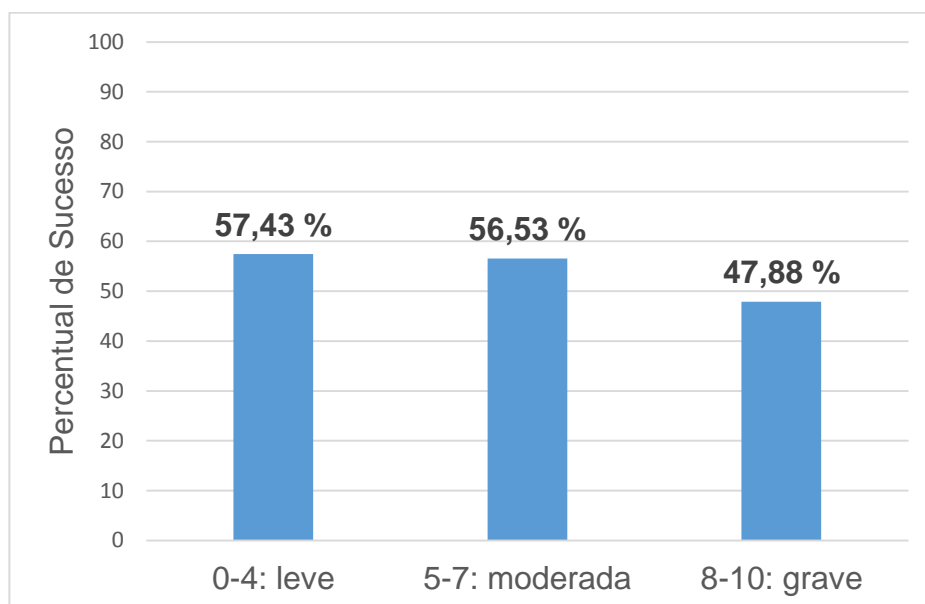
Gráfico 06 – Taxas de sucesso terapêutico por gênero e faixa etária



Fonte: Elaboração própria.

Já as taxas de sucesso terapêutico, conforme o teste de Fagerström, diminuíram conforme houve aumento do grau de dependência da nicotina (Gráfico 07).

Gráfico 07 – Taxas de sucesso terapêutico por teste de Fagerström



Fonte: Elaboração própria.

Conforme evidenciado na Tabela 05, as taxas de abandono do tratamento foram maiores em homens (44,72%), diminuíram com o aumento da idade e foram maiores em indivíduos com Fagerström grau grave. Os resultados no teste de

Fagerström para resultados nos escores leve, moderado e grave foram, respectivamente, 57,43%, 56,53% e 47,88% (Tabela 05).

Tabela 05 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e de abandono do tratamento, segundo gênero, faixa etária e Teste de Fagerström

Variáveis	Fumando no 4º ciclo		
	1-sim	2-não	3-absenteísmo
Sexo			
F	24 (5,85%)	233 (56,83%)	153 (37,32%)
M	20 (7,04%)	137 (48,24%)	127 (44,72%)
Fagerström			
0-4: leve	3 (2,97%)	58 (57,43%)	40 (39,6%)
5-7: moderada	16 (4,86%)	186 (56,53%)	127 (38,6%)
8-10: grave	24 (9,27%)	124 (47,88%)	111 (42,86%)
Faixa etária			
< 18	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)
18-60	36 (6,51%)	292 (52,8%)	225 (40,69%)
60 ou mais	7 (5,43%)	72 (55,81%)	50 (38,76%)

Fonte: Elaboração própria.

Assim, foi possível identificar que as taxas de sucesso do tratamento foram maiores quando ajustadas para a classificação de Fagerström (Tabela 06) (pp= pontos percentuais):

- em 8,29 pp em mulheres (IC 95% 0,75 até 15,83; $p < 0,03$);
- em 8,66 pp em indivíduos com Fagerström moderado em relação ao Fagerström grave (IC 95% 0,55 até 16,76; $p < 0,04$).

Tabela 06 – Comparação das taxas de sucesso entre as variáveis de interesse considerando Fagerström, como variável de confusão (pp = pontos percentuais)

Comparações*	Estimativa da diferença (pp)	IC 95%		Valor p
0-4: leve vs 5-7: moderada	0,89	-10,14	11,92	0,87
0-4: leve vs 8-10: grave	9,55	-1,85	20,95	0,10
5-7: moderada vs 8-10: grave	8,66	0,55	16,76	0,04
Feminino vs Masculino	8,29	0,75	15,83	0,03
18-60 vs 60 ou mais	-2,24	-11,89	7,40	0,65

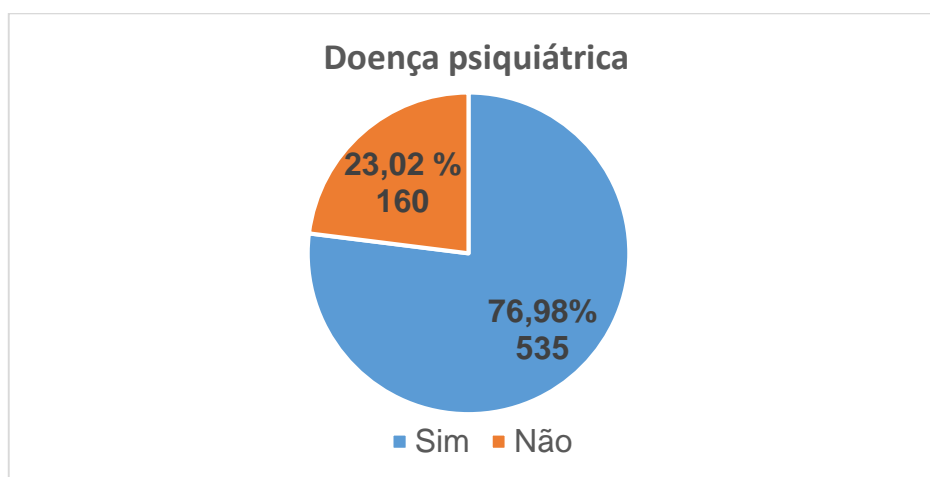
18-60 vs < 18	1,94	-73,61	77,49	0,96
60 ou mais vs < 18	4,18	-71,77	80,14	0,91

Fonte: Elaboração própria.

4.3 DESFECHOS EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

A amostra contou com 76,98% de indivíduos com transtornos mentais (Gráfico 08).

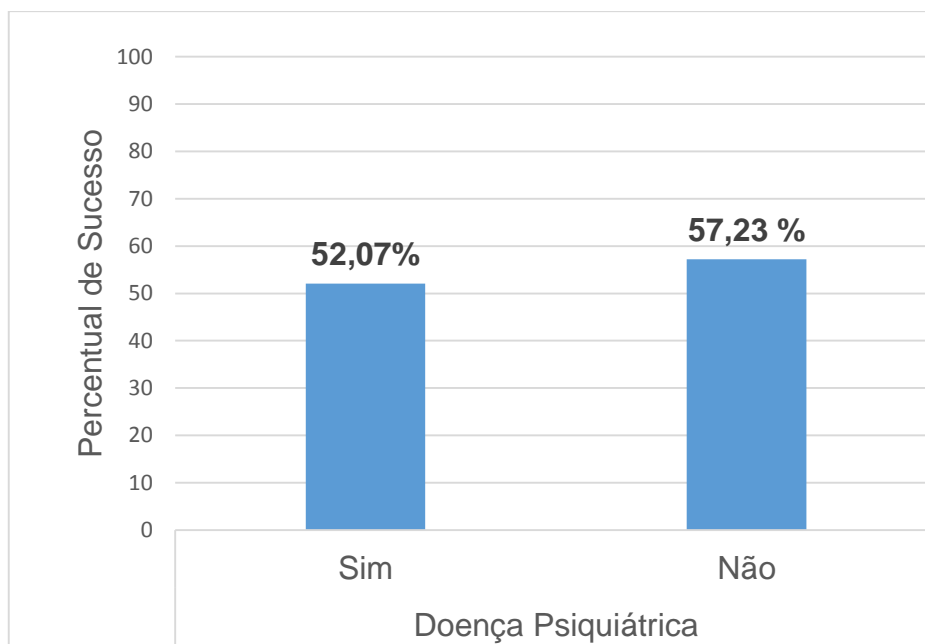
Gráfico 08 – Distribuição percentual da amostra por transtornos mentais



Fonte: Elaboração própria.

A taxa de sucesso em pacientes com TM (52,07%) foi menor do que naqueles sem tais comorbidades: 57,23% (Gráfico 09). Já a taxa de absenteísmo do tratamento foi maior em indivíduos com TM (41,54%) do que no restante da amostra (37,11%).

Gráfico 09 – Taxas de sucesso terapêutico em pacientes com transtornos mentais



Fonte: Elaboração própria.

As patologias psiquiátricas encontradas foram divididas em síndromes (Apêndice C).

As taxas de sucesso terapêutico foram, para os Transtornos psicótico/Esquizofrenia/Transtorno delirante/Transtorno esquizofreniforme (F20-F25), de 35,29%; para Transtorno afetivo bipolar (F30-F31) de 29,27%; Transtornos relacionados a traumas e estressores de 33,33%; Transtornos de personalidade de 21,43%. As taxas de sucesso em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicotrópicas foram menores que a taxa geral dos indivíduos com transtornos mentais – 52,07% –, excetuando-se aqui o reduzido número de indivíduos que faziam uso de alucinógenos.

As demais síndromes encontram-se com taxas semelhante ou maiores que a taxa geral dos indivíduos com transtornos mentais, de 52,07% (Tabelas 7 e 8).

Tabela 07 – Taxas de sucesso terapêutico, de falha terapêutica e de abandono do tratamento por transtornos mentais

Transtornos mentais	Fumando 4º ciclo		
	1-Sim	2-Não	3-Absenteísmo
De neurodesenvolvimento			
1-sim	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)

2-não	44 (6,34%)	371 (53,46%)	279 (40,2%)
De déficit de atenção/hiperatividade			
1-sim	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
2-não	44 (6,34%)	370 (53,31%)	280 (40,35%)
Afetivo bipolar			
1-sim	4 (9,76%)	12 (29,27%)	25 (60,98%)
2-não	40 (6,12%)	359 (54,89%)	255 (38,99%)
Depressivos			
1-sim	10 (6,17%)	86 (53,09%)	66 (40,74%)
2-não	34 (6,38%)	285 (53,47%)	214 (40,15%)
Ansiosos			
1-sim	13 (4,33%)	183 (61%)	104 (34,67%)
2-não	31 (7,85%)	188 (47,59%)	176 (44,56%)
Obsessivo-compulsivos			
1-sim	0 (0%)	1 (33,33%)	2 (66,67%)
2-não	44 (6,36%)	370 (53,47%)	278 (40,17%)
Relacionados a traumas e estressores			
1-sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2-não	44 (6,33%)	371 (53,38%)	280 (40,29%)
Psicótico-esquizofrenia, delirante, esquizofreniforme			
1-sim	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
2-não	44 (6,34%)	371 (53,46%)	279 (40,2%)
Devido ao uso de álcool			
1-sim	5 (6,17%)	36 (44,44%)	40 (49,38%)
2-não	39 (6,35%)	335 (54,56%)	240 (39,09%)
Devido ao uso de maconha			
1-sim	2 (5,71%)	14 (40%)	19 (54,29%)
2-não	42 (6,36%)	357 (54,09%)	261 (39,55%)
Devido ao uso de alucinógenos			
1-sim	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)
2-não	44 (6,38%)	368 (53,33%)	278 (40,29%)
Devido ao uso de opioide			
1-sim	0(0%)	1 (50%)	1 (50%)
2-não	44 (6,35%)	370 (53,39%)	279 (40,26%)
Devido ao uso de cocaína			

1-sim	3 (8,11%)	14 (37,84%)	20 (54,05%)
2-não	41 (6,23%)	357 (54,26%)	260 (39,51%)
Devido ao uso de múltiplas drogas			
1-sim	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)
2-não	44 (6,35%)	370 (53,39%)	279 (40,26%)
De personalidade			
1-sim	0 (0%)	3 (21,43%)	11 (78,57%)
2-não	44 (6,46%)	368 (54,04%)	269 (39,5%)
Do sono			
1-sim	8 (5,33%)	76 (50,67%)	66 (44%)
2-não	36 (6,61%)	295 (54,13%)	214 (39,27%)
Quadros demenciais/síndromes orgânicas			
1-sim	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)
2-não	44 (6,37%)	369(53,4%)	278 (40,23%)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 08 – Comparação das taxas de sucesso entre drogadições e antecedente de drogadições, ajustadas por Fagerström

Uso de drogas	Fumando 4 ^o ciclo		
	1-Sim	2-Não	3-Absenteísmo
Antecedente			
1-sim	8 (10,96%)	28 (38,36%)	37 (50,68%)
2-não	33 (5,85%)	318 (56,38%)	213 (37,77%)
Qual antecedente			
0-nenhuma	33 (5,85%)	318 (56,38%)	213 (37,77%)
1-álcool	2 (11,76%)	7 (41,18%)	8 (47,06%)
2-maconha	0 (0%)	2 (25%)	6 (75%)
4-cocaína	0 (0%)	8 (50%)	8 (50%)
6-multidroga	6 (18,75%)	11 (34,38%)	15 (46,88%)
Drogadição			
1-sim	6 (6,12%)	41 (41,84%)	51 (52,04%)
2-não	38 (6,43%)	324 (54,82%)	229 (38,75%)

2ª Drogadição			
0-nenhuma	38 (6,44%)	323 (54,75%)	229 (38,81%)
1-álcool	4 (8,7%)	21 (45,65%)	21 (45,65%)
2-maconha	0 (0%)	6 (35,29%)	11 (64,71%)
4-cocaína	1 (8,33%)	3 (25%)	8 (66,67%)
6-multidrogas	1 (4,17%)	12 (50%)	11 (45,83%)

Fonte: Elaboração própria.

Tornou-se factível a identificação e comparação das taxas de sucesso (Tabela 09) desse tratamento entre aqueles com TM, quando ajustadas para as variáveis de confusão (F20-F25; F30-F31; F32-F34; F40-F41; F10; F12; F14; F51-G47 e Fagerström), tendo sido:

- menores em 12,03 pp em indivíduos com drogadições (IC 95% -22,67 até -1,40; $p < 0,03$);
- menores em 16,85 pp em indivíduos com antecedente de drogadições (IC 95 %, -28,59 até -5,11; $p < 0,01$);
- menores em indivíduos com Transtorno Bipolar em 11,4 pp (IC 95% -40,26 até -9,64; $p < 0,01$);
- maiores indivíduos com Transtornos de Ansiedade em 10,25 pp em (IC 95% 2,57 até 17,93; $p < 0,01$).

A Tabela 9 retrata comparações de taxas de sucesso entre algumas variáveis ajustadas por fatores de confusão (F20-F25, F30-F31, F32-F34, F40-F41, F10, F12, F14, F51 -G47 e Fagerström).

Tabela 09 – Comparação das taxas de sucesso, entre os TM, ajustadas por variáveis de confusão (pp= pontos percentuais)

Transtornos mentais	Comparações*	Estimativa da diferença (pp)	IC 95%		Valor p
Psicoticosesquizofrenia, delirante, esquizofreniforme	1-sim vs 2-não	-11,40	29,38	6,59	0,21
Afetivo bipolar	1-sim vs 2-não	-24,95	-40,26	-9,64	<0,01
Depressivos	1-sim vs 2-não	0,98	-7,66	9,61	0,82

Ansiosos	1-sim vs 2-não	10,25	2,57	17,93	<0,01
Devido ao uso de álcool	1-sim vs 2-não	-4,32	-16,88	8,24	0,50
Devido ao uso de maconha	1-sim vs 2-não	-6,73	-24,26	10,80	0,45
Devido ao uso de cocaína	1-sim vs 2-não	-9,94	-28,27	8,39	0,29
Do sono	1-sim vs 2-não	-4,58	-13,66	4,50	0,32

*Ajustadas por F20-F25, F30-F31, F32-F34, F40-F41, F10, F12, F14, F51 -G47 e Fagerström.

Fonte: Elaboração própria.

4.4 DESFECHOS EM PACIENTES COM COMORBIDADES CLÍNICAS

As patologias clínicas foram divididas em grupamentos por comorbidades clínicas (Apêndice D).

As taxas de sucesso e falhas terapêuticos, assim como o absenteísmo no quarto ciclo, foram avaliados, conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 – Taxas de sucesso terapêutico, de falha terapêutica e de abandono do tratamento por comorbidades clínicas

Comorbidades	FUMANDO 4º CICLO		
	1-SIM	2-NÃO	3-ABSENTEÍSMO
Diabetes			
1-sim	7 (7,53%)	50 (53,76%)	36 (38,71%)
2-não	37 (6,17%)	320 (53,33%)	243 (40,5%)
Cardiovasculares			
1-sim	12 (10,34%)	52 (44,83%)	52 (44,83%)
2-não	32 (5,54%)	318 (55,02%)	228 (39,45%)
Hipertensão			
1-sim	13 (6,95%)	96 (51,34%)	78 (41,71%)
2-não	31 (6,11%)	274 (54,04%)	202 (39,84%)
Câncer			
1-sim	4 (11,11%)	19 (52,78%)	13 (36,11%)
2-não	40 (6,09%)	350 (53,27%)	267 (40,64%)
Respiratórias			
1-sim	9 (7,69%)	52 (44,44%)	56 (47,86%)
2-não	34 (5,9%)	318 (55,21%)	224 (38,89%)

Psiquiátrica			
1-sim	34 (6,39%)	277 (52,07%)	221 (41,54%)
2-não	9 (5,66%)	91 (57,23%)	59 (37,11%)
Endocrinológicas, com DM			
1-sim	15 (6,98%)	121 (56,28%)	79 (36,74%)
2-não	28 (5,92%)	248 (52,43%)	197 (41,65%)
Ortopédicas			
1-sim	2 (2,67%)	50 (66,67%)	23 (30,67%)
2-não	41 (6,7%)	317 (51,8%)	254 (41,5%)
Gastroenterológicas			
1-sim	7 (7,22%)	48 (49,48%)	42 (43,3%)
2-não	36 (6,19%)	315 (54,12%)	231 (39,69%)
Reumatológicas			
1-sim	1 (3,03%)	22 (66,67%)	10 (30,3%)
2-não	42 (6,44%)	343 (52,61%)	267 (40,95%)
Neurológicas			
1-sim	11 (10,78%)	42 (41,18%)	49 (48,04%)
2-não	32 (5,49%)	323 (55,4%)	228 (39,11%)
Dermatológicas			
1-sim	2 (8,33%)	15 (62,5%)	7 (29,17%)
2-não	41 (6,2%)	350 (52,95%)	270 (40,85%)
Infecciosas			
1-sim	3 (10,34%)	8 (27,59%)	18 (62,07%)
2-não	41 (6,26%)	354 (54,05%)	260 (39,69%)

Fonte: Elaboração própria.

Por meio deste estudo (Tabela 11), foi evidenciado que as taxas de sucesso do tratamento foram, quando ajustadas para a classificação de Fagerström (considerado como variável de confusão):

- a) maiores em 13,66 pp em indivíduos com Doenças Ortopédicas (IC 95% 2,04 até 25,28; $p < 0,02$);
- b) menores em 10,5 pp em indivíduos com Doenças Respiratórias (IC 95% -20,46 até -0,55; $p < 0,04$);
- c) menores em 10,34 pp em indivíduos com Doenças Neurológicas (IC 95% -24,46 até -3,77; $p < 0,01$);

d) menores em 26,75 pp em indivíduos com Doenças Infecciosas (IC 95% -42,95 até -10,56; $p < 0,01$).

Tabela 11 – Comparação das taxas de sucesso entre as comorbidades clínicas, considerando Fagerström como variável de confusão (pp = pontos percentuais)

Doenças	Comparações*	Estimativa da diferença (p.p.)	IC 95%		Valor p
Diabetes (DM)	1-SIM vs 2-NÃO	-0,46	-11,38	10,47	0,93
Hipertensão (HAS)	1-SIM vs 2-NÃO	-3,45	-11,90	5,00	0,42
Cardiovasculares com HAS	1-SIM vs 2-NÃO	-9,80	-19,78	0,17	0,05
Câncer	1-SIM vs 2-NÃO	-1,20	-17,78	15,38	0,89
Respiratórias	1-SIM vs 2-NÃO	-10,50	-20,46	-0,55	0,04
Endocrinológicas com DM	1-SIM vs 2-NÃO	3,42	-4,61	11,45	0,40
Ortopédicas	1-SIM vs 2-NÃO	13,66	2,04	25,28	0,02
Gastroenterológicas	1-SIM vs 2-NÃO	-4,94	-15,79	5,92	0,37
Reumatológicas	1-SIM vs 2-NÃO	13,35	-3,29	30,00	0,12
Neurológicas	1-SIM vs 2-NÃO	-14,11	-24,46	-3,77	<0,01
Dermatológicas	1-SIM vs 2-NÃO	10,34	-8,96	29,63	0,29
Infecciosas	1-SIM vs 2-NÃO	-26,75	-42,95	-10,56	<0,01

Fonte: Elaboração própria.

4.5 DESFECHOS POR USO DE MEDICAMENTOS

A Secretária de Saúde (SS) da PMRP disponibiliza as medicações constantes do Programa Nacional; todavia houve momentos com indisponibilidade temporária de alguns medicamentos para dispensação farmacêutica, principalmente de goma, por falta do medicamento, sendo que houve pequeno percentual do uso de tal.

Importante salientar que, quando é referenciado o uso de “outros medicamentos”, trata-se do uso de quaisquer outros medicamentos que não os disponíveis pelo Programa, que podem exercer benefícios na cessação do tabagismo, embora não haja comprovação científica robusta como antidepressivos, ansiolíticos, homeopatia. Entre os alopáticos, foram usadas medicações como sertralina, fluoxetina, nortriptilina. Esses medicamentos foram criteriosamente avaliados em situações em que os medicamentos do Programa eram contraindicados, ou por

avaliação médica de pacientes com patologias clínicas e/ou transtornos mentais que se beneficiariam do tratamento com outros medicamentos.

Importante informar que não foi considerada a vareniclina no tratamento do tabagismo, porque esse medicamento foi avaliado e não recomendado pela Conitec, conforme o Relatório de Recomendação N° 468 – Julho de 2014 e a Portaria N° 41/SCTIE/MS, de 24 de julho de 2015, que não a incorporou ao SUS. Quanto às medicações utilizadas (Tabela 12), foi utilizado adesivo de nicotina em 41,34% da amostra. O uso isolado de bupropiona aconteceu em 9,59%. A associação dos dois em 15,02%. Apenas 4,72% não recebeu medicação, seja por falta de indicação ou contraindicação clínica formal; 9,3% recebeu outros medicamentos não comprovadamente eficazes, quando da contraindicação clínica formal, ou devido a ajustes medicamentosos realizados em pacientes com condições psiquiátricas associadas, como transtorno depressivo, ansiedade e/ou distúrbio do sono, dentre outras.

Tabela 12 – Distribuição percentual de frequência do tratamento medicamentoso

Tratamento medicamentoso	Frequência	Percentual
Sem tratamento medicamentoso	33	4,72
Adesivo	289	41,34
Adesivo e bupropiona	105	15,02
Adesivo e goma	1	0,14
Adesivo e outros medicamentos	91	13,02
Adesivo, bupropiona e outros medicamentos	17	2,43
Adesivo, goma e bupropiona	2	0,29
Bupropiona	67	9,59
Bupropiona e outros medicamentos	15	2,15
Goma	9	1,29
Goma e bupropiona	3	0,43
Goma e outros medicamentos	1	0,14
Goma, bupropiona e outros medicamentos	1	0,14
Outros medicamentos	65	9,3

Fonte: Elaboração própria.

As taxas de sucesso e falha terapêuticos e abandono do tratamento, por Teste de Fagerström e uso de medicamentos, são apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 13 – Taxas de sucesso e falha terapêuticos e abandono do tratamento, ajustados por Fagerström, por uso de medicamentos.

Tratamentos	Fumando 4º ciclo		
	1-sim	2-não	3-absenteísmo
Adesivo			
1-sim	33 (6,59%)	281 (56,09%)	187 (37,33%)
2-não	10 (5,21%)	90 (46,88%)	92 (47,92%)
Goma			
1-sim	0 (0%)	8 (47,06%)	9 (52,94%)
2-não	43 (6,35%)	363 (53,62%)	271 (40,03%)
Bupropiona			
1-sim	12 (5,77%)	133 (63,94%)	63 (30,29%)
2-não	32 (6,6%)	237 (48,87%)	216 (44,54%)
Outros medicamentos			
1-sim	14 (7,37%)	89 (46,84%)	87 (45,79%)
2-não	30 (5,96%)	281 (55,86%)	192 (38,17%)
Tratamento			
Sem tratamento medicamentoso	2 (6,06%)	14 (42,42%)	17 (51,52%)
Adesivo	20 (6,97%)	151 (52,61%)	116 (40,42%)
Adesivo e bupropiona	6 (5,83%)	71 (68,93%)	26 (25,24%)
Adesivo e goma	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Adesivo e outros medicamentos	6 (6,59%)	45 (49,45%)	40 (43,96%)
Adesivo, bupropiona e outros medicamentos	1 (5,88%)	11 (64,71%)	5 (29,41%)
Uso de adesivo, goma e bupropiona	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)
Bupropiona	2 (2,99%)	39 (58,21%)	26 (38,81%)
Bupropiona e outros medicamentos	3 (20%)	8 (53,33%)	4 (26,67%)
Goma	0 (0%)	3 (33,33%)	6 (66,67%)
Goma e bupropiona	0 (0%)	1 (33,33%)	2 (66,67%)
Goma e outros medicamentos	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
Goma, bupropiona e outros medicamentos	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Outros medicamentos	4 (6,15%)	24 (36,92%)	37 (56,92%)

Fonte: Elaboração própria.

Constatou-se que as taxas de sucesso, quando ajustadas para a classificação de Fagerström, segundo os tratamentos medicamentosos, para pacientes com transtornos mentais foram:

- a) menores em 35,31 pp, quando não há uso de tratamento medicamentoso em comparação ao uso de adesivo associado à bupropiona (IC 95% -56,73 até -13,89; $p < 0,01$);
- b) menores em 38,78 pp, quando não há uso de tratamento medicamentoso em comparação ao uso de adesivo associado à bupropiona e outros medicamentos (IC 95%, -56,73 até -13,89; $p < 0,01$);
- c) menores em 20,07 pp, quando há o uso isolado do adesivo nicotínico em comparação ao uso associado de adesivo nicotínico e bupropiona (IC 95%, -32,13 até -8; $p < 0,01$);
- d) maiores em 17,44 pp, quando em uso de adesivo nicotínico em comparação a outros medicamentos (IC 95%, 2,72 até 32,17; $p < 0,02$);
- e) são maiores em 21,03 pp, quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona em comparação a adesivo nicotínico e outros medicamentos (IC 95%, 5,96 até 36,10; $p < 0,01$);
- f) são maiores em 20,23 pp, quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona em comparação a bupropiona (IC 95%, 5,96 até 36,10; $p < 0,01$);
- g) são maiores em 37,51 pp, quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona em comparação a outros medicamentos (IC 95% 20,99 até 54,02; $p < 0,01$);
- h) são maiores em 40,97 pp, quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona e outros medicamentos em comparação a outros medicamentos (IC 95% 15,43- até 66,51; $p < 0,01$).

Tabela 14 – Comparação das taxas de sucesso entre tratamentos medicamentosos em indivíduos com TM, ajustadas por Fagerström (pp = pontos percentuais)

Comparações*	Estimativa da diferença IC 95%			Valor p
	(pp)			
Sem vs adesivo	-15,25	-35,38	4,89	0,14
Sem vs adesivo e bupropiona	-35,31	-56,73	-13,89	<0,01
Sem vs adesivo e outros	-14,28	-36,33	7,76	0,20

Sem vs adesivo, bupropiona e outros	-38,78	-67,98	-9,57	<0,01
Sem vs bupropiona	-15,08	-38,65	8,49	0,21
Sem vs bupropiona e outros medicamentos	-23,09	-55,32	9,13	0,16
Sem vs outros	2,19	-20,81	25,20	0,85
Adesivo vs adesivo e bupropiona	-20,07	-32,13	-8,00	<0,01
Adesivo vs adesivo e outros	0,96	-12,11	14,03	0,89
Adesivo vs adesivo, bupropiona e outros	-23,53	-46,77	-0,29	0,05
Adesivo vs bupropiona	0,17	-15,42	15,75	0,98
Adesivo vs bupropiona e outros	-7,85	-34,77	19,08	0,57
Adesivo vs outros medicamentos	17,44	2,72	32,17	0,02
Adesivo e bupropiona vs adesivo e outros	21,03	5,96	36,10	<0,01
Adesivo e bupropiona vs adesivo, bupropiona e outros	-3,46	-28,00	21,08	0,78
Adesivo e bupropiona vs bupropiona	20,23	3,01	37,45	0,02
Adesivo e bupropiona vs bupropiona e outros	12,22	-15,82	40,25	0,39
Adesivo e bupropiona vs outros	37,51	20,99	54,02	<0,01
Adesivo e outros vs adesivo, bupropiona e outros	-24,49	-49,26	0,28	0,05
Adesivo e outros vs bupropiona	-0,80	-18,77	17,17	0,93
Adesivo e outros vs bupropiona e outros	-8,81	-37,07	19,45	0,54
Adesivo e outros medicamentos vs outros	16,48	-0,70	33,66	0,06
Adesivo, bupropiona e outros vs bupropiona	23,70	-2,53	49,92	0,08
Adesivo, bupropiona e outros vs bupropiona e outros	15,68	-18,13	49,50	0,36
Adesivo, bupropiona e outros vs outros	40,97	15,43	66,51	<0,01
Bupropiona vs bupropiona e outros	-8,01	-37,57	21,54	0,60
Bupropiona vs medicamentos	17,27	-1,85	36,40	0,08
Bupropiona e outros vs outros	25,29	-3,69	54,26	0,09

*Ajustadas por Fagerström

Fonte: Elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

O Programa de Controle do Tabagismo, analisado neste trabalho, com média de taxas de cessação de 53,38% no primeiro mês (quarta sessão/ciclo), apresentou boa efetividade, sendo que, quando as taxas foram avaliadas na manutenção, após oito sessões/ciclos do início do tratamento, o valor chegou a 71,83%. Já as taxas de abandono do tratamento foram de 40,29%. Observou-se que, após os quatro ciclos, houve queda na abstinência do tabagismo e aumento no absenteísmo dos

atendimentos de manutenção, como também menor falha terapêutica naqueles que permaneceram nos grupos de manutenção.

Em estudo realizado por Wittkowski e Dias, avaliaram-se os resultados obtidos nos grupos do Programa de Controle do Tabagismo, realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR (número de 160 tabagistas). A porcentagem de cessação do uso do tabaco variou de 12,5 até 72,7% ao final do primeiro mês. A taxa de desistência do tratamento chegou a 62,5% nos grupos. Concluiu-se que os Grupos do Programa de Controle do Tabagismo apresentam resultados a curto prazo, porém alto índice de abandono do tratamento. Ademais, houve baixa adesão à manutenção da abstinência no decorrer do tempo, corroborando em maiores esforços a serem destinados visando a uma abstinência duradoura (WITTKOSKY; DIAS, 2017).

No presente estudo houve também queda importante na frequência dos participantes na fase de manutenção. Este achado pode estar relacionado ao fato de os pacientes deixarem de procurar o serviço quando a medicação não se faz mais necessária ou devido à dificuldade de se ausentar do trabalho durante o tratamento. Pode até mesmo estar relacionado a indivíduos abstinentes que julgam, por si mesmos, não ser mais necessária a manutenção, o que também sugere a necessidade de reavaliação do Programa para melhorar estes achados quando se tratar de manutenção.

Santos et al. (2012) realizaram um estudo ecológico sobre os indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, em 2008, tendo como resultados que o programa estava disponível em apenas 7,0% dos municípios mineiros e apresentou grande heterogeneidade em seus indicadores: a taxa média de permanência foi de 71,8% (IC 95% 67,1 até 76,5), de cessação na quarta semana foi de 40,5% (IC 95% 34,3 até 46,5) e de uso de medicamentos foi de 57,8% (IC 95% 49,2 até 66,3). Os autores encontraram forte relação entre uso de medicamentos e taxa de sucesso (RR 2,29; IC 95% 1,42 até 3,66, $p < 0,05$). Concluiu-se que o programa parece efetivo, sendo melhor em municípios onde o tratamento medicamentoso é oferecido para mais de 60,0% dos pacientes (SANTOS ET AL., 2012).

A permanência no grupo terapêutico deve ser valorizada, pois ensaios clínicos demonstram que a terapia comportamental apresenta sucesso mesmo em seu uso isolado, como também há aumento do sucesso de tratamento medicamentoso

quando ambos são usados simultaneamente. Em 2005, uma metanálise realizada encontrou aumento importante na cessação do tabagismo em pacientes que participaram do grupo *versus* pacientes sem intervenção (Razão de chances, ou RC = 2,17; IC 95% 1,37 até 3,45) ou quando comparado ao recebimento de material de autoajuda sem instruções face-a-face (RC = 2,04; IC 95% 1,60 até 2,60) (STEAD; LANCASTER, 2005).

Portanto, neste trabalho, encontramos resultados concordantes com a literatura científica e o Programa parece apresentar-se efetivo a todos os grupos de participantes, apesar dos resultados heterogêneos entre os grupos.

O tratamento do tabagismo é altamente custo-efetivo, ainda quando produz abstinência sustentada para uma minoria dos fumantes tratados, sendo que até mesmo o aconselhamento clínico breve apresenta razão de custo-efetividade melhor que a do tratamento da hipertensão, dislipidemia ou de outras intervenções preventivas, como as mamografias periódicas. O tratamento do tabagismo é referido como o “padrão ouro” do custo-efetividade nos cuidados em saúde, o que nos leva a recomendar que o Programa de Tratamento do Tabagismo, oferecido no SUS, receba maior atenção e investimentos para que possa crescer e ser levado a um maior número de pessoas.

Em metanálise de Fiori et al (2000), foi verificada a eficácia a partir das taxas de cessação, segundo diferentes níveis de intervenção, conforme tabela abaixo.

Tabela 15 – Metanálise: eficácia aferida a partir das taxas de cessação em diferentes níveis de intervenção (n = 43 estudos).

Tipo de contato	Número de braços	Odds Ratio estimada (95% IC)	Taxa de abstinência estimada (95% IC)
Nenhum aconselhamento	30	1	10,9
Aconselhamento mínimo (menor que 3 minutos)	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Aconselhamento de intensidade baixa (3 a 10 minutos)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)

Aconselhamento de maior intensidade (maior que 10 minutos)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)
--	----	---------------	------------------

Fonte: Adaptado de Fiore et al. (2000).

Conforme verificado neste estudo, as taxas de sucesso desse tratamento são maiores quando ajustadas para a classificação de Fagerström (considerado como variável de confusão) em 8,29 pp em mulheres (IC 95% 0,75 até 15,83; $p < 0,03$). Neste estudo, também se evidenciou que as taxas de abandono do tratamento foram maiores em homens ao final do quarto ciclo e as taxas de sucesso foram aumentando até o quarto ciclo.

A revisão sistemática de Pereira e Vargas (2015) refere que, embora controversos, estudos sugerem que mulheres têm maior dificuldade na cessação do tabagismo em relação aos homens, o que poderia ser atribuído ao fato de o comportamento da tabagista ser mais influenciado por condicionamentos relacionados ao humor e ao afeto negativo, além de que as mulheres também apresentam metabolização mais rápida da nicotina e maior prevalência de depressão do que os homens. Há indícios de que a nicotina interagiria de maneira distinta no organismo durante o ciclo menstrual, acarretando reações durante a síndrome de abstinência. Já os homens seriam mais condicionados à resposta farmacológica, regulada pelo consumo de nicotina. Mulheres procuram mais por serviços de saúde que os homens, o que sugere maior facilidade no reconhecimento de problemas de saúde e na solicitação de ajuda especializada (PEREIRA; VARGAS, 2015).

Em relação à avaliação do sucesso terapêutico no tocante ao score do teste de Fagerström, foi maior em 8,66 pp em indivíduos com Fagerström moderado em relação ao Fagerström grave, (IC 95% 0,55 até 16,76; $p < 0,04$). Afinal, é esperado que graus maiores de dependência do tabaco acarretem maior dificuldade no processo de cessação do tabagismo.

No que se refere às comorbidades clínicas, foram identificadas taxas de sucesso desse tratamento maiores (ajustadas para Fagerström) de 13,66 pp em indivíduos com doenças ortopédicas (IC 95% 2,04 até 25,28; $p < 0,02$).

Não foram encontradas referências sobre tal achado na literatura científica, podendo ser um ponto de partida para futuras investigações. Talvez o fato de doenças ortopédicas geralmente cursarem com dores e, sabidamente, o tabagismo ser uma

causa para rarefação óssea e dificuldades de cicatrização, de pior prognóstico para eventuais necessidades de intervenções cirúrgicas ortopédicas, possa ser um incentivo que justifique o empenho no processo de cessação do tabagismo.

No que concerne aos portadores de doenças respiratórias, o sucesso terapêutico foi maior em 10,5 pp (IC 95% -20,46 até -0,55; $p < 0,04$). Ainda assim há consideráveis estímulos que o conhecimento científico traz quanto aos benefícios de se parar de fumar, relacionados às doenças respiratórias. A exemplo do DPOC que é uma das possíveis consequências do tabagismo. A cessação do tabagismo é a intervenção mais eficaz para interromper a progressão de doenças como o DPOC, bem como aumentar a sobrevida e reduzir a morbidade. É por isso que Tonnesen refere que a cessação do tabagismo deve ser a principal prioridade no tratamento da DPOC (TONNESEN, 2013).

Há entidades internacionais trabalhando na melhoria contínua do processo de cessação do tabagismo. Por exemplo, no contexto do rastreamento do câncer de pulmão, Joseph et al. (2018) referem que há uma lacuna no conhecimento sobre a melhor forma de projetar sistemas para estender o alcance e tratamentos para maximizar a cessação do tabagismo. Oito ensaios clínicos, sete financiados pelo *National Cancer Institute* e um pela *Veterans Health Administration*, abordam essa lacuna e formam a colaboração SCALE (Cessação do tabagismo no contexto do rastreamento do câncer de pulmão). Tal artigo descreveu questões metodológicas relacionadas ao projeto desses ensaios clínicos: fluxo de trabalho clínico, critérios de elegibilidade dos participantes, indicação de triagem (linha de base ou tela de repetição anual), conteúdo de avaliação, interesse em parar de fumar e método e dose de aplicação do tratamento, todos os quais afetam os resultados do tratamento contra o tabagismo. As intervenções relacionadas ao tabagismo consideram o "momento de ensino" oferecido pelo rastreamento do câncer de pulmão, como incorporar resultados positivos e negativos do rastreamento e a coordenação do tratamento para parar de fumar com eventos clínicos associados ao rastreamento do câncer de pulmão. O rastreamento do câncer de pulmão apresenta uma oportunidade nova e promissora para reduzir a morbidade e mortalidade resultante desse tipo de câncer, que pode ser ampliada por um tratamento eficaz para parar de fumar (JOSEPH et al., 2018).

No que se refere ao impacto das doenças neurológicas nas taxas de sucesso em parar de fumar, neste tratamento essas taxas foram menores quando ajustadas

para a classificação de Fagerström em 10,34 pp em indivíduos com doenças neurológicas (IC 95% -24,46 até -3,77; $p < 0,01$).

Ainda assim, a cessação do tabagismo após um acidente vascular cerebral isquêmico ou a intervenção de resistência à insulina após acidente vascular cerebral foram associadas a benefícios de saúde significativos ao longo de 4,8 anos na coorte do estudo IRIS. (EPSTEIN et al., 2017).

Devido às limitações deste estudo, em que não foram especificadas as diversas patologias respiratórias e neurológicas, nem foram enquadradas em níveis de gravidade, novos estudos poderiam analisar melhor as causas das menores taxas de sucesso, encontradas.

Em relação aos indivíduos com doenças infecciosas, as taxas de sucesso terapêutico foram menores em 26,75 pp (IC 95% -42,95 até -10,56; $p < 0,01$). Quanto a essas doenças infecciosas autorreferidas, houve predominância das crônicas, como HIV e hepatites. Nesses casos, outros possíveis fatores de confusão deveriam ser mais bem avaliados para uma melhor conclusão, como questões que abordassem comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis, uso ou não de drogas, concomitância de transtornos mentais, sendo essas hipóteses passíveis de outros estudos.

Com relação às drogadições, segundo Sullian e Covey (2002), é extremamente alta a prevalência de dependência de nicotina entre usuários de álcool ou outras substâncias, sendo que pesquisas evidenciaram interesse em parar de fumar dentre os pacientes em programas de tratamento de drogas ou álcool.

Contudo a cessação do tabagismo não tem sido um foco tradicional nas intervenções clínicas para essa população. Achados recentes de ensaios clínicos entre indivíduos que abusam de álcool, maconha, cocaína ou opioides evidenciaram que: fumantes com histórico passado, mas não atual, de dependência de álcool têm uma taxa de sucesso semelhante em comparação com fumantes não alcoólicos; a abstinência do tabaco não aumenta a recaída do álcool; fumar continuamente afeta negativamente o tratamento para a dependência de maconha; os padrões de uso de cocaína e nicotina estão inter-relacionados; as taxas de cessação do tabagismo entre os dependentes de opioides são várias vezes menores do que na população geral dos Estados Unidos. A cessação do tabagismo deve ser indicada para pessoas

dependentes de substâncias que já estão em recuperação, podendo proteger contra a recaída na droga ilícita de abuso (SULLIVAN; COVEY, 2002).

Já Agosti e Levi concluíram que a remissão dos transtornos por uso de substâncias aumentou a probabilidade de abstinência do tabagismo no início da idade adulta, sendo esse achado congruente com os resultados de estudos longitudinais (AGOSTI; LEVI, 2009).

Neste estudo, foi evidenciado que o sucesso terapêutico foi menor em 12,03 pp em indivíduos em uso de drogas (IC 95% -22,67 até -1,40; $p < 0,03$) e em 16,85 pp em indivíduos com antecedente de drogadições (IC 95 % -28,59 até -5,11; $p < 0,01$).

Donald, Chartran e Bolton, em 2013, concluíram que a cessação da dependência da nicotina foi associada à probabilidade reduzida de vários transtornos mentais, como também a uma maior qualidade de vida, comparando com indivíduos com dependência de nicotina atual. Tais dados fornecem maior suporte para políticas de saúde pública voltadas para a cessação do tabagismo (DONALD; CHARTRAN; BOLTON, 2013).

No que diz respeito aos transtornos mentais, as taxas de sucesso terapêutico foram menores em comparação aos indivíduos sem TM (52,07% *versus* 57,23%). Foi verificado, ainda, que essas taxas, quando ajustadas para variáveis de confusão (F20-F25; F30-F31; F32-F34; F40-F41; F10; F12; F14; F51-G47 e Fagerström), foram menores em indivíduos com transtorno bipolar em 11,4 pp (IC 95% -40,26 até -9,64; $p < 0,01$).

Waxmonsky et al., em 2005, referiram que apenas alguns pequenos estudos descritivos examinaram a prevalência e os correlatos do uso de tabaco entre pacientes bipolares. Previam que estados maníacos, depressivos e mistos mal controlados e a presença de sintomas psicóticos estariam associados a uma maior prevalência de tabagismo em pacientes com transtorno bipolar. Estudos adicionais devem focar se o controle dos sintomas bipolares está associado à interrupção do tabagismo.

Quanto ao achado relativo ao transtorno de ansiedade, este não se correlacionou com resultados encontrados na literatura, pois que as taxas de sucesso encontradas foram maiores em indivíduos com transtornos de ansiedade em 10,25 pp em (IC 95% 2,57 até 17,93; $p < 0,01$). Segundo Rondina et al. (2007), as características de personalidade do fumante ou algumas doenças psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, são fatores relacionados ao fracasso na cessação do tabagismo. Já em

uma coorte transversal de Paulina et al. (2014), chegou-se à conclusão que o alto nível de ansiedade (moderado/grave) está associado ao fracasso terapêutico.

Há estudo sobre a prevalência de tabagismo entre indivíduos com transtornos de ansiedade de 47%, ou seja, acima da população geral (HUGHES et al., 1986).

Os achados deste estudo em discordância com outros da literatura podem ser decorrentes de a informação de transtornos de ansiedade ter sido oriunda da coleta documental de anamnese com resposta autorreferida pelo paciente sobre a patologia.

Cabe ainda a hipótese de que, sendo a nicotina uma substância psicotrópica estimulante, pode gerar sinais e sintomas interpretados pelo paciente como transtorno de ansiedade, o que autorreferiu sua patologia.

O uso de medicamentos, relativos aos achados das taxas de sucesso ajustadas de Fagerström, para pacientes com transtornos mentais foi menor em 35,31 pp, quando não houve uso de tratamento medicamentoso em comparação ao uso de adesivo associado à bupropiona (IC 95% -56,73 até -13,89; $p < 0,01$) e também foi menor em 38,78 pp, quando não houve uso de tratamento medicamentoso em comparação ao uso de adesivo associado à bupropiona e a outros medicamentos (IC 95% -56,73 até -13,89; $p < 0,01$).

Van der Meer e colaboradores evidenciaram que pacientes com depressão atual ou pregressa apresentam melhores resultados para eficácia, quando o tratamento para a cessação do tabagismo é associado a um tratamento psicossocial para controle do humor, sendo que, nos tabagistas com depressão pregressa, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, comparada ao placebo. No entanto, quando a depressão é atual, não há evidências de que a bupropiona aumente a cessação, assim como não há evidências significativas da eficácia de TRN, em comparação ao placebo (VAN DER MEER et al., 2013).

Há evidência moderada de que o tratamento farmacológico associado ao aconselhamento estruturado é mais eficaz que o aconselhamento estruturado isolado, ou seja, quando não há uso de tratamento farmacológico (STEAD et al., 2016). Assim, os dados acima encontrados corroboram com tais recomendações.

Importante ressaltar também que o sucesso terapêutico foi menor em 20,07 pp, quando houve o uso isolado do adesivo nicotínico em comparação ao uso associado de adesivo nicotínico e bupropiona (IC 95%, -32,13 até -8; $p < 0,01$).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (PCDTT) de 2020 sugere que a bupropiona associada à TRN (terapia de reposição nicotínica) isolada seja oferecida para o tratamento de dependência à nicotina em pacientes que não se beneficiam de TRN isolada (recomendação condicional a favor; qualidade da evidência muito baixa).

Há evidências de que: o tratamento combinado de TRN com bupropiona em comparação ao uso de TRN isolada também foi um desfecho avaliado pela revisão sistemática de Hughes et al., sendo que a associação de TRN com bupropiona não foi capaz de superar a TRN com adesivo (RR: 1,24; IC 95% 0,84 até 1,84; 9 estudos, N = 1.774), com pastilha (RR: 1,21; IC 95% 0,81 até 1,81; 2 estudos; N = 1.051) ou pela livre escolha de TRN (RR: 0,97; IC 95% 0,73 até 1,28; 1 estudo; N = 662). Foi encontrado um novo estudo clínico randomizado, na atualização da busca, e a inclusão desses achados na nova metanálise não alterou o resultado (RR: 1,21; IC 95% 0,98 até 1,51; 13 estudos; N = 3.547, qualidade da evidência muito baixa) (HUGHES et al., 2014).

Já uma revisão sistemática de Cochrane de 2019 avaliou que a combinação de TRN é mais eficaz do que a TRN isolada (RR: 1,25; IC 95% 1,15 até 1,36; 14 estudos; N = 11.356, qualidade da evidência alta). Quando comparada a combinação de TRN com adesivo, a cessação do tabagismo para quem utiliza a combinação é 23% maior (RR: 1,23; IC 95% 1,121,36; 12 estudos; N = 8.992). Também foi observada superioridade na combinação de TRN quando comparada a uma forma rápida de entrega de nicotina (RR: 1,30; IC 95% 1,09 até 1,54; 6 estudos; N = 2.364, 59) (LINDSON et al., 2019).

Evidenciou-se que as taxas de sucesso foram maiores em 17,44 pp, quando em uso de adesivo nicotínico em comparação a outros medicamentos (IC 95%, 2,72 até 32,17; $p < 0,02$).

Em “outros medicamentos” incluem-se homeopáticos, ansiolíticos antidepressivos (excetuando-se a bupropiona), tendo sido mais comumente utilizados tricíclicos (nortriptilina) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (sertralina). Tais medicamentos foram utilizados quando havia contra-indicação ao uso dos medicamentos com evidências científicas, como também quando havia indicação clínica por presença de outros transtornos mentais, além do tabagismo.

O sucesso terapêutico foi maior em 21,03 pp, quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona em comparação a adesivo nicotínico e outros medicamentos

(IC 95%, 5,96 até 36,10; $p < 0,01$) e ainda maior em 20,23 pp, quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona em comparação à bupropiona (IC 95%, 5,96 até 36,10; $p < 0,01$).

O PCDTT de 2020 sugere que TRN combinada seja oferecida para o tratamento de dependência à nicotina, em vez de bupropiona (recomendação fraca contra a intervenção, a favor do comparador; qualidade da evidência alta).

Há evidências de que poucos estudos clínicos randomizados avaliaram o tratamento para dependência à nicotina usando bupropiona em comparação à combinação de TRN, sendo que, na revisão sistemática de Hughes et al. (2014), houve inclusão de somente dois estudos e o resultado da metanálise aponta para menor eficácia da bupropiona quando comparada à TRN combinada (adesivo + goma) (RR: 0,74; IC 95%: 0,55 até 0,98; N = 720, qualidade da evidência alta). Não foram encontrados ECR adicionais, com a resposta a essa pergunta, na atualização da busca.

Piper et al. (2009) observaram maior proporção de relatos de eventos adversos entre os indivíduos que utilizaram combinações de TRN (adesivo + pastilha) (n = 262) em detrimento dos que utilizaram bupropiona (n = 262). Os autores não apresentaram estatística de comparação entre os grupos de tratamento, assim como houve concordância com os achados do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (2020), que evidencia que o sucesso terapêutico é maior em pacientes com TM quando há o uso de bupropiona e TRN. Neste estudo, foi encontrado que o sucesso na cessação do tabagismo foi maior quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona em comparação a outros medicamentos e ainda maior quando em uso de adesivo nicotínico e bupropiona e outros medicamentos em comparação a outros medicamentos (IC 95%, 15,4 até 66,51; $p < 0,01$), ressaltando que o sucesso terapêutico foi menor em 20,07 pp, quando houve o uso isolado do adesivo nicotínico em comparação ao uso associado de adesivo nicotínico e bupropiona.

Assim, estes achados reforçam as evidências robustas do PCDTT, que revelam as medicações que são consideradas efetivas, baseadas em evidências. Quando há contraindicação formal ao uso da farmacoterapia indicada, outras medicações para controles de sintomatologias de comorbidades psiquiátricas podem se fazer clinicamente necessárias, por isso foram também avaliadas.

Quando se pondera sobre a possibilidade de uma abordagem diferenciada para pacientes com determinadas patologias psiquiátricas e/ou comorbidades clínicas, acarretando posterior modificação desta gestão de organização em saúde, concluímos que, embora algumas patologias clínicas e psiquiátricas tenham taxas de sucesso terapêutico diferenciadas, ainda assim há resposta terapêutica em todos os grupos.

As taxas diferenciadas de sucesso terapêutico são incentivos à área técnica e aos gestores para implementação contínua de novas estratégias, sempre em busca de melhores resultados, mas se evidenciou que este Programa trouxe benefícios, em termos populacionais, a todos os grupos de participantes, não importando as comorbidades que foram avaliadas.

Resultados assim interferem em paradigmas e possíveis ideias, frutos de possíveis preconceitos que pacientes com determinadas comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas não venham a ter sucesso, neste Programa, na cessação do tabagismo, pois, apesar de as taxas de sucesso terapêutico serem menores e as taxas de abandono do tratamento serem maiores em determinados grupos com comorbidades psiquiátricas, mesmo quando corrigidas por fator de confusão (classificação no Fagerström), as taxas de sucesso ainda geram saúde à parcela considerável e representativa daqueles que se submetem ao programa. Por conseguinte, diminuem-se os gastos públicos com as doenças relacionadas ao tabaco.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância de se promover maior investimento na expansão do atual Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil para todos os pacientes, com especial atenção àqueles com transtornos mentais e comorbidades clínicas.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Merecem menção algumas limitações deste estudo.

A amostra de pacientes com TM não incluiu pacientes hospitalizados.

As patologias foram autorreferidas durante a anamnese clínica e os dados documentais avaliados retrospectivamente. Utilizar dados secundários pode aumentar o risco de erros.

Como muitas patologias foram descritas, por questões estatísticas, foram classificadas por grupamentos, perdendo especificidades por patologias.

A cessação do tabagismo foi autorreferida, não havendo comprovação técnica. Todavia, protocolarmente, o programa é baseado no autorrelato da cessação (conforme preconizado no PNCT). Cabe ressaltar que, ao se iniciar o tratamento em grupo, sempre foram realizados os acordos de grupo, em que haveria o compromisso com a verdade, pois que todos estavam no grupo para serem ajudados, e não julgados.

Não houve dados disponíveis a serem avaliados, de dezembro de 2015 a março de 2016, de grupos de manutenção. Faz-se importante ressaltar, ainda, que, segundo o PCDT(2020), há sugestão de um modelo de tratamento composto por um número de sessões que pode ser adaptado de acordo com a realidade local, seja por disponibilidade de profissionais e usuários, quadro da doença, dentre outros fatores, desde que respeitando as melhores evidências mostradas no decorrer do texto, sendo que o modelo sugerido já vem sendo utilizado pela rede SUS desde 2001.

6 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

6.1 CONCLUSÕES

- Em relação às descrições gerais da amostra, as taxas de sucesso terapêutico do Programa foram maiores em mulheres, nas classificações de Fagerström moderado em detrimento ao grave.
- Houve maior abandono do tratamento por homens, sendo esse número maior nos mais jovens em relação aos mais velhos e naqueles que pontuaram para os níveis de Fagerström grave, seguidos dos leves e moderados.
- Pacientes com transtornos mentais tiveram menor taxa de sucesso terapêutico e maior abandono do tratamento. O menor sucesso terapêutico em pacientes ocorreu quando houve: uso de drogas atual; passado de drogadição; transtorno bipolar.
- Em portadores de transtorno de ansiedade, observou-se maior sucesso terapêutico.
- Em referência às comorbidades clínicas, houve maior sucesso terapêutico nos tabagistas com patologias ortopédicas em detrimento dos que não têm tais patologias. O sucesso foi menor em indivíduos com patologias respiratórias, neurológicas e infecciosas.

- Houve maiores taxas de sucesso terapêutico nos indivíduos que utilizaram bupropiona e adesivo, seguidos de uso isolado de bupropiona, seguidos de uso isolado de adesivo.
- O sucesso terapêutico foi maior no paciente em uso de adesivo e bupropiona *versus* outros medicamentos. Esse sucesso foi maior ainda quando houve uso de adesivo, bupropiona e outros medicamentos *versus* uso isolado de outros medicamentos; em uso de adesivo e bupropiona *versus* uso isolado de bupropiona; uso de adesivo *versus* uso de outros medicamentos; uso de adesivo e bupropiona *versus* uso isolado de adesivo; uso de bupropiona *versus* sem medicação; uso de adesivo, bupropiona e outros medicamentos *versus* sem tratamento medicamentoso.

6.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

As taxas diferenciadas de sucesso terapêutico, de falha e de abandono do tratamento são incentivos e desafios à área técnica e aos gestores para implementação de novas estratégias com melhores resultados, continuamente.

Estudos que abordassem possíveis estratégias seriam de grande contribuição. Afinal, ainda que os benefícios sejam inegáveis no modelo atual, há sempre desenvolvimentos e aprimoramentos a serem consolidados. É promissora a continuidade de implementações tanto nas áreas de farmacologia quanto nas áreas de psicoterapias.

Relativo às medicações, o uso de outros medicamentos além dos que já têm a eficácia estabelecida pode ser mais amplamente estudado, principalmente em grupos específicos de comorbidades e/ou transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AGOSTI, V.; LEVIN, F. R. Does remission from alcohol and drug use disorders increase the likelihood of smoking cessation among nicotine dependent young adults? **Soc. Psychiatry Psychiat. Epidemiol**, v. 44, n.2, p. 120-4, Aug 2009.

APOLLONIO, D; PHILIPPS, R.; BERO, L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 11, art. n. CD010274, 2016.

ARAUJO, A. J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S1-S76, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2021.

ANDA, R. F. *et al.* Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. **JAMA**, n. 264, p. 1.541-1.545, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

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

CHANDRASHEKAR, M. *et al.* A comparative study of different modalities of treatment in nicotine dependence syndrome. **Asian J. Psychiatr.**, n. 17, p. 29-35, Oct. 2015

COELHO, F. M. C. *et al.* Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, v. 25(1), p. 59-67, 2009.

CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**, n. 520, março/2020. Disponível em: http://www.conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf. Acesso em: jan 2021.

COVEY, L. S.; GLASSMAN, A. H.; STETNER, F. Depression and depressive symptoms in smoking cessation. **Compr. Psychiatry**, n. 31, p. 350-4, 1990.

DE LIMA, M. S. *et al.* Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. **Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiol.**, n. 34, p. 316-22, 1999.

DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**, n. 328, p. 1.519-1.528, 2004.

DONALD, S.; CHARTRAND, H., BOLTON, J. M. The relationship between nicotine cessation and mental disorders in a nationally representative sample. **J. Psychiatr. Res.**, v. 47, n. 11, p. 1673-9, nov. 2013. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.05.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890363/>. Acesso em: abr. 2021.

DROPE, J. *et al.* Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. **The Tobacco Atlas**, 2018. Disponível em: https://files.tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6. Acesso em: 27 fev. 2020.

EPSTEIN, K.A. *et al.* IRIS Trial Investigators. Smoking cessation and outcome after ischemic stroke or TIA. **Neurology**, v. 89, n. 16, p. 1.723-1.729, Oct., 2017. DOI: 10.1212/WNL.0000000000004524. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28887378/>. Acesso em: abr. 2021.

FIORE, M. C. *et al.* Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. **Clinical Practice Guideline**, Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services, May 2008a.

FIORE, M. C. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. **Respiratory Care**, [S.l.], v. 45, n. 10, p. 1.196-1.199, Oct. 2000.

GLASSMAN, A. H. *et al.* Smoking, smoking cessation and major depression. **JAMA**, n. 264, p. 1.546-1.549, 1990.

HARTMANN-BOYCE, J. *et al.* Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 5, Art. No.: CD000146, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852054/>. Acesso em: mar. 2021.

HIMLE, J.; THYER, B. A.; FISCHER, D. J. Prevalence of smoking among anxious outpatients. **Phob. Pract. Res. J.**, n. 1, p. 25-31, 1988.

HUGHES, J.R. *et al.* Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. **Am. J. Psychiatry**, n. 143, p. 993-7, 1986.

HUGHES, J. R. *et al.* Antidepressants for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, Art. No.: CD000031, 2014.

INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/publicado-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo>. Acesso em: 24/02/2021.

JOSEPH, A. M. *et al.* Lung Cancer Screening and Smoking Cessation Clinical Trials. SCALE (Smoking Cessation within the Context of Lung Cancer Screening) Collaboration. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, v. 197, n. 2, p. 172-182, 2018 Jan 15. DOI: 10.1164/rccm.201705-0909CI. PMID: 28977754; PMCID: PMC5768904. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977754/>. Acesso em: mar. 2021.

KAHENDE, J. W. *et al.* A review of economic evaluations of tobacco control programs. **Int. J. Environ. Res. Public Health. Basel**, v. 13, n. 1, p. 51-68, 2009.

LINDSON, N. *et al.* Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 4. Art. No.: CD013308, 2019.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JR., H. P. **Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica**. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijrpc/a/DfYgYZPbdfr6hvmL3KGwYs/?lang=pt>. Acesso em: mar. 2021.

McCULLAGH, P.; NELDER, J. A. **Generalized Linear Models**. 2nd. Edition. London: Chapman and Hall, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS 442/04**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0442_13_08_2004_comp.html. Acesso em: mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Conitec. **Relatório de Recomendação nº 468**: vareniclina para cessação do tabagismo, julho de 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_VARENICLINA_TABAGISMO_FINAL_468.pdf. Acesso em: mar. 2021.

PAWLINA, M. M. C. *et al.* Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online], v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014>>. ISSN 0047-2085. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014>. Acesso em: 1 agosto 2021.

PEREIRA, C. F.; VARGAS, D. Perfil de mulheres que realizaram tratamento para cessação do tabagismo: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 40, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100404&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005783>. Acesso em: 11 abr. 2021.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601283&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192013>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PIPER, M. E. *et al.* A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. **Arch Gen Psychiatry**, v. 66, n. 11, p. 1.253-262, Nov. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude/programas/cronico/i16tabagismo-ind.php>. Acesso em nov. 2019.

REIS, L. **Você realmente está disposto a ser curado?** Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/voc%C3%AA-realmente-est%C3%A1-disposto-ser-curado-professor-l%C3%BAcio-reis/?originalSubdomain=pt>. Acesso em 09 jul de 2021.

SÃO PAULO. **Archives of Clinical Psychiatry**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/>. Acesso em 09 jul de 2021.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas com o tabagismo. **J. Bras. Pneumol.**; v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007.

TSOI, D. T.; PORWAL, M.; WEBSTER, A. C. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2, Art. No.: CD007253, 2013.

SANTOS J. D. P. *et al.* Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 579-588, dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400007&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400007> Acesso em: 05 mar. 2021.

SANTOS, J. D. P. *et al.* Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 579-588, dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400007&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400007>. Acesso em: 05 mar. 2021.

STEAD, L. F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane database of Systematic Reviews**, n. 18, p. 2, 2005, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub2>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub3/information#versionTable>. Acesso em: 05 mar. 2021.

STEAD, L. F. *et al.* Combined pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, Art. Nº.: CD008286, 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub3/full>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SULLIVAN, M.A.; COVEY, L. S. Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. **Curr. Psychiatry Rep.**, v. 4, n.5, p. 388-96, 2002 Oct. DOI:

10.1007/s11920-002-0087-5. PMID: 12230968. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12230968/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

THE SAS system for Windows. **Release 9.2. SAS Inst.** Cary, NC, 2011. Disponível em: <http://support.sas.com/documentation/cdl/en/whatsnew/62580/PDF/default/whatsnew.pdf>. Acesso em abr. 2021.

TØNNESEN, P. Smoking cessation and COPD. **Eur. Respir. Rev.**, v. 22, n. 127, p. 37-43, 2013 Mar 1. DOI: 10.1183/09059180.00007212. PMID: 23457163. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23457163/>. Acesso em: mar. 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000500005>. Acesso em: ago. 2019.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Practice Guideline**, May 2008a. Rockville, MD.

VAN DER MEER, R. M. *et al.* Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 8, Art. No.: CD006102, 2013.

WAXMONSKY, J. A. *et al.* Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 321-8, 2005 Sep-Oct. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2005.05.003. PMID: 16168792. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16168792/>. Acesso em: ago. 2020.

WITTKOWSKI, L.; DIAS, C. R. S. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1463](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1463). Acesso em: ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact Sheet on tuberculosis and tobacco**. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/fact_sheet_tb_tobacco/en/. Acesso em: set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025**, second edition. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: set. 2019.

ANEXO**APROVAÇÃO DA CEP**

USP – CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
USP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise da Organização em Saúde no tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais, em ambulatórios de saúde mental, pelo SUS em Ribeirão Preto.

Pesquisador: LORNA LANNE
CASTRO ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26854819.0.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.895.845

Apresentação do Projeto:

Resposta às pendências emitidas em 04/02/2020.

Cronograma apresentado de forma adequada e atendendo as normas da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Incluiu a descrição dos riscos e apresenta carta solicitando a dispensa de TCLE com as justificativas.

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Incluiu a descrição dos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Incluiu novo cronograma e carta solicitando dispensa do TCLE, com as justificativas.

Recomendações:

Não há.

Endereço:

TERESINA, 690

Bairro:

SUMAREZINHO

UF: SP

Município:

CEP: 14.055-380

Telefone: (16)3315- RIBEIRAO PRETO

0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

Página 01 de 02

USP – CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE



MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
USP

Continuação do Parecer: 3.895.845

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1447940.pdf	27/02/2020 20:56:37		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/02/2020 20:56:00	LORNA LANNE CASTRO ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DIPENSA_TCLE.pdf	09/02/2020 15:42:01	LORNA LANNE CASTRO ALVES	Aceito
Outros	CAPP.pdf	11/11/2019 22:59:27	LORNA LANNE CASTRO ALVES	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	30/10/2019 21:00:17	LORNA LANNE	Aceito

			CASTRO ALVES	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	07/10/2019 10:20:11	LORNA LANNE CASTRO ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 03 de Março de 2020

Assinado por:**LAÉRCIO JOEL FRANCO**
(Coordenador)**Endereço:** TERESINA, 690**Bairro:** SUMAREZINHO **CEP:** 14.055-380**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO**Telefone:** (16)3315-0009 **E-mail:** csecuiaba@fmrp.usp.br

APÊNDICES

Apêndice A

TABELA DE INFORMAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

DADOS COLETADOS DE CADA PRONTUÁRIO	
ID	POR NUMERAÇÃO
NOME	POR PRINCÍPIOS ÉTICOS NÃO RELEVADOS NESTE ESTUDO
SEXO	FEMININO OU MASCULINO
FAGERSTRÖM	NÃO PONTUA OU PONTUA (DE 01 A 10)
DATA DE NASCIMENTO	INFORMADO PARA ANÁLISE
IDADE NO TRATAMENTO	INFORMADO PARA ANÁLISE
DATA 1º CICLO	INFORMADO PARA ANÁLISE
RECEBEU MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO	SIM OU NÃO
USO DE ADESIVO	SIM OU NÃO
USO DE GOMA	SIM OU NÃO
USO DE BUPROPIONA	SIM OU NÃO
FUMANDO 1º CICLO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO 2º CICLO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO 3º CICLO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO 4º CICLO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO NA 1º MANUTENÇÃO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO NA 2º MANUTENÇÃO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO NA 3º MANUTENÇÃO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO NA 4º MANUTENÇÃO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
FUMANDO NA 5º MANUTENÇÃO	SIM OU NÃO OU NÃO COMPARECEU
RECEBEU: ADESIVO E/OU GOMA E/OU BUPROPIONA	SIM OU NÃO
RECEBEU OUTROS MEDICAMENTOS, EXCETO OS ACIMA	SIM OU NÃO
DOENÇAS CARDIOVASCULARES (INCLUSO HAS)	SIM OU NÃO
HIPERTENSÃO	SIM OU NÃO
CÂNCER	SIM OU NÃO

DOENÇA RESPIRATÓRIA	SIM OU NÃO
DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS (INCLUSO DM)	SIM OU NÃO
DIABETES	SIM OU NÃO
DOENÇAS ORTOPÉDICAS	SIM OU NÃO
DOENÇAS ORTOPÉDICAS	SIM OU NÃO
ANTECEDENTE DE DROGADIÇÃO	SIM OU NÃO
QUAL ANTECEDENTE DE DROGADIÇÃO	POR TIPO DE DROGADIÇÃO
DROGADIÇÃO	SIM OU NÃO
QUAL TIPO DE DROGADIÇÃO	POR GRUPAMENTO DE CID
DOENÇA PSIQUIÁTRICA	SIM OU NÃO
CID PQUIÁTRICO 1	POR GRUPAMENTO DE CID
CID PSIQUIÁTRICO 2	POR GRUPAMENTO DE CID
CID PSIQUIÁTRICO 3	POR GRUPAMENTO DE CID
CID PSIQUIÁTRICO 4	POR GRUPAMENTO DE CID
DOENÇAS GASTROENTEROLÓGICAS	SIM OU NÃO
DOENÇAS REUMATOLÓGICAS	SIM OU NÃO
DOENÇAS NEUROLÓGICAS	SIM OU NÃO
DOENÇAS DERMATOLÓGICAS	SIM OU NÃO
DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS	SIM OU NÃO

Apêndice B



Mestrado profissional em Gestão em Saúde na FMRP USP

Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa, que autorize a realização do projeto em Análise da Organização em Saúde no tratamento do tabagismo em pacientes com transtornos mentais, em ambulatórios de saúde mental, pelo SUS em Ribeirão Preto, sem a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto é um estudo observacional retrospectivo e, portanto, não intervencional, dispensa a coleta de informação direta com os sujeitos de pesquisa.

As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

1. Levantamento retrospectivo de dados secundários, em prontuários e dados de saúde, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os dados serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem para validar a individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de divulgação. Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este estudo de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

Atenciosamente,

Pesquisadora: Lorna Lanne Castro Alves

Ribeirão Preto, 09 de fevereiro de 2020.

Apêndice C – Relação de Sistematização dos TM

Síndromes Psiquiátricas	Grupamentos de CID
Transtornos de neurodesenvolvimento	F70
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	F90
Transtorno psicótico-esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizofreniforme	F20-F25
Transtorno Afetivo Bipolar	F30-F31
Transtornos Depressivos	F32-F33-F34
Transtornos Ansiosos	F40-F41
Transtornos obsessivos-compulsivos	F42
Transtornos relacionados a traumas e estressores	F43
Transtornos devido ao uso de álcool	F10
Transtornos devido ao uso de maconha	F12
Transtornos devido ao uso de Alucinógenos	F16
Transtornos devido ao uso de Opioide	F11
Transtornos devido ao uso de Cocaína	F14
Transtornos devido ao uso de múltiplas drogas	F19
Quadros Demenciais – síndromes orgânicas	F00-F06
Transtorno de Personalidade	F60
Transtorno do sono	F51 e G47

Apêndice D – Relação de sistematização das patologias clínicas

Doenças cardiovasculares (incluso HAS)

Diabetes

Hipertensão arterial

Câncer

Doença respiratória

Doença psiquiátrica

Doença endocrinológica
(incluso diabetes)

Doença ortopédica

Doença gastroenterológica

Doença reumatológica

Doença neurológica

Doença dermatológica

Doença infecciosa
