

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA

VANESSA RODRIGUES DETOMI

**AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte  
2018

VANESSA RODRIGUES DETOMI

**AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de concentração: Assistência Farmacêutica

Orientadora: Profa. Marina Guimarães Lima

Belo Horizonte  
2018

D482a Detomi, Vanessa Rodrigues.  
Avaliação dos desfechos clínicos e da qualidade de vida de usuários atendidos em um programa de cessação de tabagismo em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais / Vanessa Rodrigues Detomi. – 2018.  
96 f.

Orientadora: Marina Guimarães Lima.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Nicotina – Teses. 2. Fumo – Vício – Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Teses. 4. Qualidade de vida – Teses. 5. Ansiedade – Teses. 6. Depressão mental – Teses. I. Lima, Marina Guimarães. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD: 362.296



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA  
FARMACEUTICA

**UFMG**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**AValiação DOS DESFECHOS CLíNICOS E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

### **VANESSA RODRIGUES DETOMI**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 18 de maio de 2018, pela banca constituída pelos membros:

*Prof. Marina Guimarães Lima*  
Prof. Marina Guimarães Lima - Orientadora  
UFMG

*Alessandra R. Mesquita*  
Prof. Alessandra Rezende Mesquita  
UFMG

*Wânia da Silva Carvalho*  
Prof. Wânia da Silva Carvalho  
UFMG

*Vanessa de Almeida Guerra*  
Prof. Vanessa de Almeida Guerra  
UFMG

Belo Horizonte, 18 de maio de 2018.

*Dedico este trabalho a todos que tiveram coragem em decidir parar de fumar e  
determinação para permanecer nesta escolha.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, meu equilíbrio, por ter concedido a permissão de chegar até aqui, por ter propiciado força e fé na concretização desse sonho, por ter sido o meu porto-seguro e a minha base nos momentos mais difíceis. Agradeço a Ele por todas as pessoas que cruzaram meu caminho e que estão aqui citadas, que possibilitaram a finalização dessa jornada.

A partir da aprovação, tive a honrosa oportunidade de participar de um universo intelectual bastante incentivador, desenvolvido pelo contato com professores e alunos de pós-graduação empenhados em traduzir em resultados as inquietudes dos questionamentos. Agradeço aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, especialmente ao querido Thiago Augusto de Almeida, amigo nessa jornada, agradeço pelo inestimável aprendizado moral e intelectual, além das conversas regadas a muitas risadas e com muito “desconcerto do mundo”.

À professora Doutora, minha orientadora Marina Guimarães, agradeço por ter aceitado me orientar, sabendo do desafio que seria integrar o trabalho com o estudo. Agradeço pelo estímulo à pesquisa, pela sensatez em delinear o meu caminho.

Gratidão aos pacientes que aceitaram participar e contribuir de maneira solícita com a pesquisa, sem essa colaboração nada aconteceria.

Minha mãe Claudia, minha fortaleza, que sempre primou por minha educação, e que neste momento se sente tão realizada. Deixo o meu agradecimento, meu afeto, meu amor, intransponíveis em palavras.

Aos meus irmãos Mayra e Gustavo, luzes da minha vida! Vó Margarida, agradeço por tanto amor! Tio Régis, tia Cintia, tia Andrea, Laurinha, Dafne, Augusto, Ana Luisa, Édipo e Guilherme. Agradeço ao meu grande amigo, Antônio Américo, por cada energia positiva emanada e por cada gesto incentivador. Aos meus familiares, gratifico pela compreensão em minhas ausências, pelo companheirismo e carinho. As minhas amigas de infância, Ana Carolina, Bruna e Virgínia, deixo o meu respeito, minha devoção e o clamor pela persistência dos nossos laços fraternos.

Retribuo em palavras toda a gratidão pelos colegas da PBH. Sílvia Guimarães por ter me ensinado tanta coisa, por ter concedido força nos momentos iniciais desse projeto e por ser um humano tão nobre. Aos gerentes das unidades,

Marluce e em especial ao Anar, por terem possibilitado a concretização deste objetivo. Agradeço aos colegas do NASF, especialmente a coordenadora Débora, pela humanidade e a Flávia por nosso encontro transcendental, obrigada por ter estado ao meu lado em todos, todos os momentos!

Agradeço aos meus amados colegas farmacêuticos do distrito Nordeste (especialmente a Tatiana) por me ensinarem a cada dia ser uma pessoa e profissional melhores. As psicólogas Leandra e Vânia que foram essenciais na condução das sessões do programa, aos médicos, notadamente a Dra. Júnia, pela disponibilidade na discussão de casos, no zelo aos pacientes e a inspiração no cuidado em saúde. Reconheço o trabalho edificante dos colaboradores das farmácias (Dirlene, Zezé, Taci, em especial, Regina, Sueli, Silvânia e Deltinho), incentivando a realização deste projeto, assimilando a minha ausência, colaborando no sucesso dos resultados.

Transmito por aqui a tentativa em traduzir em palavras o meu reconhecimento a todos os acadêmicos do curso de Farmácia da UFMG com os quais tive o imenso prazer em conhecer: Jussara Cardoso, Thiago Vasconcelos, Jéssica Nathália dos Santos, Hellen Rose, ao aluno do PET GraduaSUS, Iago Dallariva e especialmente as residentes Jacqueline Heine, Samantha Oliveira e Caroline Faria. Sem a ajuda, sem o incentivo, sem a persistência de cada um, as dificuldades seriam maiores! Me emociono ao lembrar do esforço de cada um e da vontade imensurável em me ajudar e acolher! Tão especiais, tão doces! Aprendi muito com cada um, agradeço pela força, pela confiança e pela convivência!

Por fim, meu agradecimento mais profundo, ao meu esposo Raphael, meu arcanjo enviado por Deus! Agradeço por todos os momentos ao meu lado, incondicionalmente, acreditando em mim e concedendo generosidade em cada olhar, amor em cada gesto, humanidade em cada palavra e pela sua incansável vontade em me ajudar. Nos momentos mais difíceis que não foram raros neste processo, você segurou minha mão, me impulsionou, mostrou que somos uma equipe, uma família e que juntos sempre seremos mais.

*“Só eu sei cada passo por mim dado  
nessa estrada esburacada que é a vida,  
passei coisas que até mesmo Deus duvida,  
fiquei triste, capiongo, aperreado,  
porém nunca me senti desmotivado,  
me agarrava sempre numa mão amiga,  
e de forças minha alma era munida  
pois do céu a voz de Deus dizia assim:  
- Suba o queixo, meta os pés, confie em mim,  
vá pra luta que eu cuido das feridas.”*

*(Braulio Bessa)*

## RESUMO

O tabagismo é considerado causa importante e evitável de adoecimento e mortes no mundo. Tendo em vista a complexidade da cessação do tabagismo, e sabendo ser mais custo-efetivo o tratamento da dependência a nicotina do que o tratamento das doenças tabaco-relacionadas, fica clara a necessidade de se intervir neste problema de saúde. Há escassos estudos que avaliam os resultados de programas de cessação na Atenção Primária à Saúde. O objetivo da pesquisa foi avaliar os desfechos clínicos e de qualidade de vida de usuários atendidos em um programa de cessação do tabagismo em duas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, em que os usuários foram entrevistados antes e após a participação no programa, por meio de questionários de avaliação inicial e final. Os questionários continham itens relativos a características sociodemográficas, histórico tabagístico, níveis de ansiedade e depressão segundo a *Hospital Anxiety and Depression Scale*, níveis de qualidade de vida segundo a escala *World Health Organization Quality of Life*, com avaliação dos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. O desfecho clínico primário foi a taxa de cessação após o término do programa, e os secundários foram condições de saúde, hábitos de vida, nível de ansiedade e depressão, nível de dependência a nicotina, e desfecho de qualidade de vida. As coletas dos dados das entrevistas iniciaram em março e finalizaram em dezembro de 2017, após a inclusão dos usuários que procuraram o serviço de cessação entre o período de dezembro de 2016 a julho de 2017. Os dados foram analisados com o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparações pareadas das variáveis contínuas, e de McNemar para as variáveis categóricas, com nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95%. O software SPSS 21.0 foi empregado nas análises. Entre os 76 pacientes elegíveis que responderam ao questionário de avaliação inicial, 55 completaram as sessões do programa e responderam ao questionário de avaliação final. Na amostra avaliada, constatou-se predominância do sexo feminino (72,7%), nível de escolaridade referente ao ensino fundamental (52,7%), presença de alguma atividade ocupacional (90,9%), faixa etária média de 52,4 anos, iniciação do uso do tabaco entre 11 a 17 anos (74,5%) e 65,5% apresentavam-se como preparados para a ação durante a entrevista inicial. A taxa de cessação do tabagismo ao fim do acompanhamento do programa foi de 85,5% e após 6 meses foi de 52,7%. Comparando-se os resultados pré e pós exposição, observaram-se aumento significativo no escore da qualidade de vida geral ( $p=0,041$ ), nos domínios psicológico ( $p=0,046$ ) e ambiente ( $p=0,007$ ), diminuição nos níveis de depressão ( $p<0,001$ ), de dependência a nicotina ( $p<0,001$ ) e elevação da proporção de prática de atividade física ( $p<0,001$ ). Nesta amostra, a participação no programa apresentou-se associada com a melhoria em características clínicas e na qualidade de vida dos pacientes. Recomenda-se a detecção precoce de preditores da recaída na abordagem ao tabagista, vigilância da manutenção da abstinência nicotínica dos usuários após a finalização do programa e sensibilização dos profissionais envolvidos na terapêutica da dependência como estratégias para o fortalecimento das ações direcionadas à cessação tabágica na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chaves:** Abandono do tabagismo. Atenção primária à Saúde. Qualidade de vida. Ansiedade. Depressão.

## ABSTRACT

Smoking is considered an important and preventable cause of illness and death in the world. Given the complexity of smoking cessation, and knowing that nicotine addiction treatment is more cost-effective than the treatment of tobacco-related diseases, it is clear that there is a need to intervene in this health problem. There are few studies evaluating the results of cessation programs in Primary Health Care. The objective of the study was to evaluate the clinical and quality of life outcomes of users served in a smoking cessation program in two basic health units in Belo Horizonte, in Minas Gerais. A prospective cohort study was conducted, in which users were interviewed before and after their participation in the program, through initial and final evaluation questionnaires. The questionnaires included items related to sociodemographic characteristics, smoking history, anxiety and depression levels according to the Hospital Anxiety and Depression Scale, quality of life according to the World Health Organization Quality of Life scale, with evaluation of the physical, psychological, social, and environment. The primary clinical outcome was the cessation rate after the end of the program, and the secondary outcomes were health conditions, lifestyle, anxiety and depression level, nicotine dependence level, and quality of life outcome. Data collection from interviews began in March and ended in December 2017, after the inclusion of users who sought the termination service between December 2016 and July 2017. Data were analyzed using the Wilcoxon non-parametric test for paired comparisons of continuous variables, and McNemar for categorical variables, with a significance level of 5%, a 95% confidence interval. The SPSS 21.0 software was used in the analyzes. Of the 76 eligible patients who completed the initial evaluation questionnaire, 55 completed the program sessions and completed the final evaluation questionnaire. In the sample evaluated, female predominance (72,7%), education level (52,7%), presence of some occupational activity (90,9%), mean age 52,4 years, initiation of tobacco use among 11 to 17 years old (74,5%) and 65,5% presented as prepared for action during the initial interview. The smoking cessation rate at the end of program follow-up was 85,5% and after 6 months it was 52,7%. Comparing pre and post exposure results, there was a significant increase in the general quality of life score ( $p=0,041$ ), in the psychological ( $p=0,046$ ) and environment ( $p=0,007$ ) domains, decrease in depression levels ( $p<0,001$ ), nicotine dependence ( $p<0,001$ ) and elevation of the proportion of physical activity practice ( $p<0,001$ ). In this sample, participation in the program was associated with improvement in clinical characteristics and quality of life of the patients. It is recommended the early detection of predictors of relapse in the approach to smoking, surveillance of the maintenance of nicotine withdrawal after the end of the program and sensitization of professionals involved in addiction therapy as strategies for strengthening actions aimed at smoking cessation in Attention Primary Health Care.

**Keywords:** Smoking cessation. Primary health care. Quality of life. Anxiety. Depression.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2. JUSTIFICATIVA .....	13
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	14
3.1 Panorama do tabagismo .....	14
3.1 Controle e Fiscalização: Legislação Antifumo .....	17
3.2 Tratamento e Programas de Cessação do Tabagismo .....	20
4. OBJETIVO GERAL .....	28
4.1 Objetivos Específicos .....	28
5. MATERIAL E MÉTODO .....	29
5.1 Delineamento, Amostra e Contexto do Programa de Cessação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) avaliadas.....	29
5.2 Instrumentos.....	30
5.3 Coleta de Dados.....	32
5.4 Análise Estatística dos Dados .....	34
5.5 Considerações Éticas.....	34
6. ARTIGO DE RESULTADOS .....	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61
ANEXO A – Avaliação Clínica do Fumante .....	63
ANEXO B – Questionário de Avaliação Inicial.....	67
ANEXO C – Questionário de Avaliação Final.....	75
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê De Ética – UFMG.....	83
ANEXO E – Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética – SMSA/PBH .....	87
ANEXO F - Cartas de Anuência dos Gerentes das UBS avaliadas .....	93
ANEXO G – Comprovante de Submissão do artigo .....	95

## 1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental relacionada a dependência à nicotina (SILVA *et al.*, 2016), e de acordo com a Revisão de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais devido ao uso de substância psicoativa (INCA, 2016; OMS, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a presença de cerca de 4.720 substâncias na fumaça dos derivados do tabaco, com aproximadamente 60 substâncias cancerígenas, faz com que o tabagismo seja responsável por aproximadamente 50 doenças distintas (INCA, 2017).

Segundo SILVA e colaboradores (2016), as principais causas de mortalidade que respondem por mais de 70% dos óbitos, são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitas delas relacionadas com o tabagismo: doença cardiovascular (particularmente infarto agudo do miocárdio (IAM), câncer (do pulmão e em outros sítios), acidente vascular encefálico (AVE) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). A cessação do tabagismo é capaz de reduzir em mais de 30% a chance de ocorrência de DCNT, podendo alcançar uma queda de 90% nas ocorrências de câncer do pulmão (SILVA *et al.*, 2016).

Atenção com os danos à saúde e a mudança de paradigma social em relação ao uso do tabaco têm estimulado o Estado brasileiro a elaborar políticas com estratégias para o controle do fumo, as quais incluem medidas para desencorajar o início do uso e estimular a cessação do hábito. As ações de combate ao fumo estão ancoradas no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e outros Fatores de Risco de Câncer (JESUS *et al.*, 2016; BRASIL, 2016).

O apoio à cessação consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo, os benefícios em abandonar o hábito, além do estímulo ao autocontrole e automanejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e se tornar um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2016).

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo avaliar os desfechos clínicos e a qualidade de vida de usuários atendidos em um programa de cessação do tabagismo em duas unidades básicas de saúde do município (UBS) de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG).

## 2. JUSTIFICATIVA

O tabagismo é uma doença crônica, epidêmica, sendo a nicotina considerada como uma das substâncias que mais causam dependência (ARAÚJO, 2013). A dependência à nicotina, acomete tanto o aspecto pessoal quanto coletivo, atinge na ordem econômica como social, além de estar relacionada com o surgimento e agravamento de várias morbidades. O uso do tabaco é responsável por alta carga de mortalidade (segundo dados da OMS de 2016, ocorrem cerca de duzentas mil mortes por ano no Brasil) (OMS, 2016).

O tabagismo por ser autor do volume de gastos do tratamento de doenças relacionadas, leva a sobrecarga financeira do núcleo familiar e dos sistemas de saúde (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015). Tendo em vista a complexidade da cessação do tabagismo, e sabendo ser mais custo-efetivo a adoção de tratamento adequado da dependência do que o tratamento das doenças tabaco-relacionadas, fica clara a necessidade de se intervir neste problema de saúde (NOGUEIRA, 2016).

No contexto do PNCT, do Ministério da Saúde (MS) o tratamento dos fumantes deve ser realizado prioritariamente nas UBS, devido ao alto grau de descentralização e sobretudo devido ao vínculo longitudinal com a população assistida.

Nesse âmbito, para evitar que mais pessoas adquiram o hábito, e para que os tabagistas encontrem aconselhamento e tratamento adequados, torna-se necessária a implantação de novos programas de interrupção da doença. Embora preconizado pelo PNCT que o tratamento do fumante seja preferencialmente realizado na atenção primária à saúde (APS), verifica-se baixa disponibilidade de estudos na literatura científica que avaliem o serviço ofertado neste nível de atenção. Além disso, a análise desfechos clínicos e de qualidade de vida obtidos pelos programas de cessação, torna-se primordial como estratégia para a promoção, prevenção, redução de danos à saúde, além do redirecionamento e qualificação das ações de controle da dependência nicotínica.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Panorama do tabagismo

O tabagismo é considerado líder isolado e global entre as causas de morte evitável e de adoecimento, sendo responsável por quase seis milhões de óbitos anuais no mundo, com muitas dessas mortes ocorrendo prematuramente (INCA, 2016; OMS, 2016). Estima-se que mais de cinco milhões dos óbitos são resultado do uso direto do tabaco, enquanto mais de 600 mil são decorrentes da exposição ao tabagismo passivo, sendo um quarto das mortes em crianças (OMS, 2016). Em 2030, o tabagismo poderá alcançar oito milhões de mortes ao ano, sendo metade em indivíduos com idade produtiva (DANTAS *et al.*, 2016).

Segundo o Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante publicado pelo MS/INCA, é considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros ou 5 maços em toda a sua vida e fuma atualmente. É considerado dependente de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: (forte desejo ou compulsão para consumir nicotina; dificuldade de controlar o uso da nicotina em termos de início, término ou nível de consumo; quando o uso da nicotina cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico; necessidade de doses crescentes da nicotina para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância; abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da nicotina, e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos; persistência no uso da nicotina, apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde (BRASIL, 2016).

A fumaça dos cigarros industrializados é gerada pela combustão de material orgânico complexo contido no tabaco junto de outros componentes intencionalmente inseridos (SAMET, 2013). A queima da fumaça produz compostos nas fases gasosa e particulada, incluindo substâncias tóxicas como benzeno, formaldeído, benzopireno, monóxido de carbono, cianeto, acroleína, polônio, além da presença de metais pesados e pesticidas, que podem causar lesões nos pulmões por inflamação e irritação, asfixia e carcinogênese (SAMET, 2013).

O padrão do tabagismo sustentado por décadas resulta em doses cumulativas de componentes danosos tanto em fumantes ativos como nos passivos

devido à absorção da fumaça pelas vias respiratórias, alvéolos e superfícies das mucosas dos ductos aéreos superiores (SAMET, 2013).

O uso crônico do tabaco aumenta o risco de doenças tabaco relacionadas, sendo as mais comuns associadas ao sistema respiratório (SANTOS *et al.*, 2016). É evidente que o fumo tem uma importante toxicidade extrapulmonar, o que pode representar notável fator de risco para as DCNT, principalmente as cardiovasculares e suas complicações (SANTOS *et al.*, 2016).

Pesquisas recentes indicam que o tabagismo prévio e ativo está associado a um risco significativamente aumentado para o desdobramento da Doença de Alzheimer (DA) (DURAZZO; MATTSSON; WEINER, 2014).

A DA de início tardio é caracterizada por um estágio pré-clínico prolongado, e o tabagismo foi associado ao início precoce da sintomatologia. O tabaco está envolvido em mudanças neurobiológicas e neurocognitivas, por meio de processos de estresse oxidativo, em que o tabagismo pode abreviar o período pré-clínico da doença, antecipando a hiperfosforilação da proteína tau e, potencializando a disfunção cerebrovascular (via doença cerebrovascular subclínica e angiopatia amilóide cerebral) (DURAZZO; MATTSSON; WEINER, 2014).

Não existe um nível seguro de exposição à fumaça do cigarro para o tabagismo passivo. Em adultos, o fumo passivo provoca doenças cardiovasculares e respiratórias graves, incluindo doença coronária e câncer de pulmão. Nos bebês, causa morte súbita e em gestantes, provoca baixo peso do feto ao nascer (OMS, 2016).

Embora frequentemente associado a complicações, incapacidade e morte por DCNT, o tabagismo também está associado a um risco aumentado de morte por doenças transmissíveis (OMS, 2016). Segundo relatório de mortes atribuíveis ao tabaco de 2012 da World Health Organization (WHO), o tabagismo aumenta o risco de adoecer e morrer por tuberculose, sendo responsável por mais de 20% dos casos, 7% por todas as mortes decorrentes de tuberculose e por 12% das mortes causadas por infecções respiratórias inferiores (bronquite aguda, pneumonia, infecção por vírus influenza) em todo o mundo (WHO, 2016).

A epidemia de tabaco é uma das maiores ameaças de saúde pública que o mundo já enfrentou, quase 80% dos mais de 1 bilhão de fumantes do mundo vivem em países de baixa e média renda, nos quais as doenças tabaco relacionadas e as mortes são mais evidentes (OMS, 2016).

O tabaco causa a morte de uma pessoa a cada seis segundos e é responsável por uma em cada dez mortes de adultos. As estimativas futuras sugerem que até metade dos atuais usuários de nicotina morrerão por alguma doença relacionada ao tabaco (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016).

Além disso, fumantes vivem em média dez anos menos do que não fumantes, com um risco duas vezes maior de ocorrência de eventos cardiovasculares em um período de dez anos, assim como possuem o dobro do risco relativo de desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio (IAM) em fumantes maiores de 60 anos, quando comparados a não fumantes (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016).

A magnitude dos custos relacionados ao tabagismo impõe uma carga econômica importante tanto para o indivíduo quanto para os sistemas de saúde (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015). Estimativas indicam que os custos em saúde atribuíveis às doenças tabaco relacionadas alcançam em termos globais cerca de USD 500 bilhões por ano, devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras. Estes custos podem variar de 0,1% a 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB) em países de alta renda (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015).

No Brasil, o tabagismo resultou em 130 mil mortes no ano de 2008, sendo 13,0% do total de óbitos, superando estimativas internacionais de 10,0% de mortes atribuíveis ao tabaco para o ano de 2015. Os custos do tratamento das doenças tabaco relacionadas foram de R\$21 bilhões em 2011, considerando os gastos com sistemas de saúde público e suplementar (MENDES *et al.*, 2016).

No cenário brasileiro entre os anos de 2003 a 2014, os custos de tratamento do câncer de laringe, pulmão e esôfago, relacionados com o tabagismo, superaram a cifra de seis bilhões de reais. O câncer de laringe foi a doença que apresentou o custo médio mais alto no sexo masculino em relação ao feminino, sendo oito vezes mais oneroso, seguido do câncer de esôfago. O câncer de pulmão, responsável por mais da metade dos gastos, apresentou custos incidentes no sexo feminino duas vezes menor que no masculino (LINDOLPHO, 2016).

Pinto e colaboradores no ano de 2015, descrevem que no contexto brasileiro a mortalidade pelo tabagismo ainda é elevada e os custos com as doenças relacionadas são subestimados, sendo que o cálculo da carga financeira envolvida ainda é incipiente, não sendo realizado com frequência no país (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015). Entretanto, o Brasil tem prejuízo anual de R\$ 56,9 bilhões com o

tabagismo, sendo R\$ 39,4 bilhões gastos com despesas médicas e R\$ 17,5 bilhões com custos indiretos ligados à perda de produtividade, causada por incapacitação de trabalhadores ou morte prematura (INCA, 2017).

É notável ponderar que, apesar dos principiantes estudos relacionados com as despesas implicadas na terapêutica do tabagismo, os valores dispendidos com radioterapia, internações, medicamentos, exames, hospitalizações representam resíduos da dependência, e a carga econômica de natureza evitável, poderia ser direcionada para outras áreas do SUS, com a ampliação de políticas que possam atingir outras parcelas da população (LINDOLPHO, 2016).

### **3.1 Controle e Fiscalização: Legislação Antifumo**

O principal propósito das políticas antifumo é o benefício à saúde da população em geral, com foco também no ganho em saúde dos tabagistas passivos. A limitação ao fumo, objetiva o incentivo à redução do consumo e o estímulo à suspensão do uso pela restrição dos locais em que os tabagistas ativos podem fumar (ABE, 2016).

A OMS em 2005 criou a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), como primeiro tratado internacional de saúde pública com o objetivo de combater a epidemia global do tabagismo e proteger as gerações presentes e futuras das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco (OMS, 2016).

Desde a sua criação, tornou-se um dos tratados mais amplamente aceitos na história das Nações Unidas, abrangendo 90% da população mundial, com 192 países signatários sendo o Brasil um dos líderes no processo de desenvolvimento e implantação da Convenção Quadro (ACT, 2017).

Estudo que incluiu 59 revisões sistemáticas, abrangendo mais de 1.150 estudos sobre os efeitos governamentais de controle do tabagismo promovidas pela CQCT, constatou que as intervenções mais eficazes são as políticas antitabagismo e a tributação dos produtos derivados do tabaco, principalmente em países com recursos limitados de renda (HOFFMAN; TAN, 2015).

Os impostos sobre o tabaco são a forma mais rentável e produtiva de reduzir o consumo, especialmente entre os jovens de baixa renda (OMS, 2017). Um acréscimo de 10% na tributação, proporciona uma depreciação do consumo em cerca

de 4% nos países de renda elevada e cerca de 5% nos países com baixo e médio nível de renda (OMS, 2017).

Estudo transversal com 16.175 alunos de escolas do ensino médio em Ancara, Turquia, avaliou grau de conhecimento e concordância em relação às leis antifumo. Evidenciou-se que 75% dos alunos conheciam o conteúdo das leis antifumo e que aproximadamente 82% consideravam as restrições e punições impostas pelas leis antitabaco apropriadas. Aproximadamente 60% dos alunos afirmaram que as propagandas sobre os malefícios do tabagismo exibidos na mídia eram marcantes (DEMIR *et al.*, 2015).

Uma proibição abrangente da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco pode diminuir em média 7% o comércio dos produtos, com alguns países experimentando um declínio em até 16%. Apenas 29 países, que representam 12% da população mundial, proibiram completamente todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (OMS, 2017).

Estudos realizados em diversas localidades do mundo, que implantaram leis antifumo verificaram reduções nas taxas de internação hospitalar por IAM (ABE, 2016). Recomenda-se que os países implementem programas que contenham disposições da CQCT que sejam adaptadas especificamente às realidades nacionais, com abordagens multissetoriais e com políticas agindo sinergicamente (HOFFMAN; TAN, 2015).

Estudos realizados após a implementação de anúncios antitabaco nos maços de cigarros no Brasil, Canadá, Cingapura e Tailândia mostram consistentemente que as advertências pictóricas aumentam significativamente a conscientização sobre os danos causados pelo tabaco, auxiliam na inibição do número de crianças e adolescentes que iniciam o uso e intensificam o número de fumantes que abandonam a prática (OMS, 2017).

Antes da promulgação da legislação antifumo na Turquia, a proporção de fumantes que achavam as advertências nas embalagens de cigarro efetivas era de aproximadamente 20%. Após a promulgação da legislação, a proporção aumentou para 80% e no estudo realizado em 2015 encontrou-se uma proporção semelhante (aproximadamente 70%) (DEMIR *et al.*, 2105).

Segundo a OMS (2017), estima-se que 1 em cada 10 cigarros e produtos do tabaco consumidos mundialmente é ilícito. A eliminação de transação ilegal e do contrabando por meio de ações de fiscalização, inteligência policial, cooperação

regional e internacional, imposição de sanções penais, podem restringir o consumo, a disponibilidade de alternativas não regulamentadas, reduzir mortes prematuras e aumentar a receita fiscal para os governos (OMS, 2017).

O Brasil está entre os países cujas políticas de controle do tabaco encontram-se em estágios avançados (SILVA *et al.*, 2014). O enfrentamento contra o tabagismo tornou-se mais proeminente a partir de 1985, com a formação do Grupo Assessor do MS para o Controle do Tabagismo, que foi responsável, em 1989 pela elaboração do PNCT, coordenado pelo INCA (ABE, 2016).

Em 1996, ocorreram a normatização da propaganda dos produtos nicotínicos e a proibição do fumo em recintos coletivos fechados, públicos ou privados, que foi retificado pela Lei no 12.546, de 2011. Em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a controlar, regular e a fiscalizar os produtos derivados do tabaco (GARCIA *et al.*, 2015).

Com as alterações trazidas pela Lei nº 12.546/2011 e pelo Decreto nº 8.262/2014 que a regulamenta, desde 2014, está proibido fumar em locais fechados de uso coletivo, públicos ou privados, em todo o território nacional (INCA, 2017).

A lei ainda extinguiu os fumódromos e provocou o término da propaganda comercial de cigarros, mesmo nos pontos de venda, permanecendo somente a permissão para a exposição dos produtos acompanhada por mensagens sobre os malefícios provocados pelo fumo (ABE, 2016).

O aumento de preços e impostos sobre produtos é a medida de saúde pública comprovadamente mais eficaz para reduzir e inibir o acesso aos produtos nicotínicos (ACT, 2017).

No período de 1999 a 2006, o Brasil apresentava níveis de tributação sobre o preço final do tabaco inferiores aos 70% recomendados pelo Banco Mundial e OMS, e abaixo ao de países com níveis de rendas semelhantes à brasileira, como Argentina, Uruguai e Chile (ACT, 2017). Enquanto membro da CONICQ (Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco), o Brasil passou a elevar sucessivamente os tributos incidentes sobre cigarros (INCA, 2017).

Paralelamente, ocorreu a alteração sistemática de tributação do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) determinando um aumento efetivo nas alíquotas dos cigarros, além de instituir preços mínimos para os produtos (ACT, 2017), sendo R\$ 5,00 o preço mínimo do pacote com 20 cigarros após primeiro de maio de 2016 (INCA, 2017).

O Brasil obteve sucesso no declínio da prevalência do tabagismo nas últimas décadas e Garcia *et al.*, (2015) atribuíram este resultado à política regulatória voltada para a redução da demanda e da oferta de tabaco (GARCIA *et al.*, 2015).

Com a progressão no controle do tabagismo observado nos últimos 20 anos no país, com a oferta de tratamento no SUS e ratificação da CQCT (LINDOLPHO, 2016), o Brasil recebeu em 2015, o prêmio da Fundação Bloomberg pela liderança no monitoramento do tabaco. Assim, estima-se que o país deverá obter, ou superar, a meta de redução em 30% na prevalência do tabagismo, conforme estipulado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022) do MS e no Plano Global de DCNT da OMS (MALTA *et al.*, 2015).

### **3.2 Tratamento e Programas de Cessação do Tabagismo**

A nicotina é classificada como droga por causar dependência e é considerada lícita no Brasil (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016). Fumantes, quando comparados com não fumantes, têm maiores taxas de sofrimento psíquico, sendo ansiedade e depressão os sintomas mais comuns, além de pior domínio sobre questões relacionadas a aspectos sociais, psicológicos e físicos, além de pior qualidade de vida (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016).

Entre os fumantes que estão conscientes dos riscos do tabaco, a maioria deseja cessar o uso. No entanto, a cada ano, apenas cerca de 3% dos tabagistas conseguem parar de fumar definitivamente (OMS, 2016). Para que um fumante consiga de fato parar, a vontade de fumar necessita ser equilibrada por um grau de motivação (MANTOVANI, 2016).

A cessação do tabagismo é uma modificação de estilo de vida que constitui também uma forma efetiva de prevenir doenças relacionadas e mortalidade prematura. Desse modo, torna-se necessário e importante o incentivo a estratégias de anulação do hábito (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016).

No Brasil, a partir de 1989 com a criação do PNCT, de caráter intersetorial, possibilitou a implementação em 2002, do Programa de Tratamento do Tabagismo (PTT), que tem como lógica o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação e adoção de estratégias reconhecidas como primeira linha de tratamento. O tratamento do tabagismo no SUS teve início pela regulação da Portaria Nº 1035 de 2004, revogada pela portaria Nº571 de 2013 (DUTRA, 2016), a qual atualizou as

diretrizes do tratamento, reforçando a APS enquanto espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento de ações de estímulo à adoção de hábitos mais saudáveis (CONITEC, 2017).

Como parte integrante do PNCT, em junho de 2016 foi divulgada a Portaria nº 761, do Ministério da Saúde que valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas relacionadas à dependência à Nicotina (BRASIL, 2016). Segundo o documento, a abordagem do fumante para a cessação tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à abstinência e a prevenção da recaída, podendo em casos específicos, ser utilizado o apoio medicamentoso.

O acompanhamento cognitivo-comportamental deve ser oferecido a todo fumante que manifesta o desejo em parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a portaria, a abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo, entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior, com 4 sessões iniciais, preferencialmente semanais, seguidas de 2 sessões quinzenais, e de uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar 1 ano. A duração total do tratamento farmacológico consiste em 12 semanas, sendo considerada resposta clínica positiva ao recurso terapêutico quando o paciente deixa de fumar (BRASIL, 2016).

A dependência à nicotina é composta por elementos comportamental, fisiológico e psicológico, que devem ser igualmente atingidos para que o indivíduo pare de fumar e, sobretudo, permaneça livre do tabaco (HSIA; MYERS; CHEN, 2017). Enquanto as intervenções comportamentais reduzem a dependência psicológica, a farmacoterapia reduz a dependência fisiológica (HSIA; MYERS; CHEN, 2017). Aconselhamento e medicação podem elevar em mais de 50% o êxito de um fumante que deseja interromper o uso do tabaco (OMS, 2016).

Diretriz norte americana recomenda que os pacientes recebam aconselhamento e medicação, uma vez que a combinação de ambos é mais eficaz do que qualquer intervenção isolada (HSIA; MYERS; CHEN, 2017).

Intervenções comportamentais são necessárias para evitar a remissão de práticas condicionadas e condutas desencadeantes que constituem um componente significativo da dependência à nicotina (HSIA; MYERS; CHEN, 2017). Seguindo a

mesma tendência, estudo brasileiro identificou que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) utilizada junto com a medicação é eficaz na cessação do tabagismo e na manutenção da abstinência (MANTOVANI, 2016).

As técnicas da TCC ajudam o fumante a modificar o padrão de consumo do tabaco, evitando as situações vinculadas às recaídas (REICHERT *et al.*, 2008). A TCC é uma intervenção fundamental para o tratamento da dependência psicológica e desempenha um papel importante no sucesso do tratamento de fumantes e da reestruturação de suas vidas (PAWLINA *et al.*, 2015). Ainda, a TCC tem como objetivo auxiliar no entendimento da relação que cada fumante estabelece com o cigarro e as razões pelas quais mantém o consumo, amparar a mudança de hábitos, aprender habilidades que permitam o reconhecimento de situações de risco e o melhor enfrentamento dessas situações, além de discutir estratégias para perfazer os obstáculos que dificultam a supressão (MANTOVANI, 2016).

As terapias farmacológicas atualmente disponíveis em âmbito mundial para a interrupção do tabagismo incluem Terapia de Reposição da Nicotina (TRN), e medicamentos não nicotínicos de primeira escolha como bupropiona e vareniclina. Clonidina e nortriptilina são considerados tratamentos de segunda linha por não possuírem a mesma efetividade e segurança quando comparados com os citados anteriormente (DANTAS *et al.*, 2016), e podem ser usados quando os tratamentos de primeira linha falham, são contraindicados, ou de acordo com a preferência do paciente (GOMÉZ-CORONADO *et al.*, 2018).

Em revisões que abordaram a efetividade dos medicamentos, verificou-se que a TRN, bupropiona e vareniclina foram eficazes porque aumentaram as taxas de abandono do tabagismo em comparação com placebos, independente do período de seguimento (PATNODE *et al.*, 2015).

Em revisão sistemática publicada pela organização Cochrane, em que incluíram 132 ensaios com TRN, com mais de 40.000 pessoas na análise principal, constatou que TRN visa reduzir os sintomas de abstinência, e todas as formas comercialmente disponíveis (goma de mascar, adesivo transdérmico, spray nasal, inalador de vapor de nicotina, pastilhas e comprimidos sublinguais) podem aumentar em cerca de 50 a 70%, a chance em parar de fumar, independentemente da forma farmacêutica (STEAD *et al.*, 2008).

A lógica da combinação entre TRN de ação prolongada e de ação curta baseia-se na cobertura de diferentes desejos relacionados à dependência física. TRN

com ação prolongada reduz a dependência global, proporcionando uma quantidade constante de nicotina, enquanto que TRN de curta duração alivia os desejos de avanço, proporciona estimulação sensorial, atuando nos episódios de fissura, auxiliando a evitar as recaídas (HSIA; MYERS; CHEN, 2017).

Verbiest e pesquisadores (2017), realizaram uma revisão de literatura e análise de evidências das principais orientações nacionais para a cessação do tabagismo na APS, constataram que de 26 diretrizes, de 22 países, todas incluíram a TRN como tratamento primordial.

Indivíduos que tiveram uma tentativa anterior sem sucesso poderão aumentar as chances de supressão, ao usarem uma combinação de adesivo de nicotina e uma forma de liberação rápida. Os efeitos adversos da utilização de TRN estão relacionados com o tipo de produto e incluem irritação da pele e da mucosa oral (STEAD *et al.*, 2008).

Os medicamentos não nicotínicos mais utilizados são a bupropiona e a vareniclina. A vareniclina deve ser indicada quando da ausência de sucesso na cessação em tentativas anteriores ou em casos de alta dependência a nicotina. Acredita-se que a bupropiona, ao reproduzir a ação da nicotina, minimize os sintomas da privação, com ação atípica sobre os sítios dopaminérgicos (MANTOVANI, 2016).

A bupropiona ainda não tem mecanismo de ação elucidado no tratamento da dependência a nicotina, acredita-se que atue pela inibição da recaptção neuronal de dopamina e noradrenalina ou até mesmo pelo antagonismo a receptores nicotínicos, levando à redução da compulsão pelo uso do tabaco (PEREIRA *et al.*, 2014). Foi inicialmente aprovada pela FDA (*Food and Drug Administration*) para o tratamento da depressão e em 1996, aprovada para a cessação do tabagismo nos Estados Unidos (WIPPOLD *et al.*, 2015).

Para eficácia do tratamento, a bupropiona deve ser administrada uma semana antes da data escolhida para o início da abstinência, até que se atinjam níveis plasmáticos constantes (PEREIRA *et al.*, 2014). Além disso, várias diretrizes para o tratamento do tabagismo na APS recomendam a bupropiona como um tratamento seguro para a dependência a nicotina em pessoas com doenças cardiovasculares (VERBIEST *et al.*, 2017).

Entretanto, pesquisas atuais anunciam que os tratamentos convencionais e atualmente disponíveis podem ser insuficientes, já que menos de 25% dos fumantes permanecem abstinentes após um ano do tratamento (GOMÉZ-CORONADO *et al.*,

2018). Medicamentos como citisina, N-acetilcisteína, cicloserina, memantina, baclofeno, topiramato, galantamina e bromocriptina, tem sido investigados como terapias atuais e emergentes no tratamento da dependência, com resultados mais promissores aos inibidores da acetilcolinesterase, citisina e N-acetilcisteína (GOMÉZ-CORONADO *et al.*, 2018).

O método padrão de avaliação da dependência ao tabaco é o *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* (FTND) (PATEL *et al.*, 2017). O questionário consiste em seis perguntas e a pontuação varia de 0 a 10 pontos (JANG *et al.*, 2017).

De acordo com a Portaria nº 761, os fumantes que podem se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, são os que, além de participarem (obrigatoriamente) da TCC, apresentem um grau elevado de dependência a nicotina a saber: fumantes pesados, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; fumantes com escore do FTND, igual ou maior do que 5; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito (BRASIL, 2016).

Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação. O apoio medicamentoso, quando indicado, segue posologia, de acordo com o medicamento escolhido (BRASIL, 2016):

**Tabela 1 - Formas farmacêuticas e posologia para o tratamento do tabagismo, constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina**

Medicamento	Posologia
TRN: Goma de mascar – tablete 2mg de nicotina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);</li> <li>• Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;</li> <li>• Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.</li> </ul> <p>A dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia.</p>
TRN: Adesivo transdérmico – 21mg, 14mg, 7mg	<p>Pacientes com escore do FTND entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;</li> <li>• Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;</li> <li>• Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.</li> </ul> <p>Duração total do tratamento: 12 semanas</p> <p>Pacientes com escore do FTND entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;</li> <li>• Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas;</li> </ul> <p>Duração total do tratamento: 8 semanas</p>
TRN: Pastilha de Nicotina – tablete 2 mg de nicotina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semana 1 a 4: 1 pastilha a cada 1 a 2 horas (máximo 15 pastilhas por dia);</li> <li>• Semana 5 a 8: 1 pastilha a cada 2 a 4 horas;</li> <li>• Semana 9 a 12: 1 pastilha a cada 4 a 8 horas.</li> </ul> <p>A dose máxima recomendada é de 15 pastilhas de 2mg por dia.</p>
Cloridrato de Bupropiona: comprimido de 150 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento; 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do 4º dia de tratamento, até completar 12 semanas, com dose máxima de 300mg por dia.</li> </ul>

**Fonte: BRASIL, 2016.**

Ensaio controlados randomizados ou quase-randomizados do Grupo Cochrane de Toxicodependência, constataram que a maioria dos ensaios pesquisados (14/24) testou a TRN como uma intervenção para limitar o uso do tabaco. Em uma análise combinada de oito ensaios, a TRN contribuiu significativamente para a redução do consumo de cigarros em pelo menos 50% e favoreceu para a interrupção do uso em comparação com o grupo placebo (HAWLEY *et al.*, 2016).

Trabalho de Stead *et al.* (2016), realizado com 19.488 participantes abstinentes a nicotina, medidos bioquimicamente após 6 meses de seguimento do

estudo, verificaram alta taxa de cessação quando houve a combinação de apoio comportamental e farmacoterapia, quando comparados com participantes que receberam somente orientações de cuidados habituais, aconselhamento breve e abordagem comportamental menos intensiva.

Estudo descritivo e exploratório delineado com o objetivo de caracterizar a implantação de um programa de cessação do tabagismo em uma universidade pública brasileira, detectou que a abordagem da TCC foi responsável por alcançar taxas de abstinência após um ano de 27% (LOPES *et al.*, 2014).

A modalidade coletiva de TCC emprega técnicas de treinamento de habilidades comportamentais, confere maior suporte social, possibilita a troca de experiências, exposição dos momentos de fracasso nas tentativas de parada, reforça a motivação, de forma que esse método pode elevar os níveis de abstinência ao tabagismo (LOPES *et al.*, 2014).

Estudo de Mendes e colaboradores de 2016, que teve como objetivo estimar custos do programa de cessação do tabagismo em Goiânia, incluindo o tratamento do fumante e o gerenciamento do serviço, concluíram que o PTT, implantado no SUS, tem bom desempenho quanto ao custo por paciente que deixa de fumar.

Tendo em vista o impacto do tabagismo na morbimortalidade da população brasileira e o custo-efetividade favorável das intervenções para tratamento do tabagismo, o programa para cessação deve ser considerado prioritário ao se planejar a alocação de recursos de saúde. Reforça tal recomendação a evidência de que o financiamento total do tratamento, ou seja, sem custo adicional para o paciente, é responsável por aumentar as taxas de abstinência (MENDES *et al.*, 2016).

A dificuldade no êxito em atingir e principalmente manter a abstinência total à nicotina é multifatorial e complexa (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016). Fumantes em manutenção devem ser acompanhados quanto aos progressos e dificuldades, por meio de busca ativa presencial ou por contatos telefônicos para prevenção da recaída, sendo acompanhado por pelos seis meses subsequentes (FRANÇA *et al.*, 2015).

O tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam cessar o hábito em média 5 vezes até conseguir parar de fumar definitivamente (BRASIL, 2016).

Tendo em vista a complexidade da cessação do tabagismo, e sabendo ser mais custo-efetivo a adoção de tratamento adequado da dependência do que o tratamento das doenças tabaco-relacionadas, fica clara a necessidade de se intervir neste problema de saúde (NOGUEIRA, 2016).

Avaliações realizadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), evidenciaram resultados poucos expressivos no que diz respeito as ações de promoção voltadas para a mudança do estilo de vida ativo, que envolve o tratamento e prevenção do uso de tabaco (TEIXEIRA *et al.*, 2014). Segundo dados da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), no contexto da APS em 2010, 247 cidadãos foram atendidos pelo programa, em 2013 foram 1.468 e no ano de 2014, 2.019 usuários participaram das ações, ocorridas em 97 UBS (PBH, 2014; 2015).

Assim, avaliar os desfechos clínicos e de qualidade de vida dos usuários atendidos em um programa de cessação do tabagismo na APS, torna-se importante para redirecionar a atuação dos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de cuidado e para qualificar as ações de controle da dependência.

#### **4. OBJETIVO GERAL**

Avaliar os desfechos clínicos e a qualidade de vida de usuários atendidos em um programa de cessação do tabagismo em duas unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG).

##### **4.1 Objetivos Específicos**

- a)** Descrever o perfil dos usuários segundo variáveis sociodemográficas, histórico tabagístico e avaliação do grau de motivação;
  
- b)** Comparar em situações pré e pós exposição ao programa de cessação de tabagismo as variáveis relativas a desfechos clínicos secundários (condições de saúde, hábitos de vida, nível de dependência à nicotina, nível de ansiedade e depressão) e relativas à qualidade de vida;
  
- c)** Mensurar a proporção de usuários que alcançaram abstinência à nicotina ao final das sessões e mantiveram após seis meses da finalização do programa.

## 5. MATERIAL E MÉTODO

### 5.1 Delineamento, Amostra e Contexto do Programa de Cessação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) avaliadas

Trata-se de um estudo do tipo coorte prospectivo, realizado com usuários tabagistas de duas UBS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

A seleção da amostra realizou-se por amostragem não probabilística de conveniência, e foram incluídos os usuários que procuraram o serviço de cessação do tabagismo entre o período de dezembro de 2016 a julho de 2017. O cáculo do tamanho mínimo da amostra foi realizado por meio do software OpenEpi, considerando um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% e resultou em um mínimo de 72 usuários.

Como critérios de elegibilidade estabeleceram-se: ser tabagista com interesse em parar de fumar, ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir telefone fixo ou móvel para contato e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Como critério de exclusão adotou-se a ocorrência de característica que impossibilitava a abordagem coletiva como: presença de declínio cognitivo, doenças neuropsiquiátricas, outras dependências químicas, conforme realizado em estudo de Mantovani (2016).

O programa de cessação do tabagismo em Belo Horizonte é conduzido por uma equipe multiprofissional, com a participação de profissionais do Núcleo de Apoio   Saúde da Família (NASF) e Equipe de Saúde da Família (ESF) para usuários e trabalhadores da área de abrangência das UBS. Os usuários tabagistas que manifestaram interesse em suspender o hábito, foram convidados a participar de uma sensibilização, conhecida como palestra motivacional.

Durante a sensibilização foi esclarecido como seria a condução do programa, cronograma, malefícios da dependência, benefícios da interrupção, apresentação das etapas a serem cumpridas para se alcançar a supressão e a manutenção da abstinência   nicotina. A participação na sensibilização serve como requisito para a avaliação clínica do profissional médico de referência e da permanência nas sessões do programa de cessação do tabagismo.

O programa nas UBS avaliadas foi constituído por dez sessões estruturadas, ao longo de seis meses de acompanhamento, (quatro semanais, duas

quinzenais e do terceiro ao sexto mês, encontros mensais para preparação da manutenção), com duração média de uma hora e meia. Seguindo as recomendações internacionais e diretrizes brasileiras, foram ofertados tratamento farmacológico e abordagem cognitivo-comportamental.

Na fase intensiva da TCC do programa foram utilizados os manuais do MS em parceria com o INCA (BRASIL, 2005). Na primeira sessão discutiu-se o porquê se fuma e como o cigarro afeta a saúde do usuário, além da divulgação de métodos para o abandono (parada gradual ou abrupta), teste de identificação do tipo de dependência, escolha do dia proposto pelo participante para o início da abstinência (DIA D), e como lidar com a ambivalência entre cessar o hábito e permanecer fumando. Na segunda sessão, abordou-se sobre a síndrome de abstinência, técnicas para lidar com o estresse, apresentação de exercícios de relaxamento, fantasia, respiração profunda, importância da assertividade e da construção de pensamentos positivos para o enfrentamento do processo de abandono da dependência. Durante a terceira sessão, debateu-se como é possível vencer os obstáculos para permanecer sem fumar, promoção de hábitos saudáveis como a prática de exercícios físicos, alimentação sadia e reforço dos benefícios da interrupção do uso do tabaco. Na quarta sessão, valorizou-se as estratégias para a prevenção da recaída, vantagens obtidas a longo prazo, benefícios indiretos da cessação.

Nas sessões posteriores foram lançadas estratégias para manutenção da abstinência, como lidar com o lapso e as recaídas e em todas as sessões houve o estímulo aos participantes compartilharem suas experiências, os anúncios dos objetivos de cada sessão, revisão e discussão das informações apresentadas.

Quando o tabagista necessita de tratamento farmacológico, deverá ser atendido pelo médico uma vez por mês, durante os três meses do uso do medicamento (PBH, 2015).

## **5.2 Instrumentos**

Para a avaliação dos desfechos clínicos e da qualidade de vida dos usuários atendidos, foram realizadas duas entrevistas, aplicadas anteriormente ao início e após as sessões do programa.

Para a entrevista inicial, foi utilizado o questionário de “Avaliação Clínica do Fumante” do Programa Municipal de Controle do Tabagismo da PBH (ANEXO A) e

para atingir os objetivos da pesquisa, foram incorporados ao questionário de avaliação clínica do fumante itens como: questionário de qualidade de vida, avaliação do nível de ansiedade e depressão, obtendo o questionário de avaliação inicial (ANEXO B).

O questionário de avaliação final (ANEXO C), compreendia as mesmas variáveis da avaliação inicial, com exceção da pesquisa do histórico tabagístico e da avaliação do grau de motivação.

Os questionários incluíam as seguintes variáveis independentes:

*Variáveis sociodemográficas:* sexo, idade, escolaridade, emprego atual, número de pessoas que moram na residência;

*Variáveis de condições de saúde e hábitos de vida:* doenças autorrelatadas e hábitos de vida;

Para as doenças autorrelatadas, foram utilizados dados primários, e quando necessário, devido ao viés de memória do participante, as informações foram confirmadas, via dado secundário com consulta ao prontuário eletrônico do SISREDE (Sistema de Gestão em Rede), software utilizado pela PBH.

*Avaliação do nível de ansiedade e depressão:* empregada a escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), destinada a identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes sem transtornos psiquiátricos;

A escala hospitalar de ansiedade e depressão utilizada foi a versão desenvolvida por Zigmond *et al.* (1983), validada e adaptada para o Brasil por Botega e colaboradores em 1995 (CARAM, 2015). O questionário é composto por 14 perguntas com pontuação de zero (improvável) a 21 (provável). Valores entre 0-7 caracterizam ansiedade ou depressão como improvável, entre 8-11 possível (questionável ou duvidosa) e entre 12-21 como provável.

*Avaliação da Qualidade de vida:* utilizada a escala WHOQoL-bref (*World Health Organization Quality of Life*), com 26 itens, sendo dois a respeito da qualidade de vida em geral e os demais incluídos nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente;

O instrumento WHOQoL-bref, foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Fleck e colaboradores em 2000 (FLECK *et al.*, 2000). O WHOQoL-bref, apresenta-se como uma versão resumida do WHOQoL-100, elaborado pela OMS, e tem como objetivo evidenciar a percepção subjetiva e individual em relação à saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que se vive, independentemente do nível de escolaridade (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017). A

pontuação dos scores dos domínios e qualidade de vida em geral baseou-se no Manual “*Whoqol-Bref Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment*” da OMS do ano de 1996 (WHO,1996).

Histórico tabagístico: inclui itens referentes a idade da iniciação do uso, convivência com outros fumantes em domicílio, além de tentativas prévias para suspender a dependência.

*Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* (FTND): avalia o nível de dependência à nicotina. Consiste em um questionário de seis itens relativos ao nível de dependência a nicotina, em uma escala de 0 a 10, sendo: 0-2 pontos, muito baixa dependência; 3-4 pontos, baixa dependência; 5 pontos, média dependência; 6-7 pontos, elevada; e 8-10 pontos, muito elevada dependência à nicotina. O FTND foi validado no Brasil por Carmo e Pueyo em 2002 (CARMO; PUEYO, 2002).

Avaliação do grau de motivação: consiste em estimar um prazo para a escolha do dia D. Este item analisa o estado de pré-contemplação (Não pretende parar de fumar. Pode negar o efeito maléfico do cigarro), contemplação (Pensando em parar nos próximos 6 meses, mas ainda tem dúvidas sobre isso) ou preparação para a ação (Motivado a parar de fumar nas próximas 4 semanas e, as vezes já começa a ter algumas atitudes como diminuir o número de cigarros) (PBH, 2017).

### **5.3 Coleta de Dados**

As coletas dos dados das entrevistas iniciaram em março de 2017 e finalizaram em dezembro de 2017, após inclusão dos usuários que procuraram o serviço de cessação a partir de dezembro de 2016. Os usuários elegíveis foram entrevistados pela pesquisadora, acadêmicos do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e farmacêuticos residentes, supervisionados e instruídos para os procedimentos a serem executados pela farmacêutica pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas nas UBS avaliadas em local reservado previamente junto à gerência e aplicadas conforme agendamento prévio, via contato telefônico. Os gerentes das UBS foram comunicados antecipadamente sobre a metodologia e os objetivos da pesquisa para definição dos dias, horários e espaços físicos adequados para a realização das entrevistas.

Precedentemente ao início da avaliação, o entrevistador sucedeu a leitura do TCLE para o usuário, esclareceu eventuais dúvidas e coletou a assinatura.

No questionário de avaliação inicial houve a coleta de dados sobre o perfil sociodemográfico, investigação de hábitos de vida e condições de saúde, avaliação do nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida relacionada à saúde, histórico tabagístico, aplicação do FTND, avaliação do grau de motivação.

Após aplicação do teste, o usuário participou da sensibilização e das sessões da TCC do programa de cessação do tabagismo. Após a participação na sensibilização os participantes foram encaminhados via agendamento ao atendimento médico para determinação do tratamento farmacológico de acordo com a indicação clínica.

Ao término das sessões, o usuário foi novamente convidado a responder ao questionário de avaliação final, contendo informações como condições de saúde e hábitos de vida, avaliação do nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida relacionada à saúde.

A resposta ao questionário final foi agendada para o mesmo dia da última sessão ou para dia e horário próximos ao de outro atendimento agendado para o usuário no centro de saúde.

Ao término das sessões, o usuário foi novamente convidado a responder o questionário de avaliação final. A aplicação dos questionários teve duração média de quarenta minutos e foram aplicados pré e pós intervenção para avaliar o impacto da exposição ao programa de cessação quanto ao desfecho primário de obtenção e de manutenção da abstinência à nicotina, e para comparar os desfechos clínicos secundários como, condições de saúde e hábitos de vida, nível de ansiedade e depressão, nível de dependência à nicotina e score de qualidade de vida.

Após seis meses do término dos encontros, verificou-se via contato telefônico, o autorrelato sobre a manutenção da abstinência para os participantes que estiveram presentes até o fim das sessões do programa e que responderam ao questionário de avaliação final.

## 5.4 Análise Estatística dos Dados

Realizou-se análise descritiva calculando-se frequências para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e de variação (desvio padrão) para as contínuas.

Para os testes estatísticos de comparação das médias pré e pós exposição ao programa, as amostras foram consideradas como pareadas. De acordo com Normando, Tjäderhane e Quintão (2010), utiliza-se a definição de amostras pareadas para medir variáveis submetidas a grupos de indivíduos avaliados antes e depois de uma intervenção.

Além das medidas resumos, foram realizados testes para avaliar a normalidade dos dados contínuos, no entanto, as variáveis não apresentaram distribuição normal (teste de Anderson-Darling,  $\alpha=5\%$ ). Desta forma, optou-se por realizar testes não paramétricos de acordo com a características dos dados e do desenho amostral.

Dessa maneira, para as variáveis contínuas (nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida e nível de dependência a nicotina) mensuradas pré e pós exposição ao programa foi utilizado o teste de Wilcoxon (alternativa ao teste t) para amostras pareadas e para testar as variáveis categóricas (perfil sociodemográfico, condições de saúde e hábitos de vida) foi utilizado o teste de McNemar (alternativa ao teste Qui-quadrado). Foram considerados nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% nas análises estatísticas. O software SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Science*) foi empregado nas análises.

## 5.5 Considerações Éticas

Todos os aspectos éticos preconizados nos termos da Resolução nº 466/2012 e demais legislações vigentes, foram considerados na elaboração e condução da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG em 06/03/2017 (Parecer nº: 1.961.698, CAAE: 63775716.0.0000.5149) (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA)/PBH em

25/04/2017 (Parecer nº: 2.031.273, CAAE: 63775716.0.3001.5140) (ANEXO E) e com anuência dos gerentes das UBS incluídas na pesquisa (ANEXO F).

Os usuários elegíveis foram informados sobre a característica do estudo e que poderiam interromper a participação quando desejassem. Os participantes que aceitaram contribuir, prosseguiram com a assinatura do TCLE com garantia de confidencialidade e sigilo das informações e em sequência foram convidados a responder as perguntas para o preenchimento dos questionários de pesquisa.

Os riscos decorrentes da pesquisa envolviam o tempo destinado à resposta aos questionários e possível revelação de informações pessoais.

Para preservar a confidencialidade dos participantes, os questionários foram substituídos por identificador único na base de dados. Os formulários e questionários contendo os dados coletados foram mantidos em arquivo fechado e ficaram disponíveis apenas à equipe pesquisadora.

Os resultados do projeto serão divulgados ao nível central da SMSA, aos gerentes e profissionais das UBS do Distrito Sanitário Nordeste e das UBS envolvidas por meio de relatórios e reuniões técnicas. No relatório não constarão informações individuais ou que permitam a identificação dos mesmos. A divulgação dos dados para a sociedade será realizada por meio de artigo científico.

## 6. ARTIGO DE RESULTADOS

Artigo submetido ao Jornal Brasileiro de Pneumologia, transcrito na íntegra nessa seção. O comprovante de submissão do artigo encontra-se no (ANEXO G).

**Título: Descrição de características clínicas e qualidade de vida de usuários antes e após a participação em um programa de cessação de tabagismo na Atenção Primária à Saúde**

### Resumo

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi descrever características clínicas e a qualidade de vida de usuários antes e após a participação em um programa de cessação do tabagismo em duas unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte, em Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, em que foram incluídos os usuários que procuraram o serviço entre o período de dezembro de 2016 a julho de 2017. **Resultados:** Entre os 76 pacientes elegíveis que responderam o questionário de avaliação inicial, 55 completaram as sessões do programa e responderam ao questionário de avaliação final. A taxa de cessação do tabagismo ao fim do acompanhamento do programa foi de 85,5%. Comparando-se os resultados pré e pós exposição ao programa, observou-se aumento significativo no escore da qualidade de vida geral ( $p=0,041$ ) e em seus domínios psicológico ( $p=0,046$ ) e ambiente ( $p=0,007$ ), diminuição nos níveis de depressão ( $p<0,001$ ) e de dependência a nicotina ( $p<0,001$ ) e elevação da proporção de prática de atividade física ( $p<0,001$ ). **Conclusões:** Nesta amostra, a participação no programa de cessação de tabagismo apresentou-se associada com a melhoria em características clínicas e na qualidade de vida dos pacientes. Recomenda-se a detecção precoce de preditores de recaída no tratamento do tabagismo, sensibilização dos profissionais envolvidos na abordagem terapêutica da dependência como estratégia para o fortalecimento e ampliação das ações do Programa de Controle do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chaves:** Abandono do tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Qualidade de vida. Depressão. Atividade física.

## Abstract

**Objective:** The purpose with this study was to describe clinical characteristics and quality of life of patients before and after participating in a smoking cessation program at two basic health units in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. **METHODS:** This was a prospective cohort study, which included patients who sought the service between December 2016 and July 2017. **Results:** Among the 76 eligible patients who answered the initial assessment questionnaire, 55 completed the follow-up and answered the final evaluation questionnaire. The smoking cessation rate at the end of the program follow-up was 85,5%. Comparing the results pre-and post-exposure to the program, there was a significant increase in the general quality of life score ( $p=0,041$ ), in its psychological ( $p=0,046$ ) and environment ( $p=0,007$ ) domains, decrease in depression levels ( $p<0,001$ ), nicotine dependence ( $p<0,001$ ) and elevation of the proportion of physical activity practice ( $p<0,001$ ). **Conclusions:** In this sample, participation in the smoking cessation program was associated with improvement in clinical characteristics and quality of life of patients. It is recommended the early detection of predictors of relapse in the treatment of smoking, sensitization of professionals involved in the therapeutic approach of dependence as a strategy to strengthen and expand the actions of the Program of Control of Smoking in Primary Health Care.

**Keywords:** Smoking cessation. Primary health care. Quality of life. Depression. Physical Activity.

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016), o tabagismo é responsável por quase seis milhões de óbitos anuais mundiais.<sup>(1)</sup> Estimativas sugerem que até metade dos atuais usuários de nicotina morrerão por alguma doença tabaco relacionada (DTR) e fumantes, quando comparados com não fumantes, têm um pior domínio sobre questões relativas a aspectos sociais, psicológicos (ansiedade e depressão são os sintomas mais comuns), físicos, além de pior qualidade de vida (QV).<sup>(2)</sup>

De acordo com a Portaria nº 761/2016 do Ministério da Saúde (MS), a abordagem para a cessação tem como eixo central intervenções cognitivas e

treinamento de habilidades comportamentais, podendo em casos específicos, ser utilizado o apoio medicamentoso. <sup>(3)</sup> Além disso, o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) reforça a Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de estímulo aos hábitos saudáveis. <sup>(4)</sup>

A dependência à nicotina é composta por elementos comportamental, fisiológico e psicológico, que devem ser igualmente atingidos para que o indivíduo pare de fumar e, sobretudo, permaneça livre do tabaco. Enquanto as intervenções cognitivas comportamentais reduzem a dependência psicológica, a farmacoterapia reduz a dependência fisiológica a nicotina. <sup>(5)</sup> Aconselhamento e medicação podem elevar em mais de 50% o êxito de um fumante que deseja interromper o uso do tabaco. <sup>(1)</sup>

Devido à escassez de pesquisas que retratam a avaliação da QV, nível de ansiedade e depressão em programas de cessação do tabagismo, sobretudo na APS, o presente estudo tem como objetivo descrever as características clínicas e a QV de usuários pré e pós exposição ao programa de cessação do tabagismo em duas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, em Minas Gerais (MG).

## **Métodos**

### **Delineamento, amostra e contexto do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo coorte prospectivo, realizado com usuários tabagistas de duas UBS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

A seleção da amostra realizou-se por amostragem não probabilística de conveniência, e foram incluídos os usuários que procuraram o serviço de cessação do tabagismo entre o período de dezembro de 2016 a julho de 2017. O cálculo do tamanho mínimo da amostra foi realizado por meio do software OpenEpi, considerando um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%), e resultou em um mínimo de 72 usuários.

Como critérios de elegibilidade estabeleceram-se ser tabagista com interesse em parar de fumar, ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir telefone para contato e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão adotou-se a ocorrência de característica que impossibilitava a abordagem coletiva como: presença de declínio cognitivo, doenças neuropsiquiátricas, dependências químicas, conforme realizado em estudo de Mantovani (2016).<sup>(6)</sup>

O programa foi constituído por dez sessões estruturadas, ao longo de seis meses de acompanhamento. Seguindo as recomendações internacionais e diretrizes brasileiras, foram ofertados tratamento farmacológico e terapia cognitivo-comportamental (TCC).

## **Instrumentos**

Foram realizadas duas entrevistas, aplicadas anteriormente ao início e após as sessões do programa. Para as entrevistas, foi utilizado um questionário com variáveis sociodemográficas, clínicas, relativas ao histórico tabagístico, hábitos de vida (uso de bebidas alcóolicas e prática de atividade física) e à QV. Dentre as variáveis clínicas, encontraram-se: nível de dependência à nicotina segundo a escala *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* (FTND) validada no Brasil por Carmo e Pueyo em 2002<sup>(7)</sup>; nível de ansiedade e depressão segundo a escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) na versão validada para o Brasil por Botega e colaboradores em 1995<sup>(8)</sup>, doenças autorrelatadas e uso de medicamentos para dor nos últimos 15 dias. A QV foi mensurada por meio da escala WHOQoL-bref (*World Health Organization Quality of Life*) com 26 itens, sendo dois a respeito da QV em geral e os demais incluídos nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. O instrumento foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Fleck e colaboradores em 2000.<sup>(9)</sup> Os valores dos escores de QV em geral e seus domínios foram calculados com base no Manual “*Whoqol-Bref Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment*”.<sup>(10)</sup>

## **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu entre março a dezembro de 2017. Após aplicação do questionário de avaliação inicial, os usuários elegíveis foram convidados a participar de uma sensibilização sobre a condução do programa.

A participação na sensibilização serviu como requisito para a avaliação do profissional médico para determinação do tratamento farmacológico de acordo com a indicação clínica e para a permanência nas sessões do programa. Ao término das sessões, o usuário foi novamente convidado a responder ao questionário de avaliação final. Após seis meses do término das sessões, verificou-se via contato telefônico, o autorrelato sobre a manutenção da abstinência para os participantes que responderam ao questionário de avaliação final.

### **Análise de dados**

Realizou-se análise descritiva calculando-se frequências para as variáveis categóricas e medida de tendência central e de variação para as contínuas.

Para os testes estatísticos de comparação das médias, as amostras foram consideradas como pareadas. Utiliza-se a definição de amostras pareadas para medir variáveis submetidas a grupos de indivíduos avaliados pré e pós intervenção. <sup>(11)</sup>

Portanto, além das medidas resumos, foram realizados testes para avaliar a normalidade dos dados contínuos, no entanto, as variáveis não apresentaram distribuição normal (teste de Anderson-Darling,  $\alpha=5\%$ ). Desta forma, optou-se por realizar testes não paramétricos de acordo com a características dos dados e do desenho amostral.

Dessa maneira, para as variáveis contínuas mensuradas antes e após exposição foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras pareadas e para testar as variáveis categóricas, o teste de McNemar. Todas as análises foram realizadas considerando um nível de significância de 5%. O software SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Science*) foi empregado nas análises.

### **Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais em 06/03/2017 (Parecer nº: 1.961.698, CAAE: 63775716.0.0000.5149) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PBH em 25/04/2017 (nº: 2.031.273, CAAE: 63775716.0.3001.5140).

## Resultados

O estudo foi delineado para obter informações dos 76 pacientes elegíveis que foram avaliados pelo questionário inicial. Entretanto, ao fim do programa, 55 usuários estiveram presentes durante os seis meses de *follow-up* da pesquisa, e responderam ao questionário de avaliação final. Observou-se a desistência de 21 pacientes ao longo das sessões do programa de cessação.

As características descritivas dos 55 participantes demonstraram uma predominância do sexo feminino (72,4%) e nível de escolaridade referente ao ensino fundamental (52,7%). A idade média foi 52,4 anos (DP±11,03), variando de 22 a 69 anos. Relativo ao perfil de utilização do tabaco na população estudada, a idade média em que os participantes iniciaram o uso do tabaco foi de 15,3 (DP±3,9) anos.

Com relação à motivação para parar de fumar, na avaliação inicial, 65,5% (n= 36) apresentaram-se como preparados para a ação (motivado a parar de fumar nas próximas 4 semanas).

Dos 55 participantes que concluíram as sessões do programa e que responderam ao questionário de avaliação final, 47 (85,5%) relataram abstinência à nicotina. Após seis meses do fim do acompanhamento, durante contato telefônico, observou-se que dos 55 pacientes que chegaram ao fim do acompanhamento, 52,7% (n= 29) relataram a manutenção da abstinência à nicotina.

As características sociodemográficas e do histórico tabagístico dos 55 indivíduos que responderam à avaliação final encontram-se na Tabela 1.

**TABELA 1: Principais características sociodemográficas e do histórico tabagístico da amostra (n= 55) avaliada pré e pós exposição ao programa de cessação do tabagismo em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte - MG, 2017.**

**(continua)**

Tratamento	Antes (n=55)			Depois (n=55)		
	n'	%	$\bar{X}$	n'	%	$\bar{X}$
<b>Variáveis</b>						
<b><u>Sociodemográficas</u></b>						
Sexo						
Masculino	15	27,3	-	15	27,3	-
Feminino	40	72,7	-	40	72,7	-

**TABELA 1: Principais características sociodemográficas e do histórico tabagístico da amostra (n= 55) avaliada pré e pós exposição ao programa de cessação do tabagismo em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte - MG, 2017.**

Tratamento	Antes (n=55)			Depois (n=55)		
	n'	%	$\bar{X}$	n'	%	$\bar{X}$
<b>(conclusão)</b>						
<b>Variáveis</b>	<b>n'</b>	<b>%</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>n'</b>	<b>%</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>
<b>Grau de Escolaridade</b>						
Fundamental (1º Grau Completo e Incompleto)	29	52,7	-	29	52,7	-
Ensino Médio (2º Grau Completo ou Incompleto)	16	29,1	-	16	29,1	-
Superior Completo e Incompleto	10	18,2	-	10	18,2	-
<b>Ocupação Profissional</b>						
Sim	50	90,9	-	50	90,9	-
Não	5	9,1	-	5	9,1	-
<b>Idade</b>						
18 – 39 anos	9	16,4	33,4	9	16,4	33,4
40 – 59 anos	31	56,4	51,9	31	56,4	51,9
≥ 60 anos	15	27,2	64,7	15	27,2	64,7
<b><u>Histórico tabagístico</u></b>						
<b>Tentativa anterior de cessação ao tabagismo</b>						
Sim	52	94,5	-	52	94,5	-
Não	3	5,5	-	3	5,5	-
<b>Convivência com Fumantes na Residência</b>						
Sim	22	40,0	-	22	60,0	-
Não	33	60,0	-	33	40,0	-
<b>Faixa Etária que Iniciou o Uso do Tabaco</b>						
Até 10 anos	4	7,3	9	4	7,3	9
11 – 17 anos	41	74,5	15	41	74,5	15
≥ 18 anos	10	18,2	22	10	18,2	22
<b>Grau de Dependência a Nicotina</b>						
Baixo (0 a 3)	10	18,2	2	50	90,1	0
Médio (4 a 6)	19	34,5	5	5	9,9	5
Alto (7 ou mais)	26	47,3	8	0	0	0

\*Diferença estatística significativa com alfa 0,05.

Nota: Teste de McNemar para diferença entre duas proporções para amostras pareadas.

A Tabela 2 não evidencia alteração em relação às doenças autorrelatadas, uso de medicamentos para dor nos últimos 15 dias e uso de bebidas alcoólicas entre 55 os participantes pré e pós exposição ao programa. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a prática de atividade física antes e após participação no programa de cessação do tabagismo.

**TABELA 2 - Associação univariada entre as variáveis de doenças autorrelatadas e hábitos de vida para a amostra (n=55) avaliada pré e pós exposição ao programa de cessação do tabagismo em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte - MG, 2017.**

Variáveis	Antes (n=55)		Depois (n=55)		p- valor
	n'	%	n'	%	
Uso de Medicamento para dor (prescrito ou não) nos últimos 15 dias					
Sim	25	45,5	17	30,9	0,170
Não	30	54,5	38	69,1	
Hipertensão					
Sim	20	36,4	19	34,5	>1,00
Não	35	63,6	36	65,5	
Diabetes					
Sim	5	90,9	5	9,1	>1,00
Não	50	9,1	50	90,9	
Consumo de Bebidas Alcoólicas					
Sim	44	80,0	45	81,8	>1,00
Não	11	20,0	10	18,2	
Realização de Atividade Física					
Sim	17	30,9	33	60,0	<0,00 1*
Não	38	69,1	22	40,0	-

\*Diferença estatística significativa com alfa 0,05.

Nota: Teste de McNemar para diferença entre duas proporções para amostras pareadas.

Na análise univariada, de acordo com a Tabela 3, é possível inferir que houve modificação estatisticamente significativa entre o padrão de QV em geral, domínios psicológico e ambiental de acordo com o  $p$  valor ( $p < 0,05$ ) antes e após participação ao programa de cessação do tabagismo entre os participantes que permaneceram no modelo final ( $n=55$ ).

**TABELA 3 - Distribuição dos escores médios da qualidade de vida (QV) geral e em cada domínio do WHOQoL-bref para a amostra (n=55) estratificada pré e pós exposição ao programa de cessação de tabagismo em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte - MG, 2017.**

Domínios WHOQoL-bref	Escore médios e (DP)		
	Antes	Depois	p-valor
<b>QV Geral</b>	57,73 (19,32)	62,73 (22,24)	0,041*
<b>Físico</b>	52,92 (11,48)	50,32 (10,59)	0,058
<b>Psicológico</b>	59,92 (11,88)	62,50 (13,61)	0,046*
<b>Relações Sociais</b>	63,33 (19,42)	66,67 (20,85)	0,167
<b>Meio Ambiente</b>	55,85 (14,88)	59,20 (15,15)	0,007*

\*Diferença estatística significativa com alfa 0,05.  
Nota: Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

A Tabela 4 demonstra uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de depressão e de dependência a nicotina, comparando-se os valores antes e depois do programa de cessação de tabagismo.

**TABELA 4 - Distribuição dos escores médios de nível de ansiedade e depressão segundo escala HADS e nível de dependência a nicotina segundo FTND para a amostra (n=55) estratificada pré e pós exposição ao programa de cessação de tabagismo em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte - MG, 2017.**

Variáveis	Escore médios e (DP)		
	Antes	Depois	p-valor
Nível de Ansiedade	8,95 (4,41)	8,64 (4,99)	0,245
Nível de Depressão	6,98 (4,09)	5,47 (4,08)	<0,001*
Nível de Dependência a Nicotina	5,80 (2,33)	0,47 (1,37)	<0,001*

\*Diferença estatística significativa com alfa 0,05.  
Nota: Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

## Discussão

Os resultados com o presente estudo ilustraram que após o término das sessões nas UBS, a proporção de cessação do tabagismo foi de 85,5%.

O programa contribuiu para o aumento do escore da QV em geral na escala WHOQoL-bref (de 57,73 para 62,73; valor  $p=,0041$ ) e dos seus domínios psicológico (de 59,92 para 62,50; valor  $p=0,046$ ) e meio ambiente (de 55,85 para 59,20; valor  $p=0,007$ ) e para a redução dos sintomas de depressão segundo escala HADS (de 6,98 para 5,47; valor  $p<0,001$ ). Verificou-se também mudança no estilo de vida com o aumento da proporção de prática de atividades físicas (de 40,0% para 60,0%; valor  $p<0,001$ ) e redução no nível de dependência à nicotina após exposição ao programa de cessação do tabagismo avaliado (de 5,80 para 0,47; valor  $p<0,001$ ).

A amostra do presente estudo foi caracterizada por uma proporção elevada do sexo feminino, da faixa etária entre 40 a 59 anos, baixo nível de escolaridade, baixa prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e presença de alguma ocupação profissional.

A prevalência de mulheres que procuram auxílio e que permanecem em programas de abandono do tabagismo tem sido descrita e pode estar relacionada com a dificuldade de cessar o hábito sem ajuda <sup>(12)</sup>, já que neste universo a abdicação da dependência torna-se mais complexa do que no cenário masculino, porque o comportamento tabágico feminino está associado a um caráter emocional, como

estratégia para reduzir sentimentos negativos, situações de estresse e compensação da solidão. <sup>(13)</sup>

O estudo atual apresenta uma população majoritariamente adulta, e agrega a outros estudos que relatam que indivíduos mais velhos procuram apoio e aceitação do tratamento, sugerindo que a decisão de buscar ajuda ocorre em um momento de maior maturidade, quando há uma consciência mais elevada dos riscos que o tabagismo implica. <sup>(14)</sup> Além disso, fumantes com mais de 40 anos de idade tem maior probabilidade de tentar a abstinência do que os tabagistas mais jovens, devido à maior conscientização da incidência de DTR com o avançar da idade. <sup>(15)</sup>

Observou-se nas análises, a preponderância de uma população de baixa escolaridade que converge para o fato de que no contexto nacional, pessoas com baixa escolaridade têm uma probabilidade cinco vezes maior de serem fumantes. <sup>(16)</sup> A frequência do hábito de fumar é maior entre os homens com até 11 anos de escolaridade, enquanto que para as mulheres é maior para a faixa de escolaridade de 0 a 8 anos, revelando associação entre baixo nível de escolaridade e regularidade no uso de nicotina. <sup>(17)</sup>

Estudos mostram que indivíduos com algum poder aquisitivo e com atividade laboral apresentam maior chance de abandonar o hábito de fumar, pois o meio social em que vivem exerce forte pressão para o abandono do tabaco. <sup>(18)</sup> Verificou-se que 74,5% (n=41) dos 55 participantes iniciaram o uso do tabaco entre 11 e 17 anos, faixa etária compatível com outros estudos que mencionam que a adolescência, por ser uma fase de busca da independência, construção da identidade e autoafirmação, torna os jovens suscetíveis à influência dos pares, sendo possivelmente um fator de risco para a iniciação do uso do tabaco. <sup>(19)</sup>

A baixa frequência das doenças na amostra do estudo pode ser justificada pelo desconhecimento das comorbidades pelos participantes, que também pode refletir um sub diagnóstico ou ausência de sintomatologias associadas aos agravos crônicos e até mesmo a uma resistência em reconhecer algum problema de saúde antes que tenha alcançado um grau de severidade mais elevado. <sup>(20)</sup>

Coorte realizada por Holma e colaboradores em 2017<sup>(20)</sup>, em que 2.564 fumantes de meia idade, foram avaliados por um período aproximado de 10 anos em relação ao sucesso do abandono ao cigarro mostra que a presença de doenças prévias e o desenvolvimento de DCNT e doenças das vias respiratórias durante os anos do estudo, não foram preditores para a cessação do tabagismo.

Outros relatos ilustram que fumantes que não recebiam tratamento de saúde para alguma DCNT tendiam a aderir menos ao grupo de apoio, sugerindo que a adesão a um tratamento pode influenciar a adesão aos cuidados de saúde subsequentes. <sup>(21)</sup>

A taxa de cessação do tabagismo da população estudada ao fim do acompanhamento foi considerada elevada (85,5%) quando comparada com outros estudos. Após 6 meses do fim do programa, observou-se uma taxa de sucesso do tratamento de 52,7%, semelhante a outras pesquisas realizadas em âmbito nacional.<sup>(3)</sup> No Brasil, foram relatadas taxas de cessação entre 23,5% e 50,8%, após pelo menos seis meses de tratamento <sup>(22)</sup>, e segundo recomendação nacional, um programa de interrupção é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após 12 meses. <sup>(3)</sup>

O sucesso na taxa de cessação do tabagismo encontrada no estudo e o considerável índice de redução no nível de dependência à nicotina, podem estar fundamentados no grau de motivação da população durante a entrevista inicial, já que 65,5% (n= 36) dos 55 participantes apresentaram-se como preparados para a ação.

Pesquisas evidenciam que fumantes com baixa motivação têm maiores chances de fracasso, já que pacientes na fase de pré-contemplação e na fase de contemplação, favorecem a não permanência nas sessões de TCC, e corroboram para a não adesão ao planejamento terapêutico e, conseqüentemente, possibilita que esses fumantes não alcancem o desfecho de sucesso na interrupção do uso da nicotina. <sup>(23)</sup>

Acredita-se que os desfechos desta pesquisa sejam provavelmente atribuíveis aos efeitos combinados do tratamento farmacológico e da TCC. Entretanto, atribui-se à TCC a principal responsável pela modificação das variáveis examinadas antes e após as intervenções, inferindo uma mudança de comportamento, e não apenas os efeitos químicos dos fármacos. <sup>(23)</sup> Segundo estudo de Patnode e colaboradores (2015) <sup>(24)</sup> em que foram incluídas 54 revisões sistemáticas sobre o aconselhamento e farmacoterapia na interrupção do tabagismo em população adulta, foi demonstrado um resultado de 82% de sucesso na cessação quando houve combinação de intervenções comportamentais com apoio farmacológico, semelhante aos nossos achados.

Observou-se após o programa de cessação aumento da proporção da prática de atividades físicas pelos participantes que finalizaram o acompanhamento

no presente estudo. Estudos demonstram que o exercício físico reduz os sintomas de abstinência, favorecendo a cessação tabágica. <sup>(25)</sup>

Nas análises do presente estudo constatou-se modificação estatisticamente significativa entre o início e fim do acompanhamento no que diz respeito aos sintomas de depressão. Nossos resultados são compatíveis com pesquisa brasileira que evidenciou melhoria na gravidade da depressão, após o tratamento da dependência nicotínica. <sup>(23)</sup> No estudo, observou-se que a cessação do tabagismo contribuiu para redução dos níveis de ansiedade, depressão, estresse e aumento da motivação ao longo do tratamento, mudanças que foram mais pronunciadas nos pacientes nos quais o tratamento final teve êxito. <sup>(23)</sup>

Observou-se no estudo atual melhoria na QV relacionada à saúde global e no seu domínio psicológico, que pode estar relacionada à diminuição dos sintomas de depressão na amostra.

Resultados semelhantes foram observados em estudo brasileiro transversal de 2011 <sup>(26)</sup> e em pesquisa efetuada em Taiwan <sup>(27)</sup>, ressaltando-se que a comparação com o último estudo deve ser feita com cautela, pois foi empregada a versão chinesa do questionário europeu EuroQol-5D-3L (EQ-5D-3L) para avaliação da QV em vez do WHOQoL-bref. Estudo realizado no Irã indicou que fumantes tinham QV relacionada à saúde (QVRS) mais baixa quando comparados com ex-fumantes e com pessoas que nunca fumaram. <sup>(28)</sup> Silva e colaboradores (2016), também relatam que tabagistas apresentaram piores scores em todos os domínios do WHOQoL-bref e associação significativa entre baixa qualidade de vida e uso de nicotina. <sup>(12)</sup>

O trabalho atual tem como fator limitante a população ser constituída por amostra não probabilística e com tamanho reduzido. A taxa de incidência da cessação do tabagismo pode ter sido superestimada, pois se baseou no autorrelato da abstenção e não por marcadores bioquímicos mensurados via exames sanguíneos ou por monóxímetro, além de não ter sido avaliada a cessação após 12 meses do tratamento. Entretanto, o presente estudo aborda o panorama de um programa de cessação de tabagismo na APS com avaliação de desfechos clínicos e humanístico de qualidade de vida, e há escassos estudos na literatura científica.

As análises evidenciaram que o programa de cessação do tabagismo nas UBS avaliadas no estudo contribuiu para a mudança da QV em geral, com modificações nos domínios psicológico e ambiental segundo WhOQoL-bref, e redução dos sintomas de depressão segundo escala HADS. Verificou-se também mudança no

estilo de vida com o aumento na prática de atividades físicas, redução no nível de dependência, obtenção e manutenção da abstinência à nicotina após exposição ao programa de cessação do tabagismo avaliado.

Recomenda-se a detecção de fatores preditores de recaída no tratamento do tabagismo, como QV, ansiedade e depressão, fomento da vigilância da manutenção da abstinência nicotínica dos usuários após a finalização do programa, sensibilização dos profissionais envolvidos na abordagem terapêutica da dependência como estratégia para o fortalecimento e ampliação das ações do Programa de Controle do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde.

### **Agradecimentos**

À Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde (SMSA/PBH) e ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais pela aprovação do projeto e aos acadêmicos e residentes pela contribuição na pesquisa.

### **Referências**

1. World Health Organization. WHO Global report on trends in tobacco smoking 2000-2025. 2016. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1)> Acesso em: 10 out. 2016.
2. Moreira-Santos TM, Godoy I, Godoy I. Psychological distress related to smoking cessation in patients with acute myocardial infarction. *J Bras Pneumol*. 2016 Jan-Feb; 42(1): 61–67. doi: 10.1590/S1806-37562016000000101
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº761. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Brasília (DF); 2016.
4. Conitec. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Proposta de revisão e atualização protocolo clínico e diretriz terapêutica dependência à nicotina (escopo). Brasília (DF); 2017.
5. Hsia SL, Myers MG, Chen TC. Combination nicotine replacement therapy: strategies for initiation and tapering. *Prev Med*. 2017;97:45-49. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.12.039

6. Mantovani V. Aplicação de resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification na avaliação de pacientes em processo de cessação do tabagismo [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Enfermagem, - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2016
7. Carmo JT, Pueyo, AA. A adaptação ao português do Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med* 2002; 59(1/2): 73-80.
8. Caram LMO. Associação entre estresse oxidativo, inflamação e manifestações sistêmicas em tabagistas e pacientes com DPOC leve e moderado [Tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2015
9. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
10. World Health Organization. Whoqol-bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva 1996. [18p]. Disponível em: < [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) >
11. Normando D, Tjäderhane L, Quintão CCA. A escolha do teste estatístico – um tutorial em forma de apresentação em PowerPoint. *Dental Press J. Orthod*. 2010; 15(1): 101-106
12. Silva TA, Ivo ML, Freitas DLF, Sales APA, Carvalho AMA. Prevalência do tabagismo e terapêutica da dependência de nicotina: uma revisão integrativa. *J. res.: fundam. care. online* 2016. out./dez. 8(4): 4942-4948 DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4942-4948
13. Costa EC, Valério MJ, Pascoal I. Perfil Sócio-demográfico e Clínico de uma Amostra de Fumantes Portugueses: Implicações do Sexo para a Intervenção na Cessação Tabágica. *Psic Teor e Pesq*. 2016; 32(2):1-10 [https:// doi: http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32222](https://doi.org/10.1590/0102-3772e32222)
14. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(2):113-20 <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>
15. Peuker AC, Bizarro L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. *Contextos Clínicos*, 2015; 8(1):87-98 doi: 10.4013/ctc.2015.81.09
16. Novaes EHA, Rosier GL, Silva MLC, Sestelo MR, Macedo LB, Camelier AA et al. Existe correlação entre qualidade de vida e nível de dependência de nicotina em tabagistas? *J Physiotherapy Res*. 2016; 6(3):298-305 DOI: <http://dxdoi.org/10.17267/2238-2704rpf.6i3.999>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2015: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília (DF); 2016.
18. Pereira CF, Vargas D. Profile of women who carried out smoking cessation treatment: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015; 49: 40 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005783>
19. Guimarães ABP, Okabe I, Scarinci IC. A influência da família na iniciação e não utilização de produtos derivados do tabaco: diferenças de gênero. *Rev Saúde Pública do Paraná*. 2017;18(2):70-76 <https://doi.org/10.5433/15177130-2017v18n2p70>
20. Holma M, Schiöler L, Andersson E, Forsberg B, Gislason T, Janson C, et al. Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Respir Med*. 2017 Nov;132:164-169. doi: 10.1016/j.rmed.2017.10.013
21. Figueiró LR, Barros HMT, Ferigolo M, Dantas DCM. Assessment of factors related to smokers' adherence to a short-term support group for smoking cessation: a longitudinal study in a developing country. *Trends Psychi. Psycho*. 2017; 39(1):19-28 <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0041>
22. Mendes ACR, Toscano CM, Barcellos RMS, Ribeiro ALP, Ritzell JB, Cunha VS, et al. Costs of the Smoking Cessation Program in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50:66 <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006303>
23. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Depression, anxiety, stress, and motivation over the course of smoking cessation treatment *J Bras Pneumol*. 2015;41(5):433-439 <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>
24. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. *Ann Intern Med*. 2015 Oct 20;163(8):608-21. doi: 10.7326/M15-0171
25. França SAS, Neves ALF, Sousa TAS, Martins NCN, Carneiro SR, Sarges ESNF, et al. Factors associated with smoking cessation. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(10) <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004946>
26. Moreira TC, Figueiró LR, Ferigolo M, Fernandes S, Larré MC. Qualidade de Vida em Tabagistas que Buscaram Auxílio para Deixar de Fumar por meio de Aconselhamento Telefônico. *Rev. Bras. de Canc*. 2011; 57(3): 329-335
27. Chen PC, Kuo RN, Lai CK, Lee YC. The relationship between smoking status and health-related quality of life among smokers who participated in a 1-year smoking cessation programme in Taiwan: a cohort study using the EQ-5D. *BMJ Open*. 2015; 7; 5(5): <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007249>
28. Rezaei S, Karami Matin B, Kazemi Karyani A, Woldemichael A, Khosravi F, Khosravipour M et al. Impact of Smoking on Health-Related Quality of Life: A

general population survey in West Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2017 Nov 26;18(11):3179-3185. DOI:10.22034/APJCP.2017.18.11.3179

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises evidenciaram que o programa de cessação do tabagismo contribuiu para a mudança da qualidade de vida em geral, com modificações nos domínios psicológico e ambiente segundo WhOQoL-BREF, e redução dos sintomas de depressão segundo escala HADS.

Verificou-se também mudança no estilo de vida com o aumento na prática de atividades físicas, redução no nível de dependência e obtenção da abstinência à nicotina após exposição ao programa de cessação do tabagismo avaliado.

Os achados aqui apontados destinam-se principalmente aos profissionais que atuam na APS. O conhecimento do perfil do usuário que procura apoio para cessação do tabagismo pode auxiliar na detecção de variáveis já legitimadas como preditoras de insucesso terapêutico, e que não são rotineiramente examinadas, como a depressão, ansiedade, qualidade de vida e nível de dependência a nicotina.

Ainda, a detecção de características preditivas de falha do tratamento do tabagismo é fundamental para a ampliação da motivação, adequação e otimização de estratégias de abordagem ao fumante, fornecendo subsídios para a adesão do participante ao programa.

Novas investigações sobre os resultados das ações de programas de cessação do tabagismo na APS permitirão identificar lacunas do tratamento, reorientação do processo de trabalho dos profissionais e empenho na aplicação das políticas envolvidas no cuidado ao público tabagista.

Ademais, promover a cessação qualificada, é potencializar a redução da prevalência do tabagismo, da incidência das doenças tabaco-relacionadas, e sobretudo, garantir incremento na qualidade de vida de ordem individual e coletiva.

Portanto, recomenda-se a detecção de fatores preditores de recaída no tratamento do tabagismo, fomento da vigilância da manutenção da abstinência nicotínica dos usuários após a finalização do programa, sensibilização dos profissionais envolvidos na abordagem terapêutica da dependência como estratégia para o fortalecimento e ampliação das ações do Programa de Controle do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABE, Tania Marie Ogawa. **Internação e mortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular no período anterior e posterior à lei antitabaco na cidade de São Paulo**. Orientador: Jaqueline Ribeiro Scholz. 2016. 164f. Tese (Doutorado em Ciências, Programa de Cardiologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

ACT. Aliança de controle ao tabagismo. **Legislação**. 2017. Disponível em: <<http://actbr.org.br/tabagismo/legislacao.asp>> Acesso em: 26. Mar. 2017.

ALMEIDA-BRASIL, C.C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº.22, v.5, p. 1705-1716, 2017.

ARAÚJO, Fabio Braga. **Implantação do Plano Nacional do Tabagismo na UBS Bela Vista – Timóteo/MG**. 2013. 52f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde n.º761**. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Brasília, DF, 21 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil, 2015: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília. 2013. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)> Acesso em: 11. Abr.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Deixe de fumar sem mistérios: manual do coordenador**. Brasília. 2005. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf>>

CARAM, Laura Miranda de Oliveira. **Associação entre estresse oxidativo, inflamação e manifestações sistêmicas em tabagistas e pacientes com DPOC leve e moderado**. 2015. 99 f. Orientador: Irma de Godoy. Tese (Doutorado em Fisiopatologia em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2015.

CARMO J.T., PUEYO, A.A. A adaptação ao português do Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev. Bras. Med.**, v.59(1/2), p.73-80, 2002.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Proposta de revisão e atualização protocolo clínico e diretriz terapêutica dependência à nicotina (escopo)**. Brasília. 2017

DANTAS, D.R.G. *et al.* Tratamento do tabagismo no Brasil, com bupropiona ou vareniclina: uma revisão sistemática. **Revista Saúde e ciência online**, v.5, n.1, p. 61-75, 2016. Disponível em <<http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/327>> Acesso em: 21 mar.2017.

DEMIR, M.K. *et al.* The impact of anti-smoking laws on high school students in Ankara, Turkey. **J Bras Pneumol.**, v.41, n.6, p.523–529, 2015.

DUTRA, Juliana Cristina Dos Santos Ferraz. **Prevenção e controle do tabagismo: implantação de uma política**. 2016. 27f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

DURAZZO, T.C.; MATTSSON, N.; WEINER, M.W. Smoking and Increased Alzheimer's Disease Risk: A Review of Potential Mechanisms". **Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association**. V.10, nº3., p.122–145, 2014.

FLECK M.P.A *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, 2000.

FRANÇA, S. A.S. *et al.* Factors associated with smoking cessation. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.10, 2015.

GARCIA, L.P. *et al.* Política de control sobre el tabaco y variación del gasto de las familias brasileñas respecto al mismo: resultados de *Encuestas de Presupuestos Familiares*, 2002/2003 y 2008/2009. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.31, n.9, p.1894-1906, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000901894&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000901894&script=sci_abstract&tlng=es)> Acesso em: 17.mar.2017.

GOMÉZ-CORONADO, N. *et al.* Current and emerging pharmacotherapies for cessation of tobacco smoking. **Pharmacotherapy**. v.38, n.2, p.35-258, 2018.

HAWLEY, N.L. *et al.* Interventions to reduce harm from continued tobacco use. **Cochrane Tobacco Addiction Group**. Out. 2016.

HOFFMAN, S. J., TAN, C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. **BMC Public Health.**, v.15, n.744, 2015.

HSIA, S.L.; MYERS, M.G.; CHEN, T.C. Combination nicotine replacement therapy: strategies for initiation and tapering. **Preventive Medicine**, n.97, p.45–49, 2017.

INCA. Instituto Nacional Do Câncer. **Preços e impostos**. 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/status\\_politica/ambientes\\_livres\\_tabaco](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/ambientes_livres_tabaco)> Acesso em: 26. Mar. 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo**. 2016. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo)> Acesso em: 11 out. 2016.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo custa R\$56,9 bilhões por ano ao Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/tabagismo-custa-59-bilhoes-por-ano-ao-brasil>> Acesso em: 06 abr. 2018.

JANG, S. *et al.* Study protocol of a pragmatic, randomised controlled pilot trial: clinical effectiveness on smoking cessation of traditional and complementary medicine interventions, including acupuncture and aromatherapy, in combination with nicotine replacement therapy. **BMJ Open**. 2017.

LINDOLPHO, Octavio Henrique. **Tabaco e políticas públicas: contextualização do caso brasileiro (1979-2016)**. 2016. 53f. Monografia (Especialização em Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

LINDQVIST, H. *et al.* The relationship between counselors technical skills, clients in-session verbal responses, and outcome in smoking cessation treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment.**, 2017.

LOPES, F. M. *et al.* Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido em uma universidade pública **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** v. 22, p. 5-15, 2014.

MALTA, D.C. *et al.* Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Bras epidemiol.**, v. 18, n.2, p.45-56, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.25, n.2, p.373-390, 2016.

MANTOVANI, Vanessa. **Aplicação de resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification na avaliação de pacientes em processo de cessação do tabagismo.** 2016. 97f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MENDES, A.C.R. *et al.* Costs of the Smoking Cessation Program in Brazil. **Rev Saúde Pública**, p.50-66, 2016.

MOREIRA-SANTOS, T.M.; GODOY, I.; GODOY, I. Psychological distress related to smoking cessation in patients with acute myocardial infarction. **J.Bras. Pneumol.**, v.42, n.1, p.61-67, 2016.

NOGUEIRA, Mateu Santos. **Controle do tabagismo: experiência vivida na Unidade Básica de Saúde da Família de Olaria II / Nova Friburgo.** 2016. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS, Nova Friburgo, 2016.

NORMANDO, D.; TJÄDERHANE, L., QUINTÃO, C. C. A. A escolha do teste estatístico – um tutorial em forma de apresentação em PowerPoint. **Dental Press J. Orthod**, v.15, nº.1, p. 101-106, Jan-Fev., 2010.

PATEL, V.D. *et al.* Comparative assessment of salivary cotinine level and psychological dependence among tobacco users. **Dental Research Journal.** v.14, n.2, p.125-130, 2017.

PATNODE, C.D. *et al.* Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. **Preventive Services Task Force. Ann Intern Med.**, v.8, n.163, p. 608-21, 2015.  
PAWLINA, M.M.C. *et al.* Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, v.41, n.5, p.433-439, 2015.

PEREIRA dicamentoso no combate à dependência pelo sistema único de saúde. **Saúde Meio Ambient.**, v. 3, n. 1, p. 51-58, 2014.

PINTO, M.T.; RIVIERE, A.P.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.6, p.1283-1297, 2015.

PBH. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Prefeitura contribui para a recuperação dos dependentes em tabaco.** 2014. Disponível em: < <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=159654&pIdPlc=&app=salanoticias> > Acesso em: 23. Mar. 2017.

PBH. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Nota Técnica 09/2015: documento “tira dúvidas do Programa Municipal de Controle do Tabagismo.** 2015.

PBH. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Controle do Tabagismo.** 2015. Disponível em: < <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=203697&chPlc=203697&&pIdPlc=&app=salanoticias> > Acesso em: 23. Mar. 2017.

PBH. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Avaliação clínica do fumante.** 2017. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/avaliacao-clinica-do-fumante.pdf> > Acesso em: 23. Mar. 2017.

REICHERT, J. *et al.* Smoking cessation guidelines. **J. Bras. Pneumol.**, v.34, n.10, p.845-880, 2008.

REZAEI, S. *et al.* Impact of Smoking on Health-Related Quality of Life: A general population survey in West Iran. **Asian Pac J Cancer Prev.**, n.18, v.11, p. 3179-3185, 2017.

SAMET, J. M. *et al.* Tobacco Smoking The Leading Cause of Preventable Disease Worldwide. **Thorac Surg Clin**, n. 23, p.103-112, 2013.

SANTOS, A.P.S. *et al.* Influence of Smoking Consumption and Nicotine Dependence Degree in Cardiac Autonomic Modulation. **Arq Bras Cardiol.**, v.106, n.6, p.510-518, 2016.

SILVA, L.C.C. *et al.* Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v.4, n.42, p.290-298, 2016.

SILVA, S.T. *et al.* Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.2, 2014.

STEAD, L.F. *et al.* Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Department of Primary Health Care. **Cochrane Tobacco Addiction Group.**, 2008.

STEAD, L.F. *et al.* Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2016.

TEIXEIRA, M.B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Saúde Debate**, v. 38, p. 52-68, 2014.

VERBIEST, M. *et al.* National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. **Primary Care Respiratory Medicine**, 2017.

WIPPOLD, R. *et al.* Selection of Optimal Tobacco Cessation Medication Treatment in Patients With Cancer. **Journal of Oncology Nursing**, v.16, n.2, 2015.

WHO. World Health Organization. **Global report on trends in tobacco smoking 2000-2025.** 2015. Disponível em: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1)  
> Acesso em: 10 out. 2016.

WHO. World Health Organization. **WHO global report: mortality attributable to tobacco 2012.** Disponível em: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44815/1/9789241564434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44815/1/9789241564434_eng.pdf) > Acesso em: 11 abr. 2017.

WHO. World Health Organization. **Tobacco Fact sheet.** 2017. Disponível em: <  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> > Acesso em: 28. Mar. 2017.

WHO. World Health Organization. **Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.** 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf)> Acesso em: 10 out. 2016.

WHO. World Health Organization. **Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment.** 2017. Disponível em: <[https://www.whocc.no/filearchive/publications/2017\\_guidelines\\_web.pdf](https://www.whocc.no/filearchive/publications/2017_guidelines_web.pdf)> Acesso em: 09 dez. 2017.

WHO. World Health Organization. **Whoqol-bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.** 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)> Acesso em: 03 jan. 2018.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa “AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS E DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS”.

O objetivo desta pesquisa é avaliar os resultados clínicos e da qualidade de vida de usuários atendidos em um programa de cessação do tabagismo em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, em Minas Gerais.

Para este estudo o(a) senhor(a) será entrevistado. Os dados serão analisados e interpretados. Coloco-me a seu dispor para esclarecimento pormenorizado dos objetivos, material e métodos utilizados. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira; estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma como é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador manterá sigilo da sua identidade. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado em hipótese alguma sem a sua permissão. Caso ocorra algum dano ao sr(sra) na execução da pesquisa, haverá reparação dos danos e reembolso de gastos efetuados devido aos danos mediante comprovação junto aos pesquisadores responsáveis de que os mesmos ocorreram devido à realização da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador e a outra será fornecida a você.

Eu, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado dos objetivos deste estudo: “Avaliação dos desfechos clínicos e de qualidade de vida de usuários atendidos em um programa de cessação de tabagismo em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

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

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

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

Responsáveis pelo estudo:

- Vanessa Rodrigues Detomi - Endereço: UFMG, Av. Antônio Carlos, 6627 Faculdade de Farmácia, sala 3038, Bloco B2 – Fone: 3409-6844 – Belo Horizonte [vanessadetomi@yahoo.com.br](mailto:vanessadetomi@yahoo.com.br)
- Orientadora: Marina Guimarães Lima - Endereço: UFMG, Av. Antônio Carlos, 6627 Faculdade de Farmácia, sala 3038, Bloco B2 – Fone: 3409-6844 – Belo Horizonte [marina.glima@gmail.com](mailto:marina.glima@gmail.com)

Em caso de dúvida com relação aos aspectos éticos deste estudo, consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG – Fone: 3409-4592 – Campus Pampulha - Av. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Belo Horizonte e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.

## ANEXO A – Avaliação Clínica do Fumante



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

### AVALIAÇÃO CLÍNICA DO FUMANTE

#### 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

N.º DO PRONTUÁRIO

SEXO

MASCULINO

FEMININO

#### 2 HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

2.1 VOCÊ TEM OU TEVE FREQUENTEMENTE AFTAS, LESÕES (FERIDAS), E/OU SANGRAMENTO NA BOCA?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.2 VOCÊ TEM DIABETES MELLITUS?  SIM  NÃO  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.3 VOCÊ TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.4 VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA CARDÍACO?  SIM  NÃO SE SIM, QUAL?  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.5 VOCÊ TEM OU TEVE FREQUENTEMENTE QUEIMAÇÃO, AZIA, DOR NO ESTÔMAGO OU ÚLCERA OU GASTRITE?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.6 VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA PULMONAR?  SIM  NÃO SE SIM, QUAL?  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.7 VOCÊ TEM ALERGIA RESPIRATÓRIA?  SIM  NÃO  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.8 VOCÊ TEM ALERGIAS CUTÂNEAS?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.9 VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM TUMOR MALIGNO OU CÂNCER?  SIM  NÃO QUAL? \_\_\_\_\_  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.10 VOCÊ TEM OU TEVE CRISE CONVULSIVA, CONVULSÃO FEBRIL NA INFÂNCIA OU EPILEPSIA?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.11 VOCÊ TEM ANOREXIA NERVOSA OU BULIMIA?  SIM  NÃO  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.12 VOCÊ COSTUMA TER CRISES DE DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

2.13 VOCÊ FAZ OU JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO?  SIM  NÃO  
ESTÁ EM TRATAMENTO?  SIM  NÃO

CASO TENHA RESPONDIDO SIM PARA AS DUAS QUESTÕES ANTERIORES (2.12 E 2.13), PREENCHA O BOX SOBRE DEPRESSÃO

2.14 VOCÊ COSTUMA INGERIR BEBIDAS ALCÓOLICAS COM QUE FREQUÊNCIA?  
 NUNCA  TODOS OS DIAS  FINAIS DE SEMANA  RARAMENTE

CASO TENHA RESPONDIDO TODOS OS DIAS OU FINAIS DE SEMANA, PREENCHA O BOX SOBRE CONSUMO DE ALCÓOL (CAGE).

2.15 VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE SÉRIO QUE NÃO FOI CITADO? QUAL?

2.16 ALGUM MEDICAMENTO EM USO ATUAL?  SIM  NÃO QUAL?

2.17 TEM PRÓTESE DENTÁRIA MOVEL?  SIM  NÃO

2.18 NO CASO DE MULHERES

VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA?  SIM  NÃO QUANTOS MESES?

VOCÊ ESTÁ AMAMENTANDO?  SIM  NÃO

ABETT

BOX SOBRE DEPRESSÃO	
JÁ FEZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO, MESMO QUE NÃO PRESCRITA POR MÉDICO, PARA DORMIR OU SE ACALMAR?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, QUAL?
NO ÚLTIMO MÊS VOCÊ SENTIU?	
(1) <input type="checkbox"/> TRISTEZA	<input type="checkbox"/> PERDA DE INTERESSE E PRAZER
	<input type="checkbox"/> ENERGIA REDUZIDA OU GRANDE CANSAÇO
(2) <input type="checkbox"/> CONCENTRAÇÃO E ATENÇÃO REDUZIDAS	<input type="checkbox"/> AUTO-ESTIMA E AUTO-CONFIANÇA REDUZIDA
<input type="checkbox"/> SENTIMENTO DE CULPA E INUTILIDADE	<input type="checkbox"/> PESSIMISTA OU DESLOCADO
<input type="checkbox"/> IDÉIAS OU ATITUDES AUTO-LESIVAS OU DE SUICÍDIO	<input type="checkbox"/> SONO ALTERADO
<input type="checkbox"/> APETITE DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> INQUIETAÇÃO
HÁ HISTÓRIA DE TRANSTORNO PSQUIÁTRICO NA FAMÍLIA?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO QUEM? QUE TIPO?
O PACIENTE APRESENTOU DURANTE A CONSULTA	
<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> PENSAMENTO E FALA LENTA OU ACELERADA
<input type="checkbox"/> FALTA DE CONCENTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> NENHUMA ALTERAÇÃO
PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO, CONSIDERAR AS RESPOSTAS DA PERGUNTA: "NO ÚLTIMO MÊS VOCÊ SENTIU?"	
DEPRESSÃO LEVE – DOIS SINTOMAS DO (1) E DOIS SINTOMAS DO (2). ALÉM DISSO, O PACIENTE APRESENTA DIFICULDADE COM O TRABALHO DO DIA-A-DIA E ATIVIDADES SOCIAIS, MAS NÃO INTERROMPE AS FUNÇÕES.	
DEPRESSÃO MODERADA – DOIS SINTOMAS DO (1) E TRÊS SINTOMAS DO (2). ALÉM DISSO, O PACIENTE APRESENTA DIFICULDADE CONSIDERÁVEL EM CONTINUAR COM ATIVIDADES SOCIAIS LABORÁVEIS OU DOMÉSTICAS.	
DEPRESSÃO GRAVE – CRITÉRIO DE DEPRESSÃO MODERADA, MAIS ANGÚSTIA OU AGITAÇÃO CONSIDERÁVEL. PERDA DE AUTO-ESTIMA. SENTIMENTO DE INUTILIDADE OU CULPA E SUICÍDIO É UM PERIGO MARCANTE	
BOX SOBRE CONSUMO DE ALCÓOL (CAGE)	
ALGUMA VEZ VOCÊ SENTIU QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AS PESSOAS O ABORRECEM PORQUE CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ SE SENTE CULPADO OU CHATEADO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TRÊS OU QUATRO RESPOSTAS POSITIVAS NO CAGE MOSTRAM UMA TENDÊNCIA IMPORTANTE PARA O ALCOLISMO.	
3 HISTÓRIA TABAGÍSTICA	
3.1 COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A FUMAR? _____ ANOS	
3.2 EM QUAIS DAS SITUAÇÕES O CIGARRO ESTÁ ASSOCIADO A SEU DIA-A-DIA? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA OPÇÃO)	
<input type="checkbox"/> AO FALAR NO TELEFONE	<input type="checkbox"/> APÓS AS REFEIÇÕES
<input type="checkbox"/> COM CAFÉ	<input type="checkbox"/> NO TRABALHO
<input type="checkbox"/> TRISTEZA	<input type="checkbox"/> ALEGRIA
<input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> COM BEBIDAS ALCOÓLICAS
	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE
	<input type="checkbox"/> NENHUM

3.3 QUAIS DAS AFIRMATIVAS ABAIXO VOCÊ CONSIDERA QUE SEJAM RAZÕES PARA VOCÊ FUMAR?								
	SIM	NÃO	ÀS VEZES		SIM	NÃO	ÀS VEZES	
FUMAR É UM GRANDE PRAZER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACHA CHARMOSO FUMAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FUMAR É MUITO SABOROSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACHA QUE FUMAR EMAGRECE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O CIGARRO TE AGALMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FUMA PRA TER ALGO NAS MÃOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 QUANTAS VEZES VOCÊ FICOU SEM FUMAR POR PELO MENOS 1 DIA?								
<input type="checkbox"/> 1 VEZ	<input type="checkbox"/> 2 VEZES	<input type="checkbox"/> 3 VEZES	<input type="checkbox"/> MAIS DE 3 VEZES	<input type="checkbox"/> NUNCA TENTOU (SEGUIR PARA A PERGUNTA 3.8)				
3.5 QUAIS FORAM OS MOTIVOS QUE LEVARAM VOCÊ A VOLTAR A FUMAR?								
3.6 ALGUMA VEZ NA VIDA VOCÊ UTILIZOU ALGUM RECURSO PARA DEIXAR DE FUMAR?								
<input type="checkbox"/> NENHUM	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO. QUAL?							
<input type="checkbox"/> APOIO DE PROFISSIONA DA SAÚDE	<input type="checkbox"/> LEITURA DE ORIENTAÇÕES EM FOLHETOS, REVISTAS, JORNAIS ENTRE OUTROS							
<input type="checkbox"/> OUTROS								
3.7 VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO DE APOIO PARA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NESTA UNIDADE?								
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO							
3.8 POR QUE VOCÊ QUER DEIXAR DE FUMAR AGORA: (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA OPÇÃO)								
<input type="checkbox"/> PORQUE ESTA AFETANDO A MINHA SAÚDE	<input type="checkbox"/> PORQUE NÃO GOSTO DE SER DEPENDENTE							
<input type="checkbox"/> OUTRAS PESSOAS ESTÃO ME PRESSIONANDO	<input type="checkbox"/> FUMAR É ANTI-SOCIAL							
<input type="checkbox"/> PELO BEM-ESTAR DA MINHA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> PORQUE GASTO MUITO DINHEIRO COM CIGARRO							
<input type="checkbox"/> EU ESTOU PREOCUPADO COM MINHA SAÚDE NO FUTURO	<input type="checkbox"/> FUMAR É UM MAL EXEMPLO PARA AS CRIANÇAS							
<input type="checkbox"/> PORQUE MEUS FILHOS PEDEM	<input type="checkbox"/> POR CONTA DAS RESTRIÇÕES DE FUMAR EM AMBIENTES FECHADOS							
3.9 VOCÊ CONVIVE COM FUMANTES NA SUA CASA?								
<input type="checkbox"/> SIM. QUAL O GRAU DE PARENTESCO?	<input type="checkbox"/> NÃO							
3.10 VOCÊ SE PREOCUPA EM GANHAR PESO AO DEIXAR DE FUMAR?								
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO							
<b>4 TESTE FAGERSTRÖM</b>								
4.1 QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR VOCÊ FUMA SEU PRIMEIRO CIGARRO?								
<input type="checkbox"/> DENTRO DE 5 MINUTOS (3)	<input type="checkbox"/> ENTRE 6 E 30 MINUTOS (2)	<input type="checkbox"/> ENTRE 31 E 60 MINUTOS (1)	<input type="checkbox"/> APÓS 60 MINUTOS (0)					
4.2 VOCÊ ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LUGARES PROIBIDOS COMO IGREJAS, BIBLIOTECAS, ETC?								
<input type="checkbox"/> SIM (1)	<input type="checkbox"/> NÃO (0)							
4.3 QUAL O CIGARRO DO DIA QUE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO?								
<input type="checkbox"/> O PRIMEIRO DA MANHÃ (1)	<input type="checkbox"/> OUTROS (0)							
4.4 QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA ?								
<input type="checkbox"/> MENOS DE 10 (0)	<input type="checkbox"/> DE 11 A 20 (1)	<input type="checkbox"/> DE 21 A 30 (2)	<input type="checkbox"/> 31 OU MAIS (3)					
4.5 VOCÊ FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ?								
<input type="checkbox"/> SIM (1)	<input type="checkbox"/> NÃO (0)							
4.6 VOCÊ FUMA MESMO DOENTE QUANDO PRECISA FICAR DE CAMA A MAIOR PARTE DO TEMPO?								
<input type="checkbox"/> SIM (1)	<input type="checkbox"/> NÃO (0)							
<b>GRAU DE DEPENDÊNCIA:</b>								
0 – 2 = MUITO BAIXO	3 – 4 = BAIXO	5 = MÉDIO	6 – 7 = ELEVADO	8 – 10 = MUITO ELEVADO				

5 AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO		
5.1 VOCÊ ESTÁ PENSANDO EM PARAR DE FUMAR		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
5.2 O QUE VOCÊ ACHA DE MARCAR UMA DATA PARA DEIXAR DE FUMAR? QUANDO SERIA?		
<input type="checkbox"/> PRÉ-CONTEMPLAÇÃO: NÃO PRETENDE PARAR DE FUMAR. PODE NEGAR MELEFICO DO TABACO PARA A SAÚDE.		
<input type="checkbox"/> CONTEMPLAÇÃO: PENSANDO EM PARAR NOS PRÓXIMOS SEIS MESES, MAS AO MESMO TEMPO TEM DUVIDAS SOBRE ISSO		
<input type="checkbox"/> PREPARAÇÃO PARA AÇÃO: MOTIVADO A PARAR NAS PRÓXIMAS QUATRO SEMANAS E, ÀS VEZES, JÁ COMEÇA A TER ALGUMAS ATITUDES, COMO DIMINUIR O NÚMERO DE CIGARROS, ETC		
6 EXAME FÍSICO		
PESO	ALTURA	PA
ACV	AR	ABD
7 OBSERVAÇÕES		

## ANEXO B – Questionário de Avaliação Inicial

I IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	Data de Nascimento:
Nº Prontuário Eletrônico:	Contato Telefônico:
Endereço:	Nome do (a) ACS:
II DADOS SOCIO DEMOGRAFICOS	
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Idade:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorçado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> Alfabetização de adultos <input type="checkbox"/> Fundamental (1º grau) completo <input type="checkbox"/> Fundamental (1º grau) Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio (2º grau) completo <input type="checkbox"/> Ensino médio (2º grau) Incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto	
Emprego atual: <input type="checkbox"/> Afastado (a) por doença <input type="checkbox"/> Aposentado (a) <input type="checkbox"/> Autônomo (a) (ou "faço blocos") <input type="checkbox"/> CLT ou Temporário <input type="checkbox"/> Desempregado (a) <input type="checkbox"/> Empregador (a) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores	
Quantas pessoas moram com você na sua casa? <input type="checkbox"/> Moro sozinho <input type="checkbox"/> Uma a três <input type="checkbox"/> Quatro a sete <input type="checkbox"/> Oito a dez <input type="checkbox"/> Mais de dez	
A casa onde você mora é? <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outro	

### III CONDIÇÕES DE SAUDE E HABITOS DE VIDA

Assinale com X nas colunas SIM ou NAO. Caso afirmativo, se estiver realizando tratamento assinale a coluna correspondente.

PERGUNTAS	SIM	NÃO	TRATAMENTO
Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?			
Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?			
Nos últimos 30 dias você apresentou crise de pressão alta?			
Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Está em tratamento?			
Você tem alergia respiratória? Está em tratamento?			

PERGUNTAS	SIM	NÃO	TRATAMENTO
Você tem alergias cutâneas? Está em tratamento?			
Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Está em tratamento?			
Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?			
Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Está em tratamento?			
Nos últimos 30 dias apresentou crise de ansiedade?			

Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?

Nunca    Todos os dias    Finais de semana    Raramente

Nos últimos 15 dias você usou algum medicamento para dor, prescrito ou não?

Não    Sim   Se sim, qual (is):

Medicamentos em uso:

MEDICAMENTO	VIA	POSOLOGIA

Você faz exercícios físicos?

Sim    Não

Se SIM, quantas vezes por semana?

Uma vez    2 a 3 vezes    4 vezes    5 vezes ou mais    NA    IGN

#### IV ESCALA HADS – (Hospital Anxiety and Depression Scale) AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tenso (a) ou contraído (a):

A maior parte do tempo [3]    Boa parte do tempo [2]    de vez enquanto [1]    Nunca [0]

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:

Sim, do mesmo jeito que antes [0]    Não tanto quanto antes [1]    Só um pouco [2]

Já não consigo ter prazer em nada [3]

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: <input type="checkbox"/> Sim, de um jeito muito forte [3] <input type="checkbox"/> Sim, mas não tão forte [2] <input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa [1] <input type="checkbox"/> Não sinto nada disso [0]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes [0] <input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos [1] <input type="checkbox"/> Atualmente bem menos [2] <input type="checkbox"/> Não consigo mais [3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações: <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [3] <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo [2] <input type="checkbox"/> De vez em quando [1] <input type="checkbox"/> Raramente [0]
6. Eu me sinto alegre: <input type="checkbox"/> Nunca [3] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [2] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [1] <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre [0] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [1] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [2] <input type="checkbox"/> Nunca [3]
8. Eu estou lento (a) para pensar e fazer coisas: <input type="checkbox"/> Quase sempre [3] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [2] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [1] <input type="checkbox"/> Nunca [0]
9. Eu tenho sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: <input type="checkbox"/> Nunca [0] <input type="checkbox"/> De vez em quando [1] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [2] <input type="checkbox"/> Quase sempre [3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: <input type="checkbox"/> Completamente [3] <input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como eu deveria [2] <input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes [1] <input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes [0]
11. Eu me sinto inquieto (a), como se eu não pudesse ficar parado (a) em lugar nenhum: <input type="checkbox"/> Sim, demais [3] <input type="checkbox"/> Bastante [2] <input type="checkbox"/> Um pouco [1] <input type="checkbox"/> Não me sinto assim [0]
12. Fico animado (a) esperando animado as coisas boas que estão por vir: <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes [0] <input type="checkbox"/> Um pouco menos que antes [1] <input type="checkbox"/> Bem menos que antes [2] <input type="checkbox"/> Quase nunca [3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: <input type="checkbox"/> A quase todo momento [3] <input type="checkbox"/> Várias vezes [2] <input type="checkbox"/> De vez em quando [1] <input type="checkbox"/> Não senti isso [0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: <input type="checkbox"/> Quase sempre [0] <input type="checkbox"/> Várias vezes [1] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [2] <input type="checkbox"/> Quase nunca [3]

**RESULTADO DO TESTE OBSERVAÇÕES:**
**Ansiiedade:** [    ] questões (1,3,5,7,9,11,13)

**Depressão:** [    ] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)

**Escore:**

0 a 7 pontos: improvável;

8 a 11 pontos: possível (questionável ou duvidosa);

12 a 21 pontos: provável

**V QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE – WHOQOL – BREF**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

PERGUNTA	Muito ruim	Ruim	Nem Ruim nem Boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?					

PERGUNTA	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?					

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Nada [1]	Muito pouco [2]	Mais ou menos [3]	Bastante [4]	Extremamente [5]
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
5. O quanto você aproveita a vida?					
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
7. O quanto você consegue se concentrar?					
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?					
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Nada [1]	Muito pouco [2]	Médio [3]	Muito [4]	Completamente [5]
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					

PERGUNTA	Nada [1]	Muito pouco [2]	Médio [3]	Muito [4]	Completamente [5]
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Muito ruim [1]	Ruim [2]	Nem ruim nem bom [3]	Bom [4]	Muito bom [5]
15. Quão bem você é capaz de se locomover?					

PERGUNTA	Muito insatisfeito [1]	Insatisfeito [2]	Nem satisfeito nem insatisfeito [3]	Satisfeito [4]	Muito satisfeito [5]
16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?					
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?					
20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?					
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?					
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25. Quão satisfeito (a) você está como seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.



8. Por que você quer deixar de fumar agora? (Pode escolher mais de uma opção)

<input type="checkbox"/> Porque está afetando minha saúde	<input type="checkbox"/> Eu estou preocupado com minha saúde
<input type="checkbox"/> Outras pessoas estão me pressionando	<input type="checkbox"/> Porque meus filhos me pedem
<input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da minha família	<input type="checkbox"/> Porque não gosto de ser dependente
<input type="checkbox"/> Fumar é antissocial	<input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças
<input type="checkbox"/> Porque gasto muito dinheiro com cigarro	<input type="checkbox"/> Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados

9. Você convive com fumantes em sua casa?

Sim Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Não

10. Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?

Sim  Não

### VII TESTE DE FAGE STROM

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

<input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos [3]	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 minutos [2]
<input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 minutos [1]	<input type="checkbox"/> Após 60 minutos [0]

2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

Sim [1]  Não [0]

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã [1]  Outros [0]

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

<input type="checkbox"/> Menos de 10 [0]	<input type="checkbox"/> De 11 a 20 [1]
<input type="checkbox"/> De 21 a 30 [2]	<input type="checkbox"/> Mais de 31 [3]

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim [1]  Não [0]

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

Sim [1]  Não [0]

Pontuação:	<b>Grau de dependência</b> 0-2 => muito baixo 3-4 => baixo 5 => médio 6-7 => elevado 8-10 => muito elevado
------------	---

### VIII AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO

1. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Quando seria?

- Pré-contemplação: Não pretende parar de fumar. Pode negar o efeito maléfico do tabaco.
- Contemplação: Pensando em parar nos próximos 6 meses, mas ainda tem dúvidas sobre isso.
- Preparação para ação: Motivado a parar nas próximas 4 semanas e, às vezes, já começa a ter algumas atitudes, como diminuir o número de cigarros

### IX CONHECIMENTO SOBRE TABAGISMO

1. Tabagismo causa dependência.  Sim  Não  Não sei

2. Tabagismo é uma doença.  Sim  Não  Não sei

3. Fumante consegue parar de fumar quando quiser.  Sim  Não  Não sei

4. O uso de qualquer forma de tabaco é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer.  Sim  Não  Não sei

5. Podem ser considerados sintomas de doenças relacionados ao tabaco: tosse, expectoração, chiado no peito, falta de ar, dor no tórax, palpitações, dificuldades ao caminhar, tonturas e desmaios.  
 Sim  Não  Não sei

6. As intervenções motivacionais são fundamentais na abordagem do fumante.  Sim  Não  
 Não sei

7. O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo.  Sim  Não  Não sei

8. Existem cigarros mais leves que são menos prejudiciais à saúde.  Sim  Não  Não sei

9. O tabagismo tira dez anos de vida de um fumante adulto.  Sim  Não  Não sei

10. Mais de 4.700 substâncias tóxicas estão contidas no cigarro.  Sim  Não  Não sei

X Na sua opinião, por que o grupo poderá ajudar você a parar de fumar?

## ANEXO C – Questionário de Avaliação Final

I IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	Data de Nascimento:
Nº Prontuário Eletrônico:	Contato Telefônico:
Endereço:	Nome do (a) ACS:

II CONDIÇÕES DE SAÚDE E HABITOS DE VIDA
---

Assinale com X nas colunas SIM ou NÃO. Caso afirmativo, se estiver realizando tratamento assinale a coluna correspondente.

PERGUNTAS	SIM	NÃO	TRATAMENTO
Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?			
Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?			
Nos últimos 30 dias você apresentou crise de pressão alta?			
Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Está em tratamento?			
Você tem alergia respiratória? Está em tratamento?			
Você tem alergias cutâneas? Está em tratamento?			
Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Está em tratamento?			
Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?			
Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Está em tratamento?			
Nos últimos 30 dias apresentou crise de ansiedade?			

Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?

Nunca  Todos os dias  Finais de semana  Raramente

Nos últimos 15 dias você usou algum medicamento para dor, prescrito ou não?

Não  Sim Se sim, qual (is):

Medicamentos em uso:

MEDICAMENTO	VIA	POSOLOGIA


Você faz exercícios físicos?

Sim  Não

Se SIM, quantas vezes por semana?

Uma vez  2 a 3 vezes  4 vezes  5 vezes ou mais  NA  IGN

### III ESCALA HADS – (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tenso (a) ou contraído (a):
<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [3] <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo [2] <input type="checkbox"/> de vez enquanto [1] <input type="checkbox"/> Nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:
<input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes [0] <input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes [1] <input type="checkbox"/> Só um pouco [2]
<input type="checkbox"/> Já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
<input type="checkbox"/> Sim, de um jeito muito forte [3] <input type="checkbox"/> Sim, mas não tão forte [2]
<input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa [1] <input type="checkbox"/> Não sinto nada disso [0]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
<input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes [0] <input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos [1]
<input type="checkbox"/> Atualmente bem menos [2] <input type="checkbox"/> Não consigo mais [3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:
<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [3] <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo [2] <input type="checkbox"/> De vez em quando [1]
<input type="checkbox"/> Raramente [0]
6. Eu me sinto alegre:
<input type="checkbox"/> Nunca [3] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [2] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [1] <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre [0] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [1] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [2] <input type="checkbox"/> Nunca [3]
8. Eu estou lento (a) para pensar e fazer coisas:
<input type="checkbox"/> Quase sempre [3] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [2] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [1] <input type="checkbox"/> Nunca [0]
9. Eu tenho sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
<input type="checkbox"/> Nunca [0] <input type="checkbox"/> De vez em quando [1] <input type="checkbox"/> Muitas vezes [2] <input type="checkbox"/> Quase sempre [3]

10. Eu perdi o Interesse em cuidar da minha aparência: <input type="checkbox"/> Completamente [3] <input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como eu deveria [2] <input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes [1] <input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes [0]
11. Eu me sinto Inquieto (a), como se eu não pudesse ficar parado (a) em lugar nenhum: <input type="checkbox"/> Sim, demais [3] <input type="checkbox"/> Bastante [2] <input type="checkbox"/> Um pouco [1] <input type="checkbox"/> Não me sinto assim [0]
12. Fico animado (a) esperando animado as coisas boas que estão por vir: <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes [0] <input type="checkbox"/> Um pouco menos que antes [1] <input type="checkbox"/> Bem menos que antes [2] <input type="checkbox"/> Quase nunca [3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: <input type="checkbox"/> A quase todo momento [3] <input type="checkbox"/> Várias vezes [2] <input type="checkbox"/> De vez em quando [1] <input type="checkbox"/> Não senti isso [0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: <input type="checkbox"/> Quase sempre [0] <input type="checkbox"/> Várias vezes [1] <input type="checkbox"/> Poucas vezes [2] <input type="checkbox"/> Quase nunca [3]

**RESULTADO DO TESTE OBSERVAÇÕES:**

Ansiedade: [    ] questões (1,3,5,7,9,11,13)	Escore: 0 a 7 pontos: Improvável; 8 a 11 pontos: possível (questionável ou duvidosa); 12 a 21 pontos: provável
Depressão: [    ] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)	

**IV QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE – WHOQOL – BREF**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

PERGUNTA	Muito ruim	Ruim	Nem Ruim nem Boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?					

PERGUNTA	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?					

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Nada [1]	Muito pouco [2]	Mais ou menos [3]	Bastante [4]	Extremamente [5]
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					

PERGUNTA	Nada [1]	Muito pouco [2]	Mais ou menos [3]	Bastante [4]	Extremamente [5]
5. O quanto você aproveita a vida?					
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
7. O quanto você consegue se concentrar?					
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?					
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Nada [1]	Muito pouco [2]	Médio [3]	Muito [4]	Completamente [5]
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Muito ruim [1]	Ruim [2]	Nem ruim nem bom [3]	Bom [4]	Muito bom [5]
15. Quão bem você é capaz de se locomover?					

PERGUNTA	Muito insatisfeito [1]	Insatisfeito [2]	Nem satisfeito nem insatisfeito [3]	Satisfeito [4]	Muito satisfeito [5]
16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?					
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?					

PERGUNTA	Muito insatisfeito [1]	Insatisfeito [2]	Nem satisfeito nem insatisfeito [3]	Satisfeito [4]	Muito satisfeito [5]
19. Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?					
20. Quanto satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21. Quanto satisfeito (a) você está com sua vida sexual?					
22. Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23. Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?					
24. Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25. Quanto satisfeito (a) você está como seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

PERGUNTA	Nunca [1]	Algumas vezes [2]	Frequentemente [3]	Muito frequentemente [4]	Sempre [5]
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
<b>PONTUAÇÃO:</b>					

#### V TESTE DE FAGESTROM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	<input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos [3]	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 minutos [2]
	<input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 minutos [1]	<input type="checkbox"/> Após 60 minutos [0]
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã [1]	<input type="checkbox"/> Outros [0]
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 [0]	<input type="checkbox"/> De 11 a 20 [1]
	<input type="checkbox"/> De 21 a 30 [2]	<input type="checkbox"/> Mais de 31 [3]

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	
<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
<b>Pontuação:</b>	<b>Grau de dependência</b> 0-3 = baixa 4-6 = média 7 ou mais = elevada

Não estou fumando

#### VI CONHECIMENTO SOBRE TABAGISMO

1. Tabagismo causa dependência.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
2. Tabagismo é uma doença.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
3. Fumante consegue parar de fumar quando quiser.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
4. O uso de qualquer forma de tabaco é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
5. Podem ser considerados sintomas de doenças relacionados ao tabaco: tosse, expectoração, chiado no peito, falta de ar, dor no tórax, palpitações, dificuldades ao caminhar, tonturas e desmaios.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
6. As intervenções motivacionais são fundamentais na abordagem ao fumante.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
7. O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
8. Existem cigarros mais leves que são menos prejudiciais à saúde.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
9. O tabagismo tira dez anos de vida de um fumante adulto.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
10. Mais de 4.700 substâncias tóxicas estão contidas no cigarro.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei

#### VII AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

PERGUNTA	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1. Em geral, quanto você está satisfeito com o apoio que recebeu para parar de fumar?					
2. Você recomendaria este serviço para parar de fumar a outras pessoas que desejam parar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inseguro (a) em responder				
3. Você já fumou desde a sua última consulta como serviço	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, apenas algumas baforadas <input type="checkbox"/> Sim, 1-5 cigarros <input type="checkbox"/> Sim, mais de 5 cigarros				

	<input type="checkbox"/> Sempre me senti respeitado
5. Você teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do quando solicitou por elas?	<input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca
6. Você considera que a equipe de profissionais lhe ajudou?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre
7. Houve informações e orientações claras, atenção, interesse, apoio dos profissionais?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre
8. Em geral, como você classificaria a competência da equipe de profissionais envolvidos?	<input type="checkbox"/> Muito incompetente <input type="checkbox"/> Incompetente <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Muito competente
9. Teve ajuda por parte dos profissionais para enfrentar a abstinência/fissura do cigarro, e na prevenção de recaídas?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre
10. Na sua opinião, qual foi o profissional que mais contribuiu para o seu resultado e ajudou no processo de parar de fumar ou diminuir o número de cigarros?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Educador Físico <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____
11. Como você classificaria as condições do local onde ocorreram os encontros?	<input type="checkbox"/> Péssimas <input type="checkbox"/> Ruins <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Boas <input type="checkbox"/> Excelentes
12. Houve oportunidade de se expressar quanto a sua dificuldade e conquistas?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre
13. Quando você está satisfeito em relação ao número de pessoas presentes no grupo?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito
14. Quanto você está satisfeito em relação a duração dos encontros?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre
15. Houve prescrição de algum medicamento para ajudar a parar de fumar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____
16. Quanto você está satisfeito em relação a orientação sobre o modo de uso do medicamento e possível reação adversa?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito
17. Você apresentou alguma reação adversa ao	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____

medicamento que fez com que parasse de usar?	
18. Do que você mais gostou no serviço de cessação do tabagismo?	
19. Do que você menos gostou no serviço de cessação do tabagismo?	
20. Cite três sugestões para os profissionais ou para os próximos grupos de cessação do tabagismo.	

## ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê De Ética – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CLÍNICOS DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Pesquisador: Marina Guimarães Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63775716.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1961.698

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa da área de Ciências da Saúde – Saúde Coletiva/Saúde Pública, que propõe a avaliação de dos resultados clínicos de programa de cessação do tabagismo. O estudo será do tipo coorte, prospectivo e envolverá usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Serão potenciais participantes do estudo todos os usuários que procurarem pelas UBS com interesse em participar do grupo de cessação de tabagismo entre o período de março a dezembro de 2017. Os critérios de elegibilidade estabelecidos são: ser tabagista com interesse em parar de fumar, ter idade maior de 18 anos, de ambos os sexos, não ser portador de sofrimento mental e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação dos resultados clínicos será realizada por meio de dois questionários a serem aplicados em entrevistas com usuários no início e após sessões do programa. O questionário contém informações como condições de saúde e hábitos de vida, medicamentos em uso, avaliação do nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida relacionada à saúde, nível de dependência à nicotina, conhecimento sobre o tabagismo e avaliação da satisfação do participante em relação ao programa de cessação do tabagismo ofertado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, é citado avaliar os resultados clínicos de um programa de cessação do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos 6627 2ª Adm | 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592

E-mail: ceep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.961.698

tabagismo em dois centros de saúde do município de Belo Horizonte, em Minas Gerais (MG). Como objetivos secundários, são mencionados: Descrever o perfil dos usuários que participaram das atividades em um programa de cessação do tabagismo segundo variáveis sócio-demográficas, relativas às condições de saúde e hábitos de vida, de qualidade de vida, conhecimento sobre tabagismo e consumo de tabaco; Comparar, no início do programa de cessação do tabagismo, após término das sessões, os valores das seguintes variáveis: nível de dependência de nicotina, consumo de tabaco, nível de ansiedade e depressão, número de medicamentos utilizados, escores de qualidade de vida e nível de conhecimento sobre o tabagismo; Analisar os fatores associados à mudança nas seguintes variáveis: nível de dependência de nicotina, consumo de tabaco e nível de conhecimento sobre o tabagismo; Avaliar a satisfação dos usuários participantes do programa de cessação do tabagismo.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos, a proponente menciona o tempo destinado à resposta aos questionários pelos participantes e possível revelação de informações individuais dos participantes. Os benefícios estão assim descritos: "a avaliação dos resultados obtidos pelos programas de cessação do tabagismo em centros de saúde é fundamental para redirecionar e qualificar ações de controle deste fator de risco na população".

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa relevante que poderá trazer contribuições para a definição de estratégias de combate e controle do tabagismo. A previsão de término é agosto de 2018.

A participação do voluntário na pesquisa envolve, basicamente, responder a questionário, antes e depois das palestras, sessões de grupo e atendimento médico. Com isso a proponente pretende comparar o impacto da exposição ao programa de cessação e quanto ao desfecho da obtenção da abstinência à nicotina ou ao declínio do uso do tabaco.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: Folha de Rosto assinada pela vice-diretora da Faculdade de Farmácia, Parecer Consubstanciado aprovado pela Câmara Departamental do Departamento de Farmácia Social, Cartas de anuência institucional do Centro de Saúde Gentil Gomes e do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo, Projeto Detalhado com alterações em relação à versão anterior, Instrumento de Avaliação (Questionários), Termo de Compromisso. Foi

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Adm | 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.561.656

apresentada também carta resposta à diligência esclarecendo os questionamentos da apreciação anterior e novo TCLE com alterações solicitadas

**Recomendações:**

Sugere-se aumentar o tamanho da fonte no texto de esclarecimentos do TCLE. A pesquisadora poderá usar margens mais estreitas para manter o TCLE em página única.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

SMJ, o projeto AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CLÍNICOS DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS da pesquisadora Marina Guimarães Lima está aprovado. Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823395.pdf	06/03/2017 16:45:48		Aceito
Outros	Carta esclarecimento COEP 06032017 projeto Vanessa.doc	06/03/2017 16:45:24	Marina Guimarães Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO projeto Vanessa versao 06032017.docx	06/03/2017 16:44:20	Marina Guimarães Lima	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto Vanessa para COEP versao 0603	06/03/2017	Marina Guimarães	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1205

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.961.688

/ Brochura Investigador	2017.docx	16:43:52	Lima	Aceito
Outros	CartaPadreFernandoMelo.pdf	29/11/2016 15:26:22	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	CartaGentilGomes.pdf	29/11/2016 15:25:39	Marina Guimarães Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAvaliacaoTabagismo.pdf	29/11/2016 15:23:37	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO pesquisador assinado.pdf	08/11/2016 18:14:56	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	ParecerConsubiadoFASProjetoVanessa.pdf	08/11/2016 18:09:26	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	FormulariosdepesquisaVanessa.docx	08/11/2016 18:08:57	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	63775716aprovacao.pdf	20/03/2017 14:12:04	Eliane Cristina de Freitas Rocha	Aceito
Outros	63775716parecer.pdf	20/03/2017 14:12:15	Eliane Cristina de Freitas Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Março de 2017

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

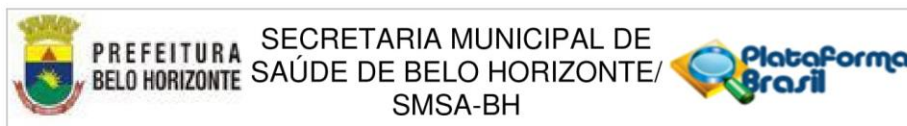
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

## ANEXO E – Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética – SMSA/PBH



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CLÍNICOS DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

**Pesquisador:** Marina Guimarães Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63775716.0.3001.5140

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

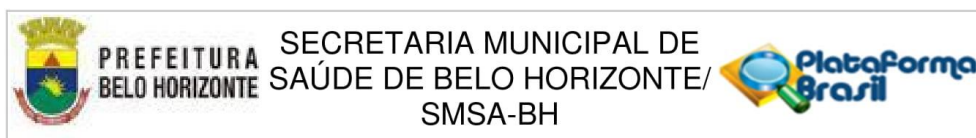
**Número do Parecer:** 2.031.273

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo do estudo é avaliar os resultados clínicos de um programa de cessação do tabagismo em dois centros de saúde do município de Belo Horizonte, em Minas Gerais (MG). O presente estudo será do tipo coorte, prospectivo, a ser realizado em usuários de duas UBS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Serão incluídos todos os usuários que procurarem pelas UBS com interesse em participar do grupo de cessação de tabagismo entre o período de março a dezembro de 2017. Como critérios de elegibilidade estabeleceram-se ser tabagista com interesse em parar de fumar, ter idade maior de 18 anos, de ambos os sexos, não ser portador de sofrimento mental e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação dos resultados clínicos do programa de cessação do tabagismo será realizada por meio de dois questionários a serem aplicados em entrevistas com usuários no início e após sessões do programa. O questionário contém informações como condições de saúde e hábitos de vida, medicamentos em uso, avaliação do nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida relacionada à saúde, nível de dependência à nicotina, conhecimento sobre o tabagismo e avaliação da satisfação do participante em relação ao programa de cessação do tabagismo ofertado.

O presente estudo será do tipo coorte, prospectivo, a ser realizado em usuários de duas UBS do

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



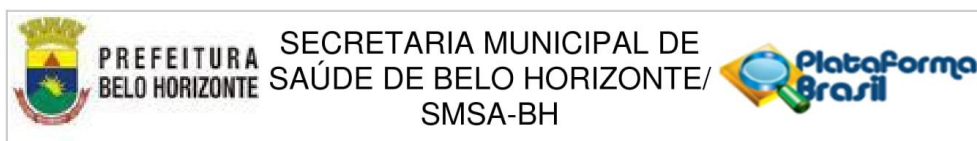
Continuação do Parecer: 2.031.273

município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Serão incluídos todos os usuários que procurarem pelas UBS com interesse em participar do grupo de cessação de tabagismo entre o período de março a dezembro de 2017. Como critérios de elegibilidade estabeleceram-se ser tabagista com interesse em parar de fumar, ter idade maior de 18 anos, de ambos os sexos, não ser portador de sofrimento mental e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação dos resultados clínicos do programa de cessação do tabagismo será realizada por meio de dois questionários a serem aplicados em entrevistas com usuários no início e após sessões do programa. Os indivíduos das UBS que atenderem aos critérios de elegibilidade para a pesquisa serão convidados por contato telefônico a comparecerem ao centro de saúde para serem entrevistados por um acadêmico do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, através de um questionário de avaliação inicial. Neste questionário constará dados dos pacientes, perfil sócio-demográfico, investigação de hábitos de vida e condições de saúde, medicamentos em uso, avaliação do nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida relacionada à saúde, história tabagística, aplicação do teste de Fagerstrom, avaliação do grau de motivação e conhecimento sobre o tabagismo. Após aplicação do teste, o usuário será convidado a participar da palestra motivacional e das sessões do grupo do programa de cessação do tabagismo. Após a palestra motivacional os usuários participantes serão submetidos à um atendimento médico para determinação de acordo com a indicação, do tratamento farmacológico. Ao término das sessões, o usuário é novamente convidado a responder um questionário de avaliação final, contendo informações como condições de saúde e hábitos de vida, medicamentos em uso, avaliação do nível de ansiedade e depressão, qualidade de vida relacionada à saúde, nível de dependência à nicotina, conhecimento sobre o tabagismo e avaliação da satisfação do participante em relação ao programa de cessação do tabagismo ofertado. Os questionários serão aplicados pré e pós intervenção para comparar o impacto da exposição ao programa de cessação e quanto ao desfecho da obtenção da abstinência à nicotina ou ao declínio do uso do tabaco.

Pretende-se após os encontros, verificar por meio da aplicação do teste de Fagerstrom, via contato telefônico, os usuários que permaneceram abstinentes após 6 e 12 meses. A análise das variáveis dos usuários será feita por estatística descritiva, calculando-se frequências para as categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e de variação (desvio padrão) para as numéricas. A comparação dos valores das variáveis do início e após a participação no grupo de cessação de tabagismo será realizada pelo teste do qui-quadrado para as variáveis categóricas e pelo teste t de student para as numéricas. Este projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.031.273

da Universidade Federal de Minas Gerais, com anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH e dos gerentes dos centros de saúde incluídos na pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Hipótese:

Os usuários tabagistas apresentam diminuição da dependência da nicotina após participação no grupo de cessação de tabagismo.

Objetivo Primário:

Avaliar os resultados clínicos de um programa de cessação do tabagismo em dois centros de saúde do município de Belo Horizonte, em Objetivo Secundário:

Descrever o perfil dos usuários que participaram das atividades em um programa de cessação do tabagismo segundo variáveis sócio-demográficas, relativas às condições de saúde e hábitos de vida, de qualidade de vida, conhecimento sobre tabagismo e consumo de tabaco;

Comparar, no início do programa de cessação do tabagismo, após término das sessões, os valores das seguintes variáveis: nível de dependência de nicotina, consumo de tabaco, nível de ansiedade e depressão, número de medicamentos utilizados, escores de qualidade de vida e nível de conhecimento sobre o tabagismo; Analisar os fatores associados à mudança nas seguintes variáveis: nível de dependência de nicotina, consumo de tabaco e nível de conhecimento sobre o tabagismo Avaliar a satisfação dos usuários participantes do programa de cessação do tabagismo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos decorrentes da pesquisa envolvem o tempo destinado à resposta aos questionários pelos participantes e possível revelação de informações individuais dos participantes.

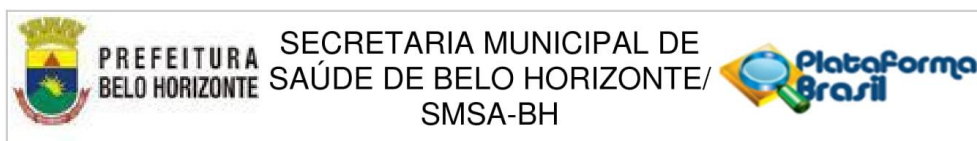
Benefícios:

A avaliação dos resultados obtidos pelos programas de cessação do tabagismo em centros de saúde é fundamental para redirecionar e qualificar ações de controle deste fator de risco na população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os objetivos da pesquisa são relevantes e o alcance destes poderá possibilitar conhecimentos

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.031.273

adicionais sobre o tema abordado, podendo contribuir para a AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CLÍNICOS DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Marina Guimarães Lima e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e dos CEPs envolvidos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CLÍNICOS DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.

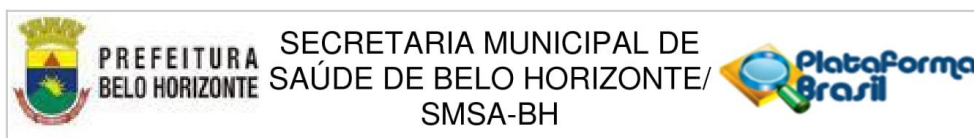
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.031.273

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

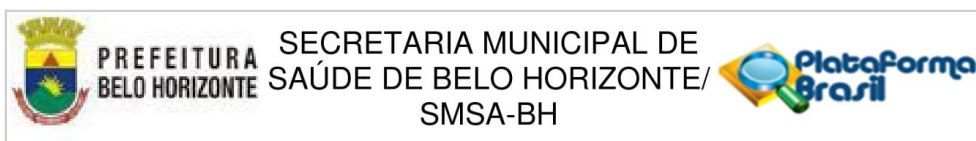
**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823395.pdf	06/03/2017 16:45:48		Aceito
Outros	CartaesclarecimentoCOEP06032017projetoVanessa.doc	06/03/2017 16:45:24	Marina Guimarães Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOprojetoVanessaversao06032017.docx	06/03/2017 16:44:20	Marina Guimarães Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoVanessaparaCOEPversao06032017.docx	06/03/2017 16:43:52	Marina Guimarães Lima	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823395.pdf	16/01/2017 15:05:53		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823395.pdf	14/12/2016 18:14:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOprojetoVanessa14dez2016.docx	14/12/2016 18:13:59	Marina Guimarães Lima	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823395.pdf	29/11/2016 15:27:16		Aceito
Outros	CartaPadreFernandodeMelo.pdf	29/11/2016 15:26:22	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	CartaGentilGomes.pdf	29/11/2016 15:25:39	Marina Guimarães Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAvaliacaoTabagismo.pdf	29/11/2016 15:23:37	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOpesquisadorassinado.pdf	08/11/2016 18:14:56	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	ParecerConsubiadoFASProjetoVanessa.pdf	08/11/2016 18:09:26	Marina Guimarães Lima	Aceito
Outros	FormulariosdepesquisaVanessa.docx	08/11/2016 18:08:57	Marina Guimarães Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoVanessaparaCOEP.docx	08/11/2016 18:07:59	Marina Guimarães Lima	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.031.273

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

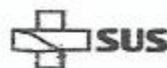
BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Prates Miranda**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

## ANEXO F - Cartas de Anuência dos Gerentes das UBS avaliadas




**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Carta de anuência institucional**

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos resultados clínicos de um programa de cessação de tabagismo em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais", sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Rodrigues Detomi e orientação da professora Marina Guimarães Lima, a ser executado no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial, a Resolução CNS 466/12. Este serviço está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantir de tal segurança e bem-estar. Autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Marluce Soares de Almeida  
Gerente Centro de Saúde  
Padre Fernando de Melo  
BM - 39548-3

  
Marluce Soares de Almeida  
Gerente do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Belo Horizonte, 09 de novembro de 2016

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DISTRITO SANITÁRIO NORDESTE  
Centro de Saúde Padre Fernando de Melo  
Rua Conceição Vidigal Paulucci, 1500 - Palmares CEP.: 31155-440 Tel: 3277-6072/3277-6073  
e-mail: cspfemando@pbh.gov.br



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Carta de anuência institucional**

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos resultados clínicos de um programa de cessação de tabagismo em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais", sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Rodrigues Detomi e orientação da professora Marina Guimarães Lima, a ser executado no Centro de Saúde Gentil Gomes.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial, a Resolução CNS 466/12. Este serviço está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantir de tal segurança e bem-estar. Autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

  
Anar W. Castelo Maro  
Gerente C.S. Gentil Gomes  
GERENCO NORDESTE / RUA 78, 104-G  
Anar Walter Castelo Maro  
Gerente do Centro de Saúde Gentil Gomes

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Belo Horizonte, 08 de novembro de 2016

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DISTRITO SANITÁRIO NORDESTE  
Centro de Saúde Gentil Gomes  
Rua Manoel Passos, 580 – Santa Cruz CEP.: 31150-470 Tel: 3277-6262/3277-6070  
e-mail: csg.gomes@pbh.gov.br

**ANEXO G – Comprovante de Submissão do artigo**

# Submission Confirmation

---

[Print](#)

Thank you for your submission

---

**Submitted to**

Jornal Brasileiro de Pneumologia

**Manuscript ID**

JBPNEU-2018-0122

**Title**

Descrição de características clínicas e qualidade de vida de usuários antes e após a participação em um programa de cessação de tabagismo na Atenção Primária à Saúde.

**Authors**

Detomi, Vanessa

Lima, Marina

**Date Submitted**

15-Apr-2018