

Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado

Profile and factors associated with successful treatment of smokers in a specialized public service

Perfil y factores asociados al éxito terapéutico de tabaquistas atendidos en un servicio público especializado

Sandro Rogério dos Santos^I; Ana Rita de Cassia Bitencourt^{II}; Rosana Huppel Engel^{III};
Maria Helena de Castro Silva^{IV}; Thais Santos Guerra Stacciarini^V; Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro^{VI}

RESUMO

Objetivos: identificar o perfil dos tabagistas cadastrados no programa de cessação do tabagismo da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no município de Uberaba, Minas Gerais, e relacionar os fatores associados ao sucesso terapêutico. **Método:** estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM, sob o protocolo nº 2272. Foram analisados os prontuários de 305 tabagistas por meio de instrumento de coleta de dados criado pelos pesquisadores. **Resultados:** o serviço não dispunha de medicação gratuita para o tratamento e apenas 47 (15,4%) tabagistas conseguiram sucesso terapêutico. Observou-se relação positiva e significância estatística, através da regressão logística binominal múltipla, somente entre os indivíduos que utilizaram medicação suporte para o tratamento ($p < 0,001$). **Conclusão:** conhecer o perfil dos pacientes, bem como o fornecimento de medicamento para o tratamento deve fazer parte das estratégias de abordagem do tabagista para que as ações sejam mais eficazes. **Descritores:** Tabagismo; abandono do uso de tabaco; enfermagem; tratamento.

ABSTRACT

Objectives: to profile smokers enrolled in the smoking cessation program of the Triângulo Mineiro Federal University (UFTM) in Uberaba, Minas Gerais, and to list the factors associated with successful treatment. **Method:** this retrospective study conducted between February 2009 and December 2013 was approved by the UFTM research ethics committee (Protocol 2272). The medical records of 305 smokers were analyzed using a specifically constructed data collection instrument. **Results:** the service had no free medication for treatment and only 47 (15.4%) of the smokers were successfully treated. Multiple binomial logistic regression revealed a positive correlation and statistical significance only among individuals who used treatment support medication ($p < 0.001$). **Conclusion:** in order for measures to be more effective, strategies for approaching smokers should comprise a knowledge of patient profiles and provision of treatment medication. **Descriptors:** Tobacco use disorder; tobacco use cessation; nursing; treatment.

RESUMEN

Objetivos: identificar el perfil de los fumadores registrados en el programa de cesación del tabaquismo de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) en el municipio de Uberaba, Minas Gerais, y relacionar los factores asociados al éxito terapéutico. **Método:** estudio retrospectivo entre febrero de 2009 y diciembre de 2013, aprobado por el comité de ética en investigación de la UFTM, protocolo 2272. Se han analizado las historias clínicas de 305 fumadores a través de un instrumento de recolección de datos. **Resultados:** el servicio no disponía de medicación gratuita para el tratamiento y sólo 47 (15,4%) fumadores tuvieron éxito terapéutico. Se observó relación positiva y significancia estadística, a través de la regresión logística binominal múltiple, únicamente entre los individuos que utilizaron medicación de apoyo para el tratamiento ($p < 0,001$). **Conclusión:** conocer el perfil de los pacientes, como también el suministro de medicamento para el tratamiento debe formar parte de las estrategias de abordaje del fumador para que las acciones sean más eficaces. **Descritores:** Tabaquismo; cese del uso de tabaco; enfermería; tratamiento.

INTRODUÇÃO

O tabagismo ainda é considerado, nos dias de hoje, um grave problema de saúde pública e a principal causa de morte evitável que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mata cerca de seis milhões de pessoas por ano no mundo. Até 2030, se a atual tendência no consumo do cigarro continuar, são es-

timadas aproximadamente oito milhões de mortes anuais¹. No mundo, existem aproximadamente um bilhão de fumantes e 80% deles vivem em países sub-desenvolvidos e de baixa renda, o que faz com que as mortes relacionadas ao tabaco sejam mais frequentes e comuns nessas populações².

^IEnfermeiro. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro de Função Pulmonar da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: sanroger21@gmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora em Ciências Pneumológicas. Docente, Universidade Federal de São Paulo. Brasil. E-mail: arcbettencourt@unifesp.br.

^{III}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: manaengel@gmail.com.

^{IV}Médica. Doutora em Patologia. Docente, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: mariahcs@terra.com.br.

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: thais.stacciarini@terra.com.br.

^{VI}Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Enfermeira na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alaisapc@hotmail.com.

Fatores como a escolaridade, as condições socioeconômicas e o grau de dependência da nicotina são condições associadas à prevalência do tabagismo e à dificuldade da cessação do hábito de fumar, isso faz com que o tabagismo acometa em maior grau as populações com baixos níveis socioeconômicos não só no Brasil, como também em outros países³.

A fumaça produzida pelo cigarro contém cerca de 4.720 substâncias, em 15 funções químicas, das quais 60 apresentam atividade cancerígena, e outras são reconhecidamente tóxicas, mas a nicotina foi considerada causador da dependência ao tabaco. Políticas por ambientes livres da fumaça do tabaco devem ser incentivadas, visando ao não fumar em todos os ambientes fechados, como domicílios, trabalho, lazer, escolas, serviços de saúde, empresas, e locais públicos, criando-se ambientes 100% livres do tabaco⁴⁻⁶.

Considerando todas essas questões, em 1989, o Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), desenvolveu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com vistas a reduzir a prevalência de tabagistas e as morbimortalidades por doenças relacionadas ao tabaco. Nesse cenário, para atingir parte das metas almejadas, e tendo em vista a dimensão do território brasileiro, o PNCT passou a descentralizar as suas ações e realizar parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Após avaliar a eficácia da metodologia utilizada na abordagem e tratamento dos fumantes, o INCA, em conjunto com o Ministério da Saúde e em conformidade com a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), estabeleceu as bases teóricas e diretrizes para o tratamento dos fumantes nos grupos de apoio aos tabagistas, a saber: abordagem cognitivo-comportamental que combina intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando à detecção de situações de risco, de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento; e o uso da farmacoterapia que pode ser utilizada como medida de apoio à abordagem cognitivo-comportamental onde são oferecidos medicamentos³.

Mas, tratar tabagistas é um desafio para os profissionais da área da saúde, sobretudo em locais onde os recursos financeiros são escassos. Além do mais, o conhecimento do público-alvo é de extrema necessidade para uma adequada estruturação dos programas o que permite atender as necessidades específicas de cada população.

Portanto, frente ao exposto, o presente estudo objetivou identificar o perfil dos pacientes cadastrados no Programa de Cessação do Tabagismo da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e relacionar os fatores associados ao sucesso terapêutico.

REVISÃO DE LITERATURA

O cultivo da planta do tabaco começou, provavelmente, com a migração indígena. Os portugueses,

ao descobrirem o Brasil, no século XVI conheceram a planta e ajudaram a disseminar o tabaco pela Europa e, posteriormente, pelo mundo³.

A partir da década de 60, o cigarro passou a ser relacionado ao adoecimento e comprometimento da saúde dos tabagistas e várias pesquisas em nível mundial foram publicadas comprovando os malefícios causados pelo fumo. Nesse primeiro momento, surgiu, então, a grande preocupação com os danos que o cigarro poderia causar a essas pessoas. Num segundo momento, emergiram outros questionamentos tais, como: a poluição tabágica ambiental e os problemas advindos da fumaça produzida pelo cigarro à população geral^{1,2}.

Em 1989, de acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde, 33% da população brasileira com 15 anos ou mais fazia uso de produtos derivados do tabaco, porém houve um declínio significativo na prevalência de fumantes ao longo dos anos para 17,2%, em 2008⁴.

Há muito tempo, o Brasil tem sido considerado o maior exportador mundial de tabaco e o segundo maior produtor da droga, colocando-o em destaque na economia brasileira. Mas espera-se que, com a diminuição do consumo do cigarro pela população no país, a produção do fumo brasileiro diminua gradualmente⁴.

Dados divulgados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelaram que, em 2011, 14,8% da população adulta fumava, sendo 18,1% homens e 12% mulheres. No entanto, o tabagismo ainda acomete vários países que apresentam índices elevados de prevalência do uso da droga, como a China, onde a prevalência de homens fumantes é de 52,9%. Na Argentina, Bolívia, Paraguai e Uruguai existe uma prevalência de 21,6% a 30,7% de homens fumantes enquanto a prevalência em mulheres atinge os 22%⁵.

A redução da prevalência de fumantes no Brasil aconteceu graças às campanhas antitabagistas e adoção de medidas realizadas pelo governo como criação de leis, em conjunto com o INCA, e após a implementação, em 2005, da CQCT, criada pelo OMS em 2003⁶.

Apesar da legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais fortes do mundo, ela é alvo de constantes desafios, uma vez que tem contribuído para avanços como a significativa redução no consumo nacional ao longo das últimas décadas. No entanto, ainda há dificuldades no combate ao tabagismo devido ao fácil acesso a droga pela população geral, o contrabando de cigarros vindos de países do Mercosul, o baixo custo do produto no mercado e a falta de tratamento adequado para a população, em algumas regiões do país e em diferentes níveis socioeconômicos⁶.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa dos dados que foi realizado no Progra-

ma de Cessação do Tabagismo da UFTM. Para realização da pesquisa foram analisados todos os prontuários de tabagistas que procuraram atendimento no período entre 01 de fevereiro de 2009 e 31 de dezembro de 2013. Foram incluídos no estudo todos os pacientes que possuíam dados suficientes para realizar a pesquisa.

Os pacientes foram atendidos de acordo com o formato e diretrizes propostos pelo INCA³. Desta forma, os atendimentos ambulatoriais foram estruturados com periodicidade semanal no primeiro mês, quinzenal até completar a abordagem intensiva (três meses) e, finalmente, mensal até completar um ano. Os atendimentos foram realizados individualmente e cada paciente passou por um atendimento médico inicial para avaliação clínica e, logo em seguida, por uma sessão com o psicólogo. Neste momento, foi avaliado o perfil do fumante, seu grau de dependência à nicotina através da escala de *Fagerström*⁷ e sua motivação para deixar de fumar segundo o Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente, que consiste em uma entrevista para avaliar o estágio motivacional em que o tabagista se encontra para parar de fumar⁸.

Os estágios motivacionais são descritos como pré-contemplação, em que a pessoa ainda não vê necessidade de mudar seu comportamento; contemplação, o indivíduo percebe seu problema mas ainda não se mobiliza para tomar uma atitude de mudança; preparação, a pessoa já tem uma visão mais clara e precisa sobre seu problema e começa a pensar em ações que possam ajudá-lo a recuperar-se e superar limitações; pronto para ação, o cliente começa a colocar em prática seus esforços de mudança; e, por último, manutenção que é o estágio mais complexo e desafiador, pois o indivíduo precisa se esforçar ao máximo para que não aconteçam recaídas⁸.

Durante o tratamento, a terapia farmacológica não era fornecida pelo serviço e foi prescrita pela médica da equipe para que o paciente comprasse com recursos financeiros próprios. Foi utilizado o tratamento de reposição de nicotina, através de adesivos transdérmicos, com dosagem determinada de acordo com o Teste de *Fagerström*, que poderia ser associado ou não à bupropiona.

A coleta de dados aconteceu no próprio serviço que prestou assistência aos tabagistas. Foi utilizado um instrumento composto de perguntas fechadas e elaborado em duas partes, ou seja, uma de identificação dos perfis socioeconômico e demográfico e a outra envolvendo questões específicas sobre a temática da pesquisa – tabagismo, tais como a presença de comorbidades, o perfil tabágico e o grau de motivação para a cessação do tabagismo. Assim, as seguintes variáveis nortearam o estudo: idade, gênero, situação conjugal, escolaridade, renda, tempo de uso do cigarro, número de cigarros fumados por dia, tentativas anteriores para deixar de fumar com ou sem ajuda especializada, procura do serviço, comorbidades clínicas, uso de medicamento suporte para o tratamento, abandono do tratamento, o teste de *Fagerstrom*, o Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente e o sucesso terapêutico dos tabagistas cadastrados no serviço.

Os dados obtidos foram categorizados em banco de dados no *software Microsoft Excel*[®], transportados e processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS) versão 20.0, onde foram determinadas a média e o desvio-padrão das variáveis numéricas e das variáveis categóricas os valores percentuais. Para alcançar o objetivo proposto, foi utilizada a regressão logística binomial múltipla, tendo como desfecho o sucesso terapêutico e como preditores o grau de dependência da nicotina, o grau de motivação para o tratamento e a utilização de medicamento dos tabagistas durante o tratamento, adotando-se nível de significância $\alpha=5$ ($p<0,05$).

Este estudo seguiu os princípios éticos e seu projeto foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e o da Universidade de São Paulo, sob o protocolo número 2272.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados os prontuários de atendimento de 340 tabagistas. Destes, 35 foram excluídos por não estarem corretamente preenchidos. Dos 305 tabagistas avaliados, 68,5% eram do sexo feminino, com idade média de 49(11,1) anos. Mais da metade (55,4%) relatou ter um relacionamento conjugal estável e, ao analisar a renda mensal familiar, observou-se que a maioria (80,1%) recebia até dois salários mínimos, com uma média de 6,7(4,2) anos de estudos, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição dos tabagistas segundo as características demográficas. Uberaba-MG, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	96	31,5
Feminino	209	68,5
Situação conjugal	169	55,4
Com parceiro fixo	169	55,4
Sem parceiro fixo	136	44,6
Idade, em anos^(*)	49,7 (dp11,1)	
Anos de estudo sem repetir a mesma série^(*)	6,7 (dp4,2)	
Ocupação		
Ativo	168	55,1
Do lar	79	25,9
Do lar aposentada	4	1,3
Inativo	54	17,7
Renda mensal familiar		
Menos de 1 salário	13	4,3
1 salário	143	46,9
2 salários	88	28,9
3 salários	35	11,5
4 salários	15	4,9
Mais que 5 salários	11	3,5
Procura do serviço		
Encaminhado por médicos	185	60,7
Voluntariamente	66	21,6
Orientação de outros profissionais	23	7,5
Outros	31	10,2

^(*)Resultado expresso em média e \pm dp

O predomínio da procura por tratamento para cessação do tabagismo pelas mulheres pode ser atribuído à preocupação dessas pacientes com sua saúde, já que a maioria foi encaminhada por profissionais da área da saúde e possivelmente já haviam tido algum tipo de aconselhamento prévio. O número maior de mulheres em tratamento também reforça a idéia de que a população masculina necessita de estratégias e incentivos na promoção da saúde para que a procura pelo tratamento para abandono do fumo pelos homens aumente nos grupos que prestam esse tipo de assistência⁹⁻¹¹. Em relação à idade, os dados encontrados sugerem que as pessoas buscam o tratamento após certa maturidade, geralmente quando houve conscientização de que fumar pode trazer danos à saúde, e, sobretudo, quando já aparecem manifestações clínicas que passam a prejudicar as pessoas em seu dia a dia. Resultados semelhantes em relação ao gênero e a idade são descritos em outros estudos¹²⁻¹⁴.

A associação entre tabagismo, baixo grau de escolaridade e baixa renda é descrita em estudos nacionais e internacionais¹⁵⁻¹⁷. O maior grau de educação favorece maior conscientização das pessoas em relação aos danos causados pelo cigarro e aos benefícios quando uma pessoa decide por não continuar com o uso de tabaco, o que contribui para que o uso do cigarro seja menor nas populações com maior grau de instrução, ao passo que, a manutenção do hábito tabágico tem tido forte relação nas populações com baixo nível de escolaridade. A associação desses dois fatores, baixa renda e baixo nível de instrução, aumenta ainda mais a prevalência do tabagismo. Mas existem outros fatores, como o baixo preço e o fácil acesso ao tabaco, que têm contribuído para a disseminação do uso da droga pelas populações com essas características¹⁸.

Atualmente, além das campanhas de conscientização antitabagismo, e para cumprir as medidas propostas pela OMS, através da CQCT, o Brasil tem investido no aumento dos impostos para produtos derivado do tabaco com intuito de restringir a sua comercialização e na criação de leis que proíbem o uso do produto dentro de ambientes fechados, criando ambientes livres do tabaco e da fumaça dos produtos derivados do tabaco^{6,19,20}.

A maioria apresentou grau elevado (46,9%) e muito elevado (23%) de dependência da nicotina, com média de 43,0(28,3) maços/ano. Grande parte da população (69,8%) já havia realizado, pelo menos, uma tentativa para parar de fumar, sozinho ou com ajuda especializada e, ao avaliar o grau de motivação desses indivíduos, 91,1% estavam na fase *prontos para ação para cessação do tabagismo*, conforme descrito na Tabela 2.

Por muito tempo, o tabagismo tem sido fator de risco para a saúde, considerado a maior causa de morte evitável e responsável por algumas doenças como neoplasias malignas, cardiovasculares e do sistema respiratório¹. Na população em estudo, a maioria dos fumantes apresentou comorbidades e a hipertensão arterial sistêmica

TABELA 2: Características gerais dos tabagistas. Uberaba-MG, Brasil, 2014.

Variáveis	n	%
Cigarros fumados por dia, em números^(*)	25,8 (dp12,70)	
Tempo de uso do cigarro, em anos^(*)	33,4 (dp12,4)	
Anos/maço^(*)	43,0 (dp28,3)	
Grau de dependência nicotínica^(**)		
Muito baixo	5	1,6
Baixo	47	15,4
Médio	40	13,1
Elevado	143	46,9
Muito elevado	70	23
Número de tentativas para deixar de fumar		
Nunca tentou	92	30,2
1	113	37
2	30	9,8
3	26	8,5
4	9	3
5	7	2,3
6 ou mais vezes	28	9,2
Tentativas com ajuda especializada		
Sim	18	5,9
Não	195	63,9
Comorbidades^(***)		
Hipertensão Arterial	113	34,4
Câncer de Mama	3	1
Câncer de Pulmão	2	0,7
Asma	13	4,3
DPOC	53	17,4
Doenças psiquiátricas	5	1,6
Depressão	46	15,1
Diabetes Mellitus	37	12,1
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	13	4,3
Acidente vascular encefálico (AVE)	10	3,3
Outras Doenças	97	31,8
Fase motivacional para o tratamento		
Pré-contemplação	1	0,3
Contemplação	4	1,3
Preparação	21	6,9
Pronto para ação	278	91,1
Manutenção	1	0,3

(*)Resultados expressos em média e ± dp (**)Teste Fagerstrom

(***)Alguns pacientes apresentaram mais de uma comorbidade.

foi a que mais se destacou, o que corrobora a relação do cigarro com as doenças cardiovasculares^{1,21}. Resultado semelhante foi descrito em outro programa de cessação para tabagismo²². Porém, foi evidenciada, em outros estudos que envolveram tabagistas, a (DPOC) e outras manifestações respiratórias, como principais comorbidades associadas ao cigarro^{23,24}.

No presente estudo, essas manifestações respiratórias aparecem em segundo lugar na lista de comorbidades apresentadas pelos tabagistas. Como a maioria dos fumantes, neste estudo, estava em um relacionamento estável, aumenta ainda mais o risco de seus companheiros ou filhos desenvolverem as mesmas doenças. Deve ser considerado, então, que os não fumantes, conhecidos como fumantes passivos, que convivem com os fumantes em ambientes fechados também estão expostos aos produtos derivados da fumaça liberada pelo cigarro e podem adoecer e ter a sua saúde prejudicada^{25,26}.

Em relação ao tempo de exposição dos tabagistas ao cigarro, foi observada uma média de 33,4 anos. Mais

da metade dos pacientes que procuraram atendimento apresentou grau elevado e muito elevado de dependência da nicotina (69,9%), o que condiz com dados encontrados em outros estudos^{21,27}. O nível elevado de dependência da nicotina dos tabagistas, encontrado por meio do Teste de Fagerström, pode refletir, ao longo do tempo, em maior número de doenças associadas ao tabagismo.

Tal resultado é importante e deve ser levado em consideração no momento do planejamento das ações e estratégias terapêuticas a serem estabelecidas, pois a dependência da nicotina tem sido a maior dificuldade durante o tratamento desses pacientes e a síndrome da abstinência está ligada diretamente a essa dependência²⁸. Assim, tal conhecimento torna-se extremamente importante para o sucesso terapêutico. O manual de abordagem e tratamento de tabagistas, elaborado pelo INCA, preconiza que, em pacientes com essas características, é preciso fazer opção pelo uso de medicação de suporte para auxiliar no tratamento³.

As formas de medicamento utilizadas para o tratamento dos pacientes deste estudo foram a Terapia de Reposição Nicotínica (TRN), através do adesivo transdérmico e, quando necessário, foi utilizada a Bupropiona. Apenas 52,1% dos tabagistas fizeram uso de medicamento. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que o serviço não fornecia o suporte medicamentoso gratuito. A medicação era prescrita em receituário médico para que o paciente a adquirisse com recursos próprios. Mesmo assim, observou-se que a medicação de suporte contribuiu significativamente ($p < 0,05$) no sucesso terapêutico dos tabagistas que a utilizaram, conforme descrito na Tabela 3.

Estudo realizado para avaliar o uso da TRN concluiu que todas as formas disponíveis desse tipo de terapia podem aumentar em 50 a 70% as taxas de sucesso terapêutico²⁹. Outra droga bastante utilizada em associação com a TRN e considerada de primeira linha é a Bupropiona, recomendada, geralmente, para tratar os sintomas de abstinência severos e em pacientes que apresentam grau elevado de ansiedade e/ou depressão³⁰.

Além dos recursos farmacológicos, a abordagem não farmacológica, como intervenções comportamentais, também é uma excelente ferramenta no tratamento de tabagistas; e a associação dessas duas medidas aumenta significativamente as chances do sucesso

terapêutico, sobretudo em clientes considerados tabagistas pesados¹⁸. A abordagem, mesmo que simples e com ênfase na motivação para o abandono do fumo, tem apresentado excelentes resultados. Mas vale ressaltar que, por tratar-se de um problema multifatorial, o abandono do fumo não depende exclusivamente de orientações médicas e/ou do uso de medicamento. O sucesso terapêutico vai além dos grupos de tratamento para o abandono do tabagismo^{31,32}.

Sabe-se que grande parte dos fumantes realiza várias tentativas de cessação do tabagismo antes de conseguir a plenitude do sucesso terapêutico e a grande maioria opta por não procurar ajuda de profissionais habilitados. Em mais da metade dos pacientes deste estudo houve pelo menos uma tentativa frustrada, seja com ajuda ou sem ajuda especializada, o que é descrito em outros estudos^{33,34}.

As tentativas frustradas, o abandono, o fracasso e a dificuldade para seguir o regime terapêutico, proposto durante o tratamento têm sido relacionados com a dependência da nicotina e com o estado motivacional em que o tabagista encontra-se para de fato receber e realizar o tratamento³⁵.

No presente estudo, grande parte dos tabagistas encontrava-se na fase motivacional pronto para a ação e não foi observada significância estatística na associação do grau de motivação ($p=0,994$) e com a dependência da nicotina ($p=0,628$) entre aqueles que alcançaram o sucesso terapêutico, conforme dados mostrados na Tabela 3. Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado para avaliar o nível motivacional associado ao insucesso para parar de fumar, durante o tratamento para cessação do tabagismo, em que o baixo nível motivacional, o grau elevado de dependência da nicotina, a maior carga tabágica e o grau elevado de ansiedade foram associados ao fracasso terapêutico³⁵.

O estado motivacional do tabagista é um fator importante e que também direciona a abordagem e a necessidade de trabalhar o comportamento apresentado pelo fumante que por muitas vezes procura ajuda, mas ainda não está preparado para parar de fumar²². Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde sejam receptivos e dêem abertura, nos grupos de tratamentos para tabagistas, para aqueles pacientes que estejam em um grau motivacional baixo e que se apresentam resistentes ao tratamento proposto. O monitoramento do estado motivacional dos tabagistas, durante o tratamento, torna-se então imprescindível para também implementar a abordagem e definir estratégias para um tratamento o mais eficaz possível³⁵. Não houve diferença estatística também quando associado o gênero ($p=0,267$), a renda ($p=0,717$) e o grau de escolaridade ($p=0,363$) dos tabagistas ao sucesso terapêutico neste estudo.

Foi observada alta taxa (84,6%) de abandono do tratamento, e apenas 47 (15,4%) tabagistas conseguiram o sucesso terapêutico. No que diz respeito ao abandono do tratamento, este estudo está em concordância com

TABELA 3: Resultado da análise da regressão logística binomial múltipla, tendo como desfecho o sucesso terapêutico. Uberaba-MG, Brasil. 2014.

Variáveis	p
Gênero	0,267
Renda	0,717
Anos de estudo sem repetir a mesma série	0,363
Fase motivacional	0,994
Grau de dependência da nicotina	0,628
Uso de medicamento	0,001

outras pesquisas realizadas aqui, no Brasil, envolvendo tabagistas^{21,22,35}. No que tange ao sucesso terapêutico, há uma grande variabilidade dos resultados descritos na literatura. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa desenvolvida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS), que revelou taxas de abandono do fumo, geralmente, inferiores a 30%, concordando com outro estudo, realizado em Vitória-ES, em que foi observado taxas de abandono do fumo de 28,7%³².

Porém, outros estudos realizados para avaliar a efetividade do tratamento para tabagistas encontraram taxas de cessação do fumo superiores a 60%^{27,36,37}. O fato do serviço não disponibilizar gratuitamente a terapia medicamentosa, bem como a baixa renda, baixo nível educacional e grau elevado da nicotina, são fatores que podem ter contribuído para o número elevado abandono do tratamento.

Portanto, ao realizar a análise de regressão logística binomial múltipla, tendo como desfecho o sucesso terapêutico, observou-se que apenas a utilização do medicamento foi estatisticamente significativa (RC(IC)=5,64/2,40-12,70), ou seja, os tabagistas que utilizaram o medicamento tiveram 5,64 mais chances de alcançarem o sucesso terapêutico do que aqueles que não utilizaram a medicação.

Este estudo foi observacional e seus resultados não podem ser extrapolados para outras populações. Embora não tenham sido avaliados outros serviços de saúde suplementares, a presente pesquisa fornece dados úteis para outros serviços públicos que prestam assistência a tabagistas, enfatizando a importância da distribuição gratuita da medicação suporte para o tratamento.

CONCLUSÃO

O estudo descreveu que os pacientes que procuraram atendimento para cessar o tabagismo apresentaram baixo grau de instrução, baixo nível econômico, níveis de dependência da nicotina elevado e muito elevado, estavam em sua maioria na fase motivacional prontos para ação e a farmacoterapia não foi fornecida gratuitamente durante o tratamento.

Visto que a medicação suporte foi estatisticamente significativa, conclui-se que, esses dados reforçam a ideia de que nos programas de cessação do tabagismo, a avaliação do perfil dos pacientes atendidos, o fornecimento de medicamento para o tratamento, associado com medidas comportamentais, devem fazer parte das estratégias de abordagem e tratamento do tabagista para que as ações sejam mais eficazes.

Além disso, os programas de cessação do tabagismo devem oferecer abordagens e tratamento alternativos com vistas à maior adesão ao tratamento de pessoas do sexo masculino. Este artigo ainda abre margens, para que novos estudos sejam realizados para

identificar outros fatores de insucesso no tratamento desses pacientes, o que possibilitará melhorar a abordagem e o seguimento destes tabagistas para aumentar o sucesso do abandono do hábito tabágico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva (Swi): WHO; 2013: 11-201.
2. World Health Organization. Strong monitoring keeps countries on track to combat the tobacco epidemic. Geneva (Swi): WHO; 2017.
3. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2002. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002.
4. Szklo AS, Levy D, Souza MC, Szklo M, Figueiredo VC, Perez C et al. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilian smokers between 1989 and 2008. *Cad. Saúde Pública*[Online]. 2012; 28(11):2211-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100020>.
5. Ministério da Saúde (Br). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2011. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde; 2012.
6. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RMM. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2014; 19(2):539-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>.
7. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict. behav.* 1978; 3(3-4):235-41.
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51(3):390-5.
9. Correa ACP, Mozer IT. Gestão do processo de implementação da política de saúde do homem. *Rev. enferm. UERJ*[Online]. 2016; 24(1):e9483. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9483>.
10. Piovesan LR, Schimith MD, Simon BS, Budó MLD, Weiller TH, Brêtas ACP. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*[Online]. 2016; 24(3):e5816. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.5816>.
11. Costa ECV, Trovisqueira AM. Perfil sociodemográfico e clínico de uma amostra de fumantes portugueses: implicações do sexo para a intervenção na cessação tabágica. *Psic. teor. Pesquisa*[Online]. 2016; 32(2):e322221. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e322221>.
12. Marino MG, Fusconi E, Magnata R, Panà A, Maurici M. Epidemiologic determinants affecting cigarette smoking cessation: a retrospective study in a national health system (SSN) treatment service in Rome (Italy). *J Environ Public Health*[Online]. 2010:1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2010/183206>.
13. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J. bras. pneumol*[Online]. 2010; 36(1):67-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000100012>.
14. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. *Revista latino-am. enferm*[Online]. 2011; 19(1):1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100024>.
15. Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Mesa JM, Menezes AM. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2011; 16(9):3707-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000008>.
16. Palipudi AM, Gupta PC, Sinha DN, Andes LJ, Asma S, McAfee T. Social Determinants of Health and tobacco use in thirteen low

- and middle income countries: evidence from Global Adult Tobacco Survey. *PLoS One*[Online]. 2012; 7(3):1- 9. Doi: 10.1371/journal.pone.0033466.
17. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann. N. Y. Acad. sci*[Online]. 2012; 1248(1):107-23. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.
18. Fagundes LG, Martins MG, Magalhães EMS, Palmiéri PCR, Silva Júnior SI. Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2014; 19(2):499-510. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.13482012>.
19. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RMM. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2014; 19(2):539-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>.
20. Hughes JR, Solomon LJ, Naud S, Fingar JR, Helzer JE, Callas PW. Natural history of attempts to stop smoking. *Nicotine Tob Res*[Online]. 2014; 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu052>.
21. Dias CRK, Hertel KS, Gregório F, Viguera ESR, Goldmeier S. Programa de cessação do tabagismo: resultados em pacientes cardiopatas. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2014; 12(39):21-27.
22. Manso MEG, Silveira RS, Godoy MC, Lima M. Programa para cessação de tabagismo em uma operadora de planos de saúde: relato de experiência. *Rev. bras. med*. 2013:1-8.
23. Carvalho AA, Gomes L, Loureiro L, Bezerra AJ. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2013; 18(4):1119-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400025>.
24. Silva ERP, Fonseca FLA, Pinto JL, Oliveira LC, Fonseca ALA, Gehrke FS. As principais doenças associadas ao tabagismo e o tratamento medicamentoso no combate à dependência pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde Meio Ambient*[Online]. 2014; 3(1):51-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.24302/sma.v3i1.537>.
25. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SM. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2012; 17(1):7-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>.
26. Oliveira RS, Martins IML, Souza LPS, Souza EMO, Teles JT, Santana JMF et al. Fatores de risco associados às doenças cardiovasculares na população carcerária. *Gestão & Saúde*[Online]. 2014; 5(1):263-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.18673/gsv5i1.22839>.
27. Meier DAP, Vannuchi MTO e Secco IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. *Espaç. saúde*[Online]. 2012; 13(1):35-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2011v13n1p35>.
28. Santos JDP, Duncan BB, Sirena AS, Vigo A, Abreu MNS. Indicadores de efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. serv. saúde*. 2012; 21(4):579-88.
29. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*[Online]. 2012; 14; 11:CD000146. Doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
30. Stapleton J, West R, Hajek P, Wheeler J, Vangeli E, Abdi Z et al. Randomized trial of nicotine replacement therapy (NRT), bupropion and NRT plus bupropion for smoking cessation: effectiveness in clinical practice. *Addiction*[Online]. 2013; 108(12):2193-201. Doi: 10.1111/add.12304.
31. Roberts NJ, Kerr SM, Smith SMS. Behavioral interventions associated with smoking cessation in the treatment of tobacco use. *Health Serv Insights*[Online]. 2013; 6:79-85. Doi: 10.4137/HSI.S11092.
32. Bartlett YK, Sheeran P, Hawley MS. Effective behavior change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Br J Health Psychol*[Online]. 2014; 19(1):181-203. Doi: 10.1111/bjhp.12071.
33. Sattler AC, Cade NV. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciênc. saúde coletiva*[Online]. 2013; 18(1):253-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100026>.
34. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, Vieira F, Martinez JAB. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Medicina*. 2012; 45(2):337-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v45i3p337-342>.
35. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *J. bras. psiquiatr*[Online]. 2014; 63(2):113-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000014>.
36. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev. bras. ter. comport. cogn*[Online]. 2013; 15(2):35-44. Doi: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v15i2.601>.
37. Goyatá SLT, Silva MJD, Souza WA, Podestá MHMC, Beijo LA. Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil. *Cienc. enferm*[Online]. 2014; 20(1):75-88. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_07.pdf.