

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE  
TRATAMENTO DO TABAGISMO  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Juliana Dias Pereira dos Santos**

**Orientador: Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan**

**Co-orientador: Sérgio Antônio Sirena**

Porto Alegre, Junho de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE  
TRATAMENTO DO TABAGISMO  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Juliana Dias Pereira dos Santos**

**Orientador: Prof.Dr. Bruce Bartholow Duncan**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
2011

## **BANCA EXAMINADORA**

Dra. Liz Maria de Almeida  
Gerente da Divisão de Epidemiologia  
Instituto Nacional do Câncer

Profa. Dra. Gulnar Azevedo e Silva Mendonça  
Instituto Medicina Social  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein  
Departamento de Medicina Preventiva  
Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Suplente

Prof.Dr. Erno Harzheim  
Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **DEDICATÓRIA ou MENSAGEM**

“Quando penso sobre uma doença, eu nunca penso em achar um remédio para ela,  
mas, em lugar disso, uma forma de preveni-la.”

Louis Pasteur 1822-1895

## AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao meu generoso e competentíssimo orientador e ao querido e inspirado co-orientador Sérgio Sirena, Ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia da UFRGS e tantas pessoas especiais que a ele pertencem, destacando Camila, Gisele e Erno, À turma especial que se formou comigo para promover e qualificar a APS Brasileira, Aos co-autores Mery, Vigo e Beth, Aos colegas e pacientes do Centro de Saúde Pilar, especialmente às amigas Elisena e Ana Maria, À equipe querida que se envolveu com a coleta de dados, especialmente Maria Inês, Priscila e Karina Aos colaboradores da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e das Secretarias Municipais de Saúde de Belo Horizonte e Betim, Ao Observatório de Saúde Urbana da UFMG pelas portas abertas, Ao Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde/HCPA-UFRGS pelo apoio, Aos amigos queridos que adoro, destaco aqui Patrícia que compartilha interesse pela epidemiologia e ajudou à distância no final deste trabalho, Aos meus amores, José Eduardo e Marcelo e aos nossos familiares pelo enorme suporte fundamental para a realização desta conquista, Aos meus pais e meus irmãos que me inspiram e me apóiam em todos os meus projetos de vida.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	
Resumo	
Abstract	
1. APRESENTAÇÃO	
2. INTRODUÇÃO	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1. Epidemiologia do Tabagismo no Mundo e no Brasil	13
3.1.1. Prevalência no Mundo e no Brasil	13
3.1.2. Fatores Associados ao Tabagismo	15
3.1.3. Problema de Saúde Pública: Doenças, Mortes e Custos Atribuíveis ao Tabaco	17
3.2. Controle do Tabagismo no Mundo	20
3.3. Histórico do Programa Nacional de Controle do Tabagismo	22
3.4. Tabagismo: dependência e tratamento	24
3.4.1. Dependência	24
3.4.2. Tratamento do fumante	25
3.4.3. Análise de Custo-Efetividade do Tratamento dos Fumantes	31
3.5. Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante no SUS	34
4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	37
5. OBJETIVOS	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

7. ARTIGOS	
7.1. ARTIGO 1: Indicadores de Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil	46
7.2. ARTIGO 2: Taxa e Fatores Preditivos de Sucesso na Cessação do Tabagismo em Cenário da Atenção Primária Brasileira.	69
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
9. ANEXOS	
a. Projeto de Pesquisa	99
b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	124
c. Questionários de Entrevista Domiciliar e Cartão de Respostas	128
d. Manual de Entrevista Domiciliar	136

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – *Acquired Inmodificiency Sindrome*

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CQTC - Convenção Quadro para Controle do Tabaco

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

FDA – *Food and Drug Administration*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

INCA – Instituto Nacional de Câncer

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS FCTC – *Framework Convention on Tobacco Control*

OMS TFI – *Tobacco Free Initiative*

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo

RC – Razão de Chances

SUS – Sistema Único de Saúde

TRN- Terapias de Reposição de Nicotina



## RESUMO

O tabagismo é uma doença que configura importante fator de risco para outras doenças crônicas não-transmissíveis de alta mortalidade e é susceptível a tratamento. Este trabalho avalia a efetividade do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais no ano 2008. No primeiro artigo, verificamos o número de atendimentos e as taxas de abandono, cessação e uso de medicação no primeiro mês de tratamento em 60 municípios de Minas Gerais. A média das taxas de permanência no Programa foi de 71,8%, de cessação na 4ª semana 40,5% e de uso de medicamento de apoio 57,8%. Encontramos forte relação entre o uso de medicamento e a taxa de sucesso (RR= 2,29; IC 95%: 1,42-3,66, p<0,05). No segundo artigo, demonstramos o perfil de 155 usuários e a efetividade do programa em Belo Horizonte e Betim no ano 2008. A cessação por mais de 6 meses foi alcançada por 66 (42,6%) participantes, sendo 55 (35,5%) por mais de 15 meses. O programa conta ainda poucos problemas na distribuição dos medicamentos, baixa taxa de abandono, alta indicação de medicação resultando em alta satisfação dos usuários. Os preditores de sucesso identificados foram a classificação da motivação como preparado para ação na avaliação inicial do programa, idade de início do tabagismo maior ou igual a 16 anos e pais não fumantes. Concluimos que o programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS é efetivo, atinge as populações mais vulneráveis e merece forte expansão.

## ABSTRACT

Tobacco dependence is a disease that constitutes an important risk factor for other non-communicable diseases of high mortality, and is susceptible to treatment. This work evaluates the effectiveness of the tobacco use treatment program offered by Sistema Único de Saúde in Minas Gerais in 2008. In the first article, we verified the level of attendance and the rates of medication abandonment, cessation and use in the first month of treatment in 60 towns in Minas Gerais. The average rate of permanence in the Program was 71.8%, of cessation in the 4th week was 40.5%, and of support medication use was 57.8%. We found a strong relation between medication use and the success rate (RR= 2.29; IC95%: 1.42-3.66,  $p<0.05$ ). In the second article, we showed the profile of 155 users and the effectiveness of the program in Belo Horizonte and Betim in 2008. Cessation for longer than 6 months reached 66 (42.6%) participants and, for longer than 15 months, 55 (35.5%). The program has only few problems with medication distribution, low abandonment rate, high medication indication, which results in high user satisfaction. The success predictors identified were the motivation classification as prepared for action in the program's initial assessment, beginning of tobacco use at the age of or above 16, and non-smoker parents. We conclude that the smoking cessation program offered by the SUS is effective, reaches the most vulnerable populations and deserves strong expansion.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 06 de maio de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## **2. INTRODUÇÃO**

Atualmente, estima-se que 5,4 milhões de mortes ao ano no mundo são provocadas pelo tabaco (OMS, 2008). Caso providências não sejam tomadas, prevê-se que no ano 2020 o índice de mortalidade atribuível ao tabagismo dobre. Cerca de 80% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento (OMS, 2008). Juntamente com AIDS, o tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo e será a principal causa de morte prematura na década de 2020 (Banco Mundial, 2003).

No Brasil, as principais causas de morte são as cardiovasculares e o câncer e o fator de risco modificável principal para esse conjunto de doenças é o tabagismo (INCA, 2003).

O tratamento da dependência ao tabaco reduz significativamente o risco de doenças relacionadas ao tabagismo a curto e médio prazo (OMS, 2008 e INCA, 2001). O objetivo final do tratamento é a cessação do hábito de fumar.

A atenção primária através da estratégia saúde da família adotada do Brasil proporciona cenário e oportunidade privilegiados para a abordagem do problema. As equipes de saúde da família atuam junto às populações mais vulneráveis ao tabagismo, tem vínculo com essas comunidades e, com apoio das instituições governamentais, podem e devem intervir e proporcionar aconselhamento e tratamento aos dependentes de tabaco.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Epidemiologia do Tabagismo no Mundo e no Brasil**

O fumo envolve danos desde a sua produção com problemas associados ao uso de agrotóxico e desmatamento até o envolvimento de pessoas com contrabando de produtos falsificados. O tabaco é o único produto de consumo legal que pode lesar todos os expostos a ele e está associado à morte de mais da metade daqueles que o consome regularmente (OMS, 2008).

Este problema afeta a saúde de consumidores e fumantes passivos, atinge crianças, homens e mulheres, prejudica os seres humanos desde a gestação até a senescência. O Brasil é o segundo produtor de tabaco e o primeiro exportador de tabaco no mundo. Finalmente, o tabagismo é a primeira causa de morte evitável no mundo (OMS, 2003). São diversos os motivos para priorizar este tema.

##### **3.1.1. Prevalência no Mundo e no Brasil**

A estimativa de fumantes no mundo em 2003 indicava 1,3 bilhões de fumantes no mundo com a expectativa de crescimento para 1,7 bilhões em 2025 se a prevalência global de tabagismo fosse mantida (OMS, 2003). Entre os homens a prevalência fica em torno de 35% em países desenvolvidos e 50% em países em desenvolvimento totalizando em média 1 bilhão de homens segundo o Tobacco Atlas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). Na mesma publicação, encontramos 250 milhões de mulheres fumantes distribuídas com uma prevalência média de 22% em países desenvolvidos e 9% em países em desenvolvimento.

O número de fumantes no mundo tem crescido, e mais rapidamente em países não-desenvolvidos ou em desenvolvimento. Em 2030, mais de 80% das mortes por

doenças tabaco-relacionadas no mundo ocorrerão em países de baixa e média renda. O crescimento principal do hábito de fumar no mundo tem sido entre mulheres jovens, esta tendência também é percebida na América Latina (OMS, 2008; Müller, Wehbe 2008).

China e Índia são os países com maior número de fumantes, o Brasil ocupa a oitava posição neste ranking (OMS, 2008). De 8 a 10% dos fumantes do mundo estão na América Latina. Os países com maior prevalência de tabagismo nesta região do mundo são Chile, Cuba e Peru com mais de 30% da população fumante e os com menor prevalência são Costa Rica, Guatemala, Equador, México e Haiti com menos de 10% (Müller, Wehbe 2008).

No Brasil, dados de 1989 sobre a proporção de fumantes, obtidos através da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, estimavam mais de 30 milhões de fumantes no país. Entre pessoas de 15 anos ou mais, 33,1% fumavam, sendo o percentual entre homens de 40,3% e entre mulheres, de 26,2%. (Brasil, 1990)

Os dados atuais sobre a prevalência do tabagismo no Brasil possuem três fontes principais: o Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis em 15 Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em 2003 (INCA, 2004), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em parceria com IBGE em 2008 (IBGE, 2009) e o VIGITEL, inquérito telefônico do Ministério da Saúde que tem sido realizado anualmente (Brasil, 2010).

No inquérito de 2003 realizado pelo INCA entre as capitais, a maior prevalência de uso regular de cigarros em maiores de 15 anos foi encontrada em Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%). De uma forma geral, as cidades menos

populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Em Belo Horizonte (BH), o percentual de fumantes regulares neste estudo foi de 20,4%. Foi a quarta maior prevalência entre as 15 capitais brasileiras estudadas. (INCA, 2004)

No PNAD, realizado em 2008, o percentual de fumantes correntes (uso atual) foi de 17,2% e de fumantes regulares (diários) no Brasil foi de 15,1%. A faixa etária de maior prevalência do uso de tabaco fumado é a de 45 a 64 anos (22,7%). Dentre os fumantes, a grande maioria faz uso de cigarros industrializados (84,5%), especialmente na região urbana. (IBGE, 2009)

O Vigitel já conta com uma série histórica de 2006 a 2009. Neste inquérito telefônico realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal são investigadas apenas pessoas maiores de 18 anos. Respondem positivamente a pergunta “O(a) sr(a) fuma?” (independente da frequência ou intensidade): 8,0% dos adultos em Aracaju e 22,5% em Porto Alegre. A média de fumantes entre todos os homens entrevistados foi de 20,2% em 2006, 21,3% em 2007, 20,5% em 2008 e 19,0% em 2009. Entre as mulheres foi de 12,7% em 2006, 12,5% em 2007, 12,4% em 2008 e 12,5% em 2009 (Schmidt, 2010). Em 2009, Belo Horizonte teve prevalência de 15,4% (IC 95% 12,8 – 18,0) sendo de 18,9% entre homens e 12,4% entre mulheres valores bem próximos da média nacional (15,5%) e de distribuição média por gênero no mesmo ano (Brasil, 2010).

Nos três inquéritos acima as prevalências foram maiores em homens e nas regiões Sul e Sudeste.

### **3.1.2. Fatores Associados ao Tabagismo**

O sexo masculino está associado às maiores prevalências no mundo e em todas as capitais do Brasil. As causas para a maior prevalência de tabagismo no sexo

masculino são históricas e culturais. O tabagismo iniciou-se no mundo como um comportamento predominantemente do sexo masculino (INCA, 2004).

Maiores prevalências de tabagismo foram observadas nas cidades brasileiras mais industrializadas, para ambos os sexos. Estes diferenciais regionais seguem o padrão observado quando comparamos regiões ricas e pobres do planeta: historicamente, o aumento da renda dentro de populações tem sido acompanhado pelo aumento da proporção de fumantes (INCA, 2004).

Se por um lado as regiões ricas estão mais associadas ao tabagismo, os fumantes provavelmente são os pobres destas populações. Estudos comprovam que, no Brasil, pessoas sem escolaridade apresentam probabilidade cinco vezes maior de fumar que aqueles com pelo menos educação secundária (OMS, 2003). No inquérito nacional sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a proporção de fumantes confirmou novamente ser maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto) em todas as capitais. A razão de prevalências encontrada entre indivíduos com menor e maior escolaridade foi da ordem de 2, ou seja, há cerca de dois fumantes com baixa escolaridade para um fumante com maior escolaridade (INCA,2004; Brasil, 2005). A associação entre tabaco e pobreza é uma tendência observada em diversos países e tem sido foco especial de atenção e mobilização da Organização Mundial da Saúde (National Cancer Institute, 2004).

Além disso, a proporção dos gastos domiciliares na compra de produtos derivados do tabaco é geralmente muito elevada em países em desenvolvimento, repercutindo negativamente na renda familiar (OMS, 2008; OMS 2003). Portanto o abandono desse hábito pode implicar em ainda mais benefícios para essas pessoas.



O PNAD confirma no Brasil uma maior prevalência de fumantes entre homens (26,1% vs 13,1% em mulheres), entre negros e pardos (19,0% vs 15,3% em brancos), entre as pessoas com menos de 1 ano de estudo (25,7% vs 11,9% com 11 anos ou mais de estudo) e entre aquelas com menor renda domiciliar (19,9% com ¼ de salário mínimo vs 13,5% com 2 ou mais salários). A região rural tem maior prevalência (20,4%) que a urbana (16,6%) (IBGE, 2009). Esses dados mostram que homens, negros e pardos, pessoas com menor escolaridade e as populações mais desfavorecidas das cidades ficam ainda mais vulneráveis ao consumo e conseqüentemente apresentam mais problemas secundários ao cigarro.

### **3.1.3. Problema de Saúde Pública: Doenças, Mortes e Custos Atribuíveis ao Tabaco.**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008 o consumo de tabaco matou mais de 5 milhões de pessoas – mais do que tuberculose, AIDS e malária. No século XXI o total de mortes poderá chegar a um bilhão de pessoas (OMS, 2008).

A maioria dos danos que o tabaco causa à saúde não é evidente mesmo após anos ou até décadas do início de seu consumo. Assim, enquanto o tabagismo cresce globalmente, a epidemia de doenças e mortes tabaco-relacionadas está apenas começando. A OMS estima que até 2030 o crescimento de óbitos seja em torno de 48%, chegando a 8 milhões de mortes por ano (OMS,2008).

O fumo é fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (Rosemberg, 2003). O tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por

doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos (OMS, 1999). Além de causar doença nos fumantes, também afeta a saúde e mata não-fumantes através do tabagismo passivo.

Sobre a carga global de doenças, Schramm et al (2004) no estudo intitulado “Carga Global de Doenças Atribuíveis ao Tabagismo no Estado do Rio de Janeiro” demonstra o tabaco como fator determinante de diversas doenças conforme a seguinte tabela.

**Tabela 1.** Percentual da Carga Global de Doenças Atribuíveis ao Tabagismo

Causas de Doenças	Sexo		
	M	F	Ambos
Todas as causas (todas as idades)	8,9	5,0	7,0
Todas as causas (>30 anos)	13,6	7,5	10,6
Causas tabaco-relacionadas (>30 a.)	38,0	26,8	33,2
Doenças respiratórias crônicas	79,4	79,4	77,5
Doenças neoplásicas	60,6	30,0	48,2
Doenças cardiovasculares	22,3	17,2	20,0
Doenças respiratórias infecciosas	21,1	17,1	19,3
Afecções do período perinatal	7,8	6,5	7,2

Fonte: Araújo AJ. Custo-Efetividade de Intervenções de Controle de Tabaco no Brasil. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2008

O uso de tabaco é fator de risco para seis das oito causas que lideram as mortes no mundo são elas: doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular, infecções

respiratórias baixas, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e cânceres de pulmão, traquéia e brônquios (OMS, 2008). Por isso a carga de doenças tabaco-relacionadas é tão significativa.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) incluem quatro principais causas: as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. As três primeiras estão incluídas nas primeiras causas de mortalidade mundiais citadas acima. As DCNT são responsáveis por 60% de todos os óbitos globalmente e por 80% daqueles ocorridos em países de média e baixa renda (Abegunde, 2007). Em 2007, as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 67,3% das causas básicas de óbito no Brasil (Schmidt, 2010). Entre os fatores de risco para as DCNT está o tabagismo e o programa de prevenção e controle do tabagismo é uma das estratégias de intervenção do Ministério da Saúde para redução da carga de doença das DCNT (Brasil, 2005).

Ainda sobre a mortalidade causada pelo tabaco no Brasil, temos um estudo de 2009, baseado em dados de 2003, mostrando que 13,6% das mortes de brasileiros com mais de 35 anos são atribuíveis ao hábito de fumar. Em Belo Horizonte, as doenças do cigarro matam 1394 pessoas por ano (Correa, 2009).

A carga econômica gerada pelo tabagismo deriva dos custos com assistência médica e da perda de produtividade por morbidade e morte prematura. Um estudo nacional (Pinto, 2010) verificou os custos diretos atribuíveis ao tabagismo no Brasil, considerando o custo do tratamento de três grupos de doenças tabaco-relacionadas (câncer, aparelho circulatório e respiratório) para indivíduos com mais de 35 anos em 2005. O custo para o SUS no ano 2005 foi de R\$ 338.692.516,02 (aproximadamente 185 milhões de dólares) ou 27,6% de todos os custos do SUS. O estudo de Araújo

(2008) trouxe, apenas para custos com câncer de pulmão, a cifra de R\$59.376.407,58 no ano 2004 no Brasil.

### **3.2. Controle do Tabagismo no Mundo**

A partir do reconhecimento de que a epidemia do tabagismo é um problema de saúde pública globalizado e que existem medidas intersetoriais comprovadamente efetivas para controlar a sua expansão e que a eficácia dessas medidas depende de uma ampla cooperação internacional em 1996, a 49<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde, adotou uma resolução voltada para a elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQTC) da OMS (Cavalcante, 2005).

Em fevereiro de 2005 o documento foi aprovado e desde então recebeu adesão de 168 países (OMS FCTC, 2011). O Brasil foi o segundo país a assinar a CQCT tendo desempenhado uma posição de destaque no processo de negociação para constituição do tratado (Cavalcante, 2005). O objetivo da Convenção é “proteger as gerações presentes e futuras contra as devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo de tabaco e a exposição à fumaça do cigarro proporcionando um marco para as medidas de controle do tabaco que devem ser implantadas pelas partes em nível nacional, regional e internacional a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência de consumo de tabaco e a exposição à fumaça de tabaco.” (OMS, 2011).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde introduziu o pacote MPOWER (OMS, 2008) de medidas de controle do tabaco a fim de ajudar os países a executar as ações de controle. Entre as estratégias priorizadas e reforçadas estão:

“M – Monitorar o uso do tabaco e estabelecer políticas de prevenção;

P – Proteger as pessoas da fumaça do cigarro;

O – Oferecer ajuda para parar de fumar;

W – Advertir (*warn*) sobre os perigos do tabaco;

E – Fazer valer (*enforce*) a proibição de publicidade, promoção e patrocínios de tabaco.

R – Aumentar (*raise*) os impostos do tabaco.”

Entre as ações propostas as que são essencialmente ligadas aos serviços de saúde são os ambientes livres da fumaça do cigarro e a oferta de tratamento àqueles que desejam parar de fumar.

Nenhum país no mundo tem todas as seis medidas implantadas no mais alto nível, capaz de proteger de forma completa suas populações, segundo avaliação da OMS. O controle do tabagismo não é caro. O fato é que, entre os países com informação disponível, o valor dos impostos arrecadados pelo cigarro é mais de 500 vezes maior do que o gasto com o controle do tabaco (OMS, 2008). Em 1999, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) recomenda um gasto médio de 5,98 dólares americanos por pessoa no programa de controle de tabagismo por estado (CDC, 1999).

Sobre as estratégias de controle do tabagismo relacionadas a cessação de fumar, a Mayo Clinic desenvolveu em 2003 um documento que traz “Recomendações para a Política de Cessação do Tabagismo e para o Tratamento de Dependência do Tabaco”. Os três eixos principais dessas recomendações são: a) que a abordagem da saúde pública deve criar um clima social favorável e ambiente de suporte; b) que o sistema de saúde enfoque na promoção e integração das melhores práticas clínicas

(comportamental e farmacológica) para ajudar os fumantes a aumentar sua chance de sucesso na tentativa de parar de fumar; e c) que a abordagem da vigilância, pesquisa e informação promovam troca de informação e conhecimento a fim de aumentar a consciência de recriar as normas sociais (OMS TFI, 2003).

Apenas 17 países dispõem de um amplo serviço de apoio à cessação, representando apenas 8,2% da população mundial (OMS, 2008).

### **3.3. Histórico do Programa Nacional de Controle do Tabagismo**

Mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área segundo avaliação da Sociedade Americana de Câncer (American Cancer Society, 2003).

Sob a ótica da promoção da saúde que, desde 1989, o INCA, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde. O PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, e envolve dois grandes objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, e adicionalmente proteger todos dos riscos do tabagismo passivo (Cavalcante, 2005).

Entre as estratégias do PNCT estão a equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações e entre as ações centrais do Programa está o aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar. Para a cessação do tabagismo uma das operações essenciais do INCA foi a descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005 já faziam parte da rede de gerenciamento descentralizado do PNCT, os 27 estados e 3.900 municípios (Cavalcante, 2005).

Dentre as ações de promoção da cessação do tabagismo foi realizado inicialmente o processo de capacitação de profissionais de saúde na abordagem breve com o objetivo de que insiram essa abordagem nas suas rotinas de atendimento. E, mais recentemente, foi inserida a oferta do tratamento do fumante na rede do SUS que será discutido adiante.

Segundo relata Iglesias (2008), em documento preparado para o Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, o governo brasileiro já atende a muitas das provisões da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), assinada em 2003 e ratificada em 2005. O PNCT no Brasil é bastante inovador, com destaque para as ações referentes à proibição da publicidade e propaganda e as advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco. Além dessas ações, o Programa desenvolveu iniciativas de vigilância e de monitoramento, construiu uma capacidade institucional e descentralizou para os Estados e Municípios as iniciativas de controle do tabagismo. O PNCT no país tem sido considerado efetivo, já que a prevalência do tabagismo apresentou queda acentuada de 1989 (IBGE) e 2003 (Inquérito do INCA), mantendo queda nos últimos anos do inquérito VIGITEL. No entanto, para estar em plena conformidade com os

dispositivos do tratado da CQCT, ainda precisa dar passos adicionais, incluindo a elevação dos impostos sobre o tabaco. Outra recomendação do documento é que o Brasil deveria continuar a investir na ampliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, focalizando a atenção tanto nas ações destinadas a evitar a iniciação quanto nas destinadas à cessação.

### **3.4. Tabagismo: dependência e tratamento**

#### **3.4.1. Dependência**

A Nicotina é considerada uma droga psicotrópica ou psicoativa (Halty, 2002) e o uso freqüente de cigarro e outras formas de tabaco que contem nicotina leva ao desenvolvimento de tolerância e dependência em processo semelhante ao desenvolvido por outras drogas como cocaína e heroína. O processo da dependência envolve fatores ambientais e biológicos, psicológicos e farmacológico sendo este último considerado o principal fator na tolerância e dependência da nicotina (Marques, 2001). Diversos questionários foram idealizados para identificar e aferir o grau de dependência do individuo na tentativa de quantificar o dano causado pelo tabagismo e orientar possíveis intervenções terapêuticas.

Em uma revisão sobre os instrumentos usados na avaliação do tabagismo, o questionário mais citado foi o Teste de Fagerstrom que avalia dependência. (Santos et al, 2009). O teste é difundido em todo o mundo, traduzido para diversas línguas e validado em vários países, se baseia em dados objetivos e é de simples aplicação (Kirchenchtjen e Chatkin, 2004). Entre as seis perguntas deste teste para avaliação do grau de dependência física de cigarros as selecionadas para o *Global Adult Tobacco Survey* – GATS, que serviu como base para as perguntas do PNAD, são as seguintes



“Quantos cigarros você fuma por dia?” e “Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?” (IBGE, 2009).

Dentre os fumantes diários no Brasil, segundo o PNAD, a maior proporção encontrada correspondeu àqueles que fumavam de 15 a 24 cigarros por dia (33,9%) e 9,9% responderam que fumavam 25 ou mais cigarros por dia. Quanto ao intervalo de tempo, desde a hora em que acorda até fumar o primeiro cigarro, a classe mais frequente foi de 6 a 30 minutos (39,3%) no País e a resposta 5 minutos ou menos foi escolhida por 21,0% dos fumantes (IBGE, 2009). Esses dados mostram elevado percentual de fumantes com características associadas a elevado ou muito elevado grau de dependência. É importante detectar esses fumantes com grandes possibilidades de desenvolver sintomas de abstinência para desenvolver um plano terapêutico apropriado, ou seja, capaz de minimizar o risco de fracasso na tentativa de abandono do tabagismo.

#### **3.4.2. Tratamento do fumante**

Na assistência à saúde dos fumantes, a estratégia principal é oferecer o tratamento da dependência ao tabaco com o objetivo da cessação.

Cinciprini et al (1997), publicou estudo demonstrando que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% deles conseguem parar espontaneamente, sem ajuda terapêutica, a cada ano, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes.

Estudos demonstram que o tratamento de tabagistas na atenção primária tem alto potencial de redução de morbidade atribuída ao tabagismo associado a baixo custo e recomendam fortemente a adoção ampla de oferta de tratamento aos fumantes (Salize et al, 2009; Cornuz et al, 2006, Stead et al 2008, Cornas et al 1998,

Fiscela et al, 19966). A U.S. Preventive Services Task Force confere grau de recomendação A para que clínicos abordem o uso de tabaco e ofereçam intervenções de cessação para aqueles que usam produtos derivados de tabaco (US Department of Health and Human Services, 2008).

Existem diversas diretrizes clínicas internacionais (US Department of Health and Human Services, 2008; West et al, 2000; Frhon et al 2006) e nacionais (INCA, 2001; Marques, 2001; Reichert, 2008) apontando diretrizes para a abordagem terapêutica de fumantes. O avanço nas opções terapêuticas e o vasto número de publicações no tema durante as últimas décadas têm gerado constantes atualizações destes guidelines indicando a melhor forma de avaliar e tratar os fumantes e indicando níveis de evidência para as alternativas de tratamento.

São indicações comuns, entre as diretrizes mais atuais, a indicação de avaliação da história clínica e tabágica do fumante e seu grau de motivação para parar de fumar para a adequação das intervenções. Presman (2006) salienta sete aspectos importantes a serem abordados no tabagista para estabelecer seu plano terapêutico: história do tabagismo, tentativas anteriores (fatores de sucesso na cessação ou situações que levam à recaída), apoio social, dependência, grau de motivação e prontidão, doenças médicas e doenças psiquiátricas.

Segundo o Departamento de Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos (US Department of Health and Human Services, 2008) todo o fumante deve ser avaliado e aconselhado a parar de fumar. Evidências mostram que a inclusão do status tabágico nos sistemas de rastreamento clínico aumenta significativamente as taxas de intervenção clínica (RC 3,1, IC 2,2 a 4,2) e as taxas de abstinência (RC 2,0, IC 0,8 a 4,8). O aconselhamento médico para parar de fumar mesmo isoladamente

também aumenta as taxas de cessação (RC 1,3, IC 1,1 a 1,6). O mesmo guideline internacional aponta uma meta-análise de 2000 que conclui que as intervenções intensivas são mais efetivas (RC 2,3) do que intervenções breves (RC 1,3). As intervenções intensivas devem ser usadas sempre que possível e indica-se que quatro ou mais sessões parecem especialmente efetivas, porém há evidências que o limite de benefício seria atingido no total de 90 minutos de contato. A força de evidência, baseada em revisões sistemáticas, confere grau A para todas as recomendações acima citadas pela diretriz clínica de 2008 do Departamento de Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos (US Department of Health and Human Services, 2008).

Todos os fumantes devem ser abordados com o treinamento de habilidades para a solução de problemas que visa reconhecer as situações de risco para fumar e desenvolver estratégias para superá-las em qualquer que seja o seu estágio motivacional. Aqueles considerados preparados para interromper o uso, ou seja, quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento, são bons candidatos à abordagem mais intensiva e um tratamento mais estruturado associado ou não a medicação.

Os métodos de tratamento preconizados como primeira linha nas diretrizes clínicas citadas acima são a terapia de reposição de nicotina, a bupropiona e a terapia comportamental em grupo ou individual. Recentemente a vareniclina, aprovada pelo FDA em 2006, foi incorporada às opções medicamentosas de primeira linha, porém esta droga ainda apresenta um custo elevado. A recomendação dessas terapêuticas é grau A, ou seja, baseada em revisões sistemáticas confirmando a eficácia de cada um desses tratamentos conferindo a melhor evidência científica.

O Consenso usado pelo INCA (2001), sugere os seguintes critérios para a

prescrição de apoio medicamentoso:

- “1. fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
2. fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
3. fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
4. fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
5. não haver contra-indicações clínicas.”

A eficácia dos medicamentos é apresentada nas tabelas seguintes a partir de dados de meta-análises da Cochrane que avaliaram as taxas de cessação após períodos de 6 a 12 meses do início do tratamento. O menor aumento na chance de sucesso é observado na terapia de reposição nicotínica que obtém, em média, melhora de 58% nos resultados (RC = 1,58). A medicação com melhor resultado, analisando cinco ensaios clínicos randomizados existentes, foi a vareniclina com razão de chances de 3,22.

**Tabela 2.** Sumário sobre Número de Ensaio Clínicos e Aumento Relativo da Taxa de Sucesso (RC) para o uso de Terapias de Reposição Nicotínica (TRN), Cochrane, 2007.

Tipo de Protocolo	Nº de EC	RC	IC 95%
TRN vs. placebo	132	1,58	1,50-1,66
Goma de nicotina vs. placebo	53	1,43	1,33-1,53
Adesivo de nicotina vs. placebo	41	1,66	1,53-1,81
Inalador de nicotina vs. placebo	4	1,90	1,36-2,67
Tablete oral de nicotina vs. placebo	6	2,00	1,63-2,45
Spray nasal de nicotina vs. placebo	4	2,02	1,49-3,73

EC (ensaio clínico), RC: razão de chances, IC: intervalo de confiança,

TRN (terapia de reposição de nicotina).

Fonte: Stead LF et al. The Cochrane Library, November 2007.

**Tabela 3.** Sumário sobre Número de Ensaio Clínicos e Aumento Relativo da Taxa de Sucesso (RC) para o uso de antidepressivos, Cochrane, 2007.

Tipo de Protocolo	Nº de EC	RC	IC 95%
Bupropiona vs. placebo	31	1,94	1,72 – 2,19
Nortriptilina vs. placebo	4	2,34	1,61 – 3,41

Fonte: Hughes JR et al. The Cochrane Library, October 2006.

**Tabela 4.** Sumário sobre Número de Ensaios Clínicos e Aumento Relativo da Taxa de Sucesso (RC) para o uso de vareniclina, Cochrane, 2007.

Tipo de Protocolo	Nº de EC	RC	IC 95%
Vareniclina vs. placebo	5	3,22	2,43-4,27

Fonte: Cahill K et al. The Cochrane Library, January 2007.

O custo dos medicamentos no Brasil foi revisado em recente tese de doutorado publicada em 2008 que apresentou a seguinte tabela com preços de 2007. (Araujo, 2008). A Tabela 5 demonstra o custo anual para o tratamento de um paciente fumante, de acordo com o protocolo estabelecido pelo Consenso Brasileiro de Tabagismo (INCA, 2001) e acrescenta o valor da vareniclina. Vale salientar que o custo aqui apresentado levou em conta apenas o gasto com medicação.

**Tabela 5.** Custo dos medicamentos para o tratamento do tabagismo no Brasil, 2007.

Tipo de Protocolo	Duração Dosagem	Custo unitário	Nº de unidades	Custo por Tratamento
Goma de nicotina	3 meses 2mg	35,63	12 cx./30 g. 12	427,56
Goma de nicotina	3 meses 4mg	41,20	cx./30 g	494,40
Adesivo de nicotina	4sem 7mg	40,23	4 cx./7 Ad.	160,92
Adesivo de nicotina	4sem 14mg	41,12	4 cx./7 Ad.	164,48
Adesivo de nicotina	4sem 21mg	44,00	4 cx./7 Ad.	176,00
Bupropiona	3 meses 150mg	54,77	6 cx./30 comp.	328,72
Vareniclina, kit 1º mês	0,5/1,0mg	318,00	Tb. 0,5/1,0mg	318,00
Vareniclina, kit 2º-3º meses	1,0mg	636,04	1 cx./60 comp.	636,04

Fonte: Araújo AJ. Custo-Efetividade de Intervenções de Controle de Tabaco no Brasil. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2008

As alternativas medicamentosas podem ser usadas de forma isolada ou associada. O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Aconselhamento associado a medicação é mais efetivo do que qualquer um oferecido de forma isolada, ambos devem ser oferecidos a não ser em casos de contra-indicação ou inadequação da recomendação para casos específicos como gestantes, adolescentes ou alguns casos de doenças psiquiátricas e ou outras dependências químicas associadas.

O National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) indica que para um melhor sucesso no tratamento os fumantes devem querer, esperar e perguntar pelo tratamento, por isso faz parte do planejamento do programa tornar os tratamentos mais atrativos para os usuários de tabaco. Há necessidade de criar uma demanda sustentada para o seu efetivo tratamento (NICE, 2008).

### **3.4.3. Análise de Custo-Efetividade do Tratamento dos Fumantes.**

Os tratamentos do tabagismo não são apenas clinicamente efetivos, mas são também custo-efetivos (US Department of Health and Human Services, 2008; NICE, 2008). Desde o aconselhamento clínico breve até os intensivos associados ou não a medicações são custo-efetivos em relação ao tratamento da hipertensão, dislipidemia ou outras intervenções preventivas tais como mamografias periódicas. De fato, o tratamento do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” da custo-efetividade nos cuidados em saúde. O tratamento do tabagismo é altamente custo-efetivo mesmo quando produz abstinência sustentada a uma minoria dos fumantes tratados. As evidências sobre as intervenções do tabagismo são favoráveis também

na perspectiva do empregador e do plano de saúde já que reduz absenteísmo e o consumo de cuidados e gastos com saúde (US Department of Health and Human Services, 2008).

Uma meta-análise da Cochrane (Reda, 2009) mostra que o custo absoluto de intervenções como terapia comportamental, reposição nicotínica ou bupropiona pode ser de U\$260 a U\$1.453 por ex-fumante. Este estudo também conclui que intervenções financiadas aumentam a taxa de cessação entre seus participantes quando comparadas às intervenções não financiadas (RR de 4,38 - CI 1,94 a 9,87).

O NICE demonstra através de análise de custo-efetividade realizada em 2006 que intervenções breves por médicos de família (*general practitioners*) e enfermeiras, em todos os cenários, para todas as idades e com todos os métodos associados (reposição nicotínica, auto-ajuda e orientação por telefone) podem gerar ganho de anos de vida ajustados para qualidade (QALY). O custo por QALY tende a aumentar de acordo com o aumento da idade do paciente, mas mesmo a intervenção breve para maiores de 60 anos ainda são custo-efetivas. Quando as economias na saúde estão incluídas (como fumantes pararem de fumar e evitarem doenças tabaco-relacionadas), estes são compensados pelo custo da intervenção. Usando esse método, os custos adicionais por QALY adquirida variavam de £ 135 para £ 6472. Estas variações refletem os resultados da análise de sensibilidade, ou seja, variam de acordo com as suposições feitas para as taxas de cessação, duração da intervenção, idade do indivíduo e seu nível de dependência (NICE, 2006). Em outro estudo, o custo médio por ano de vida ganho estaria entre 500 a 1500 libras (720-2.158 €) (AETS, 2003). Em estudo de custo-efetividade de 2002, usando a perspectiva do National Health



System (Sistema de Saúde Inglês), na comparação com aconselhamento isolado, o custo por ano de vida salvo é \$1,441~\$3,455 para reposição de nicotina, \$920~\$2,150 para bupropiona, e \$1,282~\$2,836 para reposição nicotínica mais bupropiona. Mais uma vez neste estudo os autores concluem que a custo-efetividade desse tratamento é melhor do que muitas outras intervenções em saúde (Song et al, 2002).

Em estudo na Alemanha sobre custo-efetividade do tratamento do tabagismo com reposição nicotínica e/ou bupropiona por médicos de família (*general practitioners*) obteve-se que é necessário um custo de 9,80 euros a mais do que o tratamento convencional (aconselhamento) para cada 1% de pacientes abstinentes por 12 meses (Salize, 2009).

Em uma revisão realizada em 2008 sobre custo-efetividade de tratamentos do tabagismo, os autores concluem que os programas de aconselhamento são custo—efetivos e que a eficiência melhora quando acrescenta-se o uso de medicação. O artigo cita sete estudos que consideram as terapias de reposição de nicotina altamente custo-efetiva com um incremento de custo por ano de vida ganho entre 1,447 e 11,374 dólares. A revisão conclui também que os benefícios com o programa excedem os custos e são mais baratos que acompanhamento de pacientes de risco cardiovascular e rastreamento de câncer quando avaliados em custo por QALY (Kahende et al, 2009).

Outro estudo de análise de custo que incluiu os custos economizados com a prevenção de doenças atribuídas ao tabaco e uso uma efetividade de intervenções repetidas ao longo da vida dos fumantes (23,1%), 2 milhões e 47 mil QALYs são

preservados com um custo de 500 dólares por fumante que recebe o serviço (Solberg, 2006).

### **3.5. Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante no SUS**

O tratamento do tabagismo foi inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que gerou as Portarias Ministeriais GM/MS no 1.035, de maio de 2004 e SAS no 442, de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo para a atenção básica além dos serviços de média complexidade da rede do SUS (Brasil, 2004; Cavalcante, 2005)

O plano de implantação define que os atendimentos poderão ser realizados por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS desde que preencha os critérios de credenciamento definidos. Segundo este plano, para ser credenciada para o tratamento do tabagismo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade deve cumprir os seguintes requisitos:

“• ser unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde;

- não permitir fumar no interior da unidade;
- contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes na Portaria SAS/MS/Nº 442, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo;

- dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo;
- garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante.” (INCA, sem data)

O município deve garantir também a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar.

O Ministério da Saúde adquire e encaminha para as Secretarias Municipais de Saúde que tiverem unidades credenciadas os medicamentos (adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona) e os manuais do participante a serem utilizados durante as sessões da abordagem cognitivo-comportamental.

O Programa de Tratamento de Tabagismo no SUS sugerido pelo INCA propõe um Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante que aponta diretrizes para a realização do tratamento de acordo com aquelas observadas nos guidelines internacionais e nacionais discutidas anteriormente (INCA, 2001). A primeira recomendação é a avaliação inicial com uso de questionário padronizado sobre história tabágica, presença de co-morbidades, grau de dependência de nicotina (teste de Fagerstrom) e estágio motivacional. A segunda recomendação é a participação dos pacientes em grupos de terapia cognitivo-comportamental sendo sugeridos encontros semanais no primeiro mês, quinzenal no segundo mês e mensal nos demais 10 meses. Dessas sessões terapêuticas, as quatro primeiras (primeiro mês de tratamento) trazem roteiro bastante sistematizado a partir de um manual padronizado para cada uma delas. A terceira indicação do INCA é o uso de apoio medicamentoso para pacientes com elevado e muito elevado grau de dependência. As unidades de

atendimento cadastradas recebem gratuitamente gomas de mascar de 2mg, adesivos de nicotina de 7, 14 e 21mg e bupropiona 150mg.

#### **4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA**

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde entre outros setores sociais. Desde o dia 29 de agosto de 2002, foi assinada a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.575, que consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e cria os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Com isso, a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso do fumante com Terapia de Reposição de Nicotina e Bupropiona passam a ser fornecidos gratuitamente à população brasileira. Em maio de 2004, através da Portaria 1035/GM, o programa foi estendido às Unidades Básicas de Saúde ganhando maior alcance populacional através dos postos de saúde e dos profissionais das equipes de saúde da família.

Em Minas Gerais, a adesão das secretarias municipais de saúde ao programa ocorreu a partir de 2005. Em 2008, 63 municípios dos 853 municípios estavam inseridos no programa, dando a Minas Gerais a posição de terceiro estado brasileiro em número de municípios cadastrados neste ano segundo dados da secretaria de saúde de Minas Gerais. (Carvalho, 2009; IBGE, 2010)

A aposta dos gestores e profissionais de saúde no tratamento do tabagismo é decisão de ótima relação custo efetiva, já que, segundo as evidências científicas citadas, o aconselhamento para cessação do tabagismo é o modo mais efetivo de

dispor do tempo do profissional de saúde para a prevenção da morbidade e da mortalidade de seus pacientes (Cromwell, 1997).

O dado acima é importante para motivar os serviços de saúde a priorizar a oferta do tratamento. Os melhores resultados de grupos terapêuticos mesmo associados à medicação têm obtido em média níveis de cessação que chegam até 30%. O resultado pode estar aquém da expectativa de equipes de saúde e dos próprios usuários, porém representa um valor expressivo de sucessos.

Poucos estudos avaliaram este modelo de tratamento no contexto nacional (Carvalho, 2009; Sales et al, 2006; Otero et al, 2006). Pesquisas sobre a efetividade do tratamento dos fumantes nos serviços de atenção primária do SUS não foram encontrados. Esses são os motivos principais para estudar e aprimorar essa tecnologia na Atenção Primária à Saúde.

O presente estudo pretende explorar os fatores individuais e assistenciais relacionados à cessação do tabagismo através da descrição do perfil dos indivíduos tratados na atenção primária, a efetividade do tratamento oferecido – através das taxas de adesão ao tratamento, percentual de pacientes que usam medicação e taxa de cessação do tabagismo - e estudo das características da oferta de serviço que possam contribuir para o sucesso do programa de tratamento do fumante. Pretende-se assim fornecer informações que qualifiquem o planejamento e a prática das ações de prevenção e tratamento do tabagismo realizadas na atenção primária.

---

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar a efetividade do Programa Nacional de Tratamento do Tabagismo em Minas Gerais

### **Objetivos Específicos**

1) Descrever a situação deste Programa nos municípios cadastrados em Minas Gerais em 2008 e determinar as taxas de permanência, cessação e percentual de uso de medicamentos durante o primeiro mês de tratamento entre os usuários atendidos.

2) Verificar o perfil dos participantes, a adesão e a satisfação do usuário com o programa e a taxa de cessação do tabagismo após um período mínimo de 18 meses do início do tratamento oferecido pela atenção primária do Sistema Único de Saúde em dois municípios de Minas Gerais: Belo Horizonte e Betim.

---

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370(9603):1929-38.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N° 40. Madrid, Septiembre de 2003. Disponible em [http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones\\_agencia/40Tabaco.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/40Tabaco.pdf)
- American Cancer Society. Luther Terry Awards Leadership on Tobacco Control. Helsinki, 2003.
- Araújo AJ. Custo-Efetividade de Intervenções de Controle de Tabaco no Brasil. [Tese de Doutorado]. Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2008.
- Banco Mundial. Aspectos econômicos do tabagismo & do controle do tabaco em países em desenvolvimento. Documento organizado pela Comissão Europeia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento. Bruxelas: Banco Mundial, 2003. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=aspectos\\_economicos.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=aspectos_economicos.pdf). (acessado em 01/jun/08).
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/N° 442/04 de 13 de agosto de 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, Brasil, 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 150 p.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking



cessation. Cochrane Database Reviews, Issue 1.2007

- Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aroupa/FIOCRUZ; Rio de Janeiro (RJ): 2009.
- Cavalcante, TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev. Psiquiatr. Clín. 2005, 32: 283-300.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for comprehensive tobacco control programs. US Department of Health and Human Services: Atlanta, Georgia, U.S., 1999.
- Cinciprini PM, 1997, "Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention", Journal of the National Cancer Institute, v. 89, n. 24, pp. 1852-67.
- Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cueto Espinar A. [Cost-effectiveness of antismoking health counselling in primary health care] . Gac Sanit. 1998 May-Jun;12(3):126-32. Spanish.
- Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, McDonald P, Slama K, Salto E, Paccaud F. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. Tob Control. 2006 Jun;15(3):152-9
- Corrêa, PCR; Barreto, SM, Passos, VMA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. BMC Public Health (Online), v. 9, p. 206, 2009. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2711948&blobtype=pdf&tool=pmcentrez> e (Additional File 4. Belo Horizonte. Planilha 2.) <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/206> (Acessado em set/2009)
- Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al: Costeffectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. JAMA 1997; 278:1759-1766.
- Fiscella K, Franks P. Cost-effectiveness of the Transdermal Nicotine Patch as an Adjunct to Physicians' Smoking Cessation Counseling. JAMA. 1996 Apr 24;275(16):1247-51.
- Frohn JG et al. University of Michigan Health System. UMHS Smoking Cessation Guideline, August 2006
- Halty LS, Huttner MU et al. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerstrom (QTF) como instrumento da medida de dependência nicotínica. J. Pneumol. Jul- Ago 2002. 28(4)
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking Cessation.Cochrane

Database Reviews Issue 3. 2006

IBGE. Site do IBGE: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) . Para dados do número de municípios de Minas Gerais. Acesso em julho de 2010.

Iglesias R et al. Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 17(4):301-304, out-dez 2008.

INCA Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Documento sem data (a) Disponível em: [link:http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf) (Acessado em 14/07/2010)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto Nacional de Câncer (INCA). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. (PNAD) Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf> (Acessado em 01/09/10).

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação. Rio de Janeiro: Inca, 2003. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/programa/programa\\_de\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/programa/programa_de_tabagismo.pdf) (acessado em 01/jun/08)

Kahende JW, Loomis BR, Adhikari B, Marshall L. A review of economic evaluations of tobacco control programs. Int J Environ Res Public Health. 2009 Jan;6(1):51-68..Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672319/pdf/ijerph-06-00051.pdf> (Acessado em fev/2011)

Kirchenchten C, Chatkin JM. Dependência da nicotina – diretrizes para a cessação do tabagismo. Jornal Brasileiro De Pneumologia. Agosto 2004. 30 (SUPL 2)

Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP e Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de Nicotina. Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):200-14

Müller F, Wehbe L. Smoking and smoking cessation in Latin America: a review of the current situation and available treatments. Int J Chron Obstruct Pulmon

Dis. 2008 June; 3(2): 285–293

National Cancer Institute. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. Women, tobacco and cancer: an agenda for the 21st Century. United States, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Fevereiro de 2006. Disponível em: [www.nice.org.uk/PHI001](http://www.nice.org.uk/PHI001) (Acessado em novembro/2010)

National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10: Smoking cessation services. Fevereiro, 2008. Disponível em [www.nice.org.uk/PH010](http://www.nice.org.uk/PH010). (Acessado em novembro/2010)

Organização Mundial de Saúde (OMS) Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. WHO Global Report. Genebra: OMS, 2008.

Organização Mundial de Saúde (OMS). The Tobacco Atlas 2002. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco\\_atlas/en/](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/) (Acessado em 01/09/10).

Organização Mundial de Saúde (OMS). The World health Report 2003: shaping the future. France: World Health Organization (OMS), 2003. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html> (Acessado em 01/09/10).

Organização Mundial de Saúde FCTC (Framework Convention on Tobacco Control). Lista atualizada de países que fazem parte da Convenção Quadro de Controle do Tabaco. Atualizada em 20 janeiro de 2011. Disponível em pode ser acessada em [http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/en/index.html](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html). Texto integral: <http://www.who.int/fctc/en/> (Acessados em 01/09/2010).

Organização Mundial de Saúde Tobacco Free Initiative (TFI). Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. 2003. Genebra: WHO, 2003. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco\\_dependence/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html) (Acessado em julho/2010)

Organização Mundial de Saúde. Tabagismo e Saúde nos Países em Desenvolvimento. Documento organizado pela Comissão Européia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento. Fev/2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabagismo\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabagismo_saude.pdf) (Acessado em junho/2007)

Organização Mundial de Saúde. The World Health Report 1999 - Making a Difference. Genebra: OMS, 1999 Disponível em:.

[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf) (acessado em 22/dez/2007)

Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS et AL. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(2):439-449.

Pinto M Uga MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.6, pp. 1234-1245.

Presman S. Intervenção Intensiva e Terapia de Grupo. In: Atualização no Tratamento do Tabagismo. Organização: Analice de Paula Gigliotti e Sabrina Presman. Rio de Janeiro: ABP – Saúde, 2006.

Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev*; (2): CD004305. 2009.

Reichert J et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-880

Rosemberg, José. Nicotina. Droga universal. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde/ Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. 178 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> (acessado em 22/dez/2007)

Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006; 32(5): 410-417.

Salize HJ, Merkel S, Reinhard I, Twardella D, Mann K, Brenner H. Cost-effective Primary Care-Based Strategies to Improve Smoking Cessation. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):230-235

Salize HJ, Merkel S, Reinhard I, Twardella D, Mann K, Brenner H. Cost-effective Primary Care-Based Strategies to Improve Smoking Cessation: more value for money. *Arch Intern Med*. 2009 Feb 9;169(3):230-5; discussion 235-6.

Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para Avaliação do Tabagismo: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*. (publicação online) 0781/2009. Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=4954](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4954) (Acessado em dez/2009).

Schimidt, MI. et al Mortalidade e Morbidade por doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco no Brasil.. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde

Brasil 2009 : uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p. 111-136.

Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.. Citado em: Araújo AJ. Custo-Efetividade de Intervenções de Controle de Tabaco no Brasil. Tese (Doutorado) - Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2008.

Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, Khanchandani HS, Goodman MJ Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*. 2006 Jul;31(1):62-71.

Song F, Raftery J, Aveyard P, Hyde C, Barton P, Woolacott N. Cost-effectiveness of pharmacological interventions for smoking cessation: a literature review and a decision analytic analysis. *Med Decis Making*. 2002 Sep-Oct;22(5 Suppl):S26-37. Disponível em: [http://mdm.sagepub.com/content/22/5\\_suppl/S26.short](http://mdm.sagepub.com/content/22/5_suppl/S26.short) (Acessado em fev/2011)

Stead LF, Perera R, Bullem C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1)

U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Maio de 2008.

West R, McNeill A and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55;987-999.

## **ARTIGO 1**

### **Indicadores de Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil**

Indicators of effectiveness of smoking cessation treatment program in Sistema Único de Saúde in Minas Gerais, Brazil

Juliana Dias Pereira dos Santos, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**Enviado à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**

# **Indicadores de Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo**

## **no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil**

*Indicators of effectiveness of smoking cessation treatment program in  
Sistema Único de Saúde in Minas Gerais, Brazil*

Sugestão de Título Resumido: **Efetividade do Programa de Tabagismo no SUS**

**Juliana Dias Pereira dos Santos** <sup>1,2</sup>

**Bruce Bartholow Duncan** <sup>1</sup>

**Sérgio Antônio Sirena** <sup>3</sup>

**Álvaro Vigo** <sup>1</sup>

**Mery Natali Silva Abreu** <sup>4</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS
2. Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte-MG
3. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS
4. Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

### **Endereço para correspondência:**

Juliana Dias Pereira dos Santos

Rua Professor Moraes, 476, apto 1303, Bairro Funcionários, Belo Horizonte, MG, Brasil.

CEP 30250-370

E-mail: [juligaucha@gmail.com](mailto:juligaucha@gmail.com)

Número de palavras: Resumo **149** palavras (Max 150 palavras),

Texto **20 laudas** contando tabelas e figuras e descontando referências bibliográficas (máximo 20 laudas)

Ordem: Folha de Rosto, Trabalho (Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão), Agradecimentos, Referências Bibliográficas, Tabelas e Figuras.

## Resumo

O tabagismo é importante fator de risco para doenças crônicas não-transmissíveis e é evitável. Este trabalho avalia a efetividade do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde em 60 municípios de Minas Gerais no ano 2008. Verificamos o número de atendimentos e as taxas de abandono, cessação e uso de medicação no primeiro mês de tratamento. Observamos que o Programa atingiu 7269 participantes, distribuídos em 60 (7%) dos 853 municípios mineiros. Há grande heterogeneidade nos diferentes indicadores. A média das taxas de permanência no Programa foi de 71,8% (IC95%: 67,1%-76,5%), de cessação na 4ª semana, 40,5% (IC95%:34,3%-46,5%) e de uso de medicamento de apoio, 57,8% (IC95%:49,2%-66,3%). Encontramos forte associação entre o uso de medicamento e a taxa de sucesso (RR= 2,29; IC95%: 1,42-3,66,  $p < 0,05$ ). Os dados do programa em Minas Gerais apresentaram sua boa efetividade sendo duas vezes melhor em municípios em que o tratamento medicamentoso é oferecido para mais de 60% dos participantes.

**Palavras-chave:** Tabagismo/tratamento, Abandono do Hábito de Fumar, Abandono do uso de tabaco; Atenção Primária à Saúde

## Abstract

Smoking is important risk factor for chronic non-communicable diseases and it is avoidable. This paper evaluates the effectiveness of the tobacco treatment programme offered by the Brazilian national health system in 60 municipalities of Minas Gerais in 2008. We assembled attendance, dropout and cessation rates and rate of medication use during the first month of treatment. The program encompassed only 7% of the State's municipalities, and great heterogeneity exists across program indicators. The average rate of retention was 71.8% (IC95%: 67.1%-76.5%), the average cessation at the 4th week was 40.5% (IC95%: 34.3%-46.5%) and the average use of medication was 57.8% (IC95%: 49.2%-66.3%). We found a strong relationship between medication use and the success (RR = 2.29; IC95%: 1.42-3.66,  $p < 0.05$ ). Data from the program in Minas Gerais had their good effectiveness and two times better in cities where drug treatment is offered for more than 60% of participants.

**Key words:** Smoking/Treatment, Smoking Cessation, Primary Health



## INTRODUÇÃO

No século XX a epidemia tabágica matou 100 milhões de pessoas no mundo. No século XXI, poderá matar um bilhão.<sup>1</sup> Uma das estratégias preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para o enfrentamento deste problema é o tratamento da dependência do fumo. As estratégias terapêuticas são clinicamente efetivas e ações de saúde pública altamente custo-efetivas.<sup>1, 2</sup> No Brasil, o tratamento é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através de um programa coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer, que ampliou seu acesso através da inclusão da oferta do serviço na rede de atenção primária desde 2004.<sup>3, 4</sup> São poucas as avaliações da efetividade e do alcance do Programa de Tratamento de Tabagismo no SUS após sua ampliação.<sup>5, 6, 7</sup>

O tratamento do tabagismo foi inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035, de maio de 2004 e SAS nº 442, de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Estas portarias ampliaram o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo dos serviços de média complexidade da rede para os de atenção básica.<sup>4, 8</sup>

O Programa de Tratamento sugerido pelo INCA propõe diretrizes para a terapêutica do fumante. A primeira é a avaliação inicial com uso de questionário padronizado sobre história tabágica, presença de co-morbidades, grau de dependência de nicotina (Teste de Fagerstrom) e estágio motivacional. A segunda é a participação do paciente em grupos de terapia cognitivo-comportamental. Dessas sessões terapêuticas, as quatro primeiras são semanais (primeiro mês de tratamento) e trazem roteiro bastante sistematizado a partir de um manual padronizado para cada

uma delas. A terceira é a indicação de apoio medicamentoso aos pacientes com elevado e muito elevado grau de dependência. As unidades de atendimento cadastradas recebem do Ministério gomas de mascar de 2mg, adesivos de nicotina de 7, 14 e 21mg e bupropiona 150mg além dos manuais e cartazes e isso é distribuído aos pacientes sem ônus para os mesmos.<sup>9</sup>

Esta pesquisa tem o objetivo de descrever a situação deste Programa nos municípios cadastrados em Minas Gerais em 2008 e determinar as taxas de permanência, cessação e percentual de uso de medicamentos durante o primeiro mês de tratamento entre os usuários atendidos.

## **MÉTODOS**

Para este estudo de coorte histórico não controlado, tendo como unidade de pesquisa o município, obtivemos dados de todos os municípios cadastrados no Programa de Tratamento do Tabagismo do INCA em Minas Gerais durante o ano 2008. Incluímos todos os municípios (N=60) com pelo menos um atendimento realizado no ano 2008. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (Parecer de Aprovação No. 0800.0.410.165.09A)

Realizamos a coleta de dados através das planilhas padronizadas pelo INCA para acompanhamento, por município, disponibilizadas através da coordenação estadual do Programa. Os municípios atualizam e repassam essas planilhas trimestralmente, via coordenações regionais, para a coordenação estadual, que as enviam ao INCA. Buscávamos dados adicionais junto aos municípios ou regionais

quando as planilhas só se encontravam disponíveis em sua forma sumarizada na coordenação estadual.

Os dados fornecidos apontam informações de três momentos de acompanhamento: o número de participantes que passaram pela avaliação inicial do fumante, o número desses participantes que compareceram à primeira sessão e o número de participantes que compareceram à quarta sessão. Sobre o último momento também é fornecida a informação de quantos dos usuários estavam sem fumar. Além disso, a planilha informa o número de pacientes que usou algum medicamento e o número de unidades de saúde que atendeu no período.

### **Indicadores de Avaliação do Programa de Tratamento do Tabagismo no SUS**

Analizamos quatro indicadores de processo e resultado sugeridos pelo INCA, são eles:

- (1) o número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica;
- (2) o percentual de abandono, definido como percentual de pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada;
- (3) o percentual de cessação, definido como a proporção dos fumantes que participaram da primeira sessão estruturada que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada (quarta semana após a primeira sessão); e
- (4) o percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento.<sup>5</sup>

Para analisar as associações foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. A análise de dados foi realizada no programa

estatístico SPSS versão 15.0.

## **RESULTADOS**

Os municípios cadastrados no programa no estado de Minas Gerais até o final de 2008 podem ser localizados no mapa (Figura 1). Observa-se um cadastramento maior de municípios do sul de Minas e da região metropolitana (regiões de maior Índice de Desenvolvimento Humano). Na região que inclui o triângulo mineiro temos a oferta do programa apenas em Uberaba e Uberlândia (os municípios de maior porte da região).

Os dados sobre o acesso, definido como o número de fumantes avaliados pelo Programa entre o total de fumantes estimados para a população do município, variaram bastante. Alguns municípios com menos de 10.000 habitantes têm conseguido um bom número de atendimentos, tais como Piranguinho e Florestal que atingiram mais de 200 fumantes em 2008 garantindo acesso a mais de 30% dos fumantes estimados para o município com base no percentual de fumantes regulares do PNAD 2008. Enquanto isso, as três maiores cidades mineiras (com mais de 500.000 habitantes) - Belo Horizonte, Uberlândia, Contagem – atenderam menos de 200 pessoas neste período. O município de Juiz de Fora, que também tem mais de 500.000 habitantes, atendeu mais de 400 pessoas, porém representa menos de 1% dos fumantes estimados para tal cidade. Os municípios com mais que 200 atendimentos estão listados na Tabela 1 junto às estimativas do percentual de fumantes abrangido pelo programa. Na Tabela 2, apresentamos os dados globais dos fumantes avaliados. Um total de 7269 participantes fizeram a primeira avaliação, dos quais 6304 (87%) compareceram à primeira sessão terapêutica, distribuídos em 60 (7%)

dos 853 municípios mineiros. Dois municípios já cadastrados para participar no programa em 2008 não realizaram atendimentos no período do estudo. Quanto à regularidade da oferta de atendimento, a maioria dos municípios ficou pelo menos algum dos trimestres sem inclusão de novos fumantes no Programa (dados não apresentados). A média total de municípios que mantiveram o Programa com atendimento durante cada trimestre variou entre 75 e 86%. Menos da metade (44%) dos 45 municípios cadastrados desde o início de 2008 realizaram atendimentos durante todo o ano.

A Tabela 2 mostra, na primeira coluna, um crescimento de 52% no atendimento dos usuários do SUS ao Programa em Minas Gerais entre o primeiro e quarto trimestres de 2008. O Programa conta com o comparecimento na primeira sessão de tratamento 6304 (87%) usuários que passam pela avaliação inicial. No entanto, apenas 4617 (73%) desses permaneceram até a quarta sessão. Dos presentes, 3084 (67%) estava sem fumar, ou seja, 49% daqueles presentes na primeira sessão.

Entretanto, os dados gerais apresentados ocultam uma grande heterogeneidade entre os diversos programas municipais. (Figura 2).

O percentual médio de permanência encontrado entre os municípios foi de 71,8%. Esse indicador impacta diretamente no indicador principal de sucesso do programa que é a taxa de cessação. Vinte e três municípios (38%) tiveram permanência >80%, 24 (40%) entre 60 e 80% e 13 (22%)  $\leq$ 60%.

O uso de medicamentos também foi realizado em frequência variada pelos municípios, com percentual médio de 57,8% dos pacientes recebendo tratamento farmacológico.

O número de municípios que usaram apoio medicamento em 0 a 25% dos pacientes, 25,1 a 50%, 50,1 a 75 e 75,1 a 100% dos pacientes atendidos foram de 13 (22%), 8 (13%), 18 (30%) e 21 (35%), respectivamente. Observamos que entre os 13 municípios que fizeram menos uso de medicamentos, nove deles não distribuíram nenhuma medicação de apoio. Vinte e oito (47%) municípios usaram apoio medicamentoso para menos de 60% dos pacientes.

Na taxa de cessação do tabagismo, resultado principal do Programa, em 22 (37%) dos municípios, a taxa de sucesso foi de até 30%; em 26 (43%), de entre 30% e 59,9%; e em 12 (20%), de mais de 60%. Municípios que ofereceram apoio medicamentoso a 60% ou mais usuários, conforme sugestão do INCA, tiveram maior probabilidade de ter pelo menos 50% dos usuários sem fumar na quarta sessão (RR 2,29; IC95% 1,42 – 3,66;  $p < 0,05$ ).

## **DISCUSSÃO**

Conforme observamos neste estudo, o alcance do Programa nos municípios mineiros ainda era baixo em 2008, atingindo apenas 7% do total de municípios. Sobre os indicadores verificados, encontramos entre os programas municipais uma taxa média de permanência de 71,8% (IC 95%: 67,1% a 76,5%); a média das taxas de cessação na 4ª semana foi de 40,5% (IC 95%: 34,3% a 46,5%) e de uso de algum medicamento de apoio à terapia cognitivo comportamental de 57,8% (IC 95%: 49,2% a 66,3%). Encontramos forte relação entre o uso de medicamento e a taxa de sucesso (RR=2,29; IC 95% 1,42 – 3,66).

O Programa teve sua expansão na atenção primária a partir de 2004, quando possibilitou o atendimento dos fumantes nas unidades básicas de saúde. O ano 2007 foi o primeiro no qual todos os medicamentos (bupropiona, adesivo e goma) foram

distribuídos.<sup>5</sup> Entretanto, neste ano, faltaram os manuais. Em 2008, o INCA contou com regularidade no fornecimento de manuais, adesivos para reposição nicotínica e bupropiona. O problema neste ano foi o fornecimento de goma de mascar, porém esta alternativa terapêutica é a menos usada no tratamento do fumante. Por esses motivos, consideramos que este foi o primeiro ano que permite boa oportunidade para avaliação da efetividade do Programa apesar de ainda não contar com todos os recursos terapêuticos previstos.

Talvez esta dificuldade de distribuição regular de insumos possa afetar a regularidade da oferta do Programa. No presente estudo, observamos irregularidade dos atendimentos na grande maioria dos municípios. Apenas 32% ofertaram o serviço durante todo o ano. Esses achados sugerem a necessidade de melhor estruturação do Programa.

Outros motivos levantados pelo INCA que parecem prejudicar o Programa são mudanças freqüentes dos coordenadores municipais, falta de engajamento dos municípios por motivos políticos, falta de pessoal nas equipes municipais e estaduais com dedicação exclusiva e outras insuficiências da capacidade institucional (recursos financeiros, salários e apoio) para a coordenação.<sup>10</sup>

Minas Gerais, apesar de ter cadastrado apenas 7% de seus municípios, estava na terceira posição em número de unidades de saúde cadastradas para o tratamento, sendo a primeira dada ao Rio Grande do Sul e a segunda ao Paraná.

Na Tabela 1, também verificamos a grande variação no acesso dependendo do município. Uma publicação do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), no ano 2008, aponta que o objetivo dos serviços deveria ser atingir pelo menos 5% dos fumantes por cada ano.<sup>11</sup>

O grande avanço na implantação do Programa de Cessação do Tabagismo no Brasil foi em 2008. Até 2001, apenas 50 unidades de saúde estavam cadastradas para oferecer o atendimento e apenas 33 ofereciam.<sup>12</sup> O primeiro salto do número de municípios cadastrados foi de 2005 (88) para 2006 (259). O segundo salto foi de 298 municípios credenciados em 2007, o número pulou para 465 em 2008, um pouco menos que 10% dos municípios brasileiros.<sup>5</sup> A Secretaria Estadual de Minas Gerais aderiu ao Programa de Controle do Tabagismo em 2005. Até 2007 implantou o Programa e cadastrou unidades para atendimento do fumante em 45 municípios. Em 2009, mais 51 municípios novos foram cadastrados e mais unidades básicas de atendimento também foram capacitadas nas cidades que já estavam oferecendo o Programa, segundo informações da Secretaria.

Além do alcance no Estado, buscamos analisar os indicadores do Programa nos municípios. Sobre os valores encontrados para cada indicador, fica evidente na Figura 2 a heterogeneidade entre os municípios em todas as avaliações realizadas. Essa heterogeneidade pode refletir a variedade na estrutura de oferta do programa uma vez que cada unidade credenciada para o atendimento pode ter coordenadores locais de diferentes categorias profissionais, cenários de atendimento variados (desde hospitais e centros especializados até unidades básicas de saúde) e, na atenção básica, coordenadores locais com ou sem vínculo com a Estratégia de Saúde da Família. Infelizmente, com os dados disponíveis, não podemos avaliar se a variabilidade encontrada está associada a esses fatores.

Nos municípios estudados, 78% dos serviços mantiveram taxas de permanência maiores que 60% entre a primeira e a quarta sessão terapêutica. No Brasil, em 2008, o percentual médio de fumantes que abandonou o tratamento foi de



25,3%.<sup>5</sup> Pode ser importante desenvolver e avaliar estratégias de envolvimento de equipes de saúde da família e agentes comunitários afim de ampliar o engajamento familiar e comunitário no programa. A busca ativa através destes atores pode ser estratégia interessante para manter as taxas de abandono menores que 20%.

A permanência no grupo terapêutico é importante já que ensaios clínicos demonstram que a terapia comportamental apresenta sucesso mesmo em seu uso isolado, além de aumentar o sucesso de tratamento medicamentoso quando usados simultaneamente. Uma meta-análise realizada em 2005 encontrou aumento importante na cessação do tabagismo em pacientes que participaram de programas de grupo vs. os sem intervenção (RC = 2,17; IC 95%: 1,37-3,45) ou quando comparado ao recebimento de material de auto-ajuda sem instruções face-a-face (RC = 2,04; IC 95%: 1,60-2,60).<sup>15</sup>

No uso de medicamentos encontramos resultados inesperados neste estudo, uma vez que apenas 53,3% dos municípios tiveram 60% ou mais dos pacientes usando medicamento, parâmetro sugerido pelo INCA.<sup>5</sup> No Brasil, em 2008, o percentual de fumantes que usou apoio medicamentoso foi de 71,3%.<sup>5</sup>

Podem contribuir com baixo acesso ao uso de medicamentos no Programa Nacional as seguintes características: o perfil de usuário atendido (a equipe pode tender a oferecer uma primeira tentativa de tratamento sem medicação no caso de o usuário nunca ter passado por tentativa de tratamento com apoio de profissional de saúde), a composição da equipe que conduz o Programa (especialmente no caso de não contar com médico para prescrição de medicação, apesar do adesivo não necessitar de receita médica no Brasil) e a regularidade do fornecimento de medicação gratuita pelo município.

Uma meta-análise de 2008 conclui que o uso de terapias de reposição de nicotina aumenta as taxas de cessação em 50 a 70% independente do cenário de tratamento, da duração do uso ou da intensidade de suporte terapêutico adicional.<sup>14</sup> Outra meta-análise de 2008 que avalia as farmacoterapias para parar de fumar confirma a efetividade dos tratamentos usados no Programa do INCA encontrando uma razão de chances (RC) para terapia nicotínica através do uso de adesivos de 2,07 (IC 1,69 a 2,62), através do uso de goma RC 1,71 (IC 95%: 1,35-2,21) e bupropiona com RC = 2,07 (IC 95%: 1,73-2,55).<sup>13</sup> O consenso nacional<sup>10</sup> assim como os consensos internacionais<sup>2</sup> propõe o apoio medicamentoso nas abordagens terapêuticas aos fumantes. A forte relação encontrada neste trabalho entre o uso de medicamento e a taxa de sucesso vai de encontro às diretrizes terapêuticas atuais.

Sobre a taxa de cessação, 65% dos municípios mineiros conseguiram ter mais de 50% dos fumantes sem fumar na quarta sessão. O percentual médio nacional de fumantes sem fumar na quarta sessão estruturada no mesmo ano foi de 52%.<sup>5</sup> É importante salientar que o período de quatro semanas é curto para uma real percepção de sucesso do Programa. Aproximadamente 2/3 de todos os lapsos iniciais acontecem dentro dos primeiros três meses após a cessação.<sup>17</sup> As meta-análises do Cochrane consideram para indicador de sucesso terapêutico a abstinência por período de pelo menos seis meses provavelmente devido a comum ocorrência de recaídas neste período inicial de tratamento.<sup>14</sup> Entretanto o período do primeiro mês permite avaliar o momento mais intensivo do Programa do INCA (constituído de encontros semanais estruturados com uso de material educativo padronizado, definição do início do uso de medicamentos e sugestão do agendamento do dia para parar de fumar).

O NICE indica que um objetivo para os serviços de tratamento do tabagismo é uma taxa de sucesso (cessação) de no mínimo 35% na quarta semana, com resultado validado por monitoramento através da medida de monóxido de carbono. Recomenda que o serviço considere como denominador do cálculo todos aqueles que iniciaram o tratamento e o sucesso seja definido por aqueles que não estiverem fumando na terceira ou quarta semana após a data marcada para parar de fumar. Isso não implica que o tratamento deva parar nas 4 semanas.<sup>11</sup> Tomando como base este parâmetro, os resultados do Programa em Minas Gerais tem sido muito bons. No entanto, precisamos salientar que a forma de aferir a cessação usada na maioria dos estudos nacionais e rotineiramente usada nos serviços de saúde é o auto-relato. Esta condição pode subestimar a prevalência de fumantes.

Na busca de estudos nacionais sobre o Programa Nacional de Tratamento do Tabagismo, encontramos um ensaio clínico randomizado realizado no Rio de Janeiro com proposta terapêutica semelhante ao modelo INCA com grupos de intervenção que participaram de um a quatro encontros estruturados de terapia cognitivo-comportamental recebendo ou não adesivos. Neste ensaio clínico a abstinência no primeiro mês de tratamento foi entre 13,9 a 29,3% nos grupos sem adesivos e entre 59,3 a 65,7% nos grupos que receberam adesivos. Após seis meses as taxas de cessação ficaram entre 21,6 a 25,3% nos grupos sem adesivos e entre 32,8 a 37,3% nos grupos que receberam adesivos além da terapia comportamental. A medida de desfecho (abstinência) foi obtida através de contato telefônico.<sup>15</sup>

Usando as medidas do estudo acima estimamos que aos seis meses, a média das taxas de cessação em Minas Gerais em 2008 ficaria em torno de 33,4%. Dessa forma, podemos comparar o achado com estudos internacionais que usam o mínimo

de seis meses de abstinência para avaliar o sucesso terapêutico de seus programas. Estudos internacionais encontram taxas de cessação entre 6 a 12 meses de em média 19,7% entre pacientes que usaram bupropiona, 18,9% entre tratados com goma e 13,3% entre tratados com adesivo transdérmico.<sup>13</sup> Alguns estudos associavam medidas suportivas tais como terapia comportamental desde que usadas nos grupos tratados e nos grupos placebo. Sendo assim, nossos dados demonstram um potencial sucesso superior a estes estudos. Esse diferencial, se verdadeiro, pode dever-se a associação de materiais educativos, terapias cognitivas, maior uso de medicamentos, vínculo com os profissionais e até facilidade de acesso (distância reduzida) nos casos dos serviços de atenção primária.

Outro estudo nacional realizado no Ambulatório de Apoio ao Tabagista em Hospital de Fortaleza (conduzido por pneumologista e equipe interdisciplinar) também tratou pacientes no modelo INCA e obteve taxa de cessação de 50,8% e taxa de abandono de apenas 11,8% avaliando pacientes no Programa há pelo menos 12 meses.<sup>6</sup> Este estudo demonstrou taxa de cessação ainda acima da média esperada para este período. Este sucesso pode estar associado à inclusão de pacientes com pneumopatia ou outras co-morbidades, potencialmente mais motivados, e ao alto uso de medicação entre participantes deste programa.

Conforme apresentado na Tabela 1, devemos estar atentos aos numeradores e denominadores que determinam o indicador da taxa de cessação. É evidente que se o universo analisado para esse indicador considerar os pacientes presentes na quarta sessão estaremos desconsiderando o abandono entre a primeira e a quarta sessões e obteremos assim um maior percentual de pacientes sem fumar. A padronização do denominador desta equação foi recentemente determinada pelo INCA e considera

que o universo a ser avaliado é o número de pacientes presentes na primeira sessão. Dessa forma, as perdas são consideradas como ainda fumantes, semelhante à metodologia usada nas meta-análises.<sup>13, 16</sup> Talvez por isso as taxas de cessação apresentadas anteriormente em notícias regionais sobre o Programa de Cessação do Tabagismo tendiam a apresentar valores maiores do que os atuais.

O tratamento do tabagismo é altamente custo-efetivo mesmo quando produz abstinência sustentada a uma minoria dos fumantes tratados. Tratamentos, desde os apenas de aconselhamento clínico breve até os mais intensivos, associados ou não a medicações, apresentam razões de custo-efetividade melhores do que aquelas de tratamento da hipertensão, dislipidemia ou outras intervenções preventivas tais como mamografias periódicas.<sup>2</sup> De fato, o tratamento do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” da custo-efetividade nos cuidados em saúde.<sup>2</sup> Sendo assim, o Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante coordenado pelo INCA merece melhor financiamento e condições de ampliação.

Se considerarmos um cenário com as médias encontradas neste estudo para as taxas de uso de medicação, permanência e cessação teríamos que tratar três pessoas ( $NNT = 100/(40,5-6,0) = 2,90$ ) para que uma pare de fumar ao final do primeiro mês de tratamento ou trataríamos quatro pessoas ( $NNT = 100/(33,4-6,0) = 3,65$ ) se considerarmos nossa estimativa de cessação para 6 meses. Para este cálculo admitimos que a cessação em pessoas com intervenção de controle seja de 6%. Uma revisão sistemática da Cochrane em 2008 encontrou um máximo de 6% de taxa de cessação para aconselhamento breve realizado por médicos gerando um NNT de 48 para esta intervenção.<sup>18</sup>

A efetividade observada, apoiada pelos dados de múltiplos ensaios clínicos, é um bom motivo para investir na regularidade e ampliação do serviço nos municípios. As dificuldades dos municípios em oferecer medicação precisam de avaliação, já que esse apoio terapêutico determina uma maior chance de cessação para o paciente.

Limitações de nosso estudo merecem menção. Utilizar dados secundários aumenta o risco de erros. Às vezes encontramos problemas no preenchimento das planilhas que nem sempre davam para resolver a partir de discussão com os coordenadores. Como a aferição da cessação foi apenas por auto-relato, é possível que sucesso do programa esteja superestimado. Finalmente, nossa extrapolação dos dados para estimar taxas de sucesso após 6 meses e os NNTs são apenas estimativas e precisam ser interpretadas com cautela.

Concluimos através desse estudo que o Programa, com média de taxas de cessação de 40,5% no primeiro mês, apresenta boa efetividade. Os resultados são melhores especialmente em municípios com uso de apoio medicamentoso na maioria dos pacientes atendidos. Precisamos, no entanto, de estudos com dados primários para chegar a uma conclusão mais robusta, especialmente devido aos problemas de preenchimento local das planilhas. Sendo confirmados os resultados obtidos neste estudo, justifica-se maior investimento e expansão do Programa.

**Tabela 1.** Descrição do alcance do Programa de Tratamento do Tabagismo do SUS em municípios de Minas Gerais com registro de mais de 200 fumantes avaliados, 2008.

<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>	<b>População</b>	<b>Estimativa de Fumantes* (A)</b>	<b>Nº Pacientes Avaliados em 2008 (B)</b>	<b>Percentual de Fumantes Atendidos (B/A)</b>
Poços de Caldas	Poços de Caldas	151.449	15.460	1.206	7,8%
Lavras	Lavras	91.333	8.800	556	6,3%
Juiz de Fora	Juiz de Fora	526.726	52.180	406	0,8%
Uberaba	Uberaba	296.261	28.700	279	1,0%
Florestal	Pará de Minas	6.086	613	271	44,2%
Piranguinho	Itajubá	8.160	791	263	33,3%
Mateus Leme	Belo Horizonte	28.998	2.573	220	8,5%

\* Para estimativa de fumantes consideramos 15,1% da população maior de 15 anos segundo PNAD. <sup>19</sup> O percentual desta faixa etária na população por município foi obtido do DATASUS/IBGE.

**Tabela 2.** Pacientes avaliados, participantes da primeira sessão e taxas globais de permanência e cessação de fumar no momento da 4ª sessão no Programa de Tratamento do Tabagismo do SUS em municípios de Minas Gerais, 2008.

Período	Pacientes atendidos na consulta de avaliação clínica	Pacientes que participaram da 1ª sessão	Pacientes que participaram da 4ª sessão	Pacientes sem fumar na 4ª sessão
	N	N (%)*	N (%)**	N (%)***
Janeiro a Março	1318	1127 (86%)	831 (74%)	545 (48%)
Abril a Junho	1708	1492 (87%)	1091 (73%)	763 (51%)
Julho a Setembro	2236	1837 (82%)	1325 (72%)	856 (47%)
Outubro a Dezembro	2007	1848 (92%)	1370 (74%)	920 (50%)
Total	7269	6304 (87%)	4617 (73%)	3084 (49%)

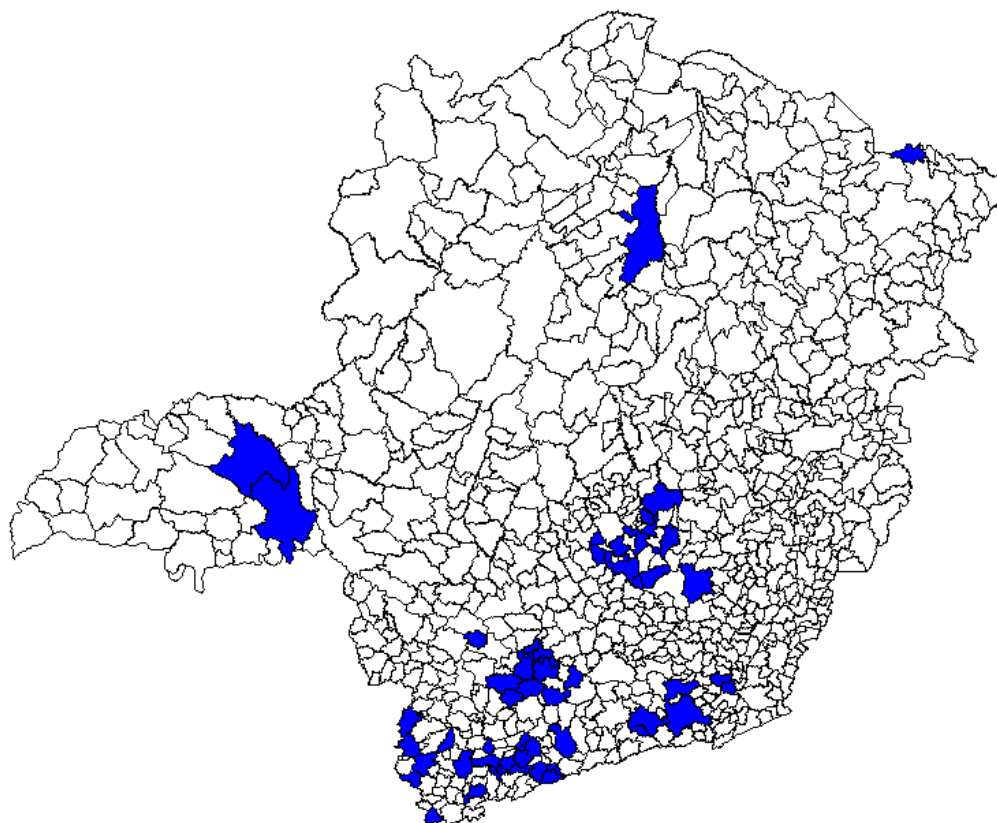
\* Percentual de pacientes avaliados que compareceram à primeira sessão.

\*\* Percentual de pacientes da primeira sessão que compareceram na quarta sessão.

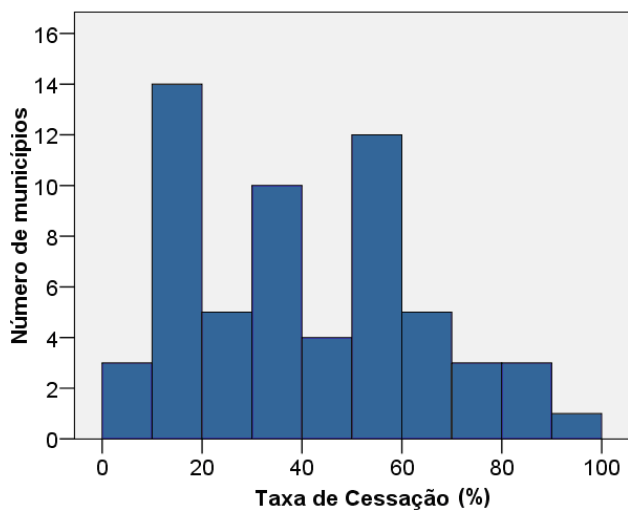
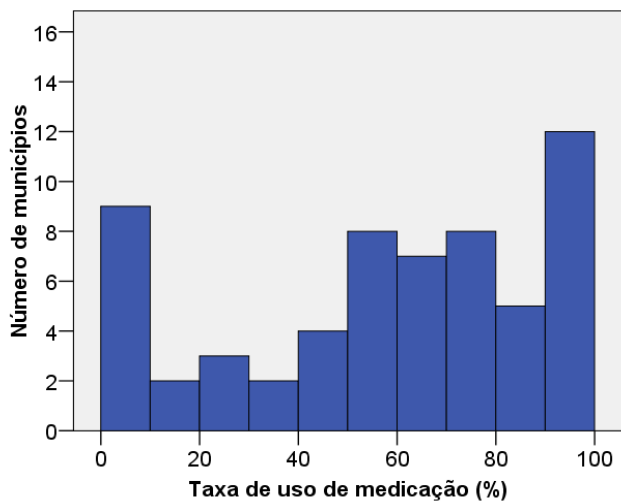
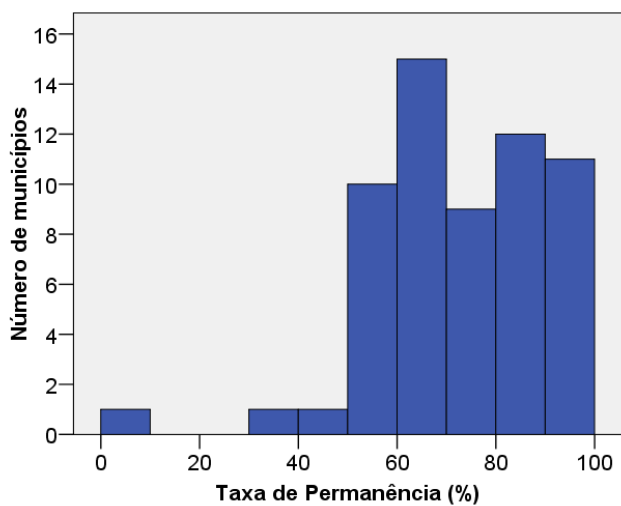
\*\*\* Percentual de pacientes da primeira sessão que compareceram na quarta sessão e estavam sem fumar.



**Figura 1.** Municípios cadastrados no Programa de Tratamento do Tabagismo do SUS em Minas Gerais no ano 2008.



**Figura 2.** Distribuição da taxa de permanência, percentual de uso de medicamento e taxa de cessação entre os municípios, no Programa de Tratamento do Tabagismo do SUS em municípios de Minas Gerais, 2008.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. WHO Global Report. Geneva: WHO; 2008.
2. Guideline USA, 2008 - U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. May, 2008
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS [acessado em 14/07/2010] Disponível em [http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf)
4. Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para rede de atenção básica e média complexidade do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.24, 1 de junho de 2005. Seção 1
5. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aroupa/FIOCRUZ; 2009.
6. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006; 32(5): 410-417.
7. Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS et AL. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(2):439-449.
8. Cavalcante, TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica* . 2005, 32: 283-300.
9. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Abordagem e Tratamento do Fumante, Consenso, 2001. Rio de Janeiro, INCA, 2001.
10. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Documento de discussão – saúde,

- nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2008; 17(4):301-304.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008. (Public health guidance: n° 10).
  12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional do Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer: Modelo Lógico e Avaliação. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
  13. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Belisle P, Mottillo S; Joseph L et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association Journal* . 2008; 179(2): 135-144.
  14. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008: 1.
  15. Otero UB, Perez, CA, Szklo M. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006; 22(2):439-449.
  16. Stead LF, Lancaester T. Group Behavior Therapy Programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; 2.
  17. Marlatt, GA., Gordon, JR. Prevenção da Recaída – Estratégia e Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
  18. Stead LF; Bergson, G; Lancaster, T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; 2.
  19. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Pesquisa Especial de Tabagismo. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.

## **ARTIGO 2**

### **Taxa e Fatores Preditivos de Sucesso na Cessação do Tabagismo em Cenário da Atenção Primária Brasileira.**

Rate and predictive factors of successful smoking cessation in Brazilian primary care settings.

Juliana Dias Pereira dos Santos, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado à Revista Tobacco Control (em tradução)**

# **TAXA E FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA.**

## **RATE AND PREDICTIVE FACTORS OF SUCCESSFUL SMOKING CESSATION IN BRAZILIAN PRIMARY CARE SETTINGS.**

**Juliana Dias Pereira dos Santos** <sup>1,2</sup>

**Bruce Bartholow Duncan** <sup>1</sup>

**Mery Natali Silva Abreu** <sup>3</sup>

**Sérgio Antônio Sirena** <sup>4</sup>

**Elisabeth Blanc Hermont** <sup>5</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS
2. Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte-MG
3. Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG
4. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS
5. Coordenação Municipal do Programa de Abordagem do Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Betim-MG

### **Endereço para correspondência:**

Juliana Dias Pereira dos Santos

Rua Professor Moraes, 476, apto 1303, Bairro Funcionários, Belo Horizonte, MG, Brasil.

CEP 30250-370

E-mail: [juligaucha@gmail.com](mailto:juligaucha@gmail.com)

**Key words (MeSH Terms):** Smoking, Smoking Cessation, Primary Health Care

Número de palavras: Resumo **140** palavras, Texto **4396** palavras (máximo 3500) excluindo folha de rosto, sumário, referências, figuras e tabelas.

Ordem: Folha de Rosto, Resumo, Trabalho Texto Principal (Tabelas inseridas), Agradecimentos, Referências Bibliográficas

## Resumo

O tabagismo é importante fator de risco para doenças crônicas não-transmissíveis e mortes evitáveis. Este trabalho demonstra o perfil de 155 pacientes e avalia a efetividade e os fatores associados ao sucesso do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte e Betim no ano 2008. A cessação por mais de seis meses foi alcançada por 66 (42,6%) participantes, sendo 55 (35,5%) por mais de 15 meses. O Programa conta ainda com poucos problemas na distribuição dos medicamentos, baixa taxa de abandono e alta indicação de medicação resultando em alta satisfação dos usuários. Os preditores de sucesso identificados foram a classificação da motivação como preparado para ação na avaliação inicial do Programa (RR 1,77 IC95%: 1,25-2,53 p=0,001), idade de início do tabagismo maior ou igual a 16 anos (RR 1,71 IC95% 1,17-2,51 p=0,006) e pais não fumantes (RR 2,15 IC95% 1,19-3,89, p=0,011). Concluímos que o programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS é efetivo, atinge as populações mais vulneráveis e merece forte expansão.

**Descritores:** Tabagismo/tratamento, Abandono do Hábito de Fumar, Abandono do uso de tabaco; Atenção Primária à Saúde

## Abstract

Smoking is an important risk factor for chronic non-communicable diseases and preventable deaths. This study evaluates the smoking cessation program offered by the Sistema Único de Saúde in the municipalities of Belo Horizonte and Betim in 2008, characterizing the profile of 155 users, describing Program effectiveness and evaluating factors associated with this effectiveness. Cessation for longer than six months was achieved by 66 (42.6%) participants and, for longer than 15 months, by 55 (35.5%) participants. The program had few problems with medication distribution, a low abandonment rate, high medication use, and high user satisfaction. The predictors of success identified were the motivational classification of “prepared for action” at initial program assessment (RR 1,77 IC95%: 1,25-2,53 p=0,001), beginning of tobacco use at the age of or above 16 (RR 1,71 IC95% 1,17-

2,51 p=0,006) and non-smoking parents (RR 2,15 IC95% 1,19-3,89, p=0,011). We conclude that the smoking cessation program offered by the SUS is effective, reaches the most vulnerable populations and deserves strong expansion.

**Key words:** Smoking/Treatment, Smoking Cessation, Primary Health

## **Introdução**

No século XX a epidemia tabágica matou 100 milhões de pessoas no mundo. No século XXI, poderá matar um bilhão.<sup>1</sup> O tratamento da dependência do fumo é clinicamente efetivo e altamente custo-efetivo.<sup>1, 2</sup> No Brasil, o tratamento do tabagismo é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através de um programa coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) que credencia as Unidades Básicas de Saúde desde 2004 para esse serviço.<sup>3, 4</sup> Poucos estudos avaliaram a efetividade do programa nacional através da taxa/índice de cessação do tabagismo a longo prazo, especialmente quando oferecido nas unidades básicas de saúde.<sup>5, 6, 7</sup>

O tratamento do tabagismo foi inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que gerou as Portarias Ministeriais GM/MS no 1.035, de maio de 2004 e SAS no. 442, de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dependência à Nicotina. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo para além dos serviços de média complexidade da rede do SUS alcançando mais pessoas através da oferta deste serviço na atenção primária.<sup>4, 8, 9</sup>

O programa de tratamento de tabagismo sugerido pelo INCA propõe diretrizes clínicas incluindo a avaliação inicial com questionário padronizado que



inclui questões sobre a história tabágica e co-morbidades. O tratamento da abordagem intensiva preconizado pelo INCA sugere participação dos pacientes em grupos de terapia cognitivo-comportamental sendo sugeridos encontros semanais no primeiro mês, quinzenal no segundo mês e mensal nos demais 10 meses. Dessas sessões terapêuticas, as quatro primeiras (primeiro mês de tratamento) trazem roteiro bastante sistematizado com uso e distribuição de manual padronizado para cada uma delas. O apoio medicamentoso é indicado aos fumantes pesados (que consomem mais de 20 cigarros por dia) ou com elevado e muito elevado grau de dependência (avaliados pelo Teste de Fagerstrom). As unidades de atendimento cadastradas para abordagem intensiva recebem gratuitamente gomas de mascar de 2mg, adesivos de nicotina de 7, 14 e 21mg e bupropiona 150mg.<sup>10</sup>

Através da avaliação inicial, fica estabelecido o diagnóstico de tabagismo, indicação ou não para participação em terapia cognitivo-comportamental de grupo e, se haverá apoio medicamentoso, de qual tipo. As sessões terapêuticas de grupo são programadas para duração média de duas horas, com a participação de dois profissionais que abordam a dependência de nicotina, como parar de fumar e a prevenção de recaída.

Esta pesquisa tem o objetivo de verificar o perfil dos participantes, a adesão e a satisfação do usuário com o programa e a taxa de cessação do tabagismo após um período mínimo de 18 meses do início do tratamento oferecido pela atenção primária do Sistema Único de Saúde em dois municípios de Minas Gerais.

## **Métodos**

Em estudo de coorte histórico não controlado avaliamos os participantes que iniciaram em 2008 nos programas de cessação de tabagismo de dois municípios da região metropolitana de Minas Gerais: Belo Horizonte e Betim.

Em Betim o programa acontece desde 2007 e além da coordenação ligada à secretaria de saúde municipal conta com o apoio de uma Superintendência Anti-drogas que atende usuários do município de forma abrangente e sem restrição territorial. Em Belo Horizonte, a Secretaria de Saúde optou por realizá-lo vinculado ao território e à estratégia de saúde da família. Os usuários deste município são inscritos no centro de saúde responsável pela área de abrangência de sua residência. Tanto em Belo Horizonte quanto em Betim o programa iniciou de forma efetiva em 2008.

Os locais do estudo compreenderam todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família que ofereceram este serviço em 2008 sendo um total de cinco em Belo Horizonte e duas em Betim. A inscrição e a avaliação inicial dos fumantes ocorriam nas UBS e os grupos terapêuticos ocorriam nestas unidades ou em outros locais da comunidade próximos às UBS. Realizamos questionários semi-estruturados breves a um dos dois coordenadores locais do programa de cada UBS e às coordenadoras municipais do programa para entendimento do formato da oferta do serviço nos diferentes locais.

Conforme relato dos coordenadores locais, existiam algumas diferenças entre municípios e Unidade Básica de Saúde (UBS) no ingresso ao programa. Os participantes de Betim inscreveram-se livremente e passaram por três encontros preparatórios antes de ingressar definitivamente nos grupos terapêuticos. Em Belo

Horizonte, na maioria das UBS houve uma reunião explicando para os pacientes como funciona o programa e a seleção e priorização de inclusão dos participantes varia ocorrendo em alguns casos priorização por risco aumentado para adoecer ou caso a caso à critério da ESF. Critérios comuns a todos os locais estudados para incluir pacientes são o desejo do paciente de parar de fumar e sua disponibilidade para participar dos grupos terapêuticos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (Parecer de Aprovação No. 0800.0.410.165.09A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O tipo de amostragem deste estudo foi consecutiva, ou seja, incluiu todos os participantes de grupos terapêuticos iniciados em 2008. Os indivíduos foram identificados através de listas disponibilizadas pela coordenação municipal ou pela própria UBS. A população elegível para esta pesquisa incluiu todos os fumantes que compareceram à pelo menos uma sessão terapêutica das quatro iniciais (n =198, 71 em Belo Horizonte e 127 em Betim). Desses, 18 não tinham a ficha de avaliação inicial disponível nos arquivos do serviço e 34 (17%) pessoas foram perdidas, resultando em 155 entrevistados, 56 em Belo Horizonte e 99 em Betim na amostra final. As perdas foram causadas por óbito (2) e por dificuldade de encontrar o participante (mudança, viagem ou internação para os 32 demais). Não houve recusa para responder à pesquisa.

Os dados de cada participante foram obtidos através de dois instrumentos: a ficha padronizada pelo INCA, preenchida pelos profissionais no início do tratamento, e um questionário estruturado desenvolvido para este estudo e aplicado em domicílio

por entrevistador entre 18 e 30 meses após o ingresso no programa. Este questionário avaliou perfil epidemiológico (dados sociodemográficos, escolaridade, estado de saúde), características sobre a intervenção (participação, o uso de medicamento e satisfação dos usuários com o programa) e características atuais do seu hábito tabágico (incluindo perguntas sobre conhecimento sobre doenças relacionadas ao fumo, cessação e motivação para parar de fumar). A cor foi preenchida por avaliação do entrevistador.

O questionário do INCA indagava sobre co-morbidade, incluindo depressão e saúde mental, estas através das perguntas “Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?” e “Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?”.

Classificamos aderência ao tratamento como “abandono” quando houve presença em menos que quatro encontros, “regular” se presença em 4 a 6 sessões dos grupos terapêuticos, “boa” entre 7 e 9 sessões e “ótima” com 10 ou mais sessões.

A variável desfecho foi a abstinência definida por relato do paciente na entrevista domiciliar. Considerou-se sucesso total a cessação do hábito de fumar contínua por mais de seis meses e estar sem fumar no momento da entrevista; sucesso terapêutico reflete a cessação contínua por mais de seis meses e estar fumando no momento da entrevista; sucesso parcial retrata a cessação por tempo superior a três meses e inferior a seis meses independente do status atual; e insucesso, persistência do hábito tabágico apesar do tratamento (mesmo que tenha parado por até três meses). Abandono do programa foi considerado quando o participante frequentou menos de quatro sessões.<sup>11</sup>

Os resultados são apresentados no texto com valor da média seguido de desvio padrão ou N seguido de percentual entre parênteses. Associações foram

investigadas usando Poisson Robusto ajustando para potenciais fatores de confusão. A análise de dados foi realizada no programa estatístico SPSS.

## **Resultados**

Na Tabela 1 apresentamos as características sócio-demográficas dos entrevistados. A faixa etária era alta (mais de 70% com mais que 45 anos) e havia predominância feminina. A escolaridade de 76 (49%) participantes era menor que o nível fundamental completo. A renda individual dos entrevistados era baixa sendo para 70 (45%) de até um salário mínimo e para 131 (84,5%) de até três salários. A escolaridade dos pais era baixa com apenas 7,8% dos pais e 8,4% das mães com nível fundamental completo ou mais anos de estudo. Os pais de 114 (73%) e as mães de 64 (41%) dos entrevistados foram ou permaneciam fumantes.

Sobre as características clínicas, a idade média inicial do hábito de fumar era de 16,6 ( $\pm 6,30$ ) anos com mediana de 15 anos, 138 (90,2%) eram fumantes de longa data (mais de 20 anos) e 43 (28%) fumavam mais de 20 cigarros (esta característica teve diferença importante entre o grupo de Belo Horizonte – 21% - e Betim – 32%). O grau de dependência dos fumantes inscritos no programa foi avaliado de duas formas: 125 (81,7%) fumantes responderam fumar o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar (74,5% em Belo Horizonte e 85,7% em Betim) e 113 (73,9%) dos participantes pontuaram o suficiente para alcançar a classificação de elevado (TF = 6 ou 7 pontos) ou muito elevado (TF = 8 a 10 pontos) grau de dependência no Teste de Fagerstrom. A maioria dos participantes já teve tentativa prévia para deixar de fumar, mas apenas 37 (24%) tentaram mais de três vezes. Sobre a avaliação da motivação para deixar de fumar diferença importante foi encontrada entre os dois

municípios: 63,6% dos participantes de Belo Horizonte versus 21,1% dos de Betim foram avaliados como prontos para parar de fumar (grau de motivação = ação).

Sobre as co-morbidades, encontramos alto percentual de hipertensos (32,4%), conforme esperado para esta faixa etária e alto percentual de relato de problema pulmonar ou respiratório (38,6%) conforme esperado para tabagistas. O maior percentual de doença co-relatada foi depressão ou ansiedade que atingiu 68%, sendo que 35,6% incluíam relato de tratamento psiquiátrico ou psicológico. A frequência relatada do uso de álcool era de 39 (27,3%) que bebiam nos finais de semana e cinco (3,5%) que bebiam todos os dias.

**Tabela 1.** Perfil Sócio-demográfico e Clínico dos Pacientes do Programa de Cessação do Tabagismo em 2008

<b>Características Sócio-demográficas</b>	<b>Total (n = 155)</b>	
	N ou Média	% ou EP
Sexo Feminino	122	78,7
Idade (media)	49,6	9,08
25 a 44 anos	43	27,7 %
>= 45 anos	112	72,2 %
Cor/Raça		
Branco	51	32,9 %
Não-branco	104	67,1 %
Escolaridade (série completa)		
Até 3 anos	18	11,6 %
4 a 7 anos	58	37,4 %
8 anos ou mais	79	51,0 %
Renda		
Até 1 salário mínimo	70	45,1 %
Mais de 1 salário	83	53,5 %
História de Tabagismo dos Pais		
Pai e Mãe não-fumantes	23	14,8 %
Apenas Pai ou Mãe fumante	81	52,2 %
Pai e Mãe fumantes	48	31,2 %
<b>Características Clínicas</b>		
<b>História Tabágica</b>		
Idade média de início do tabagismo (anos)	16,6	6,30
Tempo médio de tabagismo (anos)	33,0	0,85
Fumam mais de 20 cigarros	43	28,1 %
Fumam em até 30 min após acordar	125	81,7 %
Grau de dependência elevado (TF>5)*	113	73,9 %
Tentativas de Parar de Fumar		
Nenhuma	26	16,9 %
1 a 3 vezes	82	53,2 %
Mais de 3 vezes	37	24,0 %
Grau de Motivação		
Preparado para a ação	48	34,5 %
Contemplação	91	58,7 %

Totais inferiores a 155 para algumas características devem-se a respostas “não sabe” ou faltantes. \* TF = Teste de Fagerstrom

Na Tabela 2 apresentamos as características da participação dos usuários no programa identificando o percentual de fumantes por número de presenças nas sessões terapêuticas em grupo, o percentual de pacientes que usou medicação e o desfecho de cessação do tabagismo.

Sobre a intervenção, houve maior participação do programa em Betim do que em Belo Horizonte: 40 (71,5%) participantes de Belo Horizonte e 78 (86,9%) dos de Betim tiveram participação Boa e Ótima (mais de 6 sessões) . O abandono foi baixo em ambos os municípios.

O envolvimento da Agente Comunitária de Saúde incentivando a participação no programa foi relatado por apenas 25 (16%) dos participantes sem apresentar impacto na cessação do tabagismo.

Um total de 41 (73,2%) pacientes de Belo Horizonte e 76 (76,8%) de Betim receberam apoio medicamentoso, com apenas um tipo de medicação usada em 72 pessoas (46,4%). Desses, 33 (21,3%) usaram adesivo de nicotina, 35 (22,6%) bupropiona, 3 (1,9%) goma e 1 (0,6%) nortriptilina. O uso associado de bupropiona e adesivo foi recurso de escolha para 28 (18,1%) dos participantes e outras associações foram usadas em 17(11,0%) dos casos. Menos de 10% dos participantes relataram problemas no recebimento de medicação. No total, o uso de nortriptilina aconteceu em apenas 4 (2,6%) dos pacientes.

Sobre o aprendizado em relação aos temas abordados nos encontros, 152 (98%) dos participantes relatam que aprenderam sobre malefício do hábito de fumar, doenças causadas ou agravadas pelo tabagismo e formas de prevenir recaída. A satisfação com o programa recebeu as duas melhores categorias de avaliação em 149 (96%) dos casos – 32 (20,5%) avaliaram o tratamento recebido como “Bom” e 117



(75,5%) como “Muito Bom”. A avaliação positiva se repete quando 143 (92,5%) recomendariam com certeza o programa para outra pessoa.

Em termos de cessação, 55 (35,5%) dos participantes ficaram sem fumar por pelo menos seis meses e estavam sem fumar no período da entrevista alcançando o sucesso total do programa a longo prazo. O melhor desempenho do programa neste aspecto foi em Belo Horizonte obtendo 27 (48,2%) casos de sucesso total versus 28 (28,3%) em Betim. Adicionalmente, 11 (7,1%) pacientes relataram ter parado por mais que 6 meses (sucesso terapêutico), mas depois recaíram, e 3 pessoas conseguiram reduzir o hábito a ponto de fumar menos que diariamente, ou seja, menos que um cigarro por dia.

**Tabela 2.** Participação nos Grupos, Uso de Medicação e Desfechos

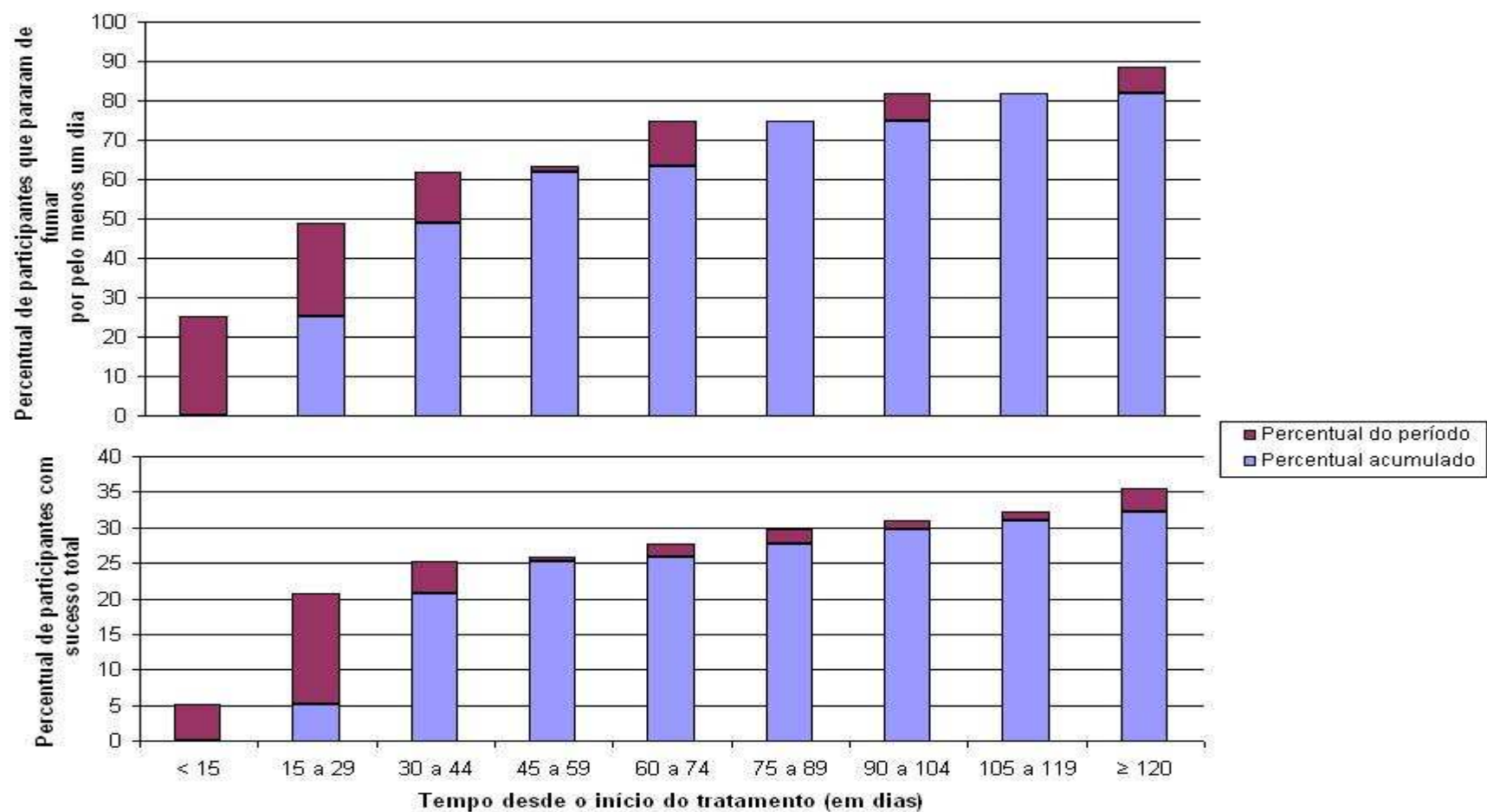
Características	Belo Horizonte (n = 56)		Betim (n = 99)		Total (n = 155)	
	N	%	N	%	N	%
Participação nos Grupos (%)						
Abandono (< 4 sessões)	1	1,8	6	6,1	7	4,5
Regular (4 a 6 sessões)	15	26,8	7	7,1	22	14,2
Boa (7 a 9 sessões)	17	30,4	8	8,1	25	16,1
Ótima (≥10 sessões)	23	41,1	78	78,8	101	65,2
Uso de Medicação						
Qualquer medicação	117	76,5	41	73,2	76	76,8
Adesivo (<4 sem)	6	10,7	16	16,2	22	14,2
Adesivo (=>4 sem)	24	42,9	26	26,3	50	32,3
Bupropiona (<4 sem)	9	16,1	19	19,4	28	18,2
Bupropiona (=>4 sem)	8	14,3	33	33,7	41	26,6
Goma (<4 sem)	7	12,5	5	5,1	12	7,8
Goma (=> 4 sem)	2	3,6	4	4,1	6	3,9
Bupropiona e Adesivo	7	12,5	21	21,2	28	18,1
Desfecho* (%)						
Insucesso	21	37,5	51	51,5	72	46,5
Sucesso Parcial	4	7,1	13	13,1	17	11,0
Sucesso Terapêutico	4	7,1	7	7,1	11	7,1
Sucesso Total	27	48,2	28	28,3	55	35,5

} 42,6%

\* Insucesso refere-se aqueles que não pararam de fumar ou pararam por no máximo 3 meses; Sucesso Parcial refere-se ao fumante que parou de fumar por mais de 3 meses e menos que 6 meses independente do status tabágico na entrevista; Sucesso Terapêutico refere-se ao fumante que parou de fumar por mais de 6 meses mas atualmente fuma (recaída); e Sucesso Total refere-se ao fumante que parou de fumar por mais de 6 meses e mantém-se ex fumante no período da pesquisa (mais de 12 meses após ingresso no programa).

A Figura 1 mostra o progresso dos participantes no programa em termos temporais. Apenas 17 (11%) pessoas não conseguiram ficar sem fumar por pelo menos um dia. O primeiro dia sem fumar ocorreu nos primeiros 14 dias do programa para 39 (25,2%; gráfico superior). Após 30 dias do início do programa 76 (49%) dos participantes pararam de fumar por pelo menos um dia, e ao final dos primeiros três meses, 116 (74,8%).

**Figura 1.** Percentual de participantes que conseguiram ficar sem fumar por pelo menos um dia (gráfico superior) e percentual de participantes que iniciaram sua cessação definitiva (gráfico inferior), conforme o tempo em dias após o início do tratamento. A cor vermelha representa a percentagem que alcançou o desfecho naquele período, a cor azul o percentual acumulado dos períodos anteriores.



Até 30 dias do início do programa 32 (58,2%) daqueles que alcançaram sucesso total tinham iniciado a cessação (painel inferior). Em três meses, este percentual fica em 83,6% (46 de 55 sucessos). O último a parar de fumar teve o início de sua cessação definitiva após 175 dias do início do programa. Atentar que, apesar do critério estabelecido para sucesso total ter sido seis meses de cessação, a maioria desses ex-fumantes está sem fumar por mais de 12 meses, pois entrou no tratamento há mais de 18 meses.

**Tabela 3.** Análise Univariada de Fatores Associados à Cessação do Tabagismo (Sucesso Terapêutico ou Total)

Características	Desfecho		Total n (%)	RR	IC 95%	p
	Sucesso (Incidência de Sucesso)	Insucesso				
<b>Sócio-demográficas</b>						
Renda						
Até 1 salário	24 (34%)	46	70 (45%)	<b>1</b>		
Mais de 1 salário	41 (49%)	42	83 (53%)	<b>1,44</b>	<b>0,97 – 2,13</b>	<b>0,06</b>
<b>Co-morbidades</b>						
Diabetes						
Não	62 (46%)	74	136 (91%)	<b>1</b>		
Sim	3 (23%)	10	13 (8,7%)	<b>0,51</b>	<b>0,18 – 1,39</b>	<b>0,12</b>
Uso de Bebida						
Nunca/ Raramente	39 (39%)	60	99 (64%)	<b>1</b>		
Finais de Semana/ Todos os Dias	24 (54%)	20	44 (28%)	<b>1,38</b>	<b>0,96 – 1,99</b>	<b>0,09</b>
<b>História Tabágica</b>						
Pais Fumantes						
Pai e Mãe Não Fumantes	12 (53%)	11	23 (15%)	<b>1</b>		
Apenas Mãe Fumante	8 (61%)	5	13 (8%)	<b>1,18</b>	0,66 – 2,11	0,59
Apenas Pai Fumante	31 (45%)	37	68 (44%)	<b>0,87</b>	0,55 – 1,40	0,58
Pai e Mãe Fumantes	15 (29%)	36	51 (33%)	<b>0,56</b>	<b>0,32 – 1,00</b>	<b>0,06</b>
Idade de início						
Até 15 anos	27 (35%)	50	77 (50%)	<b>1</b>		
16 anos ou mais	39 (51%)	37	76 (50%)	<b>1,46</b>	<b>1,01 – 2,13</b>	<b>0,04</b>

<b>Tempo de tabagismo</b>						
<20 anos	8 (53%)	7	15 (10%)	<b>1</b>		
≥ 20 anos	58 (42%)	80	138 (90%)	<b>1,27</b>	0,76 – 2,12	0,40
<b>Grau de Motivação</b>						
Contemplação	31 (34%)	60	91 (59%)	<b>1</b>		
Ação	29 (60%)	19	48 (31%)	<b>1,77</b>	<b>1,23 – 2,55</b>	<b>0,01</b>
<b>Caract. do Programa</b>						
<b>Adesão</b>						
Abandono + Regular	7 (24%)	22	29 (19%)	<b>1</b>		
Boa	10 (40%)	15	25 (16%)	<b>1,66</b>	0,74 – 3,70	0,21
Ótima	49 (48%)	52	101(65%)	<b>2,01</b>	<b>1,02 – 3,95</b>	<b>0,02</b>
<b>Uso Medicamento</b>						
Sem medicamento	14 (37%)	24	38 (24 %)	<b>1</b>		
Apenas Adesivo	14 (42%)	19	33 (21%)	<b>1,15</b>	0,65 – 2,05	0,63
Apenas Bupropiona	17 (49%)	18	35 (23%)	<b>1,32</b>	0,77 - 2,26	0,31
Adesivo e Bupropiona	12 (43%)	16	28 (18%)	<b>1,16</b>	0,64 – 2,11	0,62
Outras associações	8 (47%)	9	17 (11%)	<b>1,28</b>	0,66 – 2,46	0,47
Qualquer Medicação	52 (44%)	65	117(75%)	<b>1,21</b>	0,76 – 1,92	0,41

A Tabela 3, que apresenta características dos pacientes e do programa que apresentam associações com cessação do tabagismo com  $RR \geq 1,2$  ou  $\leq 0,8$ , mostra que existem poucos preditores sócio-demográficos de sucesso. Fatores investigados para os quais não encontramos diferença deste tamanho eram idade (até 49 anos versus 50 anos ou mais), sexo e escolaridade (até 7 anos versus 8 anos ou mais) e as co-morbidades, hipertensão, problema pulmonar/respiratório, depressão ou passado de tratamento psiquiátrico ou psicológico. No fator renda há tendência de melhor taxa de cessação entre participantes com renda igual ou acima de um salário mínimo. No fator “uso de bebida” observa-se tendência à melhor taxa de sucesso naqueles que bebem aos finais de semana ou todos os dias. Nas características relacionadas à história tabágica encontra-se uma pior chance de sucesso quando pai e mãe do participante eram fumantes assim como quando o início do tabagismo foi antes dos 15 anos de idade. As tentativas prévias para parar de fumar, o tempo de tabagismo, o

número de cigarros fumados por dia e o grau de dependência não geraram diferença no sucesso. O grau de motivação classificado como ação no início do programa e a adesão ao programa sendo ótima (igual ou mais de 10 sessões) foram os principais fatores prognósticos associados à cessação. Não foi encontrada diferença com o uso do medicamento. Houve diferença significativa mostrando melhor resultado no programa de Belo Horizonte quando comparado à Betim.

**Tabela 4.** Associação Ajustada\* de Fatores Individuais e do Programa com a Cessação do Tabagismo (Sucesso Terapêutico ou Total) em Belo Horizonte e Betim, 2008.

<b>Características</b>	<b>RRAjustada</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Pais Fumantes</b>			
Pai e Mãe Fumantes	<b>1</b>		
Apenas Mãe Fumante	<b>2,24</b>	<b>1,22 – 4,18</b>	0,009
Apenas Pai Fumante	<b>2,03</b>	<b>1,22 – 3,36</b>	0,006
Pai e Mãe Não Fumantes	<b>2,15</b>	<b>1,19 – 3,89</b>	0,011
<b>Idade de início</b>			
Até 15 anos	<b>1</b>		
16 anos ou mais	<b>1,71</b>	<b>1,17 – 2,51</b>	0,006
<b>Motivação**</b>			
Contemplação	<b>1</b>		
Ação	<b>1,77</b>	<b>1,25 – 2,53</b>	0,001

\* Ajustada pelas outras variáveis da tabela em análise multivariada por regressão de Poisson robusta.

\*\* (N = 137)

Na Tabela 4 verifica-se que, após ajuste na análise multivariada, os fatores selecionados para a análise ( $P < 0,2$  na análise bivariada) que permaneceram como significativos para o prognóstico de sucesso foram pelo menos um dos pais não fumantes, idade de início do tabagismo e estágio motivacional no ingresso ao programa. As variáveis adesão e município foram excluídas por serem fatores relacionados ao próprio programa e assim não se caracterizam preditores ao considerar-se o princípio de causalidade. Em análise multivariada adicional com as variáveis da tabela 4 e acrescentando o uso de medicamentos o benefício deste apoio terapêutico ficou mais evidente, especialmente para bupropiona (RR = 1,71 IC 95% 1,00 – 2,91). O grau de dependência (Teste de Fagestrom com pontuação até 5 versus igual ou maior que 5) não mostrou associação com taxa de sucesso mesmo em análise multivariada.

## **Discussão**

Este estudo demonstrou que o perfil dos participantes do programa de tratamento de tabagismo no SUS tanto em Belo Horizonte quanto em Betim é em sua maioria de pessoas com idade acima de 50 anos, pardos ou negros, de baixa escolaridade e baixa renda. Iniciaram no programa pessoas que na maioria não tinham tentado parar de fumar mais de três vezes e apenas 34% foram consideradas preparadas para parar nesta tentativa. Mesmo assim, a cessação por mais de seis meses chegou a 42,6% dos participantes, sendo 35,5% por mais de 15 meses. O programa conta ainda com alguns problemas na distribuição dos medicamentos, baixa taxa de abandono, alta indicação de medicação resultando em alta satisfação dos usuários.

Sobre os fatores associados à cessação, foram identificados como preditores de sucesso: a classificação como “preparado para ação” na avaliação inicial do programa, a idade de início do tabagismo igual ou maior que 16 anos e pais não fumantes. O grau de motivação ao ingressar no programa salienta a importância de inserir o fumante no tratamento em momento oportuno. A alta adesão ao programa avaliada através da participação nos grupos também esteve associada ao sucesso.

Na avaliação do perfil de participantes entre as co-morbidades está presente o frequente relato de depressão ou ansiedade. Sobre sua história tabágica destaca-se um percentual alto de pais fumantes, idade de início do tabagismo de 16 anos, tabagismo de longa data (mais de 20 anos) e alto grau de dependência do cigarro.

A pesquisa trouxe ao conhecimento o resultado do modelo de tratamento nacional por um período de longo prazo em dois municípios no início de sua consolidação. O programa é oferecido na atenção primária desde 2004, porém nestes municípios foi oferecido em maior escala apenas em 2008. No ano do estudo houve



problemas temporários de fornecimento de goma de mascar, mas os demais itens (manuais, adesivos e bupropiona) tiveram fornecimento regular segundo informações do INCA. Temos assim, que nas condições em que o programa foi oferecido neste ano, obtivemos um bom resultado.

Sobre a adesão ao programa, no Brasil, em 2008, o percentual médio de fumantes que abandonou o tratamento foi de 25,3% durante o primeiro mês, sendo avaliado o número de pacientes presentes no quarto encontro em relação ao total de presentes no primeiro encontro.<sup>5</sup> No presente estudo optamos por classificar como abandono aqueles que freqüentaram menos de quatro sessões do grupo de terapia cognitivo-comportamental e encontramos apenas 4,5% de abandono bem abaixo da média nacional.

Sobre o uso de medicação como preditor de sucesso, o benefício encontrado nesse estudo foi um pouco menor do que os encontrados em ensaios clínicos randomizados. Uma meta-análise de 2008 conclui que o uso de terapias de reposição de nicotina aumenta as taxas de cessação em 50 a 70% independente do cenário de tratamento, da duração do uso ou da intensidade de suporte terapêutico adicional.<sup>11</sup> Outra meta-análise de 2008 que avalia as farmacoterapias para parar de fumar confirma a efetividade dos tratamentos usados no programa do INCA encontrando uma razão de chances (RC) para terapia nicotínica através do uso de adesivos de 2,07 (IC 1,69 a 2,62), através do uso de goma RC 1,71 (IC 95%: 1,35-2,21) e bupropiona com RC = 2,07 (IC 95%: 1,73-2,55).<sup>13</sup> O consenso nacional<sup>10</sup> assim como os consensos internacionais<sup>2</sup> propõe o apoio medicamentoso nas abordagens terapêuticas aos fumantes.

Sobre a taxa de cessação, o efeito absoluto da terapia de reposição nicotínica (TRN) depende do grupo de comparação. Em estudos que comparam com pessoas que tentam parar de fumar por conta própria (que sugerem taxas de sucesso de 3 a 5 % após 6 a 12 meses) o uso da TRN aumenta o sucesso em 2 a 3%, dando um número necessário de tratamentos (NNT) de 33 a 50. Entretanto, se a população recebe também suporte comportamental, como no programa do INCA, a taxa de cessação esperada pode ser de 15%, com adicional sucesso de 8% com tratamento medicamentoso resultando em NNT de 12.<sup>14</sup> As meta-análises do Cochrane consideram para indicador de sucesso terapêutico a abstinência por período de pelo menos seis meses provavelmente devido a comum ocorrência de recaídas neste período inicial de tratamento.<sup>11</sup> Nos dados disponíveis do INCA, o percentual médio nacional de fumantes sem fumar na quarta sessão estruturada no mesmo ano foi de 52%.<sup>5</sup> É importante salientar que o período de quatro semanas é curto para real percepção de sucesso do programa. Aproximadamente 2/3 de todos os lapsos iniciais acontecem dentro dos primeiros três meses após a cessação.<sup>16</sup> No presente estudo a cessação atingida foi aferida após 15 meses do ingresso no programa e por isso apresenta um resultado que dimensiona o sucesso a longo prazo.

O National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) indica que um objetivo para os serviços de tratamento do tabagismo é uma taxa de sucesso (cessação) de no mínimo 35% na quarta semana, com resultado validado por monitoramento através da medida de monóxido de carbono. Recomenda que o serviço considere como denominador do cálculo todos aqueles que iniciaram o tratamento e o sucesso seja definido por aqueles que não estiverem fumando na

terceira ou quarta semana após a data marcada para parar de fumar. Isso não implica que o tratamento deva parar nas quatro semanas.<sup>16</sup>

Tomando como base os parâmetros apresentados acima, tanto no NICE quanto nos ensaios clínicos apresentados pela Cochrane, os resultados deste trabalho apresentam alta taxa de sucesso (35,5%) a longo prazo mostrando ótima performance do programa. No entanto, precisamos salientar que a forma de aferir a cessação usada aqui, na maioria dos estudos nacionais e rotineiramente usada nos serviços de saúde é o auto-relato. Esta condição pode subestimar a prevalência de fumantes.

Em revisão de literatura, encontramos poucos estudos nacionais. Destaca-se um ensaio clínico randomizado em formato semelhante ao do programa de tratamento do INCA. Os grupos da intervenção participaram de um a quatro encontros estruturados de terapia cognitivo-comportamental recebendo ou não adesivos e a avaliação do sucesso ocorre de forma seriada em até seis meses. Neste ensaio clínico a abstinência no primeiro mês de tratamento foi entre 13,9 a 29,3% nos grupos sem adesivos e entre 59,3 a 65,7% nos grupos que receberam adesivos. Após seis meses as taxas de cessação ficaram entre 21,6 a 25,3% nos grupos sem adesivos e entre 32,8 a 37,3% nos grupos que receberam adesivos além da terapia comportamental. A medida de desfecho (abstinência) foi obtida através de contato telefônico. Este estudo confirma dados apresentados aqui e soma evidência de sucesso da proposta terapêutica do programa nacional.<sup>7</sup>

Sobre os custos no Brasil do tratamento medicamentoso, temos que com os valores atualmente praticados no mercado, o custo médio apenas do medicamento é de R\$428,00<sup>16</sup>, considerando aqueles oferecidos no programa do INCA, ou seja, um

custo baixo especialmente quando consideramos que este custo equivale a seis meses de gasto com compra de cigarros para um fumante de um maço/dia.

Quanto à análise de custo-efetividade, o NICE demonstra em 2006 que intervenções breves por médicos de família (general practitioners) e enfermeiras, em todos os cenários, para todas as idades e com todos os métodos associados (reposição nicotínica, auto-ajuda e orientação por telefone) podem gerar ganho de anos de vida ajustados para qualidade (QALY).<sup>14</sup>

Um dado adicional e inovador do estudo foi demonstrar que ao final dos três meses do início do programa três quartos (3/4) dos pacientes já ficaram pelo menos um dia sem fumar sendo que 83,6% dos sucessos definitivos já ocorreram. Assim podemos propor outro estudo para avaliar a necessidade de manter o tempo de acompanhamento do programa por doze meses versus por seis meses para verificar o resultado obtido. Caso tenhamos resultados semelhantes podemos ganhar em relação a custo-efetividade do programa sendo oferecido por seis meses, permitindo maior acesso de usuários, além de facilitar a gestão do programa pelas equipes de saúde da família.

Por esses motivos e devido a demanda dos fumantes, que em 80% das vezes desejam parar de fumar<sup>17</sup>, o programa avaliado aqui é candidato para mais recursos e ampliação de oferta. Mais estudos de custo-efetividade devem ser realizados para uma melhor dimensão das vantagens da implantação deste programa nacional nos desfechos de morbimortalidade associados ao tabagismo em nosso país.

Nossa pesquisa apresenta a limitação de ter seu desfecho principal obtido através de auto-relato, que pode superestimar a cessação do tabagismo. Outra característica deste estudo é que, embora tenha elegido o total de pacientes tratados

em 2008 nos dois municípios, alcançou um número relativamente pequeno de participantes. As perdas de 18% estão dentro do esperado em estudos de seguimento de moradores em áreas desfavorecidas e não são decorrentes de recusa entre os entrevistados. Apesar disso, é possível que os participantes não localizados apresentassem menor sucesso no programa.

Como nosso estudo abrangeu apenas dois municípios mineiros, estudos de efetividade deste modelo de tratamento do tabagismo ampliariam, de forma importante, nossa confiança na capacidade de generalização da taxa de sucesso aqui relatada. A complementação da classificação de cessação com algum marcador biológico também seria desejável.

## **Conclusão**

Nosso seguimento domiciliar a longo prazo dos participantes do programa de tabagismo adotado pelo SUS na atenção primária demonstrou importante grau de sucesso deste tratamento. Se essa taxa de cessação se confirma em outros estudos de seguimento, o programa nesta modalidade merece ser ampliado para o tratamento do tabagismo.

Os bons resultados relatados, cotejados com os dados da literatura, reforçam a importância da adesão dos participantes aos encontros em grupo para uma melhor taxa de sucesso. A tendência de melhor resultado com apoio medicamentoso foi observada mesmo controlando para o grau de dependência do tabaco. O sucesso foi alcançado em população pobre e de baixa escolaridade sendo esta mais uma demonstração do poder de ações realizadas através da Estratégia de Saúde da Família para melhorar a equidade em saúde.

## Referências

1. World Health Organization WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. WHO Global Report. Geneva: WHO; 2008.
2. Guideline USA, 2008 - U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. May, 2008
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS [acessado em 14/07/2010] Disponível em [http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf)
4. Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para rede de atenção básica e média complexidade do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.24, 1de junho de 2005. Seção 1
5. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aroupa/FIOCRUZ; 2009.
6. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006; 32(5): 410-417.
7. Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS et AL. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(2):439-449.
8. Cavalcante, TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica* . 2005, 32: 283-300.
9. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional, Tratamento do Tabagismo no SUS – Informações aos Gestores Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. [acessado em 14/07/2010] Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=tratamententosus.htm>

10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Abordagem e Tratamento do Fumante, Consenso, 2001. Rio de Janeiro, INCA, 2001.
11. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008: 1.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional do Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer: Modelo Lógico e Avaliação. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
13. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Belisle P, Mottillo S; Joseph L et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. Canadian Medical Association Journal . 2008; 179(2): 135-144.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Fevereiro de 2006. Disponível em: [www.nice.org.uk/PHI001](http://www.nice.org.uk/PHI001) (Acessado em novembro/2010)
15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008. (Public health guidance: nº 10).
16. Araújo AJ. Custo-Efetividade de Intervenções de Controle de Tabaco no Brasil. [Tese de Doutorado]. Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2008.
17. Cinciprini PM, 1997, “Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention”, Journal of the National Cancer Institute, v. 89, n. 24, pp. 1852-67.

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é doença que compromete a saúde de milhões de brasileiros causando doenças e mortes evitáveis. O programa de abordagem e tratamento do tabagismo no Brasil, apesar de disponível pelo SUS desde 2001, apenas em 2004 ganhou capilaridade através da oferta do serviço nos centros de saúde.

Os estudos apresentados neste trabalho reforçam resultados positivos do modelo de tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde através do alcance de ótima adesão dos participantes ao programa, altas taxas de cessação e alta satisfação dos usuários. A cessação do hábito de fumar foi alta mesmo com avaliação do status tabágico dos pacientes sendo medida após 15 meses do início do tratamento refletindo um sucesso terapêutico sustentado a longo prazo. Sendo assim, a atenção primária à saúde mostrou ser cenário adequado para a realização desta abordagem.

O segundo artigo demonstra que o programa atinge uma população de baixa renda e escolaridade, com predomínio de não brancos e mulheres caracterizando o programa como uma ação de saúde pública que promove equidade. Além disso, o alto percentual de relato de co-morbidades com destaque para a história de quadros psiquiátricos (crises de depressão e ansiedade) demonstram que os grupos terapêuticos são includentes e que mesmo para estes pacientes tem sido resolutivos.

Apesar da ampliação da cobertura deste programa ser um desafio para os gestores, as análises de custo-efetividade reforçam que esta ação deve ser priorizada já que as doenças tabaco-relacionados são prevalentes e de alta morbi-mortalidade e o formato de tratamento proposto pelo INCA promove cessação do tabagismo a longo prazo.

Para qualificar o acompanhamento do programa e seus indicadores sugiro a implantação de sistemas de informação que permitam o registro eletrônico sobre os grupos e o tratamento oferecido para contribuir para o monitoramento local e nacional dos resultados.

Estudos adicionais para avaliação da efetividade desta ação são desejáveis para reforçar achados semelhantes e destacar a importância da ampliação desta



estratégia de controle do tabagismo no país. Indico especialmente a observação da possibilidade de grupos de duração de seis meses poderem atingir bons resultados diminuindo o ônus do serviço.

## **ANEXOS**

- a. Projeto de Pesquisa
- b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- c. Questionário de Entrevista Domiciliar
- d. Manual de Entrevista Domiciliar

## ANEXO A

### Projeto de Pesquisa Versão Encaminhada e Aprovada pelo CEP - BH

## Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP-SMSA/BH

Todo projeto de pesquisa que envolva seres humanos a se realizar no âmbito da SMSA deverá ser encaminhado ao CEP-SMSA/BH, antes do início da sua execução, para que o Comitê analise os seus aspectos éticos.

Os projetos de pesquisa encaminhados ao CEP-SMSA/BH são analisados segundo as normas de ética em pesquisa descritas na Res. CNS/MS 196/96 e suas complementares.

### Instruções ao pesquisador:

O Protocolo de Pesquisa deve contemplar a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis.

Compõem o Protocolo de Pesquisa a ser apresentado para apreciação a carta de apresentação do projeto à Coordenação do CEP-SMSA/BH (coordenadora: Celeste de Souza Rodrigues) assinada pelo pesquisador responsável, a Folha de Rosto do projeto e o presente formulário.

Este formulário foi construído buscando solicitar do pesquisador todas as informações necessárias para avaliação do projeto de pesquisa. Outras informações ou esclarecimentos podem ser solicitados posteriormente, considerando as especificidades do projeto.

Este documento possui numeração automática. Quando da impressão do formulário imprima a partir da página 2. Esta primeira página de instruções deve ser substituída pela Folha de Rosto. Caso a Folha de Rosto ocupe mais que uma lauda, a segunda lauda deve ser impressa no verso da folha, pois as assinaturas que selam o acordo entre pesquisador e instituição onde será realizada a pesquisa não podem estar dissociadas.

Lembre-se de preencher todos os campos deste formulário. Não exclua ou altere campos. Caso considere que algum dos itens não se aplique à sua pesquisa, justifique. Ex.: Pesquisa com banco de dados secundário; item III.6:

**III.6 Apresentar o formulário Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para pesquisa** (observar requisitos expostos na Res. CNS/MS 196/96)

Não se aplica. Não haverá contato com sujeitos de pesquisa.

As informações contidas neste formulário têm de ser idênticas às apresentadas na Folha de Rosto (nome do projeto, pesquisador responsável, classificações, unitermos, etc).

Devem ser entregues ao CEP: carta de apresentação do projeto (2 vias); Folha de Rosto (2 vias); este formulário devidamente preenchido e com assinaturas e possíveis anexos (2 vias) e; cópia digital de toda documentação em CD-R (não usar CD-RW) fechado (1 via). Outros documentos podem ser solicitados no momento de entrega dos documentos segundo especificidades do projeto e orientações da CONEP.

*Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de  
Saúde de Belo Horizonte.*

---

## Protocolo de Pesquisa

---

### **I Informações Gerais**

---

#### **I.1 Título do Projeto de Pesquisa:**

**Avaliação do Programa de Cessação do Tabagismo (INCA): dados epidemiológicos e efetividade do tratamento na atenção primária.**

#### **I.2 Pesquisador Responsável**

**Nome:** Juliana Dias Pereira dos Santos

**Identidade:** 7062148353      **CPF:** 92596444020

**Instituição a que pertence:** Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Saúde (Médica Generalista)

Aluna da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à Saúde.

#### **I.3 Instituição Responsável pelo Pesquisador nesta Pesquisa**

(Instituição de Ensino/Pesquisa)

**Nome:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina

**Endereço:** Ramiro Barcelo, 2400 Segundo Andar – PPG Epidemiologia

Porto Alegre – RS

**CEP:** 90035-003

**Telefone:** (51) 3308-5620

**Fax:** (51) 3308-5621

**Email:** ppgepid@ufrgs.br

<b>I.4 Tipo de Projeto</b>	
( x ) Fins Acadêmicos	<input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Trabalho de Conclusão de Curso <input type="checkbox"/> Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado
( ) Operacional (organização do serviço sem vínculo a curso acadêmico)	
( ) Outro (especificar):	

**I.5 Área do Conhecimento:** (mesma da Folha de Rosto)  
 Ciências da Saúde/ Medicina

<b>I.6 Classificação</b> (marque apenas uma opção)		
<b>Grupos Especiais</b>		
<b>Grupo I</b> (projetos que dependem da aprovação da CONEP)	<b>Grupo II</b> (projetos que devem ser acompanhados pela CONEP)	<b>Grupo III</b> (projetos a serem avaliados apenas pelos CEP)
<input type="checkbox"/> Genética humana <input type="checkbox"/> Reprodução Humana <input type="checkbox"/> Novos Equipamentos, Insumos ou Dispositivos <input type="checkbox"/> Populações Indígenas <input type="checkbox"/> Biossegurança <input type="checkbox"/> Cooperação estrangeira	<input type="checkbox"/> Novo Fármaco <input type="checkbox"/> Nova Vacina <input type="checkbox"/> Novo Teste Diagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/> Todos os outros que não se enquadrem em áreas temáticas especiais

**I.7 Instituições Participantes** (explicitar as atribuições das instituições envolvidas identificando a(s) instituição(ões) de contato com sujeitos e/ou coleta de dados)

**1) Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Betim:** A população de pesquisa e os dados serão coletados através da Coordenação Municipal do Programa de Tabagismo no município de Belo Horizonte e Betim coletando dados das Unidades de Saúde que ofertaram o serviço. Atribuições: Fornecimento dos dados do programa à pesquisa e apoio a encontros de servidores envolvidos com o Programa de Tratamento do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde.

A Pesquisadora Elisabeth participará como co-autora do produto desta pesquisa e as instituições acima serão citadas como apoiadoras do projeto.

Contato: Maria das Graças Rodrigues / Coordenação Municipal de Tabagismo- BH

Contatos: Elisabeth Blanc Hermont / Coordenação Municipal de Tabagismo-Betim

**2) Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais:** Fornecimento e Revisão dos Dados Referentes à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Contato: Zuleima Moreira França / Coordenação Estadual de Tabagismo – Região Metropolitana de Belo Horizonte

**3) Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPG Epidemiologia**

A supervisão/orientação da pesquisa bem como análise dos resultados, serão feitas pelos pesquisadores envolvidos no programa de pós-graduação.

O Professor Bruce Duncan e o Colaborador do PPG Epidemiologia Sérgio Sirena participarão como co-autores do produto desta pesquisa e a instituição acima será citada como apoiadora do projeto.

Contato: Prof. Bruce Duncan

**4) Universidade Federal de Minas Gerais/ Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte:**

Apoio logístico na condução do projeto, supervisão da condução da coleta de dados e apoio na análise dos dados referentes à pesquisa.

A Professora Waleska e o Estatístico indicado pelo Observatório participarão como co-autores do produto desta pesquisa e a instituição acima será citada como apoiadora do projeto.

Contato: Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

## **I.8 Resumo do Projeto de Pesquisa:**

Atualmente, estima-se que 4,9 milhões de mortes ao ano no mundo são provocadas pelo tabaco. Cerca de 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento. No Brasil, a maioria das causas de morte por doença são as cardiovasculares e o câncer, e o fator de risco principal é o tabagismo. Belo Horizonte tem o quarto maior percentual de fumantes e tem 1394 mortes anuais associadas ao fumo. O Programa de Abordagem e Tratamento dos fumantes nas Unidades Básicas de Saúde proposto pelo INCA iniciou em 2005 em Minas Gerais e não existem estudos de avaliação de sua eficácia.

O objetivo da pesquisa é avaliar a permanência e o uso de medicamentos dos participantes no programa oferecido nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) durante o primeiro mês de acompanhamento e determinar o percentual de cessação de tabagismo entre os participantes de Belo Horizonte e Betim.

O delineamento do estudo é um coorte histórico não controlado que estudará duas populações: (A) o total de participantes do programa de Tratamento de Tabagismo da RMBH durante 2008 através de avaliação de dado do primeiro mês de tratamento e (B) subgrupo de participantes de Belo Horizonte e Betim terão seus dados epidemiológicos avaliados e o índice de cessação verificado após 1 ano de ingresso no programa. A amostra A é constituída de aproximadamente 1500 pessoas e a amostra B compreende em torno de 300 pessoas. A coleta de dados será realizada pelos pesquisadores através da tabela de preenchimento de dados dos municípios cadastrados no INCA, ficha avaliação individual inicial e entrevista 1 ano após ingresso no programa. Serão excluídos participantes que não compareceram à primeira ou à segunda sessão estruturada do Programa de Tratamento do Tabagismo e também aqueles que não estiverem de acordo com o Termo de Consentimento. A análise de dados será realizada em programa com pacote estatístico tal como SPSS. Para a população A (fumantes de MG) serão apresentadas incidências de abandono e do uso de medicamento com intervalos de confiança de 95%. No objetivo B (fumantes de dois municípios) será feita uma análise de sobrevivência/sobrevida utilizando técnicas de Kaplan Meier.

O cronograma de execução da pesquisa prevê coleta de dados até maio de 2010, análise de dados até julho e produção de artigo até setembro de 2010. O projeto contará com apoio financeiro do Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (iats.com.br), apoio técnico dos Grupos de Pesquisa de Epidemiologia da UFRGS e da UFMG além da colaboração da Coordenação Estadual de Saúde de Minas Gerais e Municipais de Belo Horizonte e Betim. A proposta do estudo será avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa de Belo Horizonte.

## **I.9 Unitermos:** (mesmos da Folha de Rosto)

Efetividade. Cessação do Tabagismo. Atenção Primária à Saúde.

## **II Descrição da Pesquisa**

### **II.1 Objetivos da Pesquisa / Hipóteses a Testar**

#### **Primeiro Objetivo Geral**

Avaliar a permanência e o uso de medicamentos dos participantes no programa.

##### **Objetivos Específicos**

- Avaliar o primeiro mês de acompanhamento nos 16 municípios da região metropolitana de BH entre inscritos no ano de 2008.
- Avaliar a permanência, uso de medicamento e o índice de cessação 1 ano após início do tratamento em 2 municípios: Belo Horizonte e Betim.

#### **Segundo Objetivo Geral**

Descrever o perfil epidemiológico dos participantes do programa de tratamento do tabagismo no ano 2008 nas cidades Belo Horizonte e Betim.

#### **Terceiro Objetivo Geral**

Avaliar fatores prognósticos para cessação do tabagismo nos dois municípios

#### **Quarto Objetivo Geral**

Avaliar a opinião dos participantes sobre aspectos da oferta do tratamento disponível nos dois municípios



## **II.2 Antecedentes Científicos, Justificativa e Relevância** (com referência bibliográfica)

### **Antecedentes Científicos**

Atualmente, estima-se que 4,9 milhões de mortes ao ano no mundo são provocadas pelo tabaco. Caso providências não sejam tomadas, prevê-se que no ano 2020 o índice de mortalidade atribuível ao tabagismo dobre. Cerca de 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento. Juntamente com HIV/AIDS, o tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo e será a principal causa de morte prematura na década de 2020.<sup>1</sup>

O fumo é fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas.<sup>2</sup> O tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos.<sup>3</sup>

No Brasil, as principais causas de morte são as cardiovasculares e o câncer e o fator de risco modificável principal é o tabagismo.<sup>4</sup> Estudo recente mostra que 13,6% das mortes de brasileiros com mais de 35 anos são atribuíveis ao hábito de fumar.<sup>5</sup> Em Belo Horizonte (BH), o percentual de fumantes regulares de cigarros na população de 15 anos ou mais é de 20,4%. Foi a quarta maior prevalência entre as 15 capitais brasileiras estudadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2004.<sup>6</sup> As doenças do cigarro matam 1394 pessoas por ano em BH.<sup>7</sup> Como agravante estudos comprovam que, no Brasil, pessoas sem escolaridade apresentam probabilidade cinco vezes maior de fumar que aqueles com pelo menos educação secundária.<sup>1</sup> No inquérito nacional sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a proporção de fumantes confirmou novamente ser maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto) em todas as capitais. A razão de prevalências encontrada entre indivíduos com menor e maior escolaridade foi da ordem de 2, ou seja, há cerca de dois fumantes com baixa escolaridade para um fumante com maior escolaridade.<sup>6</sup> Além disso, a proporção dos gastos domiciliares na compra de

produtos derivados do tabaco é geralmente muito elevada em países em desenvolvimento, repercutindo negativamente na renda familiar.<sup>1</sup> Esses dados mostram que as populações mais desfavorecidas das cidades ficam ainda mais vulneráveis ao consumo e apresentam mais problemas secundários ao cigarro.

O tratamento da dependência ao tabaco reduz significativamente o risco de doenças relacionadas ao tabagismo a curto e médio prazo.<sup>1, 8</sup> O objetivo final do tratamento é a cessação do hábito de fumar. O abandono desse hábito pode refletir com ainda mais benefícios para a população de baixa renda.

A atenção primária através da estratégia saúde da família adotada do Brasil proporciona cenário e oportunidade privilegiados para a abordagem do problema. As equipes de saúde da família atuam junto às populações mais vulneráveis ao tabagismo, tem vínculo com essas comunidades e, com apoio das instituições governamentais, podem e devem intervir e proporcionar aconselhamento e tratamento aos dependentes de tabaco já que esse é um dos problemas de saúde mais freqüentes.

Para que a promoção à saúde aconteça, precisa-se da reorientação dos serviços de saúde. Através da Portaria n. 687/GM de 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Um dos eixos da promoção à saúde é o “desenvolvimento de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando estilos de vida, concentrando-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança, que estariam, pelo menos em parte, sob controle dos próprios indivíduos (por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito)”.<sup>9</sup> É preciso desenvolver intervenções adequadas e eficazes na prática da promoção à saúde, em especial no que diz respeito a mudança de estilo de vida com ações que visam mudança de comportamento e promoção de hábitos de vida saudáveis tais como cessação do tabagismo.

Na assistência à saúde dos já fumantes, a estratégia principal é oferecer o tratamento da dependência ao tabaco com o objetivo da cessação. Estudos demonstram que o tratamento de tabagistas na atenção primária tem alto potencial de redução de morbidade

atribuída ao tabagismo associado a baixo custo e recomendam fortemente a adoção ampla da oferta deste serviço.<sup>10, 11, 12, 13, 14</sup> A U.S. Preventive Services Task Force tem grau de recomendação A para que clínicos abordem o uso de tabaco e ofereçam intervenções de cessação para aqueles que o usam produtos derivados de tabaco.<sup>15</sup>

### **Justificativa e Relevância**

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entre outros setores sociais. Desde o dia 29 de agosto de 2002, foi assinada a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.575, que consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e cria os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Com isso, a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso do fumante com Terapia de Reposição de Nicotina e Bupropiona passam a ser fornecidos gratuitamente à população brasileira. Em maio de 2004, através da Portaria 1035/GM, o programa foi estendido às Unidades Básicas de Saúde ganhando maior alcance populacional através dos postos de saúde e dos profissionais das equipes de saúde da família.<sup>4, 16</sup>

Na região metropolitana de Belo Horizonte, a adesão das secretarias municipais de saúde ao programa ocorreu a partir de 2005. Em 2008, 16 municípios dos 39 pertencentes a essa região estavam inseridos no programa. O formato da oferta do tratamento varia de acordo com o município. No último trimestre de 2008, o número de vagas variou entre 15 e 200 vagas por município, na maioria das vezes, seguindo um padrão de 15 participantes por grupo oferecido.<sup>17</sup>

A aposta dos gestores e profissionais de saúde no tratamento do tabagismo é decisão de ótima relação custo efetiva, já que estudos comprovam que o aconselhamento para cessação do tabagismo é o modo mais efetivo de dispor do tempo do profissional de saúde para a prevenção da morbidade e da mortalidade de seus pacientes.<sup>18</sup>

O dado acima é importante para motivar o enfrentamento do problema, mas os resultados de grupos terapêuticos mesmo associados à medicação têm obtido em média níveis de cessação que chegam a 30%.<sup>8</sup> Resultado bem aquém do que as equipes de saúde e os próprios usuários desejam e esse é um motivo importante para aprimorar essa tecnologia da saúde.

Uma revisão sistemática da literatura internacional realizada em 2007 sobre instrumentos utilizados na avaliação do tabagismo mostra que apenas 12% dos estudos realizados nos últimos cinco anos enfocam fatores relacionados à motivação e apenas 8% enfocam questões relacionadas à cessação.<sup>19</sup> Este estudo mostra que os pesquisadores têm negligenciado esses aspectos do hábito de fumar e mostram a necessidade de mais pesquisas com enfoque nos fatores relacionados à manutenção e à cessação do hábito de fumar para melhorar o resultado das intervenções pospostas para pacientes já fumantes.

Além disso, não foi encontrado estudo sobre efetividade do programa de Abordagem abordagem e tratamento do fumante proposto pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo / INCA no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Além da demanda de profissionais de saúde e usuários por aprofundar o tema, o trabalho justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento dos aspectos relacionados ao sucesso do tratamento atualmente oferecido para a cessação de tabagismo no SUS.

O presente projeto pretende explorar os fatores individuais e assistenciais relacionados à cessação do tabagismo através da descrição do perfil dos indivíduos tratados na atenção primária, a efetividade do tratamento oferecido – através de índice de adesão ao tratamento e cessação do tabagismo - e estudo das características da oferta de serviço que possam contribuir para o sucesso do programa de tratamento do fumante. Pretende-se assim fornecer informações que qualifiquem o planejamento e a prática das ações de prevenção e tratamento do tabagismo realizadas na atenção primária.

## **Referências Bibliográficas**

1. BANCO MUNDIAL. Aspectos econômicos do tabagismo & do controle do tabaco em países em desenvolvimento. Documento organizado pela Comissão Europeia em

colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento - Bruxelas Fev/2003. Tradução Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde.

2. Rosemberg, José. Nicotina. Droga universal. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde/ Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. 178 p.

3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1999). The WORLD HEALTH REPORT 1999 - Making a Difference. World Health Report. Geneve, Switzerland.

4. Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Ministério da Saúde. Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação. Rio de Janeiro: Inca; 2003.

5. Corrêa, PCRP; Barreto, SM, Passos, VMA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. BMC Public Health (Online), v. 9, p. 206, 2009.

6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

7. Corrêa, PCRP; Barreto, SM, Passos, VMA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. BMC Public Health (Online), v. 9, p. 206, 2009.

8. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

9. CONASS/Ministério da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores, volume 8. Brasília, 2007.

10. Salize HJ, Merkel S, Reinhard I, Twardella D, Mann K, Brenner H. Cost-effective Primary Care-Based Strategies to Improve Smoking Cessation: more value for money. Arch Intern Med. 2009 Feb 9;169(3):230-5; discussion 235-6.

11. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, McDonald P, Slama K, Salto E, Paccaud F. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. Tob Control. 2006 Jun;15(3):152-9

12. Stead LF, Perera R, Bullem C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1)
13. Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cueto Espinar A. [Cost-effectiveness of antismoking health counselling in primary health care] . *Gac Sanit.* 1998 May-Jun;12(3):126-32. Spanish.
14. Fiscella K, Franks P. Cost-effectiveness of the Transdermal Nicotine Patch as an Adjunct to Physicians' Smoking Cessation Counseling. *JAMA.* 1996 Apr 24;275(16):1247-51.
15. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Maio de 2008.
16. Ministério da Saúde. A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: Situação e Desafios Atuais. Ministério da Saúde, 2005.
17. Dados das Planilhas Oficiais do Programa fornecidos pela Coordenação do Programa na Regional Metropolitana de Belo Horizonte
18. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al: Costeffectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA* 1997; 278:1759-1766.
19. Silveira DV, Oliveira DF e Santos JDP. Instrumentos para avaliação do tabagismo; uma revisão sistemática. 2008. 55f. Belo Horizonte. Monografia apresentada ao Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

**II.3 Descrição Detalhada e Ordenada do Projeto de Pesquisa (material e métodos, casuística)** (informar fontes de dados, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos de coleta, plano de coleta, metodologia de análise de dados, referências bibliográficas)

O delineamento do estudo é um coorte histórico não controlado que estudara duas populações: (A) o total de participantes do programa de Tratamento de Tabagismo da RMBH durante 2008 avaliada durante o primeiro mês de tratamento e (B) subgrupo de participantes de Belo Horizonte e Betim terão seus dados epidemiológicos avaliados e o índice de cessação verificado 1 ano após o ingresso no programa.

A amostra A é constituída de aproximadamente 1500 pessoas e a amostra B compreende em torno de 300 pessoas.

#### **Fontes de Dados**

**A)** Dados disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde (planilhas padrão do INCA preenchidas pelas Coordenações Municipais do Programa de Tabagismo e compiladas pela Coordenação Estadual)

**B)** Fichas de avaliação inicial do Fumante no padrão INCA – ANEXO 1 - , registros das reuniões de cada unidade de saúde e entrevista sobre a situação tabágica 1 ano após ingresso no tratamento – ANEXO 2 (em fase de conclusão).

#### **Critérios de Inclusão**

**A)** Municípios que forneceram dados no ano 2008.

**B)** Participantes maiores de 18 anos dos Programas de Cessação dos Municípios de Betim e Belo Horizonte que possuam a ficha de avaliação individual preenchida e tenham participado, no mínimo, da primeira ou da segunda sessão estruturada do Programa de Tratamento do Tabagismo.

#### **Critérios de Exclusão**

Serão excluídos participantes que não compareceram à primeira ou à segunda sessão estruturada do Programa de Tratamento do Tabagismo, os participantes com menos de 18 anos e também aqueles que não estiverem de acordo com o Termo de Consentimento.

#### **Instrumentos de coleta**

Vide Anexo 1 (Ficha de Avaliação Inicial para Programa de Cessação do Tabagismo - já preenchidos pelos serviços de saúde no ingresso do programa em 2008) e Anexo 2 (Questionário para Entrevista Domiciliar).

#### **Plano de coleta**

- Aguardar aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH).
- Recolher planilhas (Fonte de Dados A) junto à Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais/Coordenação do Programa de Tabagismo na Região Metropolitana de Belo Horizonte
- Recolher as fichas de avaliação inicial dos fumantes incluídos nos programas de Belo Horizonte e Betim no ano 2008.(Anexo 1)
- Digitar dados das fichas de avaliação inicial dos participantes do programa e atribuir código para evitar dados de identificação nos questionários desses usuários.

- Realizar piloto com instrumento elaborado para entrevista: Será realizado um estudo piloto para validação do questionário, com verificação da aplicabilidade deste aos usuários e avaliação do tempo necessário para seu preenchimento. Durante o estudo piloto o questionário, será testado com quatro usuários do Programa do Centro de Saúde Pilar / Belo Horizonte cadastrados pela Unidade Básica, escolhidos de forma aleatória. Após, serão feitas adequações no instrumento de coleta de dados, se necessário.
- Seleção de Entrevistadoras (Psicólogas que tenham interesse em pesquisa e que sejam indicadas por outros pesquisadores) e que passem por período de treinamento com aprovação pela pesquisadora responsável).
- Impressão dos questionários (versão final) e manual do entrevistador
- Envio de carta às residências dos participantes explicando a pesquisa e o contato que será realizado pelos entrevistadores buscando o melhor horário e local para entrevistas.
- Treinamento de Entrevistadores
- Contato com usuários do Programa
- Realização de questionários e entrevistas
- Observação: Algumas entrevistas iniciais serão gravadas para adequação e controle de qualidade da coleta dos dados.
- Aplicar questionário que aborda questões que visam avaliar:
  - o perfil epidemiológico (dados sociodemográficos, estado de saúde e comorbidades, opinião sobre tabagismo) – complementar dados faltantes do cadastro inicial realizado em 2008,
  - características sobre a intervenção (funcionamento, participação, o uso de medicamento e satisfação dos usuários com o programa),
  - e características atuais do seu hábito de fumar após um ano de ingresso no programa de tratamento do tabagismo proposto pelo INCA (essencialmente perguntas relacionadas à cessação do tabagismo).
- Entrada de dados no banco de dados pela internet (com senha de acesso para as duas pesquisadoras).

### **Metodologia da Análise de Dados**

A análise de dados será realizada em programa com pacote estatístico tal como SPSS. Para a população A (fumantes da região metropolitana) serão apresentadas incidências de abandono e do uso de medicamento com intervalos de confiança de 95%. No objetivo B (fumantes de dois municípios) será feita uma análise de sobrevivência/sobrevida utilizando técnicas de Kaplan Meier.

**II.4 Local(is) da Pesquisa** (detalhar as instalações dos serviços, centros comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa demonstrando a existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender aos eventuais problemas dela resultantes)

Usaremos as instalações (espaço físico) e equipamentos das instituições apoiadoras (Secretarias de Saúde e Universidades relacionadas no tópico **I.7**).

**II.5 Análise Crítica dos Possíveis Riscos e Benefícios** (fazer consideração comparativas entre os possíveis riscos e os benefícios decorrentes da pesquisa; observar Res. CNS/MS 196/96 nos itens II.8 e V)



## RISCOS

A presente pesquisa oferece mínimos riscos de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Teremos especial cuidado no treinamento das entrevistadoras para que respeitem a individualidade e liberdade dos participantes convidados e guardem sigilo das informações colhidas. O indivíduo selecionado poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecimento de suas dúvidas a cerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Será respeitada a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem penalização alguma, e o material já coletado em entrevista ou observações realizadas serão destruídos.

A pesquisadora responsável assumirá a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

## BENEFÍCIOS

Os dados obtidos poderão contribuir para aprimoração da oferta de tratamento realizada pelos serviços e profissionais de saúde.

**II.6 Orçamento Financeiro** (identifique recursos e destinação, bem como forma e valor da remuneração do pesquisador)

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (UFRGS) e o Observatório de Saúde Urbana da UFMG disponibilizarão acesso a internet e outros softwares para criação de banco de dados e posterior análise dos resultados.

Recursos Necessários	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
<b>Materiais</b>			
Folha A4 (pc/500)	2	R\$ 17,00	R\$ 34,00
Canetas (Caixa c/20)	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Cópia Xerográfica	1000	R\$ 0,10	R\$ 100,00
Tinta para impressora	1	R\$ 56,00	R\$ 56,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 210,00</b>
<b>Execução de Entrevistas</b>			
Pagamento por entrevista (custeio de transporte incluído neste valor)	300	R\$ 30,00	R\$ 9.000,00
Gravador	1	Já disponível	
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 9.000,00</b>
<b>Digitação de Dados</b>			
Digitador	3	R\$200,00	<b>R\$ 600,00</b>
<b>TOTAL FINAL</b>			<b>R\$ 9.810,00</b>

A autora do projeto colaborará com a complementação do valor necessário para a conclusão do projeto.

**Fonte de Recursos:** ( x ) Pesquisador ( x ) Outra (especifique):

Liberado financiamento de R\$9.000,00 pelo IATS - Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (iats.com.br) para pagamento dos entrevistadores.

Firmado compromisso da pesquisadora principal de arcar com as despesas necessárias para conclusão desta pesquisa.

**II.7 Cronograma** (a previsão de início de coleta de dados e/ou contato com sujeitos deve levar em conta a avaliação do CEP)

Atividade\ Período	Mai-Jul 2009	Set - Dez 2009	Jan -Mar 2010	Abr – Jun 2010	Jul – Set 2010
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X
Reuniões com Orientadores	X	X	X	X	X
Redação do Projeto	X	X	X		
Reuniões com instituições apoiadoras	X	X	X		X
Elaboração do Instrumento para Entrevista e Piloto	X	X	X		
Apresentação ao CEP-BH		X	X		
Confecção Sistema de Entrada de Dados	X	X	X		
Confecção do Manual e Material de Entrevista e Piloto		X	X		
Entrada de Dados Iniciais Participantes			X		
Seleção e Treinamento de Entrevistadores			X		
Coleta de Dados (Campo)			X*	X	
Entrada de Dados Iniciais Participantes			X		
Entrada de Dados Da Entrevista			X	X	
Limpeza do Banco				X	
Análise de Dados				X	X
Escrever Artigo				X	X
Defesa Final					X
Divulgação de Resultados					X

\* A ser iniciado após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa.

**II.8 Critérios Para Interromper ou Suspender a Pesquisa** (motivos que poderiam levar a descontinuidade da pesquisa após seu início)

Caso seja observado algum desconforto individual pela abordagem do assunto o participante será orientado a sair da pesquisa. Caso seja observada alguma repercussão negativa nos Serviços ou Comunidades relacionados ao Trabalho, a pesquisa será suspensa. Não pretendemos suspender a pesquisa devido a perda de indivíduos selecionados causando pequena perda da precisão do estudo.

**II.9 Plano de Divulgação do Resultados** (os resultados devem ser revertidos aos sujeitos e instituições envolvidos mesmo que indiretamente; Res. CNS/MS 196/96 nos itens III.3 n, o e p)

Pretende-se divulgar os dados através dos seguintes meios:

- produção de boletim informativo para os profissionais de saúde das Unidades de Saúde envolvidas no projeto,
- reuniões da Regional Metropolitana de BH do Programa de Controle do Tabagismo,
- exposição dos resultados do trabalho à Secretaria Municipal de Saúde e Grupo de Pesquisa de Atenção Primária de Belo Horizonte e
- produção de artigo científico para revista de ampla circulação nacional que permitam acesso de artigos na íntegra pela internet com ênfase em atenção primária e problemas prioritários em saúde pública, como tabagismo, tais como Cadernos de Saúde Pública.

Reiteramos que a identidade dos participantes será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Os resultados serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não.

**II.10 Explicitação de Existência ou Não de Acordo Quanto à Propriedade das Informações Geradas** (demonstrar a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto a divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento). **Se houver acordo ou contrato, incluí-lo.**

Há inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto a divulgação dos resultados, respeitando o sigilo dos dados dos participantes.

Os resultados serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não.

**II.11 Declaração de que os Resultados da Pesquisa Serão Tornados Públicos, Sejam Eles Favoráveis ou Não.**

Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação do Mestrado e através dos meios de informação citados no item **II.9**. Reiterando que a identidade

dos participantes será mantida em sigilo em qualquer das situações. Os resultados serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não.

**II.12 Declaração Sobre o Uso e Destinação do Material e/ou Dados Coletados.** (declarar sobre uso durante a pesquisa e destinação após seu término, identificando responsável pela guarda de bancos de dados de qualquer espécie e arquivos de material coletado como questionários, fichas, anotações, gravações e outros registros)

A pesquisadora principal deste estudo declara que conhece e cumprirá os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Compromete-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no projeto de pesquisa assim como se responsabilizará pela guarda de bancos de dados de qualquer espécie e arquivos de material coletado como questionários, fichas, anotações, gravações e outros registros.

### III Informações Relativas aos Sujeitos da Pesquisa

**III.1 Descrição das Características da População a Estudar** (tamanho da amostra, faixa etária, sexo, cor – classificação do IBGE -, estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc.).

**Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis se ainda não descrito.** (Res. CNS/MS 196/96 item VI.3a)

#### **População de pesquisa:**

**A:** todos os fumantes participantes dos Programa de Tabagismo (vinculados ao INCA) oferecidos na região metropolitana de Belo Horizonte (16 municípios) inscritos durante o ano de 2008.

**B:** todos os fumantes participantes dos Programas de Belo Horizonte e Betim inscritos durante o ano de 2008 maiores de 18 anos que participaram, no mínimo, da Primeira ou da Segunda Sessão Estruturada do Programa de Tabagismo.

#### **Tamanho estimado da amostra**

População **A:** aprox. 1500 pessoas

População **B:** aprox. 300 pessoas (população pertencente a população A)

Sobre o tamanho da amostra, calculamos que com uma população de 246 pessoas obtemos intervalo de confiança de 95% para obtenção de resultado de cessação do tabagismo entre 15 e 25% dos participantes. Porém, não pretendemos suspender a pesquisa mesmo com perda pequena da precisão do estudo., já que o resultado obtido com poder menor ainda interessa para aferir o resultado do programa a longo prazo (mais de 12 meses).

<b>Os sujeitos da pesquisa pertencem a algum dos seguintes grupos especiais?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> (assinalar qual(is)) <input checked="" type="checkbox"/> <b>Não</b>	
<input type="checkbox"/> Menores de 18 anos	<input type="checkbox"/> Relação de Dependência (estudantes, militares, presidiários, etc.)
<input type="checkbox"/> Portador de Deficiência Mental	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Embrião/Feto	

#### **III.2 Métodos que Afetem Diretamente os Sujeitos da Pesquisa e Forma de Manipulação de Dados (transporte e arquivamento durante a pesquisa)**

A população A será estudada através de dados secundários (planilhas padrão do INCA preenchidas pelas Coordenações Municipais do Programa de Tabagismo e compiladas pela Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo). Essa coleta não inclui nomes de pacientes, apenas dados gerais como número de pacientes assistidos em cada município pelo programa. (Exemplo de planilha em Anexo)

Na população B, realizaremos coleta dos dados da ficha de inscrição do participante no Programa de Tratamento do Tabagismo (arquivadas nas Unidades Básicas de Saúde responsáveis pela execução do programa localmente) garantindo sigilo dos dados obtidos nos serviços estudados. Para entrevista realizada no segundo momento (apenas População B) será realizado contato prévio por telefone e agendamento de entrevista em domicílio, será apresentado o termo de consentimento livre esclarecido para adesão voluntária à pesquisa. O questionário será aplicado aos participantes do estudo pelos entrevistadores selecionados – graduados em psicologia e treinados para essa coleta de dados - com supervisão dos pesquisadores responsáveis, após a concordância em participar através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O compromisso do sigilo de dados obtidos será realizado através de digitação rápida dos dados das fichas iniciais e devolução aos serviços responsáveis, armazenamento das entrevistas domiciliares no Grupo de Pesquisa de Epidemiologia da UFMG e acesso ao banco de dados apenas pela pesquisadora responsável.

Os pesquisadores deste estudo se responsabilizaram pelo uso restrito dos dados para as finalidades desta pesquisa e guarda de bancos de dados de qualquer espécie e arquivos de material coletado como questionários, fichas, anotações, gravações e outros registros no local acima definido (Grupo de Pesquisa de Epidemiologia da UFMG).

### **III.3 Identificar as Fontes de Material de Pesquisa, Tais Como Espécimens, Registros e Dados a Serem Obtidos de Seres Humanos. Identificar se Este Material Será Obtido Especificamente Para os Propósitos da Pesquisa ou se Será Usado Para Outros Fins**

Para a coleta de dados serão utilizados:

#### População A:

– Dados secundários através de planilhas padrão do INCA preenchidas pelas Coordenações Municipais do Programa de Tabagismo e compiladas pela Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo já disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. (Anexo - Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Município e Estado).

#### População B: (pertencente à população A)

1. Fichas de Avaliação Inicial (anexo – Ficha Avaliação Individual padronizada do INCA) – preenchidas no momento de ingresso do participante nos programas e atualmente armazenadas nos serviços onde o programa foi executado.

2. Questionário estruturado e especificamente elaborado para este estudo (Anexo – Questionário para Entrevista Domiciliar). O questionário será aplicado aos participantes do estudo pelos entrevistadores selecionados – graduados em psicologia e treinados para essa coleta de dados - com supervisão dos pesquisadores responsáveis, após a concordância em participar através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### **III.4 Descrever os Planos Para Recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos** (incluir formas de contato com sujeito e detalhes da obtenção de TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –: quem irá obtê-lo, sob que circunstâncias)

A população A será estudada através de dados secundários (planilhas padrão do INCA preenchidas pelas Coordenações Municipais do Programa de Tabagismo e compiladas pela Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo), serão incluídos todos os dados já fornecidos para a Secretaria do Estado referentes aos participantes do programa no ano 2008 na Região Metropolitana de Belo Horizonte (total de participantes por trimestre, total de usuários de medicação, total que estava sem fumar na quarta sessão – Vide exemplo de planilha anexa).

Na população B, os indivíduos serão incluídos a partir das listas de participantes fornecida pela cada coordenação municipal do Programa de Tratamento de Tabagismo do INCA e/ou serviços de saúde locais responsáveis pela execução do programa em 2008. Realizaremos contato com os serviços de saúde responsáveis pela oferta de acompanhamento pacientes tratados no ano de 2008 nos municípios de Belo Horizonte e Betim. Indivíduos receberão informe sobre a pesquisa através dos serviços de saúde e as entrevistadoras agendarão visita para explicação sobre a pesquisa, apresentação do TCLE e entrevista.

**III.5 Apresentar o formulário Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para pesquisa** (observar requisitos expostos na Res. CNS/MS 196/96 item IV)

**Este documento será ser assinado em duas vias sendo uma sua e outra do pesquisador.**

**Não haverá pagamento aos sujeitos de pesquisa.**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **INTRODUÇÃO**

O(A) senhor(a) foi escolhido a partir do banco de dados dos participantes do Programa de Tabagismo do INCA de seu município durante o ano 2008 e por isso está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, como colaboradora na pesquisa denominada “Avaliação do Programa de Cessação do Tabagismo (INCA): dados epidemiológicos e aspectos da efetividade do tratamento na atenção primária”, de autoria de Juliana Dias Pereira dos Santos, como parte do curso de Mestrado Profissional em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no ano 2009/2010.

Antes de permitir seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a participação dos fumantes, funcionamento do programa, uso de medicamentos e o sucesso do Programa de Tratamento do Tabagismo (Fumo) oferecido pelo SUS.

### **PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO**

A sua participação é totalmente voluntária, e caso decida interrompê-la, não haverá qualquer prejuízo para o senhor ou para seu atendimento aqui no Centro de Saúde. Não haverá pagamento aos sujeitos de pesquisa.

### **PROCEDIMENTOS**

O(A) senhor(a) precisará responder algumas perguntas que serão feitas por um entrevistador treinado para esta pesquisa apenas uma vez. A duração será em torno 15 minutos e poderá ser combinada em momento e local adequado a ser combinado: no seu domicílio ou no serviço de saúde próximo de sua casa.

### **CONFIDENCIALIDADE**

Não será identificado no questionário o seu nome ou endereço, de forma a manter o sigilo dos seus dados. Seu questionário receberá um código para a manutenção do sigilo. Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação do Mestrado e em eventos científicos, congressos e na Secretaria Municipal de Saúde /Belo Horizonte(SMSA/BH). Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

### **RISCOS E DESCONFORTO**

Caso sinta-se prejudicado em participar da entrevista de responder o questionário, a sessão será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecimento de suas dúvidas a cerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem penalização alguma, e o material já coletado em entrevista ou observações realizadas serão destruídos.

Essa pesquisa tem risco mínimo de trazer constrangimento para o(a) senhor(a).

### **BENEFÍCIOS**

Os dados obtidos poderão contribuir para a melhoria do tratamento realizado nos serviços oferecidos por profissionais de saúde do SUS. Dessa forma, o senhor (a) e sua comunidade poderão cuidar melhor desse importante problema de saúde.

Este documento deverá ser assinado em duas vias sendo uma sua e outra do pesquisador.

### **CONTATOS PARA MAIORES INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHO**

Caso o(a) senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor entre em contato com:

<p>Pesquisadora : Juliana Dias Pereira dos Santos Fone : 31- 8858. 5444 e-mail: gauchaju@hotmail.com CEP – Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA-BH Fone : 31-3277-5309 – e-mail: coep@pbh.gov.br/ Endereço: Av. Afonso Pena 2336 – 9 andar</p>
--

**Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**III.6 Descrever Qualquer Risco, Avaliando sua Possibilidade e Gravidade** (observar Res. CNS/MS 196/96 nos itens II.8 e V)



A presente pesquisa oferece mínimos riscos de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Teremos especial cuidado no treinamento das entrevistadoras para que respeitem a individualidade e liberdade dos participantes convidados e guardem sigilo das informações colhidas. O indivíduo selecionado poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecimento de suas dúvidas a cerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Será respeitada a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem penalização alguma, e o material já coletado em entrevista ou observações realizadas serão destruídos.

A pesquisador responsável assumirá a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

**III.7 Descrição das Medidas Para Proteção ou Minimização de Quaisquer Riscos Eventuais; Descrição dos Procedimentos para Monitoramento da Coleta de Dados Para Promover a Segurança dos Indivíduos , Incluindo as Medidas de Proteção a Confidencialidade das Informações Obtidas** (quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, nos casos de danos aos indivíduos)

O pesquisador deste estudo se responsabilizará pela guarda de bancos de dados de qualquer espécie e arquivos de material coletado como questionários, fichas, anotações, gravações e outros registros no Grupo de Pesquisa em Epidemiologia da UFMG.

Na coleta de dados, uma pesquisadora supervisionará a coleta de dados em Belo Horizonte e outra pesquisadora em Betim. Para minimizar quaisquer riscos de exposição do sujeito entrevistado realizaremos cuidadosa seleção de psicólogas, treinamento para coleta de dados, entrega prévia de carta explicando a pesquisa, questionário que não conterà o nome e endereço do entrevistado, a realização da entrevista será agendada de acordo com a preferência do participante e poderá ser realizada em domicílio ou em serviço de saúde próximo de sua residência. Faremos perguntas pouco sensíveis a presença de familiares a previsão de entrevista em domicílio está prevista para minimizar perdas, se entrevistado desejar será oferecido o serviço de saúde como ambiente para realizar entrevista. No final da análise de dados, as entrevistas realizadas serão arquivadas em local de restrita circulação (Grupo de Pesquisa em Epidemiologia da UFMG) e o banco de dados será de acesso restrito aos pesquisadores.

Reiteramos total confidencialidade das informações obtidas.

**III.9 Explicitar se há previsão de ressarcimento de gastos (quais) aos sujeitos da Pesquisa (a importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa)**

Não haverá pagamento aos sujeitos das Pesquisas.

#### IV Qualificação dos Pesquisadores

O pesquisador responsável, caso possua seu “Curriculum vitae” na plataforma Lattes deverá informar endereço Lattes, do contrário deverá anexar currículo.

<b>Equipe de Pesquisa</b> (Anexar “Curriculum vitae” dos demais pesquisadores caso não o possuam na plataforma Lattes, informar endereço Lattes dos que tem currículo na plataforma; inclua quantas linhas forem necessárias; a tecla TAB ao final de cada linha inclui uma linha automaticamente)		
<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Instituição</b>
Juliana Dias Pereira dos Santos Lattes: <a href="http://lattes.cnpq.br/4436601650619872">http://lattes.cnpq.br/4436601650619872</a> (pesquisadora responsável)	Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade Especialização em Saúde da Família	SMSA (médica) UFRGS (aluna mestrado)
Elisabeth Blanc Hermont Lattes <a href="http://lattes.cnpq.br/2989478765014525">http://lattes.cnpq.br/2989478765014525</a>	Enfermeira	Coordenação Municipal do Programa de Abordagem do Tabagismo/ Betim (SMS Betim)
Sérgio Antonio Sirena Lattes: <a href="http://lattes.cnpq.br/0970307869438358">http://lattes.cnpq.br/0970307869438358</a>	Médico Especialista em Medicina de Família e Comunidade Doutor em Medicina	GHC
Bruce Bartholow Duncan Lattes: <a href="http://lattes.cnpq.br/4862166496983255">http://lattes.cnpq.br/4862166496983255</a>	Médico Mestre em Saúde Pública Doutor em Clínica Médica Pós Doutor em Epidemiologia	UFRGS (professor)

#### Colaboradores:

- Maria das Graças Rodrigues / Coordenação Municipal do Programa de Tratamento do Tabagismo – Município de Belo Horizonte
- Zuleima Moreira França / Coordenação Estadual do Programa de Tratamento do Tabagismo – Região Metropolitana de Belo Horizonte
- Profa. Waleska Teixeira Caiaffa e Estatístico a definir/ Universidade Federal de Minas Gerais/ Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte

### **Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável**

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

- Página 1 -

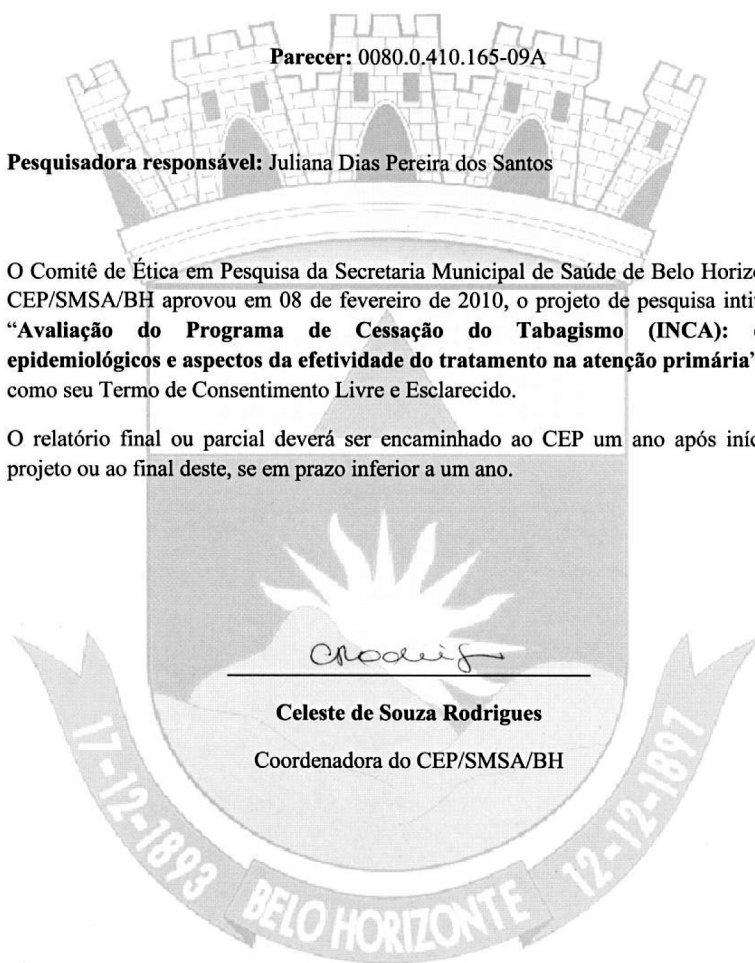
#### Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0080.0.410.165-09A

Pesquisadora responsável: Juliana Dias Pereira dos Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 08 de fevereiro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação do Programa de Cessação do Tabagismo (INCA): dados epidemiológicos e aspectos da efetividade do tratamento na atenção primária**”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

## ANEXO B

### Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

- Página 2 -



Prefeitura Municipal de  
Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

**Parecer:** 0080.0.410.165-09A

CAAE: 0080.0.410.165-09

**Nome do Projeto:** “Avaliação do Programa de Cessação do Tabagismo (INCA): dados epidemiológicos e aspectos da efetividade do tratamento na atenção primária”

**Pesquisador Responsável:** Juliana Dias Pereira dos Santos ( Médica Generalista SMSA/Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte )

**Instituição Responsável:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina

**Outros pesquisadores:** Elisabeth Blanc Hermont; Sérgio Antônio Sirena; Bruce Bartholow Duncan.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde- GrupoIII

#### Objetivos Gerais

1. Avaliar a permanência e o uso de medicamentos dos participantes no programa.
2. Descrever o perfil epidemiológico dos participantes do programa de tratamento do tabagismo no ano 2008 nas cidades Belo Horizonte e Betim.
3. Avaliar fatores prognósticos para cessação do tabagismo nos dois municípios
4. Avaliar a opinião dos participantes sobre aspectos da oferta do tratamento disponível nos dois municípios.

#### Objetivos Específicos

- Avaliar o primeiro mês de acompanhamento nos 16 municípios da região metropolitana de BH entre inscritos no ano de 2008.
- Avaliar a permanência, uso de medicamento e o índice de cessação um ano após início do tratamento em dois municípios: Belo Horizonte e Betim.

**Metodologia:** O delineamento do estudo trata-se de uma coorte histórico não controlado que estudará duas populações: (A) o total de participantes do programa de Tratamento de Tabagismo da RMBH durante 2008 através de avaliação de dados do primeiro mês de tratamento e (B) subgrupo de participantes de Belo Horizonte e Betim, que terão seus dados epidemiológicos avaliados e o índice de cessação verificado após 1 ano de ingresso no programa.

A amostra A é constituída de aproximadamente 1500 pessoas e a amostra B compreende em torno de 300 pessoas. A coleta de dados será realizada pelos pesquisadores através da tabela de preenchimento de dados dos municípios cadastrados no INCA, ficha avaliação individual inicial e entrevista um ano após ingresso no programa. A análise de dados será realizada em programa com pacote estatístico tal como SPSS. Para a população A (fumantes de MG) serão apresentadas incidências de abandono e do uso de medicamento com intervalos de confiança de 95%. No objetivo B (Corrigir fumantes de três(dois)

## ANEXO B

### Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

- Página 3 -

municípios) será feita uma análise de sobrevivência/sobrevida utilizando técnicas de Kaplan Meier.

#### **Crítérios de Inclusão**

-Municípios que forneceram dados no ano 2008.

-Serão incluídos participantes maiores de 18 anos dos programas de Cessação dos Municípios de Betim e Belo Horizonte que possuem a ficha de avaliação individual preenchida e tenham participado, no mínimo, da primeira ou da segunda sessão estruturada do Programa de Tratamento do Tabagismo.

#### **Crítérios de Exclusão**

Serão excluídos apenas participantes que não comparecerem à primeira ou à segunda sessão estruturada do Programa de Tratamento do Tabagismo, os participantes menores de 18 anos e também aqueles que não estiverem de acordo com o Termo de Consentimento.

#### **Coleta de dados**

Os pesquisadores informam que a população A será estudada através de dados secundários (planilhas padrão do INCA preenchidas pelas Coordenações Municipais do Programa de Tabagismo e compiladas pela Coordenação Estadual), apenas dados gerais. A população B será estudada através da coleta de dados das fichas de Avaliação Inicial preenchidas no momento de ingresso do participante nos Programa de Tratamento de Tabagismo(arquivadas nos serviços onde o programa foi executado) e no questionário estruturado e especificamente elaborado para este estudo.

**Análise de dados:** A análise de dados será realizada em programa com pacote estatístico como SPSS.

Conforme relato da autora, a pesquisa oferece mínimos riscos aos sujeitos de pesquisa, podendo o sujeito retirar seu consentimento em qualquer fase sem penalização alguma.

O pesquisador responsável assume de dar assistência integral às complicações e danos decorrente dos riscos previstos.

O cronograma apresentado está compatível com o projeto.

A autora do projeto apresenta o orçamento com a possibilidade de financiamento pelo IATS (Instituto de avaliação de tecnologia em Saúde) e firma compromisso de arcar com a complementação do valor necessário para a conclusão do projeto.

Como critério de suspensão consta a repercussão negativa nos serviços ou Comunidades relacionadas ao trabalho. No caso de desconforto individual o participante será orientado a sair da pesquisa.

O resultado da pesquisa poderá ser divulgado em boletins informativos, reuniões da Regional Metropolitana de BH do Programa de Controle do Tabagismo, exposição dos resultados do trabalho à Secretaria Municipal de Saúde e Grupo de Pesquisa de Atenção Primária de Belo Horizonte e através da produção de artigo científico para revista de ampla circulação nacional que permitam acesso de artigos na íntegra pela internet com ênfase em atenção primária e problemas prioritários em saúde pública, como tabagismo, tais como Cadernos de Saúde Pública. A identidade dos participantes será mantida em sigilo em qualquer das situações.

## ANEXO B

### Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

- Página 4 -

#### **Parecer**

O projeto apresenta um tema relevante de saúde pública e está bem escrito. O orçamento está detalhado, a metodologia clara e objetiva com a descrição das fontes de dados. O TCLE foi apresentado, assim como o questionário a ser aplicado aos sujeitos de pesquisa.

O projeto foi apresentado em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH tendo sido aprovado.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues  
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 08 de fevereiro de 2010.

## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar

- Página 1 -

**Projeto de Pesquisa “Avaliação do Programa de Cessação do Tabagismo (INCA): dados epidemiológicos e aspectos da efetividade do tratamento na atenção primária.”**

#### Questionário (Segunda Avaliação)

Entrevistador: \_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário Início: \_\_\_:\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

#### 1. Identificação

Código Identificador do Paciente: \_\_\_\_\_

Local onde realizou o Programa de Tratamento do Tabagismo: \_\_\_\_\_

Município: ( ) Belo Horizonte ( ) Betim

- 1.1. SEXO do entrevistado: [ ] masculino [ ] feminino  
1.2. A COR de pele do entrevistado é: (Não ler opções: marcar apenas uma)  
[ ] Branca [ ] Preta/Negra [ ] Indígena [ ] Amarela (Oriental)  
[ ] Parda (Mulata, Cabocla, Cafuza, Mameluca, Mestiço)  
1.3. Em 2008, o(a) sr(a) Trabalhava em Centro de Saúde Municipal? [ ] Sim [ ] Não

Nesta primeira parte da entrevista farei perguntas sobre características da sua pessoa. Todas as informações fornecidas serão cuidadosamente guardadas e seu nome não será divulgado nem vai aparecer em nenhum lugar revelando suas respostas.

- 1.4. DATA de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
1.5. Qual seu ESTADO CIVIL atual? (Ler as opções apenas se necessário: marcar uma)  
[ ] Solteiro(a) [ ] Casado(a) [ ] Desquitado(a) ou divorciado(a) – separado(a) judicialmente  
[ ] Separado(a) – separação não oficial [ ] Viúvo(a)  
[ ] Amigado(a), amasiado(a) (união consensual, vive junto sem ser casado)  
1.6. Até que SÉRIE o(a) sr(a) frequentou a escola? \_\_\_ (CÓDIGO ESCOLARIDADE)  
(Entrevistador: escolha a opção de maior escolaridade cursada pelo entrevistado)  
Utilize a FICHA A para preenchimento com código correto para nível de ESCOLARIDADE  
1.7. Quanto ao TRABALHO dos últimos 3 meses o(a) senhor(a) era:  
(Ler as opções apenas se necessário: marcar apenas uma)  
[ ] Trabalhador(a) doméstico(a) com carteira de trabalho assinada [ ] Empregador(a)  
[ ] Trabalhador(a) doméstico(a) sem carteira de trabalho assinada [ ] Conta-própria  
[ ] Empregado(a) com carteira de trabalho assinada [ ] Aprendiz/estagiário(a) sem remuneração  
[ ] Empregado(a) sem carteira de trabalho assinada [ ] Aprendiz/estagiário(a) com remuneração  
[ ] Funcionário Público concursado [ ] Trabalhador produção para próprio consumo  
[ ] Não remunerado em ajuda a membro domicílio [ ] Aposentado(a) / Pensionista  
[ ] Desempregado(a) [ ] NS [ ] NR [ ] NA

Para nossa pesquisa, é importante classificar as pessoas segundo níveis de renda. Como já dissemos anteriormente, as informações colhidas são de uso exclusivo da pesquisa e são confidenciais. Por favor, responda-me:

- 1.8. Contando com todo o DINHEIRO QUE VOCÊ RECEBE NO MÊS, o total de sua renda média é de quantos salários mínimos (R\$510,00)? (Ler opções se necessário: marcar uma)  
[ ] até 1 salário mínimo (até R\$510,00)  
[ ] mais de 1 até 2 salários mínimos (entre R\$ 511,00 e R\$1020,00)  
[ ] mais de 2 até 3 salários mínimos (entre R\$1021,00 e R\$1530,00)  
[ ] mais de 3 até 4 salários mínimos (entre R\$1531,00 e R\$2040,00)  
[ ] mais de 4 até 5 salários mínimos (entre R\$2041,00 e R\$2550,00)  
[ ] mais de 5 salários mínimos (mais de R\$2550,00)  
[ ] Não tenho ganho [ ] NS [ ] NA [ ] NR

“Sr(a) XXXX”, agora vamos falar um pouco sobre seus pais...

- 1.9. Até que série seus PAIS frequentaram a escola?  
(Entrevistador: escolha a opção de maior escolaridade cursada pelo entrevistado: apenas uma)  
Utilize a FICHA A para preenchimento com código correto para nível de ESCOLARIDADE

1.9.1. Pai \_\_\_ (CÓDIGO ESCOLARIDADE) 1.9.2. Mãe \_\_\_ (CÓDIGO ESCOLARIDADE)

- 1.10. Seu pai fuma ou fumava cigarros? [ ] Sim [ ] Não [ ] NS [ ] NR  
1.11. Sua mãe fuma ou fumava cigarros? [ ] Sim [ ] Não [ ] NS [ ] NR



## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar

- Página 2 -

#### 2. Sobre a intervenção (Programa de Tratamento do Tabagismo)

"Sr(a) XXXX", Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o atendimento que você recebeu para parar de fumar. Não há respostas certas nem erradas. Responda apenas, com sinceridade dando sua opinião. Suas respostas são muito importantes, para que possamos melhorar o atendimento do programa de cessação do tabagismo.

- 2.1. **Como FICOU SABENDO do programa?** (Ler opções se necessário: pode marcar mais de uma)  
 Cartazes no Centro de Saúde  Cartazes na Comunidade  
 Agentes Comunitárias de Saúde  Familiares ou Vizinhos ou Amigos  
 Médicos ou Profissionais do Centro de Saúde  Televisão, Jornal, Rádio ou outra mídia  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_
- 2.2. **Quando INICIOU o programa?** \_\_\_\_\_ (mês)/ 2008
- 2.3. **O(A) sr(a), participou de QUANTOS ENCONTROS?** \_\_\_\_ (número aprox.) encontros
- 2.4. **Quando o(a) sr (a) COMPARECEU PELA ÚLTIMA VEZ aos encontros do programa?**  
\_\_\_\_\_ (mês)/2008
- 2.5. **O(A) sr(a) teve DIFICULDADES para participar do programa?**  
 Não  **pule para 2.6.**  Sim  NS  NR
- 2.5.1) **Se respondeu sim (teve dificuldade em participar do programa): O(A) Sr(a) teve dificuldade com ... ?** (Ler todas as opções repetindo a pergunta: pode marcar mais de uma)  
 Horário dos encontros  Dispensa do trabalho  Distância do local de moradia  
 Problemas familiares  Problemas de saúde  Custo com transporte  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_
- 2.6. **QUANTO TEMPO o(a) sr(a) leva para chegar até o local onde realizou seu tratamento?**  
\_\_\_\_ HORAS E \_\_\_\_ MINUTOS
- 2.7. **O(A) sr(a) USOU ... (ler tratamentos abaixo)? Por quanto tempo? Quantas vezes ao dia?** (Ler todas as opções. Pode marcar mais de uma. Precisa completar dados das opções marcadas)  
 Participação no grupo terapêutico durante \_\_\_\_ meses  
 Adesivos de nicotina durante \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ vez(es) ao dia  NS  
 Goma de mascar de nicotina durante \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ vez(es) ao dia  NS  
 Bupropiona (comprimidos) durante \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ vez(es) ao dia  NS  
 Nortriptilina (comprimidos) durante \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ vez(es) ao dia  NS  
 Outros: \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ vez(es) ao dia  NS
- 2.7.1) **Em caso de uso de medicação: Teve DIFICULDADE EM RECEBER alguma MEDICAÇÃO durante o tratamento?**  
 Não  **pule para 2.8.**  Sim.
- 2.7.1.1) **Se sim: Com qual(is) do(s) medicamento(s) houve problema de distribuição?**  
 Adesivos de nicotina  Goma de mascar de nicotina  Bupropiona  Nortriptilina
- 2.8. **Nos encontros (grupos para parar de fumar) realizados durante o programa, o(a) sr(a) aprendeu sobre ...** (Ler todas as opções repetindo a pergunta: pode marcar mais de uma)
- 2.8.1) Malefícios gerais relacionados ao fumo?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.8.2) Doenças causadas ou agravadas pelo fumo?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.8.3) Formas de resistir à vontade de fumar?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.8.4) Formas de prevenir recaída (prevenir situações que o levam a fumar)?  
 Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.8.5) Formas de lidar c/ situações de tensão ou estresse?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.9. **Durante o programa de tratamento do tabagismo, o AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) da sua casa incentivou seu tratamento para parar de fumar?**  NS  NA  NR  
 Sim  Não incentivou  **pule p/2.10.**  Não tem/ Não conhece os ACS/Não recebe visita  **p/2.10.**
- 2.9.1) **Se sim: O ACS ... ?** (Ler todas as opções repetindo a pergunta)
- 2.9.1.1. Abordou o assunto do tabagismo nas visitas à sua casa?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.9.1.2. Incentivou o(a) sr(a) a participar do programa?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.9.1.3. Lembrou datas dos encontros?  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.9.1.4. Ajudou de outras formas? \_\_\_\_\_  Sim  Não  NS  NA  NR
- 2.10. **De um modo geral, dentre as seguintes opções de resposta, como o(a) senhor(a) AVALIA O PROGRAMA de tabagismo oferecido?** (Ler todas as opções: marcar apenas uma)  
 Muito bom  Bom  Regular  Ruim  Muito ruim
- 2.11. **O(A) Sr(a) RECOMENDARIA para outra pessoa este programa para parar de fumar?**  
(Ler todas as opções: marcar apenas uma)  
 Não, com certeza  Acho que não  Indiferente  Acho que sim  Sim, com certeza  NS  NR

## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar

- Página 3 -

2.12. Em sua opinião, de que maneira o tratamento dos fumantes no seu município poderia ser melhorado? Quais suas SUGESTÕES? \_\_\_\_\_

Acha que não precisa melhorar  Não Sabe (o que melhorar)  Não Respondeu

2.13. Desde que o(a) Sr(a) iniciou no programa quantas vezes o sr(a) considera que TENTOU PARAR de fumar? \_\_\_ vezes  Não tentou parar.

2.14. Após seu início no programa, quantas vezes o(a) sr(a) FICOU SEM FUMAR POR PELO MENOS 1 DIA? \_\_\_ vezes  Nenhuma vez **[pule para 2.15].**

2.14.1) QUANTO TEMPO após o início do programa, o(a) sr(a) ficou sem fumar pela primeira vez (por pelo menos 1 dia)? \_\_\_ dias ou \_\_\_ sem ou \_\_\_ meses após o início.

2.14.2) Agora vou ler para o(a) sr(a) algumas FORMAS DE AJUDA para o fumante parar com o cigarro. O(A) sr(a) escolherá aquelas que foram mais importantes para ajudar a ficar sem fumar NESSA 1ª TENTATIVA? (Refere-se a primeira tentativa de parar após iniciar o programa. Ler todas as opções. Pode marcar mais de uma resposta: no máximo 3)

Apoio dos coordenadores/realizadores dos grupos de tratamento para parar de fumar

Apoio do agente comunitário de saúde (ACS)  Apoio dos participantes do grupo terapêutico

Apoio de outros profissionais de saúde  Apoio dos familiares, companheiros ou amigos

Orientações recebidas no grupo terapêutico  Leitura dos manuais/ folhetos fornecidos

Uso do Medicamento (adesivo, comprimidos, goma). Qual? \_\_\_\_\_

Mudança de hábitos alimentares  Atividade física

Igreja ou grupo religioso ou crença ou própria fé  Lazer

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_  Não sei  Não respondeu

2.14.3) AO TODO, desde o início do programa, QUANTO TEMPO o sr(a) ficou SEM FUMAR? \_\_\_ meses ou \_\_\_ dias (tente aproximar o valor)

2.15. Após o tratamento recebido o senhor considera que sua MOTIVAÇÃO PARA PARAR DE FUMAR: (Ler todas as opções: marcar apenas uma)

aumentou bastante  não foi modificada  diminuiu pouco

aumentou pouco  diminuiu bastante

2.16. Após iniciar no programa, o(a) senhor(a) tem/teve PROBLEMAS DE SAÚDE como...?

2.16.1) Internação em hospital  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.16.2) Derrame  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.16.3) Infarto ou Ataque Cardíaco  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.16.4) Câncer  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.16.5) Pressão Alta  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.16.6) Diabetes  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.16.7) Bronquite/Asma/Doença Pulmonar  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

2.17. Atualmente, o(a) sr.(a) fica em CONTATO COM A FUMAÇA do cigarro de outras

peessoas? (Checar todas as opções. Pode marcar mais de uma resposta)

Sim, em casa  Sim, através de amigos  Sim, no trabalho  Sim, na escola  Não

2.18. Atualmente, QUEM É FUMANTE entre as pessoas que convivem com o(a) sr.(a):

2.18.1) Seu(sua) melhor amigo(a)  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.2) A maioria dos seus amigos  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.3) Seu marido, sua esposa, seu(sua) namorado(a), se o(a) sr.(a) tiver

Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.4) Seu(s) irmão(s), se o(a) Sr.(a) tiver  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.5) Pai/responsável paterno  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.6) Mãe/responsável materna  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.7) Filhos, se tiver  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.18.8) Outros: \_\_\_\_\_ (especifique)  Sim  Não  Não tem  Não Respondeu

2.19. Quantas pessoas que VIVEM NA SUA CASA contando com o(a) sr(a)? \_\_\_ Pessoas

2.20. Quantas pessoas que vivem na sua casa FUMAM contando com o(a) sr.(a), se for o caso? \_\_\_ Pessoas (se nenhuma, preencher com dois zeros - 00)

2.21. Quantas dessas pessoas FUMAM DENTRO DE CASA contando com o(a) sr(a), se for o caso? \_\_\_ Pessoas (se nenhuma, preencher com dois zeros - 00)

## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar

- Página 4 -

#### 3. Conhecimentos, Atitudes e Percepções

##### 3.1. Com base no que o(a) sr(a) acredita, FUMAR CAUSA DOENÇAS GRAVES ?

Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

##### 3.2. Com base no que o(a) sr(a) acredita, FUMAR CAUSA... (Ler todas)

3.2.1) Derrame  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

3.2.2) Ataque Cardíaco  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

3.2.3) Câncer de Pulmão  Sim  Não  Não Sabe  Não Respondeu

#### 4. ATUALMENTE O(A) SR(A) FUMA?\* (ler as alternativas)

Diariamente → Ir para o *módulo Fumante (5)*

Menos que diariamente → Pergunta abaixo (4.1.1.) e ir para o *módulo Fumante (5)*

Não fuma → Ir para o *módulo Ex-fumante (6)*

##### 4.1.1) Se responder "menos que diariamente", pergunte:

Durante os últimos 30 dias (último mês), em quantos dias o(a) sr(a) fumou?

\_\_\_ dias  Não sabe / Não lembra

#### 5. MÓDULO DE QUESTÕES APENAS PARA O FUMANTE (diariamente ou menos que diariamente)

##### 5.1. Quanto TEMPO APÓS ACORDAR você fuma seu primeiro cigarro? (Ler todas)

Dentro de 5 minutos  Entre 31 e 60 minutos

Entre 6 e 30 minutos  Após 60 minutos

##### 5.2. Você acha DIFÍCIL NÃO FUMAR em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

Sim  Não

##### 5.3. Qual o cigarro do dia que traz MAIS SATISFAÇÃO? (Ler opções)

O primeiro da manhã  Outros

##### 5.4. QUANTOS CIGARROS você fuma POR DIA? (Ler todas)

(Anotar no espaço ao lado o número de cigarros respondido pelo paciente e a opção correspondente)

Menos de 10 n = \_\_\_\_\_  De 21 a 30 n = \_\_\_\_\_

De 11 a 20 n = \_\_\_\_\_  Mais de 31 n = \_\_\_\_\_

##### 5.5. Você fuma MAIS FREQUENTEMENTE pela manhã? Sim Não

##### 5.6. Você fuma MESMO DOENTE quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim  Não

Para fumantes que ficaram pelo menos um dia sem fumar... (pelo menos 1x questão 2.14): Q.5.7 e 5.8

##### 5.7. HÁ QUANTO TEMPO o(a) sr(a) voltou a fumar?

\_\_\_ meses  Não deixei de fumar nos últimos 2 anos

##### 5.8. Porque o(a) sr(a) REINICIOU o hábito de fumar?

(Ler as opções apenas se necessário: pode marcar mais de uma resposta)

Intolerância aos sintomas de abstinência  Ganho de peso

Convivência ou influência de amigos que fumam  Desemprego

Convivência ou influência de familiares que fumam  Problemas Financeiros

Dificuldade em lidar com estresse ou ansiedade  Outros problemas pessoais

Problemas familiares  Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

Não sei  Não respondeu

##### 5.9. Atualmente como é para o(a) Senhor(a) sua VONTADE de deixar de fumar? (Ler todas)

Nenhuma  Pouca  Média  Muita

##### 5.9.1) Atualmente POR QUAL(IS) MOTIVO(S) o(a) sr(a) quer deixar de fumar?

(Ler as opções apenas se necessário. Pode marcar mais de uma resposta: máximo 3)

Porque esta afetando a minha saúde  Outras pessoas estão me pressionando

Pelo bem-estar da minha família  Eu estou preocupado com minha saúde no futuro

Porque meus filhos pedem  Porque não gosto de ser dependente

Fumar é anti-social  Porque gasto muito dinheiro com cigarro

Fumar é um mal exemplo para as crianças

Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados ou públicos

Por causa da minha Igreja ou grupo religioso ou crença ou própria fé

Outro motivo. Especifique: \_\_\_\_\_

Não sei  Não respondeu

## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar

- Página 5 -

5.10. Atualmente qual das seguintes alternativas melhor descreve o que o(a) sr(a) pensa sobre parar de fumar? (Ler todas as opções: marcar apenas uma resposta)

- Estou planejando parar de fumar no próximo mês  
 Estou pensando em parar de fumar nos próximos 6 meses  
 Estou pensando em parar algum dia, mas não nos próximos 6 meses  
 Não estou interessado em parar de fumar  
 Não sei  Não respondeu

5.11. Avaliação Subjetiva do Grau de Motivação para Parar de Fumar (pelo entrevistador):

- Pré-Contemplativo: Não está pensando em parar de fumar  
 Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias  
 Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês

#### 6. Módulo de Questões apenas para o Ex - Fumante

6.1. DESDE QUANDO o(a) sr(a) está sem fumar?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (dia/mês/ano ou apenas mês e ano)

6.2. O(A) Sr(a) teve RECAÍDAS (fumou cigarros após mais de um dia sem fumar) desde que iniciou o programa?  Não  Sim

6.2.1) Se sim (teve recaídas), QUANTAS VEZES isso aconteceu? \_\_\_ vezes (aproximate.)

6.3. POR QUAL(IS) MOTIVO(S) o(a) sr(a) parou de fumar?

(Ler as opções apenas se necessário. Pode marcar mais de uma resposta: máximo 3)

- Porque esta afetando a minha saúde  Outras pessoas estão me pressionando  
 Pelo bem-estar da minha família  Eu estou preocupado com minha saúde no futuro  
 Porque meus filhos pedem  Porque não gosto de ser dependente  
 Fumar é anti-social  Porque gasto muito dinheiro com cigarro  
 Fumar é um mal exemplo para as crianças  
 Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados ou públicos  
 Por causa da minha Igreja ou grupo religioso ou crença ou própria fé

Outro motivo. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] NS [ ] NR

6.4. Agora vou ler para o(a) sr(a) algumas FORMAS DE AJUDA para o fumante parar com o cigarro. O(A) sr(a) escolherá aquelas que foram mais importantes para o(a) sr(a) TER PERMANECIDO SEM FUMAR até hoje? (Refere-se a primeira tentativa de parar após iniciar o programa. Ler todas as opções. Pode marcar mais de uma resposta: no máximo 3)

- Apoio dos coordenadores/realizadores dos grupos de tratamento  
 Apoio do agente comunitário de saúde (ACS)  Apoio dos participantes do grupo terapêutico  
 Apoio de outros profissionais de saúde  Apoio dos familiares, companheiros ou amigos  
 Orientações recebidas no grupo terapêutico  Leitura dos manuais/ folhetos fornecidos  
 Uso do Medicamento (adesivo, comprimidos, goma). Qual? \_\_\_\_\_  
 Mudança de hábitos alimentares  Atividade física  
 Igreja ou grupo religioso ou crença ou própria fé  Lazer  
 Outro. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] NS [ ] NR

6.5. O(A) Sr(a) considera que o tratamento recebido (tanto grupos quanto medicamento) teve qual IMPORTÂNCIA NO ABANDONO do seu hábito de fumar? (Ler todas as opções: uma)  
 Muita Importância  Pouca Importância  Nenhuma Importância [ ] NS [ ] NR [ ] NA

#### 7. Sobre a saúde e hábitos de vida

"Sr(a) XXXX", Agora vamos falar um pouco sobre a sua saúde comparando informações sobre o período antes de você iniciar o programa de tabagismo com as informações dos dias de hoje. Junto disso gostaríamos de saber a respeito de algumas de suas medidas...

7.1. O(A) sr(a) sabe seu PESO ATUAL (mesmo que seja valor aproximado)?

\_\_\_, \_\_\_ quilos [ ] NS [ ] NR

7.2. E qual era o seu PESO ANTES do programa? (Lembrar mês do início do programa)

\_\_\_, \_\_\_ quilos [ ] NS [ ] NR

7.3. O(A) sr(a) sabe sua ALTURA? \_\_, \_\_ metros [ ] NS [ ] NR

7.4. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a)

considera o seu ESTADO DE SAÚDE? (Ler opções: marcar apenas uma opção)

- Muito bom  Bom  Regular  Ruim  Muito ruim [ ] NS [ ] NR

7.5. Comparando com em torno de dois anos atrás (Lembrar mês do início do programa),

o sr(a) classificaria sua SAÚDE em: (Ler opções: marcar apenas uma opção)

- Muito melhor agora  Quase a mesma  Um pouco pior agora  
 Um pouco melhor agora  Muito pior agora [ ] NS [ ] NR

## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar

- Página 6 -

7.6. O(A) sr.(a) está tentando ALTERAR O PESO?

Não *(pule para 7.7)*  Sim

NS

NR

7.6.1) O que o(a) senhor(a) está fazendo para modificar o seu peso?

*(Entrevistador: para esta questão leia as opções listadas na FICHA A)*

Utilize os **CÓDIGOS NA FICHA A** para o correto preenchimento do **QUADRO A**.

QUADRO A							
	Estratégia	Quem recomendou ou como foi a indicação?	De onde?		Estratégia	Quem recomendou ou como foi a indicação?	De onde?
2.6.1.1.	_____	_____	_____	2.6.1.6.	_____	_____	_____
2.6.1.2.	_____	_____	_____	2.6.1.7.	_____	_____	_____
2.6.1.3.	_____	_____	_____	2.6.1.8.	_____	_____	_____
2.6.1.4.	_____	_____	_____	2.6.1.9.	_____	_____	_____
2.6.1.5.	_____	_____	_____	2.6.1.10.	_____	_____	_____

*(Entrevistador: nas questões abaixo → Ler opções e marcar apenas uma opção)*

7.7. Normalmente quantos dias na semana o(a) sr.(a) costuma COMER FRUTAS?

Quase nunca ou nunca  1 a 2 dias por semana  3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana  Todos os dias - inclusive sábado e domingo  NS  NR

7.8. No dia que o(a) sr.(a) come frutas, QUANTAS PORÇÕES de frutas, em média, come?

\_\_\_\_\_ porções  NS  NR

7.9. Normalmente quantos dias na semana o(a) sr.(a) costuma COMER VERDURAS E LEGUMES, como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata ou mandioca?

Quase nunca ou nunca  1 a 2 dias por semana  3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana  Todos os dias - inclusive sábado e domingo  NS  NR

7.10. Num dia comum, o(a) sr.(a) come estas verduras e legumes:

Nenhuma vez  No almoço (1 vez no dia)  No jantar (1 vez no dia)

No almoço e no jantar (2 vezes no dia)  NS  NR

7.11. O(A) sr.(a) considera que sua ALIMENTAÇÃO MUDOU nos últimos 1 a 2 anos?

Não  Sim, procuro comer mais frutas, verduras e legumes

Sim, tenho comido menos frutas, verduras e legumes  NS  NR

7.12. Atualmente o(a) senhor(a) pratica alguma ATIVIDADE FÍSICA?

Não *(pule para 7.13)*  Sim  NS  NR

7.12.1) Qual esporte ou exercício físico o(a) Sr(a) pratica ou praticou nos últimos 03 meses?

*(Entrevistador, preencha todas as colunas da tabela somente para as atividades citadas pelo entrevistado)*

Utilize os **códigos na ficha B** para o correto preenchimento do **QUADRO B**

QUADRO B				
	Atividade*	Na última semana, quantos dias a praticou?	Quanto tempo por dia? (em minutos)	Como o(a) sr.(a) classifica esta atividade?
2.13.1.	_____	_____	_____	_____
2.13.2.	_____	_____	_____	_____
2.13.3.	_____	_____	_____	_____
2.13.4.	_____	_____	_____	_____
2.13.5.	_____	_____	_____	_____

\* Se citou outra atividade, preencha 16 e especifique qual atividade aqui: \_\_\_\_\_

7.13. O(A) Sr(a) considera que sua ATIVIDADE FÍSICA MUDOU nos últimos 1 a 2 anos?

Não  Sim, realizo mais atividade física do que antes

Sim, realizo menos atividade física do que antes  NS  NR

<b>FIM DO QUESTIONÁRIO</b> Agradecer ao(à) entrevistado(a)	Hora Final _____ : _____ Telefones _____
---	---

## ANEXO C

### Questionário de Entrevista Domiciliar - Cartão de Respostas FICHA A-

#### Legenda Básica

NA = Não se Aplica NS = Não Sabe NR = Não Respondeu

#### CÓDIGOS para preenchimento do nível de ESCOLARIDADE (Questões 1.6 e 1.9)

10. Nunca frequentou escola  
20. Supletivo de 1º grau  
30. Supletivo de 2º grau  
4\_ Se 1º grau (ensino fundamental) incompleto. Qual a última série cursada com aprovação?  
41. 1ª série      42. 2ª série      43. 3ª série      44. 4ª série  
45. 5ª série      46. 6ª série      47. 7ª série  
40. primeiro grau incompleto, mas não lembra a última série cursada.  
50. 1º grau completo  
6\_ Se 2º grau (ensino médio) incompleto. Qual a última série cursada com aprovação?  
61. 1ª série      62. 2ª série      63. 3ª série  
60. primeiro grau incompleto, mas não lembra a última série cursada.  
70. 2º grau completo  
80. Superior (Universitário) incompleto  
90. Superior (Universitário) completo  
99. Pós-graduação  
00. NS (Não Sabe)  
11. NR (Não Respondeu)

#### CÓDIGOS para preenchimento do “QUADRO A”

##### Estratégias

01. Mudou o tipo de alimento  
02. Reduziu/Aumentou a quantidade de alimentos consumidos  
03. Reduziu o número de refeições realizadas por dia  
04. Aumentou o número de refeições realizadas por dia  
05. Participou de programa de perda de peso (exemplo: vigilante de peso)  
06. Praticou/aumentou atividade/exercícios (academia)  
07. Utilizou shake/fórmulas alimentares  
08. Utilizou chás  
09. Utilizou medicação para emagrecer  
10. Outros

##### Quem recomendou ou como foi a indicação?

01. Médico      04. Vigilantes do peso  
02. Nutricionista      05. Amigo ou Parente  
03. Outro profissional de saúde      06. TV/Rádio/Revista/Internet  
07. Eu mesmo  
08. Outro      77. NS      88. NA      99. NR

##### De onde?

01. Posto de saúde/ SUS      03. Academia da cidade (prefeitura)  
02. Particular/convênio      04. Academia de Ginástica (privada/ particular)  
05. Outro      77. NS      88. NA      99. NR

**ANEXO C**  
**Questionário de Entrevista Domiciliar**  
- Cartão de Respostas FICHA B-

**CÓDIGOS para preenchimento do “QUADRO B”**

**Lista de atividades**

- |   |
|---|
| <p><b>01- Caminhada em rua e/ou caminhada em esteira (<u>não incluir</u> passear/ caminhar para trabalho)</b></p> <p><b>02- Corrida em rua e/ou corrida em esteira</b></p> <p><b>03- Musculação</b></p> <p><b>04- Ginástica em geral (incluir aeróbica)</b></p> <p><b>05- Alongamento</b></p> <p><b>06- Hidroginástica</b></p> <p><b>07- Natação</b></p> <p><b>08- Dança de salão (balet, axé, forró)</b></p> <p><b>09- Artes marciais e/ou luta (tai chi chuan)</b></p> <p><b>10- Capoeira</b></p> <p><b>11- Ioga</b></p> <p><b>12- Lian Gong</b></p> <p><b>13- Pitalés</b></p> <p><b>14- Andar de bicicleta (ciclismo)</b></p> <p><b>15- Esportes coletivos (basquete, futebol, vôlei, tênis)</b></p> <p><b>16- Outra atividade</b> <i>[Neste caso, pedir para especificar]</i></p> |
|---|

**Como o(a) sr.(a) classifica esta atividade?**

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>01- Leve</b></p> <p><b>02- Moderada</b></p> <p><b>03- Vigorosa</b></p> | <p><b>77- NS</b></p> <p><b>99- NR</b></p> |
|--|---|

**Introdução da Entrevista**

Bom dia/tarde/noite, Sr(a) XXX. Meu nome é XXX. Estou falando em nome da pesquisa sobre o “Programa para Parar de Fumar”. O Sr(a) deve ter recebido uma carta comunicando sobre a realização desta pesquisa. Você foi selecionado por ter participado do programa oferecido na sua cidade no ano de 2008 e gostaríamos de realizar uma entrevista para ouvir a sua opinião sobre o programa. Sua contribuição é muito importante para esta pesquisa e pode ajudar a melhorar o tratamento gratuito oferecido aos fumantes pelo SUS.

Podemos agendar a entrevista em sua casa ou em alguns serviços de saúde da sua cidade caso prefira essa opção.

Gostaríamos de esclarecer que seu nome não será divulgado e que as informações não trarão prejuízo aos profissionais envolvidos no programa do tabagismo e sim ajudarão a melhorar este tratamento.

**Conclusão da Entrevista**

O(A) Sr(a) gostaria de comentar algo sobre o programa de tabagismo que nós não tenhamos discutido? (anotar atrás do questionário as observações realizadas)

Agradecemos sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Gostaria de anotar o número de seus telefones de contato incluindo o número do seu celular se for possível.

→ Anotar observações sobre a entrevista realizada.

## ANEXO D

### MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA DOMICILIAR

#### MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA DOMICILIAR

---

##### **APRESENTAÇÃO**

Neste documento encontram-se informações para auxiliar na condução da entrevista de aplicação do questionário da pesquisa "**Avaliação do Programa de Cessação do Tabagismo (INCA): dados epidemiológicos e aspectos da efetividade do tratamento na atenção primária.**" Essa pesquisa é inédita no Brasil. Até o momento nenhum estudo avaliou o resultado do Programa de Cessação do Tabagismo nos moldes propostos pelo INCA por um período maior do que um ano e através de pesquisa com rigor acadêmico poderemos qualificar o programa nacional de tratamento gratuito do fumante.

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Consulte o manual sempre que se fizer necessário. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

##### **POSTURA DO ENTREVISTADOR NA ABORDAGEM DO PARTICIPANTE**

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar o(a) participante. Elas são **IMPORTANTÍSSIMAS** e norteiam a conduta do(a) entrevistador(a) durante todo o trabalho. Informações específicas são apresentadas adiante no manual.

– **Nunca esqueça:** A realização do nosso trabalho fornecerá resultados que propiciarão melhoria na qualidade da coleta de dados do(a) próprio(a) e/ou do(a)s demais participantes. **Reflita sobre a importância disso.** Seja interessado. Seja sempre gentil e educado, pois o(a) participante não tem obrigação de participar da pesquisa. A impressão despertada no(a) participante é **MUITO IMPORTANTE** para a realização do trabalho.

– Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o(a) participante, tratando-o(a) com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta. Aguarde a finalização das respostas; mesmo que haja um período de hesitação, não interrompa o(a) participante.



- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Use sempre a camiseta da pesquisa e porte sempre o seu **crachá de identificação**. Lembre ao(à) participante, que ele(a) tem o telefone do Centro de Pesquisa no termo de consentimento livre e esclarecido que ele(a) assinará. O(a)s pesquisadore(a)s estão à disposição para o esclarecimento de dúvidas.
- Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando.
- Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista.
- Trate o(a)s participantes sempre com respeito. Ao iniciar seu contato com ele(a), pergunte-lhe: “Como o(a) Sr(a) prefere ser tratado(a): senhor(a), professor(a) ou doutor(a)?” Adote o tratamento escolhido pelo(a) participante(a) e chame-o(a) sempre pelo nome (p.ex., Sra. Joana). Caso ele(a) não faça qualquer opção, trate-o por senhor ou senhora.
- Posicione-se de preferência frente a frente com o(a) participante, evitando que ele(a) procure ler as questões durante a entrevista.
- Faça as perguntas **exatamente** como estão formuladas no questionário em **tom neutro**: mesmo pequenas mudanças podem mudar a resposta obtida.
- Faça as perguntas na **ordem** que aparecem no questionário.
- Lembre-se de formular as perguntas, olhando não apenas para o questionário, mas também para o(a) participante.
- Durante a entrevista, com algum intervalo de tempo, faça referência ao nome do(a) participante. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do(a) participante. Por exemplo: “Sr. João, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não julgar, transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do(a) entrevistador(a) deve ser sempre **NEUTRA** em relação às respostas. Deixe a surpresa e a própria inquietude frente às respostas para discutir com o supervisor.
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico; demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.
- É essencial que você conheça **profundamente** o conteúdo do questionário

que vai aplicar bem como seu manual de instrução, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de fazer as perguntas. Só o(a) participante tem o direito de hesitar.

– Todas as questões deverão ser lidas ao(à) participante, mesmo que a informação já tenha sido dada de forma espontânea por ele(a). Nesse caso, deixe claro que você sabe que essa resposta já foi mencionada, mas que é necessário fazer a pergunta, por exemplo, falando “só para confirmar....”.

– Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário. **NÃO INVENTE**. Caso o(a) participante não entenda, repita. Só depois disso você deve explicar o que se quer saber com aquela pergunta (a explicação deverá ser a existente no manual, referente àquela pergunta).

– **Nunca** influencie ou sugira respostas. Siga com rigor as instruções que constam no MANUAL: quando ler as alternativas, quando não ler as alternativas. Tenha MUITA ATENÇÃO com os PULOS em algumas questões.

– Se o(a) participante começar a dispersar, procure mantê-lo(a) motivado(a), chame-o pelo nome, pedindo gentilmente para dar continuidade à entrevista. Se apropriado, situe o(a) participante em relação ao que já foi preenchido e ao que ainda falta.

– Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As **SUAS DÚVIDAS** são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.

– **Mantenha sempre à mão o seu Manual de Instruções do Questionário** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

### **AGENDAMENTO DAS ENTREVISTAS**

No momento do agendamento da entrevista procure usar os termos padronizados no cartão de respostas. Evite julgamentos ou emissão de opiniões neste momento e na hora da entrevista. Deixe claro que não importa o “status tabágico” do indivíduo e sim a experiência e a opinião dele com e sobre o programa.

## **LOCAL DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

Lista de Alternativas de Locais para Agendamento de Entrevista (Caso o paciente opte por esta alternativa)

Nosso objetivo é concluir o maior número possível de entrevistas e intervir o mínimo possível no dia-a-dia do participante.

## **MATERIAL PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

- 1) Camiseta e Crachá de Identificação
- 2) Cartão de Respostas
- 3) Manual do Entrevistador
- 4) Questionário (2 cópias – uma cópia reserva)
- 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (2 cópias)

## **ANTES DAS ENTREVISTAS**

Ao chegar no domicílio/residência ou no centro de saúde onde será realizada a entrevista procure um ambiente com condições mínimas de privacidade.

Se o(a) participante estiver acompanhado(a), você gentilmente deve assinalar que a entrevista é individual. Em caso de insistência do acompanhante para participar, seja gentil e procure mostrar que se trata de um questionário com informações pessoais, a ser respondido de forma sigilosa e individual.

Antes de iniciar a entrevista, é importante verificar se o (a) participante compreende seus direitos e deveres do(a)s participantes e aspectos éticos envolvidos. Especial ênfase deve ser dada na explicação sobre os cuidados tomados em relação ao sigilo das informações, como a utilização de codificação para questionários, sistema de segurança dos arquivos e o acesso restrito aos mesmos, bem como a devolução dos resultados relevantes para a rede SUS e para o INCA (Instituto Nacional do Câncer: Órgão ligado ao Ministério da Saúde que coordena a realização do programa em todo país) para a melhoria do tratamento do tabagismo no SUS.

## **SITUAÇÕES DO TRABALHO DE CAMPO (Possíveis Cenários e Procedimentos)**

**Domicílios fechados ou Situação encontrada:** Ninguém em casa

**Conduta:** Buscar informações com os vizinhos sobre os moradores do domicílio e melhor horário para encontrá-los. Buscar telefone do indivíduo na lista para o agendamento. Caso seja confirmado por algum informante (vizinhos, porteiro ou vigia) que o domicílio está vazio proceder a busca de informações sobre local para onde mudou o indivíduo. Caso não saibam, busque saber se algum familiar ou amigo que more nas redondezas possa ter essa informação.

Você também pode deixar seu telefone de contato ou da coordenadora de campo para que a pessoa entre em contato, caso assim prefira.

### **QUESTIONÁRIO**

O questionário a ser aplicado contém 6 partes:

- **Parte 1**: Identificação, dados sócio-demográficos e informação dos pais.
- **Parte 2**: Saúde e Hábitos de Vida
- **Parte 3**: Intervenção (Programa de Tratamento do Tabagismo)
- **Parte 4**: Conhecimentos, Atitudes e Percepções
- **Parte 5 e 6**: História Tabágica (A Parte 5 deve ser respondida apenas pelos que ainda fumam e a Parte 6 deve ser respondida apenas por ex-fumantes, OU SEJA, a aplicação de uma exclui a outra). As últimas partes (5 e 6) serão respondidas de acordo com a resposta para a questão "Atualmente o(a) sr(a) fuma?".

### **PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS**

3. Cuide bem de seu cartão de respostas e códigos de preenchimento. Eles serão usados durante todas as entrevistas. Caso estejam danificados, busque outro antes de iniciar uma nova entrevista.

4. Quando indicado, leia as alternativas de resposta para o(a)s participantes. Do contrário, espere o(a) participante responder e então marque a opção escolhida pelo(a) participante.

5. As frases introdutórias de cada bloco e as questões devem ser lidas aos participantes.

6. Instruções para os entrevistadores estão sempre *ITÁLICO* e elas **NÃO DEVEM** ser lidas para o participante.

7. Caso o(a) participante interrompa a leitura das alternativas de respostas, peça gentilmente que ele(a) aguarde a leitura das opções e termine de ler.

– Há duas opções de resposta especiais muito importantes, mas que **sob hipótese nenhuma** deve ser lida ao(à) participante:

**NÃO SABE (NS).** Essa opção deve ser usada quando o(a) participante não sabe ou não lembra.

**NÃO QUER RESPONDER (NR).** Essa opção deve ser usada quando o(a) participante não quer responder.

Antes de aceitar essas respostas deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Marque essa opção somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida. Em caso de dúvida, fale com seu supervisor.

8. A opção **NÃO DE APLICA (NA)** eventualmente aparece como opção e serve para ser marcada quando a pergunta não se enquadra para a situação do entrevistado. Raramente é necessário utilizá-la. Também não deve ser lida para o participante.

9. Algumas perguntas possuem a opção **OUTRA(O)**, como alternativa de resposta adicional àquelas propostas. Em alguns casos, existe um espaço em aberto para especificação dessa outra alternativa não contemplada anteriormente. Nesses casos, o preenchimento dessa especificação é obrigatório. Quando indicado, nunca deixe de preenchê-la.

10. Campos de resposta que serão **preenchidos com números** devem ter todos os dígitos preenchidos. Assim, se a resposta for inferior a 10, escreva o número precedido de "0" (zero) de forma que todos os espaços sejam preenchidos com um dígito. Se o(a) participante responder com um número não inteiro, deve-se perguntar a ele(a), qual o número inteiro mais próximo.

– Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que o participante repita a resposta ou explique com outras palavras. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) participante.**

– Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável ou inconsistente, tente esclarecer com o participante. Em caso de dúvida, fale com seu supervisor.

- Todas as dúvidas e observações importantes devem ser registradas no diário de campo para serem incorporadas ao manual.
- Os questionários deverão ser cuidadosamente armazenados pois contém informações sobre cada participante que não devem ser divulgadas.
- **Todos os questionários deverão ser entregues mesmo após a digitação de seus dados no site da pesquisa.**

### **COMO ACESSAR O QUESTIONÁRIO NO SITE?**

- O Site que contém o questionário está na homepage: **[www.tinyurl.com/tabagismo2](http://www.tinyurl.com/tabagismo2)**

Observação: Estará acessível a partir de abril/2010

- Para que os dados digitados sejam validados é necessária a digitação correta do código identificador do paciente. Caso contrário os dados não serão considerados. Tome cuidado especial com essa digitação.
- Você escolherá as opções de acordo com o preenchimento do questionário e preencherá os campos de texto conforme suas anotações.
- Alguns campos de preenchimento são obrigatórios e estarão identificados com um asterisco. Caso você não preencha, não poderá enviar o questionário.
- Ao final do preenchimento, basta clicar em enviar para que os dados de sua entrevista entrem no banco de dados da pesquisa.
- O banco de dados da pesquisa terá acesso restrito apenas à pesquisadora responsável por este estudo.

### **SOBRE ALGUMAS QUESTÕES ESPECÍFICAS**

- Questões com indicação de "PULE para questão Número xx.x": indicam que as questões daquele subitem são indicadas apenas conforme algumas respostas. Em geral a resposta "Não" para aquela questão indica que as próximas questões (subitens) não estão indicadas e por isso devem ser puladas na entrevista em questão.