

Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados

The prevalence of abstinence from tobacco in patients treated in health units and related factors

Alexandre Coutinho Sattler¹
Nágela Valadão Cade¹

Abstract *The scope of this study is to discover the prevalence and identify the variables related to tobacco abstinence in patients treated for quitting smoking through group therapy or support groups in primary health care units of the municipality of Vitória, State of Espírito Santo, in the year of 2009. A cross-sectional study was performed with 160 participants of the support groups who participated in 75% of the sessions. Telephone interviews were conducted 9 to 20 months after treatment and secondary data from the text of the initial interview were used. Chi-square and Fischer tests were used in statistical analysis and the statistical significance was 5%. It was found that 28.7% were abstainers, 51.9% had relapsed and 19.4% never stopped smoking. There was a statistical difference between the groups in the variables of marital status (0.039), previous attempts to stop smoking (0.029), amount of cigarettes smoked per day (0.019), use of medication (0.001) and reported anxiety/mood disorders (0.040). The abstaining group included more married people, people who had tried to quit smoking several times, smoked fewer cigarettes/day, showed less anxiety/mood change. The incidence of abstinence was similar to other studies and the highest percentage of subjects relapsed.*

Key words Smoking, Quitting smoking, Primary Health Care

Resumo *O objetivo é conhecer a prevalência e identificar as variáveis relacionadas com a abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) em unidades de saúde do município de Vitória (ES), no ano de 2009. Estudo transversal com 160 participantes do GATT que participaram de 75% das sessões. Realizada entrevista por telefone, 9 a 20 meses após o tratamento, e usado dados secundários do roteiro de entrevista inicial. Na análise estatística, foram utilizados os testes qui-quadrado e Fisher. A significância estatística foi 5%. Eram abstinentes 28,7%, recaíram 51,9% e 19,4% não pararam de fumar. Houve diferença estatística entre os grupos nas variáveis estado civil (0,039), tentativas anteriores para parar de fumar (0,029), quantidade de cigarros fumados por dia (0,019), uso de fármacos (0,001) e transtorno do humor referidos (0,040). O grupo de abstinente teve mais casados, tentou mais vezes parar de fumar, fumou menos cigarro/dia, apresentou menos ansiedade/alteração do humor. A abstinência foi semelhante a outros estudos e o maior percentual de sujeitos recaiu.*

Palavras-chave Tabagismo, Abandono do uso de tabaco, Atenção primária a saúde

¹ Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Fernando Ferrari 514, Goiabeiras. 29075-910 Vitória ES. ale_csat@hotmail.com

Introdução

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabaco mata 5,4 milhões de pessoas a cada ano, mais do que as mortes causadas pela tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida e malária juntas¹.

No Brasil, a pesquisa por amostra de domicílio realizada em 2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, evidencia a prevalência do uso de tabaco fumado por maiores de 15 anos, em 17,2%. Na Região Sul, está o maior percentual (19%) e nas regiões Centro-Oeste e Sudeste encontraram-se os menores números, 16,6 e 16,7%, respectivamente². Nesta pesquisa, o Estado do Espírito Santo, representado por uma amostra de 7.230 pessoas, apresentou uma prevalência de 17,8% fumantes. A prevalência nacional tem reduzido ao longo dos anos e, desde 1989, ocorreu um declínio de 17,6% da prevalência, no País³.

A cessação tabágica é o principal objetivo do tratamento de fumantes, pois promove redução significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos e, em menor escala, acima dos 65 anos. O tratamento constitui uma intervenção com boa relação custo-benefício, já que pode promover redução da mortalidade relacionada com o tabagismo⁴.

De fato, a redução da prevalência do tabagismo (17,6%) ocorrida nos últimos 20 anos tem proporcionado diminuição das doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas e, consequentemente, queda de 20% da mortalidade padronizada por idade entre 1996 e 2007, no Brasil³.

Os percentuais de abstinência alcançadas com o tratamento antitabaco têm variações conforme o tipo de intervenção, a duração e o tempo decorrido da intervenção e a avaliação⁵. Encontrou-se percentual de 15% de abstinência⁶, quando avaliada seis meses após término do tratamento, de 17,7%⁷ e 50,8%⁸ após 12 meses, de 28,7% e 62%¹⁰ quando após 25 meses, entretanto, estes percentuais são de difícil comparação devido aos diferentes contextos de avaliação.

No Brasil, Otero et al.¹¹ conduziu um ensaio clínico randomizado com pacientes que compareceram em pelo menos três das quatro sessões cognitivas comportamentais em grupo e utilizaram reposição de nicotina com adesivos transdérmicos para parar de fumar. Os resultados encontrados foram percentual de abstinência de 65,7% dos pacientes, quando avaliadas no primeiro mês, e de 33,3% no décimo segundo mês de acompanhamento, mostrando que,

com o decorrer do tempo, aumentam as chances de recaída.

No que diz respeito aos fatores associados à abstinência do tabaco, um estudo¹² com 1.499 tabagistas, na Alemanha, pontuou que pessoas de maior escolaridade, do sexo feminino, com maior número de tentativas anteriores de parar de fumar sem orientação profissional e com a intenção de abandonar o fumo nos próximos seis meses têm maiores chances de obter sucesso em seis meses. Por outro lado, os fatores que contribuíram para manter o uso do tabaco nesse e em outros estudos constituíram em ter maior nível de dependência à nicotina avaliada pela escala de Fagerström^{9,12}, maior consumo de cigarros^{9,12,13}, ter no domicílio um parceiro fumante^{12,13}, sintomas de ansiedade e de insônia¹⁴.

A caracterização de variáveis sociodemográficas e da dependência à nicotina de tabagistas é útil para direcionar o desenvolvimento de programas de cessação do tabagismo^{9,12}. Programas bem conduzidos são particularmente importantes, do ponto de vista econômico, porque aumentam a abstinência do tabaco e, consequentemente, podem prevenir uma grande variedade de doenças crônicas^{12,14}.

A Convenção Quadro – primeiro Tratado internacional de saúde pública – foi proposto para o controle do tabaco, em 1999 durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde. Nesse tratado internacional, aprovado em 2003, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, os governantes comprometeram-se com a implementação de medidas para prevenção, controle e redução do uso do tabaco¹⁵.

Dentre algumas medidas propostas neste acordo estão a restrição da publicidade e do patrocínio de cigarros, a modificação da política de impostos e preços, o combate ao comércio ilícito do cigarro, o tratamento dos dependentes da nicotina e a criação de legislação para evitar o tabagismo passivo¹⁶. Este acordo entrou em vigor em fevereiro de 2005.

No Brasil, o tratamento do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido, inicialmente, pela Portaria nº 1.575, em 2002¹⁷, para centros de referência e hospitais. Logo depois, com a publicação da Portaria nº 1.035, em 2004, pelo MS, estendeu-se o tratamento da dependência à nicotina para a média complexidade e a atenção básica¹⁸. E neste mesmo ano, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), em parceria com associações científicas e conselhos de classe, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina, pela Portaria no. 442/2004¹⁹.

Este protocolo preconiza a abordagem cognitivo-comportamental em grupo como referencial teórico para o tratamento de cessação do tabagismo e tem sido denominado em Vitória-ES, como Grupo de Apoio Terapêutico ao Tratamento do Tabagista (GATT).

No município de Vitória, essa forma sistematizada de atendimento ao tabagista vem progressivamente, acontecendo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já existem 14 UBS que oferecem essa modalidade de tratamento em 2010.

Apesar do tempo de funcionamento dos GATT no município, inexistem informações sobre a evolução dos participantes quanto à abstinência e à cessação do tabaco. Este estudo se propõe a conhecer essa condição, no sentido de poderem ser avaliados os efeitos do tratamento realizado. Os resultados desta pesquisa podem também servir como ferramenta para o aperfeiçoamento da capacitação dos profissionais envolvidos com o GATT, à medida que sinaliza a efetividade do tratamento.

Há estudos sobre essa temática realizados com outras populações e com diferentes modalidades de intervenção, porém os percentuais de abstinência à nicotina podem variar dependendo não apenas da modalidade de tratamento, mas também da definição do tempo de abstinência esperado⁵.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer a prevalência e identificar as variáveis relacionadas com a abstinência do tabaco em pacientes tratados nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista em unidades de saúde do município de Vitória (ES), no ano de 2009.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, com pessoas que participaram do GATT no ano de 2009, em Vitória (ES), e avaliados quanto aos efeitos do tratamento, nove a vinte meses após término do mesmo.

O tratamento preconiza quatro sessões semanais em grupo com 10 a 15 participantes, sob a coordenação de um ou dois profissionais de saúde de nível superior. Cada encontro do grupo tem previsão de duração de aproximadamente 60 minutos e são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, como a automonitorização, controle de estímulos, exercícios de relaxamento e procedimentos aversivos. Além dessas quatro sessões, são previstas também duas quinzenais, com os mesmos participantes, seguida de uma reunião

mensal aberta para prevenção da recaída, até completar um ano do término do grupo¹⁹.

Das 28 UBS municipais, somente 14 (50%) prestavam atendimento às pessoas com dependência à nicotina, todavia, em 2009, duas delas não ofertaram esse serviço por problemas de recursos humanos, e uma não prestou atendimento conforme as diretrizes clínicas para cessação do tabagismo¹⁸. Dessa forma, os dados foram coletados em 11 unidades situadas em cinco das seis regiões de saúde do município, a saber: Centro, Continental, Forte São João, Maruípe e São Pedro. As três UBS da região de Santo Antônio não ofertaram o GATT. As duas UBS que mais contribuíram com a população deste estudo, com 81 (50,6%) dos pacientes, situavam-se na região Continental. A seguir, contribuíram a região de Maruípe com 39 (24,4%), do Forte São João com 32 (20%), do Centro com 6 (3,75%), e de São Pedro com 2 (1,25%) pacientes.

A população foi constituída por todos os participantes do GATT. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou maior de 18 anos; ter no mínimo participado de três das quatro primeiras sessões de parada em grupo; possuir telefone para contato; e aceitar participar do estudo mediante concordância verbal com o Termo de Consentimento. O critério de exclusão foi a não localização do participante após três tentativas de contato por telefone, em dias e horários diferentes, ou o paciente não querer definir uma data para a entrevista. Foi arbitrada a frequência de, no mínimo, três sessões como critério de inclusão, devido às desistências e faltas que ocorrem no decorrer do GATT, o que dificulta o envolvimento do participante com o tratamento.

A coleta de dados se deu em dois momentos. A primária foi realizada entre setembro e novembro de 2010, em um formulário específico com a utilização de perguntas, em uma entrevista, sobre o comportamento referente à abstinência do tabaco após participação do GATT. A técnica de entrevista foi realizada por telefone com gravação concomitante por meio do programa V_{ip} Tele-Record[®], versão 1.0, e ocorreu com 9 meses, no mínimo, e 20 meses no máximo, após o término da participação dos pacientes no GATT.

A seguir, foram coletados os dados secundários a partir do roteiro padronizado pelo INCA, para a entrevista inicial ao tabagista que procura o GATT com a intenção de parar de fumar. Esse instrumento tem informações sobre dados sociodemográficos, história tabagística, comorbidade autodeclarada e o Teste de Fagerström, que avalia o nível de dependência de nicotina. Tam-

bém foi utilizada a ficha farmacoterapêutica existente nas farmácias das unidades para conhecer os medicamentos específicos utilizados durante o tratamento antitabagismo.

As variáveis do estudo foram agrupadas em: a) sociodemográficas: como a idade, o sexo, a escolaridade e o estado civil; b) perfil de dependência ao tabaco: medido pelo Teste de Fagerström, tempo gasto para acender o primeiro cigarro do dia, número de tentativas anteriores para parar de fumar e quantidade média de cigarros utilizados por dia; c) comorbidades; d) uso de medicamentos que favorecem a cessação do fumo: como o antidepressivo bupropiona e terapia de reposição de nicotina (TRN).

Quanto ao procedimento de coleta de dados, foram averiguados entre as pessoas tratadas no GATT, aqueles que atenderam aos critérios de inclusão: foi enviada carta-convite via agentes comunitários de saúde ou postagem via correio; foi solicitado retorno por telefone, *e-mail* ou depósito da resposta na UBS, com registro de um número de telefone para posterior contato. Como nem todos os participantes estavam cadastrados nas unidades, alguns foram contatados diretamente por telefone.

Ao todo, 534 indivíduos realizaram a entrevista padrão INCA para participação no GATT e, destes, 273 (51,1%) atenderam aos critérios de inclusão. Houve 105 perdas: 88 (83,8%) devido à impossibilidade de acessar os pacientes e 17 (16,2%) não tiveram interesse em participar. Foi realizado pré-teste com oito participantes e a população final foi constituída de 160 pacientes.

Na análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva mediante valor mínimo, média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e a frequência relativa para as variáveis qualitativas. A análise inferencial foi composta pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher para variáveis categóricas, e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis quando a normalidade dos dados foi rejeitada. A significância estatística adotada foi de 5% e foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (2009).

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pelo pesquisador por telefone, e o consentimento gravado em arquivo digital, formato mp3.

Resultados

Quanto às variáveis sociodemográficas predominou: sexo feminino em 115 (71,9%) pacientes; faixa etária entre 45 e 64 anos com 101 (63,1%) pacientes; média de idade 49,6 ($\pm 10,9$) anos; 81 (50,6%) participantes com 2º grau completo e incompleto com; e 79 (49,4%) casados (Tabela 1).

Em relação ao perfil de dependência à nicotina: 84 (52,5%) pacientes apresentaram nível de dependência elevado e muito elevado; 64 (40%) acenderam o primeiro cigarro até cinco minutos após ter acordado; 88 (55%) fizeram de uma a três tentativas para parar de fumar; e 68 (42,5%) fumam em média de 11 a 20 cigarros por dia e a quantidade de cigarros utilizados por dia em média é de 19 ($\pm 10,2$).

Sobre a prescrição de farmacoterapia antitabagismo, 129 (80,6%) pacientes utilizaram algum tipo de medicamento. A TRN na forma de adesivos transdérmicos foi a mais usada, em 88 (68,2%) pacientes e, na apresentação de goma ou combinada (adesivo e goma), em 5 (3,9%) pacientes. A reposição de nicotina foi também combinada com o antidepressivo bupropiona em 23 (17,9%) e houve 1 (0,8%) perda de informação. Apenas 6 (4,7%) pacientes fizeram uso de outros antidepressivos não contemplados pelo protocolo clínico, como fluoxetina, sertralina e citalopram.

Em relação ao perfil de comorbidade auto-declarada na entrevista, encontrou-se: somente 15 (9,4%) dos pacientes não relataram outra doença e, dos que identificaram, 80 (50%) citaram problema gástrico, sejam sintomas ou diagnósticos de doença; 78 (48,8%) referiram sintomas de ansiedade e/ou distúrbios do humor; e 74 (46,3%) pacientes, apresentaram alterações no aparelho respiratório.

Com base em estudos internacionais este estudo considerou como “abstinência ao tabaco ou cessação do fumo”, quando o participante do GATT relatou que se manteve sem fumar até a coleta de dados, independentemente do dia em que interrompeu o tabagismo, ou seja, abstinência contínua (grupo 1). Como “recaída”, considerou-se quando o participante relatou que ficou sem fumar no mínimo por sete dias, todavia voltou a fazê-lo regularmente (grupo 2). Entendeu-se como “não parar de fumar”, quando não houve interrupção do tabagismo ou o tabagista

ficou sem fumar por um tempo inferior a sete dias, com retorno regular do hábito (grupo 3), segundo relato^{5,10}.

Sobre a caracterização da abstinência ao tabaco, a partir da participação no GATT dos 160 pacientes, 46 (28,7%) estavam abstinentes até a coleta de dados (grupo 1), 83 (51,9%) recaíram (grupo 2) e 31 (19,4%) não pararam de fumar com o GATT (grupo 3).

Apesar de o grupo 1 e 2 serem constituídos de pacientes que pararam de fumar por determinado tempo, no grupo 1, o tempo mínimo de abstinência foi de 270 dias, mediana de 360, média de 396,6 (\pm 89,4) dias, enquanto no grupo 2 o tempo mínimo foi 7 dias, mediana de 90, média de 120 (\pm 105) dias.

Dos 129 pacientes que alguma vez pararam de fumar (grupo 1 e grupo 2), 4 (3,1%) o fizeram antes do tratamento em grupo, após a entrevista inicial; 102 (79,1%) durante o GATT; 19 (14,7%) uma a quatro semanas após o GATT; e 4 (3,1%) pacientes após quatro semanas de participação no GATT.

Daqueles que ainda mantêm o hábito de fumar (grupo 2 e grupo 3), 63 (55,3%) fumam a mesma quantidade de cigarros que fumavam antes da intervenção, e dos que modificaram a quantidade, 35 (30,7%) relataram redução e 9 (7,8%) aumento no consumo. Houve perda de informação em 7 (6,1%) participantes (Tabela 1).

Observa-se, na Tabela 2, que somente o estado civil, como variável sociodemográfica, e número de tentativas anteriores para parar de fumar, como indicador do perfil de dependência à nicotina mostraram diferença entre os grupos (p 0,039 e 0,029), com sinalização de que, nos abstinentes, prevalecem os casados e aqueles com maior experiência na realização de tentativas, quando comparados com o grupo 3. Este último grupo apresentou maior percentual de pacientes (33,3%) que nunca tentaram parar de fumar antes do GATT, fumam mais de 31 cigarros por dia e com nível de dependência elevado e muito elevado, apesar da não existência de diferença estatística entre os grupos. Todavia, ao analisar a quantidade média de cigarros/dia como variável contínua, essa se mostrou significativamente diferente entre os grupos (p 0,019) e o grupo 3 fumava mais cigarros/dia (Tabela 3).

Com relação à prescrição de farmacoterapia antitabagística – TRN e antidepressivo – houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Observa-se, na Tabela 4, que, no grupo 3, houve um menor número de pessoas que utilizaram essa modalidade de intervenção em rela-

ção aos demais grupos. Destaca-se que esse dado foi obtido mediante as fichas de registro de medicamentos da farmácia após a prescrição dos mesmos, e não constituiu objetivo deste estudo conhecer dose e tempo de uso durante o período do GATT, pois não é rotina do serviço, avaliar

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e do perfil de dependência à nicotina dos 160 pacientes. Vitória, 2009

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	45	28,1
Feminino	115	71,9
Faixa etária		
\leq 24 anos	1	0,6
25 a 44 anos	46	28,8
45 a 64 anos	101	63,1
\geq 65 anos	11	6,9
Sem informação/não disponível	1	0,6
Escolaridade		
Analfabeto / analfabeto funcional	7	4,4
1º grau incompleto / completo	39	24,4
2º grau incompleto / completo	81	50,6
Superior incompleto / completo	31	19,4
Sem informação/não disponível	2	1,2
Estado civil		
Solteiro	43	26,9
Casado	79	49,4
Divorciado/Separado/Viúvo/Outros	34	21,3
Sem informação/não disponível	4	2,5
Nível de dependência da nicotina		
Muito baixo	14	8,8
Baixo	30	18,8
Médio	29	18,1
Elevado	52	32,5
Muito elevado	32	20,0
Sem informação/não disponível	3	1,9
Tempo gasto para acender o primeiro cigarro		
Dentro de 5 minutos	64	40,0
Entre 6 e 30 minutos	60	37,5
Entre 31 e 60 minutos	16	10,0
Após 60 minutos	15	9,4
Sem informação/não disponível	5	3,1
Tentativas anteriores para cessar o tabagismo		
Nenhuma	20	12,5
1 a 3	88	55,0
Três ou mais	37	23,1
Sem informação/não disponível	15	9,4
Quantidade média de cigarros utilizados por dia		
Menos de 10	33	20,6
De 11 a 20	68	42,5
De 21 a 30	29	18,1
Mais de 31	27	16,9
Sem informação/não disponível	3	1,9
Total	160	100

aderência ao medicamento, nem se as prescrições de medicamentos têm seguido o protocolo do INCA. Nesse sentido, o foco do estudo foi caracterizar os grupos segundo a dispensação de TRN e do antidepressivo bupropiona.

Outro aspecto avaliado foi o relato percebido de comorbidade. Os 160 pacientes citaram

279 comorbidades de diferentes naturezas, segundo o formulário padrão INCA. Entre os sintomas ou aparelhos mais acometidos (50% aparelho digestivo e 48,8% depressão e/ou ansiedade). A frequência de relato dessas alterações foi menor no grupo 1 (34,8% dos pacientes), 55,4% no grupo 2 e 51,6% no grupo 3 (p valor 0,040).

Tabela 2. Distribuição das variáveis sociodemográficas e do perfil de dependência à nicotina, segundo os grupos. Vitória, 2009.

Variáveis	Grupos			Total	p-valor
	1	2	3		
Faixa etária	13 (28,3%)	29 (35,4%)	5 (16,1%)	47 (29,4%)	0,132
Menos de 45 anos	33 (71,7%)	53 (64,6%)	26 (83,9%)	112 (70,0%)	
45 anos ou mais				1 (0,6%)	
Sem informação/não disponível					
Sexo					
Masculino	18 (39,1%)	19 (22,9%)	8 (25,8%)	45 (28,1%)	0,138
Feminino	28 (60,9%)	64 (77,1%)	23 (74,2%)	115 (71,9%)	
Sem informação/não disponível				-	
Escolaridade					
1º grau incompleto/completo	10 (23,3%)	23 (28,4%)	6 (22,2%)	39 (24,3%)	0,740
2º grau incompleto/completo	22 (51,2%)	42 (51,9%)	17 (63,0%)	81 (50,6%)	
Superior incompleto/completo	11 (25,6%)	16 (19,8%)	4 (14,8%)	31 (19,4%)	
Sem informação/não disponível				9 (5,9%)	
Estado civil					
Solteiro	5 (10,9%)	28 (35,0%)	10 (33,3%)	43 (26,9%)	0,039*
Casado	30 (65,2%)	34 (42,5%)	15 (50,0%)	79 (49,4%)	
Separado/Viúvo/Outros	11 (23,9%)	18 (22,5%)	5 (16,7%)	34 (21,2%)	
Sem informação/não disponível				4 (2,5%)	
Dependência da nicotina					
Muito baixa/Baixa	13 (28,9%)	24 (29,3%)	7 (23,3%)	44 (27,5%)	0,827
Média	9 (20,0%)	16 (19,5%)	4 (13,3%)	29 (18,1%)	
Elevada/Muito elevada	23 (51,1%)	42 (51,2%)	19 (63,3%)	84 (52,5%)	
Sem informação/não disponível				3 (1,9%)	
Tempo para acender o primeiro cigarro (em minutos)					
≤ 5	16 (35,6%)	33 (41,3%)	15 (50,0%)	64 (40,0%)	0,546*
6 e 30	18 (40,0%)	33 (41,3%)	9 (30,0%)	60 (37,5%)	
31 e 60	7 (15,6%)	5 (6,3%)	4 (13,3%)	16 (10,0%)	
> 60	4 (8,9%)	9 (11,3%)	2 (6,7%)	15 (9,3%)	
Sem informação/não disponível				5 (3,1%)	
Nº de tentativas anteriores para parar de fumar [#]					
Nenhuma	3 (7,1%)	7 (9,6%)	10 (33,3%)	20 (12,5%)	0,029*
1 a 3 tentativas	29 (60,0%)	45 (61,6%)	14 (46,7%)	88 (55,0%)	
> 3	10 (23,8%)	21 (28,8%)	6 (20,0%)	37 (23,1%)	
Sem informação/não disponível				4 (2,5%)	
Média de cigarros/dia					
< 10	10 (22,2%)	20 (24,4%)	3 (10,0%)	33 (20,6%)	0,082
11 a 20	22 (48,9%)	35 (42,7%)	11 (36,7%)	68 (42,5%)	
21 a 30	8 (17,8%)	16 (19,5%)	5 (16,7%)	29 (18,1%)	
> 31	5 (11,1%)	11 (13,4%)	11 (36,7%)	27 (16,9%)	
Sem informação/não disponível				3 (1,9%)	

[#]A categorização das variáveis dependência da nicotina, tempo para acender o primeiro cigarro, número de tentativas anteriores e média de cigarros/dia seguiram as categorias respondidas existentes no Formulário de entrevista do INCA. * Teste exato de Fisher

Tabela 3. Medidas descritivas do teste de Fagerström e da quantidade de cigarros fumados por dia, segundo o grupo. Vitória, 2009

Variáveis	Grupos	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Testes de Fagerström	1	6	5,4	2,13	0,259
	2	5,5	5,5	2,20	
	3	7	6,2	2,42	
Quantidade média de cigarros/dia	1	15	17,5	8,8	0,019*
	2	15	18,0	10,06	
	3	25	24,03	11,54	

* Kruskal-Wallis

Tabela 4. Frequência de distribuição de farmacoterapia nos grupos. Vitória, 2009

Farmacoterapia	Grupo 1	Grupo 2 ^a	Grupo 3 ^b	Total	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sim	38 (82,6%)	75 (94,9%)	16 (55,2%)	129 (80,6%)	0,000 ^c
Não	8 (17,4%)	4 (5,1%)	13 (44,8%)	25 (15,6%)	
Total	46	79	29	154 (96,2%)	

^a4 perdas; ^b2 perdas de informação. ^c Teste do qui quadrado com correção

Discussão

As variáveis sociodemográficas encontradas, como a média de idade em torno de 50 anos, predomínio de mulheres, pessoas casadas e com segundo grau, são semelhantes às de outros estudos nacionais sobre as características daqueles que buscam tratamento para cessação do tabagismo, com protocolo semelhante ao GATT, em serviço público^{8,10,20}.

Apesar da maior prevalência do tabagismo no sexo masculino (21,6%) em relação ao feminino (13,1%), observada na pesquisa IBGE², em 2009, houve maior participação de mulheres nos grupos do GATT na cidade de Vitória. Entende-se que elas buscam mais tratamento e apresentam maior envolvimento com as questões de saúde, pois socialmente tem assumido o cuidado dos familiares e, dessa forma, frequentam mais os serviços de saúde^{20,21}.

Estudos apontam que elas apresentam como dificultadores na cessação do tabagismo, mais depressão²⁰, ansiedade¹³ e respondem menos à terapia com reposição à nicotina (TRN)^{21,22}, no entanto, não houve significância estatística desta hipótese neste estudo. Destaca-se que as alterações do humor foram autorreferidas, sem confirmação diagnóstica, mas diante do elevado percentual de indivíduos que citaram neste estudo a

presença de depressão e ansiedade, torna-se importante o investimento da equipe no aprimoramento diagnóstico destes pacientes com alterações psiquiátricas.

A baixa procura dos homens por esses tratamentos mostra um dos desafios dos serviços de atenção básica de saúde. Essas e outras questões destacadas evidenciam a diferença de gênero na compreensão da cessação do tabagismo e a necessidade de estratégias para captação dessa população, que tem ficado à margem dos serviços de saúde em geral²³⁻²⁶.

A escolaridade da população que frequentou o GATT no município, compreendida como elevada, pode ser reflexo de o campo do estudo ser uma capital da Região Sudeste, com mais oportunidades e demandas para a escolarização, corroborando pesquisa nacional realizada entre 2002 a 2003 que apontou Vitória como a capital de maior escolaridade, dentre outras 15 capitais brasileiras²⁷.

O percentual de abstinência encontrado foi de 28,7%, valor próximo aos resultados do ensaio clínico realizado no Brasil por Otero¹¹, que realizou também a intervenção em grupo com três a quatro sessões, mais uso de farmacoterapia e encontrou 33% de abstinência. Neste estudo esperava-se um percentual maior, pois um dos critérios de inclusão foi a participação de pelo menos

três sessões e, quanto mais sessões frequentadas, espera-se maior sucesso terapêutico^{19,28}.

Outros estudos mostraram percentuais de abstinência mais elevadas (50,1%⁸ e 62%¹⁰), todavia as metodologias das intervenções têm características diferenciadas como maior número de sessões em grupo, mais tempo de duração e reuniões de manutenção mensais por até um ano, o que pode ter influenciado para percentuais maiores.

Mais da metade daqueles que concluíram o GATT voltaram a fumar em média 120 dias depois, e os estudos de seguimento demonstram que, com o passar do tempo a proporção de recaída aumenta, principalmente até 180 dias, constituindo este um importante resultado de tratamento^{7,14,28}. O protocolo clínico prevê um acompanhamento de 15 dias após o término das quatro sessões do GATT e uma sessão a cada mês até completar um ano¹⁹, mas, essa prática não está implementada nas unidades de saúde do estudo, assim como não há uma proposta de prevenção da recaída como consultas ou seguimento telefônico, constituindo uma limitação importante dos serviços.

Apesar da recaída, alguns participantes voltaram a fumar regularmente em quantidades menores. Todavia, sabe-se que a redução no consumo não modifica a mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, e o desejável é que a pessoa interrompa o hábito de fumar^{4,29}.

Ao comparar os três grupos, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa no estado civil, número de tentativas anteriores para parar de fumar, quantidade média de cigarros fumados por dia, uso de farmacoterapia, presença de ansiedade e distúrbio do humor autorreferidos na entrevista inicial padrão INCA.

Os abstinentes (grupo 1) vivem, em maior proporção, com cônjuges, o que pode ser ao mesmo tempo um incentivador para mudanças comportamentais, bem como um apoio durante o tratamento, principalmente quando o fumante é o homem, já que segundo estudos^{14,30}, ter esposa em algum momento da vida, foi um preditor para a cessação do tabaco³¹. A partir desse resultado, como estratégia de intervenção, pode ser incentivada a presença de pessoas significativas nas consultas de acompanhamento, bem como sugerir o envolvimento e parceria delas durante o tratamento.

O grupo 1 também realizou mais tentativas de cessação do tabagismo, o que pode demonstrar uma motivação para parar de fumar, apesar de que essa experiência não explica a manutenção da cessação, nem tampouco a recaída²⁸, to-

davia há consenso quanto à importância desse empenho para alcançar a abstinência^{7,9,12,14,28}.

Houve diferença no consumo diário de cigarros entre os grupos, entretanto o nível de dependência da nicotina avaliada pelo Teste de Fagerstron não mostrou essa diferenciação entre os grupos, ou seja, quem fuma mais deveria ter maior dependência. Com isso, fica evidenciada a complexidade do comportamento da dependência química. Mas, apesar disto, o teste é amplamente aceito e há evidências que confirmem o seu valor em prever o sucesso da abstinência^{9,12}. O menor consumo de cigarros por dia favoreceu a cessação, o que também foi observado em outros estudos^{4,9,12,13}.

A prescrição de farmacoterapia antitabagística era esperada devido à recomendação de seu uso pelo protocolo clínico¹⁹, à sua disponibilização nas farmácias das UBS e à dependência elevada e muito elevada dos pacientes que buscaram o GATT. Esse último foi o principal critério para a utilização dos medicamentos nos serviços de saúde estudados.

O grupo 3 usou menos farmacoterapia específica do que os grupos 1 e 2, o que pode ser devido aos critérios utilizados pelos profissionais ao fornecer receita apenas para aqueles que definem uma data para cessação (*quit date*) já que o principal benefício da TRN é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência⁴. Desta forma, provavelmente ocorre que aqueles menos motivados ou com mais dificuldades em definir uma data para parar de fumar, foram os que menos utilizaram farmacoterapia, dificultando ainda mais a cessação. Diante disto, o artigo de Lindson e Aveyard³² apresentam resultados que levam a questionar essa recomendação, pois receber a terapia de reposição à nicotina mesmo sem um *quit date* pode dobrar as possibilidades de abstinência ao tabaco em seis ou doze meses.

A farmacoterapia nicotínica foi a mais utilizada, principalmente, na forma de adesivos, por quase 70% dos pacientes, dado este semelhante ao de Wilson et al.³³, provavelmente, a permissão de sua prescrição por profissionais de saúde não médicos contribuiu para maior solicitação. Outro fato que também pode ter contribuído com esses resultados foram as irregularidades no serviço quanto ao fornecimento do comprimido de bupropiona e da goma de nicotina aos pacientes do GATT em 2009.

Além disto, o adesivo apresenta maior eficácia^{33,34} e menos efeitos colaterais^{33,34} quando comparado a bupropiona, embora, o estudo de revisão com metanálise de Eisenberg et al.³⁵, atri-

boa leve superioridade da bupropiona em relação aos adesivos com resultados ajustados para idade, sexo e número de cigarros por dia.

De acordo com os resultados aqui apresentados o suporte farmacológico associado ao aconselhamento cognitivo-comportamental foi fundamental para obtenção dos índices de abstinência observados neste estudo.

A média de idade foi de 50 anos, o que pode ser entendido como uma fase de vida em que já se manifestam as comorbidades do tabagismo devido ao longo período de exposição ao tabaco. Estudos mostram comorbidade maior em fumantes do que entre não fumantes^{11,29} e, neste estudo, a comorbidade autorreferida foi citada por mais de 90% dos pacientes, o que era esperado devido aos efeitos das substâncias químicas presentes no tabaco inalado e ao próprio processo de envelhecimento que aumentam as chances de surgimento doenças^{4,14,30}.

Dos pacientes deste estudo, 50% citaram problemas gástricos, pois o tabagismo atua como causa e agravante de algumas doenças do aparelho digestivo, principalmente a doença do refluxo gastroesofágico, a úlcera péptica, a gastrite crônica e os tumores esofágico e gástrico³⁶.

A ficha de anamnese proposta pelo INCA disponibiliza informação sobre percepção do fumante quanto às comorbidades autorreferidas e, neste estudo, um contingente importante de indivíduos, 78 (48%), se perceberam como portadores de distúrbios de ansiedade e do humor. A literatura cita que os diagnósticos psiquiátricos de distúrbios do humor e da ansiedade têm sido associados ao maior uso e dependência da nicotina, seja porque são condições em que os pacientes tem menor autocontrole, são mais impulsivos, ou seja porque o fumo produz uma sensação de bem-estar sobre eles³⁷.

Destaca-se que, neste estudo, foi considerada a percepção e o autorrelato dos participantes, diferentemente de outros estudos^{8,10,12,13} que utilizam instrumentos específicos para rastreamento desses transtornos, que, por vezes, encontram valores superiores, e este constitui uma limitação do protocolo.

A ansiedade também pode estar presente na síndrome de abstinência compreendida no conjunto de sintomas e sinais que ocorrem com a ausência da nicotina, como a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial, cefaleia, irritabilidade, insônia ou sonolência diurna, desejo intenso por cigarros (fissura), humor disfórico, entre outros que variam caso a caso, na intensidade e na duração³⁸.

Essa síndrome apresenta-se mais intensa em indivíduos com sintomas depressivos^{37,38}. Os fumantes com depressão maior possuem três vezes mais chance de continuar fumando³⁸, quando comparados com fumantes sem esse histórico, o que pode ter ocorrido nos grupos 2 e 3. Desta forma, é fundamental melhorar a avaliação da saúde mental e a condução clínica dessas particularidades na tentativa de aumentar o percentual de abstinência nos participantes do GATT.

Como limitação deste estudo, pode-se citar o desenho metodológico que realizou uma única medida do desfecho na população, pois, nessa temática, o estudo de seguimento permitiria maior compreensão da abstinência e da recaída ao tabagismo.

Uma dificuldade encontrada consistiu na incompletude e na qualidade das informações secundárias obtidas com o protocolo de entrevista inicial do fumante proposto pelo INCA, que dentre outros considera autorrelato de comorbidade e muitas categorias de respostas para algumas variáveis aqui avaliadas, todavia este estudo se preocupou em avaliar pacientes já atendidos nos serviços e não a qualidade do protocolo, bem como do seguimento do mesmo pelos profissionais do GATT.

Ainda é questionável a utilização do autorrelato de abstinência em vez de confirmação mediante uso de marcadores bioquímicos, porém estudo de metanálise³⁹ mostra inexistir diferença nos resultados obtidos com essas duas técnicas de coleta de dados³⁹.

Considerações finais

A abstinência ao tabagismo na população participante do GATT, no município de Vitória, ES, foi semelhante a alguns trabalhos, apesar dos diferentes desenhos de estudo. Quase 20% não pararam de fumar, a metade (51,9%) recaiu e 28,7% parou de fumar quando avaliados em nove a vinte meses após término do GATT.

Os resultados direcionam para a necessidade de os profissionais envolvidos repensarem estratégias para a promoção e a manutenção da abstinência, como a implementação e acompanhamento ativo dos tabagistas tratados por determinado tempo, conforme a observância do protocolo clínico de Dependência de Nicotina que normatiza seguimento a partir dos primeiros 15 dias, após o término das sessões do GATT, até por um ano, condução essa não observada na rotina das unidades do estudo.

Outro aspecto que poderia facilitar a abstinência seriam as consultas individuais intercaladas com as sessões em grupo para aqueles que apresentem mais dificuldade em parar de fumar ou aqueles com alterações no humor/ansiedade e que fumam mais cigarros por dia, como forma de apoio, até mesmo porque quase 80% pararam de fumar durante o GATT.

A avaliação inicial do tabagista, mediante a entrevista no formulário do INCA, deve ser cuidadosa e despende o tempo necessário para que o profissional obtenha informações que subsidiem a condução do paciente, especialmente do estado de saúde mental, da presença de redes de apoio e da dificuldade em parar de fumar. Outras formas de avaliação devem ser implementadas para melhor anamnese do fumante.

Os resultados deste estudo, de alguma forma, contribuíram para conhecer a situação dos participantes do GATT quanto ao hábito de fumar e das demandas de novas estratégias na assistência aos tabagistas, com vistas à abstinência e prevenção da recaída .

Sugere-se que diante da relevância da cessação do tabagismo para a redução da morbimortalidade com ele relacionada, os gestores locais devem apoiar as equipes envolvidas no GATT e manter uma política contínua de qualificação dos profissionais diretamente envolvidos para melhor observância dos protocolos de assistência e proposição estratégias de seguimento mais adequadas ao tabagista, e realização de pesquisas que busquem melhor compreender a cessação ou não do tabagismo naqueles que procuram pelo GATT.

Colaboradores

AC Sattler e NV Cade participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- World Health Organization (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. [acessado 2009 dez 26]. Disponível em: <http://www.who.int/tabaco/mpower.html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Tabagismo 2008. [acessado 2010 out 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 11:61-74.
- Anczak JD, Noggler RA. Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies. *Clin Med Res* 2003; 1(3):201-216.
- Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Richmond RL, Swan GE. Measures of Abstinence in Clinical Trials: Issues and Recommendations. *Nicotine Tob Res* 2003; 5(1):13-25.
- May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Randomized controlled trial of social support (“buddy”) intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns* 2006; 64(1-3):235-241.
- Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcome. *Addiction* 2005; 100(Supl. 2):59-66.
- Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil de pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J bras Pneumol* 2006; 32(5):410-417.
- Cox LS, Wick JA, Nazir N, Cupertino AP, Mussulman LM, Ahluwalia JS, Ellerbeck EF. Predictors of Early Versus Late Smoking Abstinence within a 24-month Disease Management Program. *Nicotine Tob Res* 2011; 3(13):215-220.
- Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, Botega NJ, Boscolo MM, Sartori RM. Treatment group for smokers: results after a two year follow up. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(5):593-596.
- Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):443-449.
- Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Schorr G, Ruge J, Rumpf HJ, John U. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Educ Couns* 2009; 78(1):57-64.
- McGee R, Williams S. Predictors of persistent smoking and quitting among women. *Addict Behav* 2006; 31(9):1711-1715.
- Augustson EM, Wanke KL, Rogers S, Bergen AW, Chatterjee N, Synder K, Albanes D, Taylor PR, Caporaso NE. Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol Beta-carotene cancer prevention study. *Am J Public Health* 2008; 98(3):549-555.
- Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev psiquiatr clín* 2005; 32(5):283-300.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades. Rio de Janeiro: INCA, 2004. [acessado 2011 fev 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
- Brasil. Portaria GM nº 1575 de 3 setembro de 2002. Cria no âmbito do Sistema Único de Saúde, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. *Diário Oficial da União* 2002; 3 set.
- Brasil. Portaria GM nº 1035 de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2004; 31 mai.
- Brasil. Portaria SAS/GM n. 442. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. *Diário Oficial da União* 2004; 13 ago.
- Santos SR, Gonçalves MS, Leitão FSSF, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J bras pneumol* 2008; 34(9):695-701.
- Perkins KA, Scott MA. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2008; 10(7):1245-1250.
- Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(4):712-722.
- Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J bras Pneumol* 2010; 36(1):67-74.
- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):105-109.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo, FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* 2005; 23(3):565-574.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 4(7):687-707.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. [acessado 2011 fev 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
- Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Med* 2008; 102(8):1182-1192.

29. Yong H, Borland R, Cooper J, Cummings M. Postquitting experience and expectations of adult smokers and their association with subsequent relapse: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Nicotine Tob Res* 2010; 12(Supl. 1):12-19.
30. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking Reduction, Smoking Cessation, and Mortality: A 16-year Follow-up of 19,732 Men and Women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002; 156(11):994-1001.
31. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res* 2004; 6(3):447-455.
32. Lindson N, Aveyard P. An updated meta-analysis of nicotine preloading for smoking cessation: investigation mediators of the effect. *Psychopharmacology (Berl)* 2010; 214(3):579-592.
33. Wilson A, Hippisley-Cox J, Coupland C, Coleman T, Britton J, Barrett S. Smoking cessation treatment in primary care: prospective cohort study. *Tob Control* 2005; 14(4):242-246.
34. Mcewen A, West R Do implementation issues influence the effectiveness of medications? The case of nicotine replacement therapy and bupropion in UK Stop Smoking Services. *BMC Public Health* 2009; 28(9):9-28.
35. Eisenberg MJ, Filion B, Yavin D, Belisle P, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Pilote L. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Med Assoc J* 2008; 179(2):135-144.
36. Lima VM. Tabagismo e Aparelho Digestivo. In: Viegas CAA, organizador. *Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública*. São Paulo (SP): Atheneu; 2007. p. 116-126.
37. Lemos T, Gigliotti AP. Transtornos Psiquiátricos e Tabagismo. In: Viegas CAA, organizador. *Tabagismo: do diagnóstico a Saúde Pública*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 185-200.
38. Malbergier A, Oliveira, HPJ. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. psiquiatr clín* 2005; 32(5):276-282.
39. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Estratégias Clínicas para a Cessaçao do Tabagismo. *Boletim Brasileiro de Avaliaçao de Tecnologias em Saude*, 2010; 5(12):1-12.

Artigo apresentado em 16/11/2011

Aprovado em 13/02/2012

Versão final apresentada em 16/03/2012