

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL

INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

Fernanda Piotto Frallonardo

**FATORES PROGNÓSTICOS PARA RECAÍDAS NO
TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO**

São Caetano do Sul
2020

FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO

FATORES PROGNÓSTICOS PARA RECAÍDAS NO TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Pesquisa apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino Superior em Saúde – Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul para obtenção do título de Mestre em Ensino da Saúde.

Área de concentração: Inovações educacionais em saúde orientadas para integralidade do cuidado.

Linha de Pesquisa: Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS

Orientador: Prof. Dr. João Carlos da Silva Bizário

**São Caetano do Sul
2020**

FICHA



DEDICATÓRIA

A todos profissionais da saúde que, trabalhando muitas vezes em situações adversas, conseguem cumprir sua vocação.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João Carlos da Silva Bizário pela orientação e confiança.

Ao Prof Dr José Lúcio por coordenar com maestria e desenvoltura a primeira turma de Mestrado em Inovação no Ensino Superior em Saúde.

À Dra. Regina Maura Zetone Grespan por confiar em meu trabalho e permitir minha pesquisa no meu campo de atuação.

Aos meus residentes em psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, em particular ao Dr. João Maurício Maia, pela assiduidade e garra durante uma fase crucial da vida, que propiciou a criação desta pesquisa.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD) Jordano Pedro Segundo Vincenzi pela parceria no trabalho, em particular a Neylde Elias, assistente social, que muito me auxiliou no atendimento dos pacientes tabagistas.

À Profa. Sônia Regina Pereira de Souza pela essencial ajuda e empenho no trabalho com o Banco de Dados desta pesquisa.

Aos meus familiares pela dedicação e presença em minha vida.

Aos meus pacientes por permitirem fazer parte de suas vidas.

EPIGRAFE

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”
Platão

RESUMO

Contexto: A nicotina é uma substância psicoativa com alto potencial para causar dependência e com baixo índice de abstinência no tratamento. A taxa de recaídas pode ter relação com variáveis não modificáveis, como escolaridade, idade da primeira experimentação; bem como com variáveis modificáveis, como incentivo de familiares, prática de atividade física e motivação.

Objetivo: Verificar a associação entre as variáveis dos pacientes e a taxas de recaída após o tratamento para cessação do tabagismo no CAPS-AD de São Caetano do Sul.

Materiais e Métodos: Trata-se de estudo de coorte de prognóstico, retrospectivo. Revisão de prontuários realizado no CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) Jordano Pedro Segundo Vincenzi em São Caetano do Sul – SP no período de 2007 a 2018. Foram colhidas informações de prontuário dos pacientes no que dizem respeito a idade, sexo, dados sociodemográficos, grau de dependência, IMC (Índice de Massa Corpórea), carga tabágica, comorbidades referidas, atividade física presente, incentivo de familiares e sinais vitais aferidos na consulta. Utilizamos a comparação entre as variáveis através do teste do Chi-quadrado para determinar suas relações. Estabelecemos curva de sobrevivência de Kaplan Meier para determinar quais variáveis tiveram significância estatística na recaída ao longo do tempo.

Resultados: Foram encontradas associações significantes para recaídas após nove meses de tratamento em pacientes que fumavam mais de um maço de cigarros ao dia, que possuíam nível superior de escolaridade, que já haviam realizado menos de quatro tentativas para parar de fumar anteriormente, que estavam realizando tratamento por indicação médica e que fizeram ou faziam tratamento psiquiátrico.

Conclusão: As variáveis relacionadas a maior taxa de recaída como nível superior de escolaridade, número de tentativas prévias, carga tabágica usual e histórico de tratamento psiquiátrico podem auxiliar a estratificação dos pacientes para auxiliar um tratamento mais efetivo.

Descritores: Tabaco, Fumar, Resultado do Tratamento, Recaída.

ABSTRACT

Context: Nicotine is a psychoactive substance with a high potential to cause addiction and a low rate of abstinence in treatment. The rates of relapse may be related to non-modifiable variables, such as education, age at first time cigarette attempt; as well as modifiable variables, such as family encouragement, physical activity and motivation.

Objective: To verify an association between variables of patients and relapse rates after treatment of smoking cessation at CAPS-AD of São Caetano do Sul.

Materials and Methods: This is a retrospective prognostic cohort study. Review of medical records performed at CAPS-AD (Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs) Jordano Pedro Segundo Vincenzi in São Caetano do Sul - SP from 2007 to 2018. Information was collected from medical records of patients consider age, sex , sociodemographic data, degree of dependence, BMI (Body Mass Index), smoking burden, comorbidities, physical activity present, encouragement from family members and vital signs measured in consultation. We used a comparison between chi-square test variables to determine their relationships. We established a Kaplan Meier survival curve to determine which factors of statistical significance were recorded over time.

Results: Significant associations were found for relapses after nine months of treatment in patients who smoked more than one pack of cigarettes a day, who had a higher level of education, who had previously made less than four attempts to quit smoking, who were undergoing treatment for medical indication and who underwent or underwent psychiatric treatment.

Conclusion: The variables related to the highest recovery rates, such as higher education level, number of previous attempts, usual smoking burden and history of psychiatric treatment can be stratified for more effective help and treatment.

Descriptors: Tobacco, Smoking, Treatment Outcome, Relapse.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS-Ad Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas

IMC Índice de Massa Corpórea

PA Pressão Arterial

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
1.1.	Contexto.....	11
1.2.	Hipótese.....	14
1.3.	Objetivo.....	14
2.	MÉTODOS.....	14
2.1.	Tipo de estudo.....	14
2.2.	Local.....	14
2.3.	Amostra.....	15
2.3.1.	Crítérios de inclusão.....	15
2.3.2.	Crítérios de exclusão.....	15
2.3.3.	Termo de consentimento para acesso ao banco de dados.....	15
2.4.	Procedimentos.....	15
2.4.1.	Comitê de Ética e Pesquisa.....	16
2.5.	Variáveis.....	16
2.6.	Método estatístico.....	16
3.	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
3.1.	Análise dos riscos e dos benefícios.....	17
3.2.	Medidas para minimização dos riscos.....	17
3.3.	Medidas para proteção da confidencialidade.....	17
4.	RESULTADOS.....	18
5.	DISCUSSÃO.....	29
6.	PRODUTO.....	30
7.	REFERÊNCIAS.....	32
8.	ANEXOS.....	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

Entende-se por dependência química um processo progressivo e mal adaptativo que se inicia após a exposição de um agente psicoativo, incluído medicações e substâncias lícitas e ilícitas, que tem o poder de alterar a fisiologia cerebral com impacto em várias áreas do comportamento (APA, 2013). A predisposição para dependência envolve vários fatores que incluem a natureza química do agente, a frequência do uso, o metabolismo individual e a sensibilidade ao agente, a presença de comorbidades, além da manutenção do uso apesar das consequências biopsicossociais negativas (APA, 2013).

A substância responsável por ativar o gatilho da dependência do tabaco é a nicotina, o principal agente psicoativo presente em todos produtos tabágicos. Décadas de estudo mostram que o risco individual de se tornar dependente de tabaco é altamente variável e hereditário. A interação entre o componente genético e o ambiente favorável podem explicar uma maior ou menor predisposição à dependência (Stahal, 2017).

O uso do tabaco é relatado em 15% dos americanos em idade adulta (Jamal *et al.*, 2018). Setenta por cento dos americanos fumantes já tentaram parar de fumar ao menos uma vez na vida, aproximadamente 41% deles tentaram parar de fumar no último ano. Apesar disso, somente cerca de 7% dos que conseguiram parar de fumar por conta própria está abstinente após um ano da cessação (Caponetto & Polosa, 2008).

Foi realizada estimativa epidemiológica que afere a probabilidade de alguém vir a se tornar dependente após a iniciação do uso e a nicotina foi a substância considerada de maior potencial para dependência, à frente da heroína e cocaína (Anthony, *et al.*, 1994).

A gravidade da dependência pode ser aferida. A Escala de Dependência de Nicotina de Fagerström é um questionário de seis itens, de rápida aplicação que expressa em um escore de 0 a 10, sendo que quanto maior o escore, maior há o indicativo de dependência de nicotina. Usualmente escores maiores que sete são considerados paciente com dependência grave de nicotina (Heatherton *et al.*, 1991; Roa-Cubaque *et al.*, 2016).

Apesar do desenvolvimento de várias estratégias terapêuticas para parar de fumar, a abstinência sustentada é pequena, pois é sabida a necessidade de mudança no estilo de vida persistente, o desenvolvimento de habilidades comportamentais para o enfrentamento de resistir a recaídas em relação aos sintomas de abstinência, sintomas psíquicos negativos e fissura (Caponetto & Polosa, 2008).

O conhecimento da contribuição genética, do fenótipo e fatores associados poderiam explicar o início, a manutenção e a falha no tratamento para cessação do tabagismo, mas os dados disponíveis são relativamente limitados. Pesquisas com foco neurobiológico assentaram a teoria heurística do ciclo da dependência, a saber: experimentação (ou uso ativo), afetos negativos (ou abstinência) e preocupação (ou antecipação pelo uso). As neuroadaptações para cada fase do ciclo estaria associadas às áreas do que compõem o circuito de recompensa: gânglios da base, amígdala e córtex pré-frontal. (Uhl *et al.*, 2019).

Considerando que poucos genes já foram localizados e uma modesta associação foi encontrada entre a presença de tais genes e o fenótipo do fumante, uma grande

lacuna permanece para explicar a hereditariedade na dependência de tabaco. A identificação destes genes poderia revelar novos mecanismos de adição e ajudar na terapêutica mais direcionada para manutenção da abstinência. A identificação fenotípica dos fumantes pode ajudar a direcionar o tratamento e a pesquisa destes genes (Li et al, 2003).

O fenótipo é determinado pela interação entre o genótipo e fatores ambientais. Estudos com modelos animais idênticos geneticamente demonstram o efeito ambiental na apresentação fenotípica (Marks *et al.*, 1983, 1984) calculando a razão entre a variância de efeitos aditivos genéticos e a soma desta variância com a variância atribuída ao ambiente.

Estudos em roedores trouxeram evidências robustas para comprovar a hereditariedade dos diversos padrões comportamentais incluindo busca pelo agente, lugar de preferência e aversão, consumo voluntário de nicotina e comportamentos socialmente adquiridos (Nesil *et al.*, 2013).

A hereditariedade pode ser estimada em humanos a partir do genoma usando um único nucleotídeo polimórfico. Contudo, o balanço entre as variantes causais e o polimorfismo do nucleotídeo pode não explicar totalmente a hereditariedade, pois algumas variantes causais podem ter uma frequência no alelo menor do que o polimorfismo do nucleotídeo usado no estudo. (Yang *et al.*, 2010).

O início de experimentação do tabaco é um dos mais comuns fenótipos comportamentais que podem elucidar a hereditariedade no tabagismo. Em uma meta-análise, a estimativa de hereditariedade para a iniciação ao tabagismo foi de 0,37 para homens e 0,55 para mulheres (Li *et al.*, 2003). Outros aspectos do comportamento aditivo como grau de dependência, abstinência e cessação também são hereditárias. Uma análise da variação genômica conseguiu agregar e atribuir o efeito genético em 515.384 nucleotídeos polimórficos explicando em torno de 20% de variância na combinação de medidas de uso ou dependência de nicotina (Vrieze *et al.*, 2013).

Quando múltiplos fenótipos são examinados num mesmo estudo populacional é possível verificar se um subconjunto de fatores genéticos é comum a vários fenótipos. Por exemplo, o início precoce do tabagismo está relacionado ao desenvolvimento da dependência de tabaco (Broms *et al.*, 2006). Entretanto, influências genéticas na iniciação do tabagismo são estimadas em torno de 4%. Os estudos indicam que a dependência de nicotina envolve uma complexidade de comportamentos que podem ser determinados geneticamente (Uhl *et al.*, 2019).

Embora a hereditariedade possa ser definida como a variação fenotípica explicada por fatores genéticos, se as interações gene-ambiente são consideradas, a hereditariedade não pode ter um valor estatístico. O ambiente social tem um impacto profundo no comportamento do fumante, tanto na sua iniciação como na cessação (Christakis & Fowler, 2008). Os modelos de controle social explicam como fatores sociais podem restringir a expressão gênica e os modelos de gatilhos sociais explicam como fatores genéticos diferenciam a população exposta a pressão social. (Mezquita *et al.*, 2018).

A adolescência é o período mais crítico para a dependência de nicotina. Mais de 85% dos adultos fumantes iniciaram o tabagismo antes dos 21 anos (Eissenberg & Balster, 2000). Os fatores ambientais parecem ser mais prevalentes do que os genéticos quanto mais precoce é o início do tabagismo (Maes *et al.*, 2017), especialmente o familiar. Conforme o passar dos anos, o efeito dos fatores ambientais nos adolescentes tende a declinar e a predisposição genética aumenta a influência na iniciação tabágica.

Cerca de metade dos fumantes ativos são dependentes de nicotina (Grant *et al.*, 2004). Embora muitos fumantes não-dependentes de nicotina tenham alguns sintomas de dependência, existe um pequeno grupo de fumantes de baixa frequência que apresentam sintomas de dependência (Shiffman, 1989). A dependência de nicotina é caracterizada por um comportamento compulsivo de busca pela substância apesar das consequências negativas, perda de controle sobre o uso e sintomas de abstinência na esfera física, afetiva e cognitiva. Os sintomas de abstinência incluem irritabilidade, ansiedade, inquietação, dificuldade de concentração, impaciência, insônia, etc (Koob & Volkow, 2010). Eles têm um pico na primeira semana de abstinência e duram em torno de 2 a 4 semanas. A abstinência pode ser entendida também como uma progressão da necessidade de tabaco até a fissura (DiFranza *et al.*, 2012). A chave para o entendimento de um sintoma ser abstinência é sua melhora após a exposição à nicotina. Estudos de associação de variação genômica identificaram três correlações fortes de polimorfismo de nucleotídeo na protocaderina (alfa, beta e gama) com associação com a gravidade da abstinência de nicotina (Jansen *et al.*, 2017). Apesar de muitas descobertas acerca do polimorfismo genômico, a explicação da herdabilidade por esta via foi menos estudada do que a dos estudos de gêmeos e uma das maneiras de aumentar a força dos estudos de polimorfismo é aumentar o tamanho amostral e assim recuperar a 'hereditariedade perdida' (Hancock *et al.*, 2017).

A prevalência de recaídas no tabagismo é aproximadamente 95% naqueles que tentam parar de fumar durante um ano, apesar de cerca de 70% dos dependentes de nicotina estarem determinados a parar de fumar quando buscam algum tratamento (Darlow & Lobel *et al.*, 2012). Embora vários fatores estejam envolvidos na recaída, o estresse, sintomas de abstinência, declínio cognitivo e fissura são os maiores determinantes para recaída. (Patterson, *et al.*, 2010). O metabolismo da nicotina parece estar envolvido no processo de recaída, já que metabolizadores rápidos tendem a experimentar mais recaídas (Schnoll *et al.*, 2009) e beneficiam-se da reposição nicotínica durante o tratamento para manutenção da abstinência.

A adição à nicotina pode ser geneticamente determinada e um dos genes envolvidos pode ser o que decodifica o receptor de dopamina (D4DR), que está associado também ao comportamento de busca de novidades a atos impulsivos, particularmente em mulheres (Podgórski *et al.*, 2018).

A associação entre tabagismo e obesidade é problemática, sendo encontrada em 5% da população americana (Healton *et al.*, 2006), aumentando o risco de morbimortalidade (Rupprecht *et al.*, 2015). Entender a comorbidade é um desafio, já que há evidências que a nicotina aumenta a sensação de energia e reduz o apetite (Audrian-McGovern & Benowitz, 2011; Hofstetter *et al.*, 1986). Fumantes ativos tendem a ser mais magros que não fumantes ou fumantes iniciais (Plurphanswat & Rodu, 2014). No entanto, um estudo demonstrou relação direta entre o índice de massa corpórea (IMC) e o número de cigarros diários (Chiolero *et al.*, 2007). Também foi encontrada maior deposição de gordura abdominal e visceral em fumantes do que em não fumantes, apesar destes últimos serem mais magros (Lee *et al.*, 2012).

A influência genética da obesidade e tabagismo pode ter vias comuns, podendo estar associado ao processamento cerebral dos comportamentos aditivos do circuito de recompensa de vias dopaminérgicas (Rogers, 2017; Volkow *et al.*, 2013).

O ganho de peso após a cessação do tabagismo é uma das principais causas de recaídas (Aubin *et al.*, 2012). O tratamento farmacológico e comportamental para parar de fumar pode facilitar a manutenção da abstinência e prevenir o ganho de peso indesejável (Yang *et al.*, 2013).

A identificação de características individuais poderia prever o sucesso no tratamento para cessação do tabagismo e ajudaria no manejo estratégico para cada paciente. Por exemplo, homens tendem a ter mais sucesso no tratamento quando comparado às mulheres. Esta observação poderia estar relacionada ao aumento de peso como precipitador de recaídas em mulheres, ou no uso do cigarro para lidar com emoções negativas por parte delas. Isso justificaria um tratamento diferenciado, que focasse nesses temas particulares a cada gênero. Outro exemplo seria o início precoce do tabagismo e o grau de dependência de nicotina. Vários estudos apontam para uma maior dependência entre aqueles que começaram a fumar antes dos 13 ou 14 anos; ou antes dos 20. Esses pacientes em geral apresentam um grau de dependência, de acordo com a Escala de Fagerström maior do que sete e apresentam maiores sintomas de abstinência e maiores taxas de recaída (Caponetto & Polosa, 2008).

1.2 Hipótese

Existem fatores associados à recaída no tratamento para cessação do tabagismo em pacientes que procuraram o tratamento no CAPS-AD de São Caetano do Sul.

1.3 Objetivo

Verificar a associação entre fatores informados pelo paciente (dados sociodemográficos, hábitos de vida, carga tabágica e gravidade da dependência) e recaídas após o tratamento para cessação do tabagismo no CAPS-AD de São Caetano do Sul, usando os dados encontrados como subsídio para sugerir alteração do Protocolo de Tratamento para Cessação do Tabagismo.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de coorte de prognóstico retrospectivo.

2.2 Local

O Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD) Jordano Pedro Segundo Vincenzi em São Caetano do Sul foi inaugurado em 2005 e desde 2007 realiza o atendimento de pacientes que desejam parar de fumar tabaco. Esse atendimento obedece às diretrizes do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), órgão da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e do Instituto Nacional AntiCâncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde. Os profissionais

que realizam os atendimentos recebem treinamento dessas entidades, além de cursos de reciclagem. O tratamento é composto por quatro encontros com frequência semanal, em que são realizadas abordagens cognitivo-comportamentais e psicoeducativas, conforme livreto (anexo 2). As quatro consultas médicas ocorrem intercaladas em seis semanas. Os pacientes são avaliados individualmente quanto à necessidade de reposição nicotínica (com adesivos de nicotina ou goma de mascar de nicotina) e uso de mediações auxiliares, dopaminérgicas (bupropiona) ou noradrenérgicas (nortriptilina), conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

2.3 Amostra

2.3.1 Critérios de inclusão

Pacientes que participaram total ou parcialmente do tratamento para cessação do tabagismo no CAPS-AD Jordano Pedro Segundo Vincenzi em São Caetano do Sul de 2007 a 2018.

2.3.2 Critérios de exclusão

Prontuários com dados faltantes que sejam fundamentais para análise de dados (por exemplo sem idade, IMC). Prontuários com dados conflitantes, por exemplo, com datas inverossímeis ou ilegíveis.

2.3.3 Termo de consentimento para acesso ao banco de dados:

Seguimos as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12) e a Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93). Portanto: o acesso aos dados ocorreu somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da USCS, o acesso aos prontuários foi realizado somente pela pesquisadora principal, o banco de dados foi estruturado de tal forma a não identificar os sujeitos da pesquisa.

2.4 Procedimentos

Foram avaliados todos os prontuários de pacientes que fizeram o tratamento para cessação do tabagismo no CAPS-AD no período de 2007 a 2018. Os dados foram tabulados em planilha Excel, em que cada integrante corresponde a uma linha e cada informação (idade, sexo, questões de avaliação do grau de dependência, etc) fica em cada coluna. As variáveis estudadas foram: gênero, idade, escolaridade, nível

socioeconômico, tempo de tabagismo, carga tabágica, problemas de saúde (como: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência vascular periférica, cardiopatia isquêmica, arritmia cardíaca, insuficiência vascular cerebral e disritmia cerebral), sintomas associados ao fumo (como: tosse pela manhã, formigamento de extremidades, pigarro pela manhã, palpitações, falta de ar ao subir escadas ou ladeiras e azia), tratamento de saúde atual, medicações em uso, tempo após o primeiro cigarro do dia, dificuldade em não fumar em locais proibidos, cigarro mais difícil de deixar de fumar, dificuldade em não fumar quando doente, momentos em que mais fuma (como: quando está no trabalho, com amigos, ansioso ou estressado, feliz e em momentos de lazer e relaxamento), quantas tentativas prévias para parar de fumar já apresentou, quanto tempo ficou sem fumar (caso tenha conseguido), se usou algum método previamente para parar de fumar, se fez ou faz tratamento psiquiátrico, se tem outra dependência química, se mais alguém fuma em casa, se os familiares incentivam a parar de fumar, se faz algum exercício físico (como: caminhar, correr, nadar, ginástica, jogar bole ou algum outro), qual a expectativa para parar de fumar (se será fácil ou difícil), se está no tratamento por indicação médica, se fuma mais pela manhã e se o cigarro da manhã é o mais prazeroso. Segue o modelo de prontuário utilizado no serviço no anexo 4. A coleta de dados foi realizada exclusivamente pelo pesquisador principal. Cada paciente recebeu uma numeração, ajudando na confidencialidade dos pacientes. Cada prontuário foi inserido na planilha Excel individualmente, no intuito de diminuir erros de digitação. Houve checagem da inserção dos dados no dia subsequente a inserção dos mesmos, com o mesmo intuito. Realizamos contato telefônico (follow-up) para todos os pacientes atendidos durante o mês de agosto de 2019. Para tanto levantamos o registro eletrônico de cada paciente no Sistema de Saúde Municipal para obter o contato telefônico atualizado. Realizamos a ligação em duas tentativas, caso a primeira não fosse atendida. Nessa ocasião perguntamos sobre a altura do paciente (campo não preenchido), se estava abstinente de tabaco e, caso afirmativo, há quanto tempo. Adicionamos essas informações à planilha já existente, criando outras três colunas de informações. Obtivemos então dados referentes à recaída, com intervalos de 6 meses a 12 anos, dependendo da entrada do paciente no programa de tratamento.

2.4.1 Comitê de Ética e Pesquisa

O presente estudo foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul em 03/06/2019. (CAAE: 13564119.5.0000.5510). Parecer no anexo 5.

2.5 Variáveis

As variáveis analisadas foram: gênero, idade, escolaridade, nível socioeconômico, problemas de saúde, sintomas associados ao fumo, tratamento de saúde, tempo de tabagismo, carga tabágica, tempo para o primeiro cigarro, dificuldade em não fumar em locais proibidos, fumo apesar de doente, situações em que mais fuma, tentativas prévias de abandono do cigarro, tratamento psiquiátrico, outra dependência química, número de fumantes no mesmo domicílio, incentivo da família para abandonar o

cigarro, prática de exercícios físicos, expectativa para parar de fumar, indicação médica para o tratamento, cigarro mais prazeroso, fumo mais pela manhã.

2.6 Método estatístico

Inicialmente realizamos uma análise descritiva comparando a recaída no seguimento com todas as variáveis listadas na seção 2.5. Inicialmente, um histograma de distribuição de recaída foi plotado para avaliar a distribuição da variável. Para comparação da distribuição da categoria de recaída nas covariáveis foi utilizado o teste do Chi-quadrado. Em um segundo passo, rodamos modelos de regressão logística univariada de recaída. Depois repetimos as mesmas categorias de recaída e sua forma contínua foi testada para tempo contínuo de abstinência em modelos de regressão de sobrevivência de Cox. Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier foram plotadas para as diversas categorias. O programa STATA versão 11.2 foi utilizado para rodar todas as análises e plotar todas as figuras. O nível de significância de escolhido foi o de $p < 0.05$.

3. ASPECTOS ÉTICOS

3.1 Análise dos riscos e benefícios

- Riscos: Perda de prontuários.

- Benefícios: os dados poderão ser utilizados para melhorar o atendimento de pacientes que procuram o CAPS-AD para cessação do tabagismo. Se as hipóteses forem confirmadas, a diversificação dos atendimentos visando acolher melhor pacientes poderá ajudar no sucesso do tratamento, isto é, promover e aumentar a abstinência do tabaco.

3.2 Medidas para minimização dos riscos

Manuseio dos prontuários somente pelo pesquisador principal. Os prontuários foram analisados no local onde os pacientes foram atendidos (CAPS-AD), não sendo removidos para qualquer outro lugar.

3.3 Medidas para proteção da confidencialidade

Uso de numeração para cada paciente na tabulação dos dados.
Somente o pesquisador principal teve acesso aos prontuários.

4. RESULTADOS

Foram levantados 1213 prontuários de pacientes atendidos no CAPS-AD de São Caetano do Sul entre 2007 e 2018. Realizamos então a busca da informação 'altura' do paciente por telefone durante o mês de julho de 2019, aproveitando a oportunidade para questionar se o paciente continuava abstinente desde o término do tratamento e, caso negativo, quanto tempo após ocorreu a recaída. Doze pacientes foram excluídos por falta de preenchimento no campo 'idade', cinco foram retirados por não preenchimento do tempo de tabagismo, seis removidos por duplicação na folha de preenchimento e sete por ausência de informações cruciais para esta pesquisa, como momentos do uso de cigarro, prática de atividade física e motivação. Procedemos à análise dos 1183 dados restantes, conforme ilustra a figura a seguir:

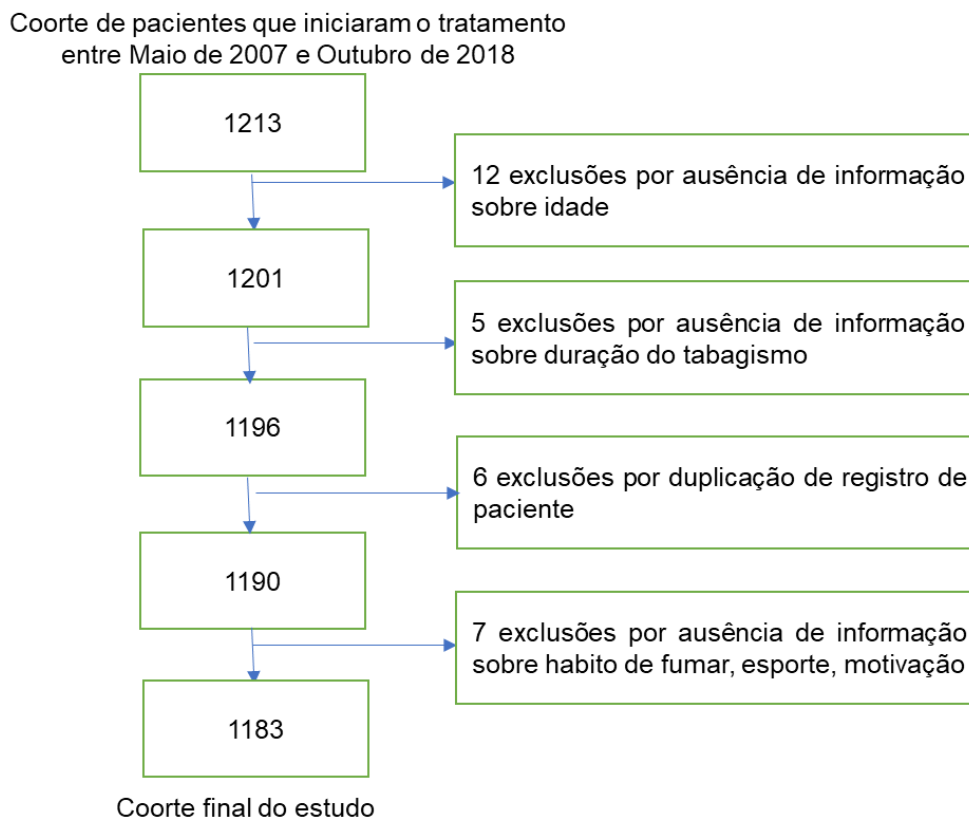


Figura 1: Processo de seleção da coorte do estudo.

Realizamos um corte no seguimento após nove meses do término do tratamento, pois nas análises de sobrevivência ficou demonstrado melhor ajuste estatístico para esse momento. A população analisada apresentou uma distribuição conforme a tabela a seguir:

Tabela 1. Características da coorte de pacientes em tratamento para cessação do tabagismo, no CAPS AD, São Caetano do Sul, no período de 2007 a 2018 (n=1183)

Variável	Condição do paciente 9 meses depois do início do tratamento		
	Abstinência ou perda de contato	Recaída	p ¹
Genero			0,463
masculino	499	222	
feminino	329	133	
Idade			
antes do 45 anos	205	75	0,482
dos 45 aos 54 anos	261	125	
dos 55 aos 64 anos	264	112	
acima de 64 anos	98	43	
Escolaridade			0,341
analfabeto até primeiro grau completo	290	110	
segundo grau incompleto até completo	320	141	
superior incompleto até pós-graduação	217	104	
Ocorrência de múltiplas doenças cardiovasculares			0,996
ausência de doenças cardiovasculares	534	229	
presença de 1 ou mais doenças cardiovasculares	294	126	
Ocorrência de múltiplos sintomas			0,795
ausência de sintomas ou presença de 1 sintoma	227	104	
apresenta de 2 a 3 sintomas	346	146	
apresenta 4 ou mais sintomas	255	105	
Carga tabágica (maços por dia)			0,036
menos de 1 maço	177	51	
de 1 maço a 1,4 maço	308	150	
de 1,5 maço a 1,9 maço	156	70	
2 ou mais maços	187	84	
Período de tempo sem fumar, ao acordar			0,733
até 5 minutos	473	207	
6 ou mais minutos	351	147	
Cigarro mais difícil			0,325
o primeiro da manhã	543	225	
qualquer outro	273	129	

¹ valor p estimado a partir do teste log-rank

Tabela 1. Características da coorte de pacientes em tratamento para cessação do tabagismo, no CAPS AD, São Caetano do Sul, no período de 2007 a 2018 (n=1183) (continuação)

Variável	Condição do paciente 9 meses depois do início do tratamento		
	Abstinência ou perda de contato	Recaída	p ¹
Tentativas prévias de cessação do tabagismo			0,305
não tentou antes do tratamento atual	168	81	
tentou 1 vez antes do tratamento atual	230	104	
tentou 2 a 3 vezes antes do tratamento atual	268	116	
tentou 4 ou mais vezes antes do tratamento atual	162	54	
Cuidado especializado em saúde mental			0,052
não teve, ate o momento, necessidade de assistencia psiquiátrica	596	235	
está em tratamento psiquiátrico	231	119	
Dependência química			0,782
apenas o tabaco	629	267	
um ou mais substâncias psicoativas, além do tabaco	199	88	
Dificuldade em deixar de fumar no locais com proibição			0,942
não tem qualquer dificuldade	371	160	
tem muita dificuldade	454	194	
Persistencia do hábito de fumar no cotidiano			0,716
presença em até 2 situações cotidianas	455	191	
presença em 3 ou mais situações cotidianas	373	164	
Habito de fumar no local de trabalho			0,763
não tem esse hábito	618	262	
apresenta esse hábito	210	93	
Habito de fumar quando está ansioso			0,606
não tem esse hábito	119	47	
apresenta esse hábito	709	308	
Habito de fumar quando está feliz			0,797
não tem esse hábito	591	256	
apresenta esse hábito	237	99	
Habito de fumar quando está com amigos			0,627
não tem esse hábito	500	209	
apresenta esse hábito	328	146	
Habito de fumar em atividades de lazer			0,228
não tem esse hábito	475	217	
apresenta esse hábito	353	138	

¹ valor p estimado a partir do teste log-rank

Tabela 1. Características da coorte de pacientes em tratamento para cessação do tabagismo, no CAPS AD, São Caetano do Sul, no período de 2007 a 2018 (n=1183) (continuação)

Variável	Condição do paciente 9 meses depois do início do tratamento		
	Abstinência ou perda de contato	Recaída	p ¹
Incentivo da família na cessação do tabagismo			0,26
não há envolvimento da família	86	45	
a família participa	738	309	
Prática de atividade física ou esportiva			0,584
não pratica atividade esportiva	490	204	
pratica 1 ou mais atividades esportivas	338	151	
Prática regular de caminhada			0,919
não tem o hábito	583	251	
pratica essa atividade	245	104	
Prática regular de corrida			0,771
não tem o hábito	807	347	
pratica essa atividade	21	8	
Prática regular de natação			0,718
não tem o hábito	794	342	
pratica essa atividade	34	13	
Prática regular de ginástica			0,901
não tem o hábito	746	319	
pratica essa atividade	82	36	
Prática regular de esporte com uso de bola			0,352
não tem o hábito	812	345	
pratica essa atividade	16	10	
Prática regular de outro esporte (não citado anteriormente)			0,143
não tem o hábito	597	270	
pratica essa atividade	230	84	
Motivo da procura do tratamento para cessação do tabagismo			0,035
automotivada	534	205	
indicação médica	293	148	
Esquema de tratamento para cessação do tabagismo			0,593
uso apenas de adesivo	279	107	
uso combinado de adesivo e bupropiona	336	148	
outra combinações terapêuticas	201	89	

¹ valor p estimado a partir do teste log-rank

Tabela 2 Preditores de recaída, obtidos a partir do modelo de riscos proporcionais de Cox (análise de regressão univariada), para pacientes submetidos a tratamento para cessação do tabagismo no período de 2007 a 2018, depois de 9 meses do início da intervenção.

Variável	HR	IC95%	p
Genero			
masculino	1,00 (referencia)		
feminino	0,932	0,752 - 1,155	0,520
Idade			
antes do 45 anos	1,00 (referencia)		
dos 45 aos 54 anos	1,239	0,930 - 1,650	0,142
dos 55 aos 64 anos	1,133	0,846 - 1,518	0,402
acima de 64 anos	1,149	0,790 - 1,671	0,468
Escolaridade			
analfabeto até primeiro grau completo	1,00 (referencia)		
segundo grau incompleto até completo	1,123	0,875 - 1,441	0,362
superior incompleto até pós-graduação	1,180	0,902 - 1,542	0,227
Ocorrência de múltiplas doenças cardiovasculares			
ausência de doenças cardiovasculares	1,00 (referencia)		
presença de 1 ou mais doenças cardiovasculares	0,997	0,802 - 1,239	0,979
Ocorrência de múltiplos sintomas			
ausência de sintomas ou presença de 1 sintoma	1,00 (referencia)		
apresenta de 2 a 3 sintomas	0,937	0,729 - 1,205	0,612
apresenta 4 ou mais sintomas	0,926	0,706 - 1,215	0,579
Carga tabágica (maços por dia)			
menos de 1 maço	1,00 (referencia)		
de 1 maço a 1,4 maço	1,509	1,098 - 2,073	0,011
de 1,5 maço a 1,9 maço	1,413	0,985 - 2,027	0,061
2 ou mais maços	1,417	1,001 - 2,007	0,050
Período de tempo sem fumar, ao acordar			
até 5 minutos	1,00 (referencia)		
6 ou mais minutos	0,959	0,776 - 1,185	0,700
Cigarro mais difícil			
o primeiro da manhã	1,00 (referencia)		
qualquer outro	1,109	0,893 - 1,377	0,347

HR hazard ratio (risco proporcional), IC intervalo de confiança

Tabela 2 Preditores de recaída, obtidos a partir do modelo de riscos proporcionais de Cox (análise de regressão univariada), para pacientes submetidos a tratamento para cessação do tabagismo no período de 2007 a 2018, depois de 9 meses do início da intervenção (continuação)

Variável	HR	IC95%	p
Tentativas prévias de cessação do tabagismo			
não tentou antes do tratamento atual	1,00 (referencia)		
tentou 1 vez antes do tratamento atual	0,929	0,695 - 1,242	0,618
tentou 2 a 3 vezes antes do tratamento atual	0,889	0,669 - 1,180	0,415
tentou 4 ou mais vezes antes do tratamento atual	0,726	0,514 - 1,024	0,068
Cuidado especializado em saúde mental			
não teve, ate o momento, necessidade de assistencia psiquiátrica	1,00 (referencia)		
está em tratamento psiquiátrico	1,248	1,001 - 1,556	0,049
Dependência química			
apenas o tabaco	1,00 (referencia)		
um ou mais substâncias psicoativas, além do tabaco	1,047	0,823 - 1,332	0,709
Dificuldade em deixar de fumar no locais com proibição			
não tem qualquer dificuldade	1,00 (referencia)		
tem muita dificuldade	0,982	0,796 - 1,210	0,860
Persistencia do hábito de fumar no cotidiano			
presença em até 2 situações cotidianas	1,00 (referencia)		
presença em 3 ou mais situações cotidianas	1,021	0,829 - 1,258	0,843
Habito de fumar no local de trabalho			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	1,033	0,816 - 1,309	0,786
Habito de fumar quando está ansioso			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	1,078	0,793 - 1,465	0,633
Habito de fumar quando está feliz			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	0,970	0,769 - 1,223	0,797
Habito de fumar quando está com amigos			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	1,039	0,841 - 1,283	0,725
Habito de fumar em atividades de lazer			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	0,881	0,712 - 1,090	0,244

HR hazard ratio (risco proporcional), IC intervalo de confiança

Tabela 2 Preditores de recaída, obtidos a partir do modelo de riscos proporcionais de Cox (análise de regressão univariada), para pacientes submetidos a tratamento para cessação do tabagismo no período de 2007 a 2018, depois de 9 meses do início da intervenção (continuação)

Variável	HR	IC95%	p
Incentivo da família na cessação do tabagismo			
não há envolvimento da família	1,00 (referencia)		
a família participa	0,829	0,606 - 1,133	0,239
Prática de atividade física ou esportiva			
não pratica atividade esportiva	1,00 (referencia)		
pratica 1 ou mais atividades esportivas	1,053	0,853 - 1,299	0,631
Prática regular de caminhada			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	0,995	0,792 - 1,251	0,969
Prática regular de corrida			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	0,916	0,454 - 1,846	0,806
Prática regular de natação			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	0,912	0,524 - 1,587	0,744
Prática regular de ginástica			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	1,004	0,711 - 1,417	0,982
Prática regular de esporte com uso de bola			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	1,322	0,705 - 2,479	0,384
Prática regular de outro esporte (não citado anteriormente)			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	0,846	0,662 - 1,081	0,181
Motivo da procura do tratamento para cessação do tabagismo			
automotivada	1,00 (referencia)		
indicação médica	1,247	1,009 - 1,541	0,041
Esquema de tratamento para cessação do tabagismo			
uso apenas de adesivo	1,00 (referencia)		
uso combinado de adesivo e bupropiona	1,095	0,854 - 1,404	0,474
outra combinações terapêuticas	1,116	0,842 - 1,478	0,446

HR hazard ratio (risco proporcional), IC intervalo de confiança

Tabela 3 Preditores de recaída, obtidos a partir do modelo de riscos proporcionais de Cox (análise de regressão multivariada), para pacientes submetidos a tratamento para cessação do tabagismo no período de 2007 a 2018, depois de 9 meses do início da intervenção

Variável	¹ HR _{ajustado}	IC95%	p
Genero			
masculino	1,00 (referencia)		
feminino	0,914	0,733 - 1,141	0,428
Idade			
contínua	1,002	0,992 - 1,012	0,720
Escolaridade			
analfabeto até primeiro grau completo	1,00 (referencia)		
segundo grau incompleto até completo	1,182	0,912 - 1,533	0,207
superior incompleto até pós-graduação	1,282	0,970 - 1,696	0,081
Carga tabágica (maços por dia)			
menos de 1 maço	1,00 (referencia)		
de 1 maço a 1,4 maço	1,544	1,118 - 2,133	0,008
de 1,5 maço a 1,9 maço	1,460	1,010 - 2,111	0,044
2 ou mais maços	1,530	1,071 - 2,187	0,019
Tentativas previas de cessação do tabagismo			
não tentou antes do tratamento atual	1,00 (referencia)		
tentou 1 vez antes do tratamento atual	0,889	0,663 - 1,192	0,433
tentou 2 a 3 vezes antes do tratamento atual	0,835	0,627 - 1,113	0,219
tentou 4 ou mais vezes antes do tratamento atual	0,696	0,491 - 0,986	0,041
Cuidado especializado em saúde mental			
não teve, ate o momento, necessidade de assistencia psiquiátrica	1,00 (referencia)		
está em tratamento psiquiátrico	1,266	1,014 - 1,582	0,038
Motivo da procura do tratamento para cessação do tabagismo			
automotivada	1,00 (referencia)		
indicação médica	1,272	1,023 - 1,582	0,030
Prática regular de esporte com uso de bola			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	1,600	0,836 - 3,062	0,156
Habito de fumar em atividades de lazer			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	0,856	0,687 - 1,067	0,167

¹ ajustado por idade, genero e variáveis preditoras de recaída
 HR hazard ratio (risco proporcional), IC intervalo de confiança

Tabela 4 Preditores de recaída, obtidos a partir do modelo de riscos proporcionais de Cox (análise de regressão multivariada com termo de interação variante no tempo), para pacientes submetidos a tratamento para cessação do tabagismo no período de 2007 a 2018, depois de 9 meses do início da intervenção.

Variável	¹ HR _{ajustado}	IC95%	p
Invariantes no tempo			
Genero			
masculino	1,00 (referencia)		
feminino	0,893	0,717 - 1,114	0,317
Idade			
contínua	1,002	0,992 - 1,012	0,702
Cuidado especializado em saúde mental			
não teve, ate o momento, necessidade de assistencia psiquiátrica	1,00 (referencia)		
está em tratamento psiquiátrico	1,258	1,007 - 1,572	0,043
Motivo da procura do tratamento para cessação do tabagismo			
automotivada	1,00 (referencia)		
indicação médica	1,269	1,020 - 1,577	0,032
Prática regular de esporte com uso de bola			
não tem o hábito	1,00 (referencia)		
pratica essa atividade	1,586	0,830 - 3,032	0,163
Habito de fumar em atividades de lazer			
não tem esse hábito	1,00 (referencia)		
apresenta esse hábito	0,838	0,672 - 1,043	0,114
Variantes no tempo²			
Escolaridade			
analfabeto até primeiro grau completo	1,00 (referencia)		
segundo grau incompleto até completo	1,049	0,980 - 1,124	0,168
superior incompleto até pós-graduação	1,098	1,023 - 1,178	0,009
Carga tabágica (maços por dia)			
menos de 1 maço	1,00 (referencia)		
de 1 maço a 1,4 maço	1,171	1,065 - 1,287	0,001
de 1,5 maço a 1,9 maço	1,158	1,044 - 1,285	0,006
2 ou mais maços	1,171	1,058 - 1,296	0,002
Tentativas previas de cessação do tabagismo			
não tentou antes do tratamento atual	1,00 (referencia)		
tentou 1 vez antes do tratamento atual	1,017	0,939 - 1,101	0,433
tentou 2 a 3 vezes antes do tratamento atual	1,023	0,947 - 1,105	0,561
tentou 4 ou mais vezes antes do tratamento atual	0,967	0,881 - 1,061	0,476

¹ ajustado por idade, genero e variáveis preditoras de recaída

² preditores variantes no tempo resultam da interação entre as variáveis dependentes do tempo e o período transcorrido desde o início do seguimento

HR hazard ratio (risco proporcional), IC intervalo de confiança

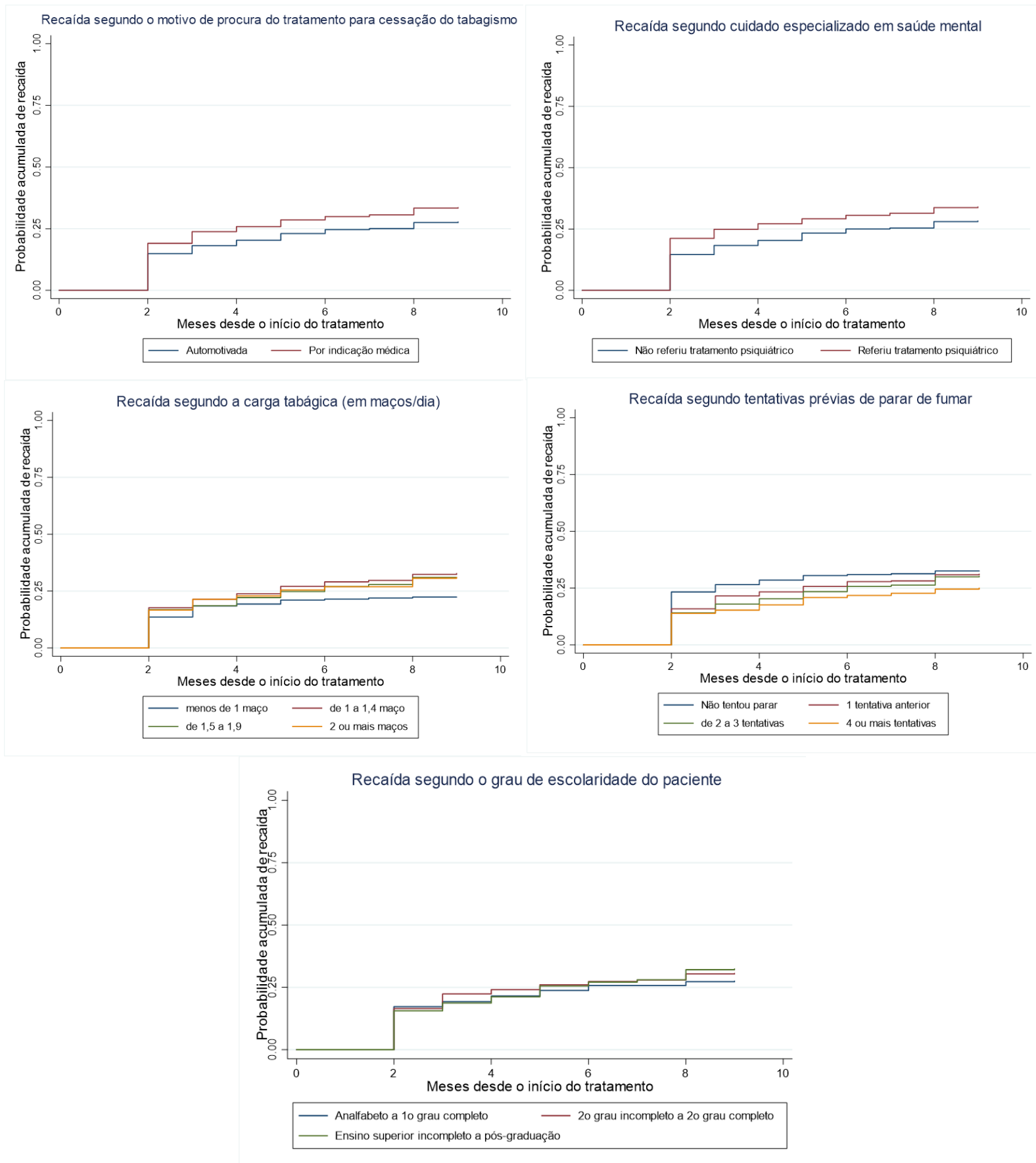
Percebemos que algumas variáveis demonstraram maior taxa de recaída, quando comparada a população que se mantinha abstinente após 9 meses ou foi perdida no seguimento. A indicação médica para o tratamento demonstrou associação com maior recaída, sendo encontrada em 27% daqueles que realizaram o tratamento sem indicação médica, contra 33% daqueles com indicação ($p=0,035$). Pacientes com carga tabágica de até um maço de cigarros ao dia apresentaram menores taxas de recaída (22%), quando comparados àqueles que fumam mais de um maço ao dia (31%) ($p=0,036$). Histórico de tratamento psiquiátrico atual ou prévio esteve relacionado com maior taxa de recaídas (33%) quando comparado aos pacientes que negaram antecedentes psiquiátricos (28%) ($p=0,052$). Outras variáveis, com menor significância estatística, mas que demonstraram alguma relação positiva com a taxa de recaídas no seguimento por nove meses foram: nível de escolaridade superior, número de tentativas prévias para parar de fumar menor que quatro e a não realização de atividades físicas.

Procedemos então à análise do risco proporcional de recaídas após nove meses do término do tratamento, correlacionando as variáveis mais significativas e que auxiliaram o modelo estatístico.

Após ajuste estatístico, os fatores com maior taxa de risco proporcional para recaídas após nove meses do tratamento para cessação do tabagismo foram: tratamento psiquiátrico, com risco proporcional de recaída de 1,248 ($p=0,049$); carga tabágica superior a um maço dia; menos de quatro tentativas prévias de tratamento para parar fumar com risco proporcional de 0,726 ($p=0,068$); tratamento realizado por indicação médica com risco proporcional de 1,272 ($p=0,030$); escolaridade de nível superior ou pós-graduação com risco de 1,282 ($p=0,181$); prática de outra atividade física com risco proporcional de 0,0846 ($p=0,081$).

As figuras a seguir demonstram as taxas de recaída conforme as variáveis estudadas conforme as Curvas de Kaplan-Meier para probabilidade acumulada de recaída em 9 meses, transcorridos a partir do início do tratamento para cessação do tabagismo. CAPS AD, São Caetano do Sul, período de 2007 a 2019.

Fig: Taxas de recaída conforme as variáveis



5. DISCUSSÃO

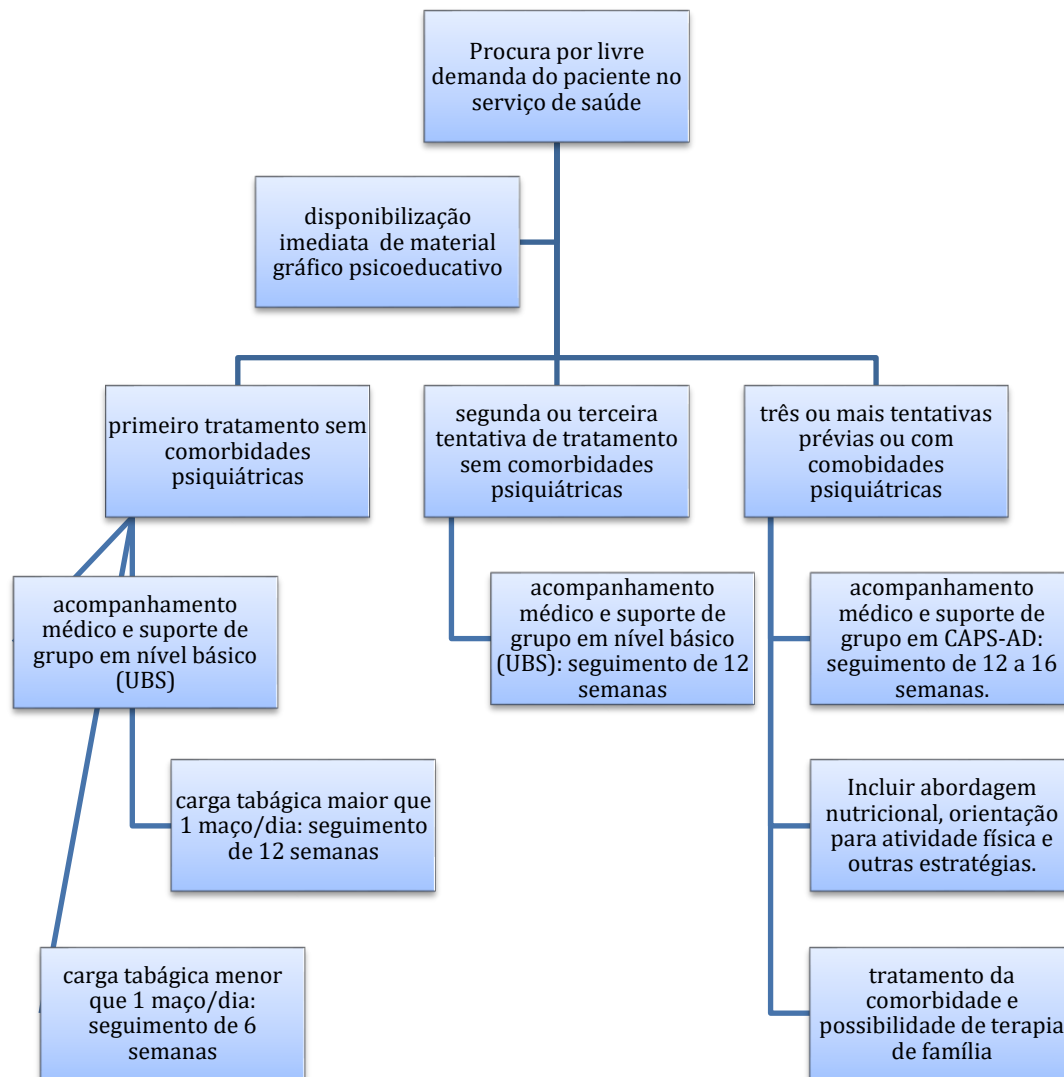
A investigação de fatores associados à recaída ou à taxa de sucesso, medida pela abstinência de tabaco, pode contribuir para a adequação do manejo de pacientes que procuram serviços especializados para o tratamento de cessação do tabagismo. Outros estudos já encontraram associação com o nível educacional superior, a falta de atividades físicas e a falta de sintomas relacionados ao tabagismo com maior falha no tratamento (Azevedo & Fernandes, 2011). O apoio de familiares e amigos no processo de manutenção de abstinência também já foi descrito como preditor de sucesso no tratamento (Deiches *et al*, 2013). Assim como nossos achados, uma revisão de literatura encontrou preditores comuns no tratamento para cessação do tabagismo, entre eles: presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, tentativas prévias para parar de fumar (já que poderiam indicar uma maior motivação e ação na busca para abstinência), envolvimento social e familiar na busca pela cessação do tabagismo, entre outros (Caponnetto & Polosa, 2008). O envolvimento do entorno social mostrou ser uma importante variável a ser considerada como preditor de recaídas. Por exemplo, pacientes que apresentaram uso de cannabis no ano anterior ao início do tratamento para cessação do tabagismo, apresentaram maiores taxas de recaídas, bem como aqueles que relataram dificuldades financeiras (Bowes *et al*, 2015). Apesar de atividade física ser considerada como um fator positivo no seguimento pós tratamento para cessação do tabagismo, podendo estar relacionada à redução do estresse e controle de sintomas de abstinência de nicotina, alguns estudos demonstraram esse efeito benéfico somente em algumas populações, a saber: deprimidos e com transtornos relacionados ao uso de álcool, demonstrando que algumas populações específicas podem se beneficiar desta prática (Bernard *et al*, 2015). Pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias apresentam uma taxa de recaída de 1,5 a 2 vezes maior (Quisenberry *et al*, 2019), contudo esta associação não foi estatisticamente relevante em nosso estudo, provavelmente pelo baixo número de pacientes com outras dependências analisados. Assim como nossos achados, a carga tabágica também já foi associada ao desfecho do tratamento: pacientes que relataram uso de mais de 20 cigarros ao dia apresentaram maiores índices de recaída durante um tratamento de seguimento de 12 meses (Pascual-Lledó *et al*, 2006).

As limitações do estudo incluem a amostra oriunda de um serviço especializado no tratamento para dependências químicas, dados provenientes de autorrelato dos pacientes entrevistados, falta de investigação do motivo das perdas por pacientes faltantes durante ou após o tratamento, uso de um protocolo de tratamento mais enxuto de tratamento, composto somente por seis semanas de terapia medicamentosa e comportamental (enquanto alguns protocolos clínicos indicam ao menos 12 semanas).

6. PRODUTO

O presente trabalho tem como objetivo propor mudanças no Protocolo de Tratamento para Cessação do Tabagismo no município de São Caetano do Sul (SP) no sentido de estratificar os pacientes no início do tratamento e realizar seguimentos diferentes para cada população. Essa avaliação poderá ser realizada durante os atendimentos de grupo ou de modo individual e terá como objetivo nortear o tratamento quanto à duração e uso de medicações. A orientação alimentar e de atividade física deverão fazer parte de pelo menos uma das sessões de grupo. Realizaremos um protocolo de capacitação inserido na formação continuada para os profissionais da saúde que atendem esta população com intuito de ampliar o repertório terapêutico para ofertar aos pacientes. Além disso proporemos incentivo à criação de grupos para fortalecimento de laços sociais livres de tabaco.

A seguir o organograma de nossa proposta de modificação na abordagem terapêutica de pacientes que procuram o serviço de saúde para parar de fumar:



7. REFERÊNCIAS

- Aubin, HJ., Farley A., Lycett D., Lahmek, P., Aveyard P. (2012) Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*, 345:e4439.
- ANTHONY, J.C.; WARNER, L.A.; ANDKESLER, R.C. (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2:244–268.
- APA - Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a ed.). Arlington, VA: . American Psychiatric Publishing
- Azevedo, R.C.S., Fernandes, R.F. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. (2011) *Sao Paulo Med J.* 129(6): 380-6.
- Bernanrd, P., Ninot, G, Quantin, X. Self-reported physical activity in smoking pre-cessation is noit a protective factor against relapse for all. (2015) *The American Journal on Addictions*, 24: 153-9
- Bowes, L., Chollet, A., Fombonne, E., Melchior, M. (2015) Psychological, Social and Familial Factors Associated with Tobacco Cessation among Young Adults. *Eur Addict Res*, 21:153-9.
- Broms, U., Silventoinen, K., Madden, P.A.F., Heath, A.C., & Kaprio, J. (2006) Genetic architecture of smoking behavior: a study of Finnish adult twins. *Twin Res. Hum. Genet.*, 9, 64–72.
- Caponnetto, P., Polosa, R. (2008) Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*. 102:1182-92.
- Chiolero, A., Jacot-Sadowski, I., Faeh, D., Paccaud, F. and Cornuz, J. (2007), Association of Cigarettes Smoked Daily with Obesity in a General Adult Population. *Obesity*, 15: 1311-1318.
- Christakis, N.A. & Fowler, J.H. (2008) The collective dynamics of smoking in a large social network. *N. Engl. J. Med.*, 358, 2249–2258.
- Deiches, J.F., Baker, T.B., Lanza, S., Piper, M.E. (2013) Early lapses in a cessation attempt: lapse contexts, cessation success, and predictors of early lapse. *Nicotine & Tobacco Research*. 15(11): 1883-91.
- Darlow, S; Lobel, M. (2012) Smoking behavior and motivational flexibility in light and heavy smokers. *Addictive Behaviors*, 37(5): 668-673,
- DiFranza, J.R., Ursprung, W.W.S., & Biller, L. (2012) The developmental sequence of tobacco withdrawal symptoms of wanting, craving and needing. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 100, 494–497.
- Eissenberg, T; Balster, RL. (2000) Initial tobacco use episodes in children and adolescents: current knowledge, future directions. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1): 41-60.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Chou, S.P., Stinson, F.S., & Dawson, D.A. (2004) Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national

epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 1107–1115.

Hancock, D.B., Guo, Y., Reginsson, G.W., Gaddis, N.C., Lutz, S.M., Sherva, R., Loukola, A., Minica, C.C., Markunas, C.A., Han, Y., Young, K.A., Gudbjartsson, D.F., Gu, F., McNeil, D.W., Qaiser, B., Glasheen, C., Olson, S., Landi, M.T., Madden, P.A.F., Farrer, L.A., Vink, J., Saccone, N.L., Neale, M.C., Kranzler, H.R., McKay, J., Hung, R.J., Amos, C.I., Marazita, M.L., Boomsma, D.I., Baker, T.B., Gelernter, J., Kaprio, J., Caporaso, N.E., Thorgeirsson, T.E., Hokanson, J.E., Bierut, L.J., Stefansson, K., & Johnson, E.O. (2017) Genome-wide association study across European and African American ancestries identifies a SNP in DNMT3B contributing to nicotine dependence. *Mol. Psychiatry*, <http://doi.org/10.1038/mp.2017.193>.

Hurt, RT, Croghan, IT, Schroeder, DR, Hays, JT, Choi, DS, Ebbert, JO. (2016) Combination varenicline and lorcaserin for tobacco dependence treatment and weight gain prevention in overweight and obese smokers: A pilot study. *Nicotine & Tobacco Research*, 19 (8): 994-8.

Jamal, A., Phillips, E., Gentzke, A.S., Homa, D.M., Babb, S.D., King, B.A., & Neff, L.J. (2018) Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, 67, 53–59.

Jensen, K.P., Smith, A.H., Herman, A.I., Farrer, L.A., Kranzler, H.R., Sofuoglu, M., & Gelernter, J. (2017) A protocadherin gene cluster regulatory variant is associated with nicotine withdrawal and the urge to smoke. *Mol. Psychiatry*, 22, 242–249.

Ghani, W.M., Razak, I.A., Yang, Y.H., Talib, N.A., Ikeda, N., Axell, T., Gupta, P.C., Hnada, Y., Abdullah, N., Zain, R.B. (2012) Factors affecting commencement and cessation of smoking behavior in Malaysian adults. *BMC Public Health*. 12:207.

Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2010) Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217–238.

Lee, J. Y., Kim, S. M., Choi, Y. S., Park, Y. G., Kim, E. Y., Yoon, S. J., Kim, J. W., Yoon, J. H., Kim, M., & Jeon, H. R. (2017). The Relationship between Body Mass Index and Smoking Cessation Plans in Korean Adults. *Journal of obesity & metabolic syndrome*, 26(4), 281–286.

Li, M.D., Cheng, R., Ma, J.Z., & Swan, G.E. (2003) A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects on smoking behavior in male and female adult twins. *Addiction*, 98, 23–31.

Maes, H.H., Prom-Wormley, E., Eaves, L.J., Rhee, S.H., Hewitt, J.K., Young, S., Corley, R., McGue, M., Iacono, W.G., Legrand, L., Samek, D.R., Murrelle, E.L., Silberg, J.L., Miles, D.R., Schieken, R.M., Beunen, G.P., Thomis, M., Rose, R.J., Dick, D.M., Boomsma, D.I., Bartels, M., Vink, J.M., Lichtenstein, P., White, V., Kaprio, J., & Neale, M.C. (2017) A Genetic Epidemiological Mega Analysis of Smoking Initiation in Adolescents. *Nicotine Tob. Res.*, 19, 401–409.

Marks, M.J., Burch, J.B., & Collins, A.C. (1983) Genetics of nicotine response in four inbred strains of mice. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 226, 291–302.

Marks, M.J., Miner, L., Burch, J.B., Fulker, D.W., & Collins, A.C. (1984) A diallel analysis of nicotine-induced hypothermia. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 21, 953–959.

McMurry, T.B. A comparison of pharmacological tobacco cessation relapse rates. (2006) *Journal of Community Health Nursing* 23(1): 15-28.

Mezquita, L., Sánchez-Romera, J.F., Ibáñez, M.I., Morosoli, J.J., Colodro-Conde, L., Ortet, G., & Ordoñana, J.R. (2018a) Effects of Social Attitude Change on Smoking Heritability. *Behav. Genet.*, 48, 12–21.

Nesil, T., Kanit, L., Li, M.D., & Pogun, S. (2013) Nine generations of selection for high and low nicotine intake in outbred Sprague-Dawley rats. *Behav. Genet.*, 43, 436–444.

Pascual-Lledó, J.F., Cruz-Amarós, E., Bustamante-Navarro, R., Buades-Sánchez, M.R., Contreas-Santos, C., Catillo-Aguilar, C. (2006) Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento de una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin (Barc.)*. 126(16): 601-6.

Patterson, F., Jepson, C., Loughhead, J., Perkins, K., Strasser, A.A., Siegel, S., Frey, J., Gur, R., & Lerman, C. (2010) Working memory deficits predict short-term smoking resumption following brief abstinence. *Drug Alcohol Depend.*, 106, 61–64.

Podgórski, T., Szmyt, G., Szmyt, A., Gronek, J., Celka, R., & Gronek, P. (2018). Aerobic and concentration training and allele 7 in the dopamine receptor D4 (D4DR) gene increase chances of smoking cessation in young Polish women. *Archives of medical science : AMS*, 14(1), 199–206.

Quisenberry, A.J., Pittman, J., Goodwin R.D., Bickel, W.K., D’Urso, G., Sheffer, C.E. (2019) Smoking relapse risk is increased among individuals in recovery. *Drug and Alcohol Dependence*. 202: 93-103.

Roa-Cubaque, M., Parada-Sierra, Z., Albarracín-Guevara, Y., Alba-Castro, E., Aunta-Piracon, M., & Ortiz-León, M. (2016). Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). *Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá*, 3(2), 161-175.

Rogers, P.J. (2017) Food and drug addictions: Similarities and differences. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 153: 182-190.

Schnoll, R.A., Patterson, F., Wileyto, E.P., Tyndale, R.F., Benowitz, N., & Lerman, C. (2009) Nicotine metabolic rate predicts successful smoking cessation with transdermal nicotine: a validation study. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 92, 6–11.

Sharp, BM, Chen, H. (2018) Neurogenetic determinants and mechanisms of addiction to nicotine and smoked tobacco. *Eur. J. Neurosci.*, 48 (10), 1-16.

Shiffman, S. (1989) Tobacco “chippers”--individual differences in tobacco dependence. *Psychopharmacology* , 97, 539–547.

STAHL, Stephen M. (2017). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Uhl, G. R., Koob, G. F., & Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5–28.

Volkow, N.D., Wang, G.-J., Tomasi, D. and Baler, R.D. (2013), Overlaps between drug and food addiction. *Obes Rev*, 14: 2-18

Vrieze, S.I., McGue, M., Miller, M.B., Hicks, B.M., & Iacono, W.G. (2013) Three mutually informative ways to understand the genetic relationships among behavioral

disinhibition, alcohol use, drug use, nicotine use/dependence, and their co-occurrence: twin biometry, GCTA, and genome-wide scoring. *Behav. Genet.*, 43, 97–107.

Vsevolozhskaya, O.A., Anthony, J.A., Inter-relationships linking probability of becoming a case of nicotine dependence with frequency of tobacco cigarette smoking. *Nicotine & Tobacco Research* (2016), 18 (12), 2278-82.

Wills, A.G., Hopfer, C. (2019) Phenotypic and genetic relationship between BMI and cigarette smoking in a sample of UK adults. *Addictive Behaviors*, 89, 98-103.

Yang, J., Benyamin, B., McEvoy, B.P., Gordon, S., Henders, A.K., Nyholt, D.R., Madden, P.A., Heath, A.C., Martin, N.G., Montgomery, G.W., Goddard, M.E., & Visscher, P.M. (2010) Common SNPs explain a large proportion of the heritability for human height. *Nat. Genet.*, 42, 565–569.

Yang, M., Bhowmik, D., Wang, X., Abughosh, S. (2013). Does combination pharmacological intervention for smoking cessation prevent post-cessation weight gain? A systematic review. *Addict Behav*, 38(3): 1865-1875.

ANEXOS

Anexo 01 – ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest.

Anexo 02 – PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
DEPENDÊNCIA À NICOTINA – INCA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Anexo 03 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ACESSO AOS
PRONTUÁRIOS DO CAPS-AD JORDANO PEDRO SEGUNDO
VINCENZI

Anexo 04- MODELO DO PRONTUÁRIO CAPS-AD PARA CESSAÇÃO
DO TABAGISMO

Anexo 05 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA USCS

Anexo 06 – QUESTIONÁRIO DE FAGESTRÖM

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party – that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.

Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization

Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting, lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations

Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.

Other: Anything not covered under the previous three boxes

Pending: The patent has been filed but not issued

Issued: The patent has been issued by the agency

Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not

Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent



ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name) Fernanda	2. Surname (Last Name) Piotto Frallonardo	3. Date 11-March-2019
4. Are you the corresponding author? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
5. Manuscript Title PHENOTYPIC DETERMINANTS IN THE TREATMENT FOR SMOKING CESSATION		
6. Manuscript Identifying Number (if you know it)		

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? Yes No

ADD

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? Yes No

ADD

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? Yes No



ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

- Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):
- No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Generate Disclosure Statement

Evaluation and Feedback

Please visit <http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback> to provide feedback on your experience with completing this form.

**PROTOCOLO CLÍNICO E
DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

1 - Introdução:

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, epidêmica, sendo a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. (1)

A constatação de que nicotina, presente em todos os derivados do tabaco, é uma droga psicoativa, fez com que a OMS incluísse o tabagismo dentro do grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). (2)

A dependência à nicotina obriga os fumantes a se exporem cronicamente à aproximadamente 4.720 substâncias, muitas delas tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja um fator causal de aproximadamente 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes). (3;4;5)

Além dos prejudiciais efeitos à saúde dos fumantes, **o tabagismo atinge também os não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados, os denominados fumantes passivos.** (6;7;8) A exposição involuntária à fumaça do tabaco pode acarretar desde reações alérgicas (rinite, tosse, conjuntivite, exacerbação de asma) em curto período, até infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica) em adultos expostos por longo período. (9;10;11)

Por conta de todos esses dados alarmantes, a Organização Mundial da Saúde incluiu o controle do tabagismo como uma prioridade em termos de saúde pública. Para tal, 192 Estados Membros da OMS elaboraram durante quatro anos o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade: **a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)**, que tem como objetivo proteger a população mundial e suas gerações futuras das devastadoras conseqüências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco. (12)

2 - Dependência:

A dependência à nicotina é um processo complexo que envolve a inter-relação de fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais. (13;14;15;16)

A dependência fisiológica caracteriza-se pela necessidade orgânica de nicotina que o tabagista apresenta. A nicotina é uma droga psicoativa estimulante e seu mecanismo de dependência é semelhante ao da cocaína e heroína. (17) Ao atingir o cérebro, a nicotina se propaga por todas as áreas, centros e até o córtex, interagindo com os receptores colinérgicos presentes nas membranas de muitos neurônios, que passam a se chamar então de receptores nicotínicos-acetilcolínicos (nAChRs), e ficam distribuídos nas regiões periféricas e centrais do cérebro. (17;18;19)

Os receptores nicotínicos liberam uma série de neurotransmissores e neuroreguladores, tais como: dopamina, acetilcolina, epinefrina, norepinefrina, serotonina, beta-endorfina, vasopressina, GABA. **O mais importante, e mais estudado é a dopamina, pois há uma grande liberação desse neurotransmissor no *nucleus accumbens* produzindo uma forte sensação de prazer e euforia, fazendo com que o indivíduo continue fumando.** (17; 18;19;20;21)

Existem três aspectos principais que caracterizam a dependência a uma droga: compulsão, tolerância e síndrome de abstinência. Todos estes aspectos estão presentes na dependência à nicotina. (14;16;17). Quanto mais dependente de nicotina maior o grau de compulsão que o tabagista terá. Inicialmente ele fuma poucos cigarros por dia, mas com o passar do tempo, há uma tolerância crônica à nicotina, obrigando o tabagista a fumar mais cigarros para manter os mesmos efeitos de prazer que apresentava anteriormente com doses menores. **A síndrome de abstinência se caracteriza por sinais e sintomas desagradáveis que surgem ao parar de fumar. Esses sintomas variam com o grau de dependência à nicotina, se intensificam nos primeiros dias e tendem a desaparecer com o tempo.** (17;19;20)

A dependência psicológica é caracterizada pela necessidade de acender um cigarro com o intuito de aliviar suas tensões tais como angústia, ansiedade, tristeza, medo, estresse, ou

até mesmo em momentos de depressão. O cigarro passa a ser encarado como um companheiro em momentos de solidão. (13;14;15)

Já a dependência comportamental caracteriza-se pelas associações que o fumante faz com situações corriqueiras em sua rotina diária. Assim, ele se condiciona a fumar após tomar café, após as refeições, ao assistir televisão, falar ao telefone, ingerir bebidas alcoólicas, dirigir, antes de iniciar uma tarefa que exija concentração, e até em situações em que se encontra relaxado. (14;22;23)

3 - Tratamento:

O tratamento da dependência à nicotina tem como base a técnica da abordagem cognitivo-comportamental, definida como um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações. Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a prevenção de recaídas. Em casos específicos podem ser utilizados medicamentos que servem de apoio a essa abordagem.(15)

A abordagem ao tabagista pode ser realizada de maneira breve ou mínima, e intensiva (14;15;24). **A abordagem mínima pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, de forma estruturada, durante sua consulta de rotina, com duração de 3 a 5 minutos a cada contato.** Consiste em *perguntar* a todo paciente se é fumante; caso a resposta for positiva, *avaliar* seu grau de dependência física e de motivação; *aconselhar* e *preparar* para deixar de fumar, e por fim *acompanhar* o paciente em consultas subseqüentes, como prevenção de recaídas. (13;15)

Já a abordagem intensiva consiste na estruturação de locais específicos para o atendimento de tabagistas que desejam parar de fumar, podendo ser individual ou em grupo de apoio, dependendo de cada caso. (13;15) Essa abordagem deve ser realizada preferencialmente na atenção básica.

Estudos comprovam que tanto a abordagem em grupo quanto a abordagem individual são efetivas, não havendo evidências suficientes para avaliar se uma é mais efetiva que a outra (25;26;27). Porém, a abordagem em grupo permite que um número maior de pacientes seja atendido pelo mesmo profissional a torna, em termos de saúde pública, mais custo efetivo em relação a abordagem individual. (28). Estudos científicos mostram que quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso (24;28), sendo que um mínimo de 4 sessões de 90 minutos é o ideal para obter resultados satisfatórios. (24;28)

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem do tabagista (15).

As indicações da utilização dos medicamentos estão descritas no item 6.2. **Estudos de meta-análise demonstraram que a combinação da abordagem com o uso de medicamentos aumentou significativamente as taxas de cessação do tabagismo em comparação com a utilização de um dos dois (abordagem ou medicamentos) isoladamente (24;28). Portanto, qualquer medicamento não deve ser utilizado isoladamente, e sim em associação com a abordagem ao tabagista. (22;33)**

As recomendações contidas neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas estão de acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais relacionadas ao tratamento do tabagismo. (15;24;27;28;29;30;33;34;35)

4 - Classificação CID 10: F17.

5 - Diagnóstico Clínico: Critério de Tabagista e de Dependência Física à Nicotina: É considerado tabagista o indivíduo que faz uso regularmente de pelo menos um dos produtos do tabaco fumado, independentemente do tempo em que fuma. (31)

É considerado dependente de nicotina o tabagista que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: (32)

a- forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;

- b-** dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
- c-** quando o uso da substância (nicotina) cessar ou for reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;
- d-** necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;
- e-** abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
- f-** persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

A intensidade da dependência física varia em cada indivíduo. Dessa forma, alguns pacientes fumantes irão apresentar um maior grau de dependência física que outros (20). O grau de dependência à nicotina pode ser avaliado através do Teste de Fagerström que apura dados referentes ao consumo de cigarros. Consiste em seis perguntas, havendo uma pontuação para cada resposta. Ao final do teste, soma-se a pontuação das respostas e se avalia o grau de dependência física do indivíduo, que vai de zero (muito baixo) até dez (muito elevado).

TESTE DE FAGERSTRÖM

1) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, 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?

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 31 = 3

5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

Sim = 1

Não = 0

6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?

Sim = 1

Não = 0

Grau de Dependência

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

6 - Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento:

6.1 - Critérios para Inclusão na Abordagem ao Tabagista: Todo tabagista deverá ser abordado com vistas a cessação do tabagismo. Esta abordagem pode ser realizada de forma mínima, durante a rotina de atendimento dos profissionais de saúde, ou de forma intensiva, através da estruturação de locais específicos para o tratamento do tabagismo.

A abordagem intensiva do tabagista deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS que ofereça a abordagem e tratamento do tabagismo. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento. (15)

6.2 – Indicação para utilização do Tratamento Medicamentoso:

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização de medicamentos serão os que, além de participarem obrigatoriamente da abordagem intensiva do tabagista, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber:

- a-** fumantes que fumam no mínimo 10 cigarros por dia, ou;
- b-** fumantes com escore do Teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou;
- c-** fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem mínima ou intensiva ao tabagista, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência, ou;
- d-** a critério clínico, não havendo contra-indicações clínicas.

7 - Tratamento:

7.1 – Consulta de Avaliação Clínica do Paciente: Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem intensiva. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso de medicamentos, existência de co-morbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica.

Todo paciente que estiver em uso de qualquer tipo de medicamento deverá ser acompanhado em consultas subsequentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

7.2 - Abordagem Intensiva ao Tabagista:

A abordagem intensiva ao tabagista consiste em sessões individuais, ou em grupo de apoio entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior de acordo com o esquema abaixo:

- 4 sessões iniciais, estruturadas semanais, seguidas de:
- 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de:
- 1 reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar 1 ano.

7.3 - Tratamento Medicamentoso: Os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo na rede SUS são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona. Não há ainda evidências suficientes para a preferência do Cloridrato de Bupropiona sobre a Terapia de Reposição de Nicotina ou vice-versa. Por este motivo, a escolha entre os medicamentos dependerá de preferências dos pacientes, incluindo posologia, facilidade de administração e a consideração dos riscos de eventos adversos. (15;33;34;35) Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação. O apoio medicamentoso, quando indicado, segue posologia de acordo com o medicamento escolhido:

7.3.1 – Terapia de Reposição de Nicotina (TRN): A reposição de nicotina poderá ser feita, segundo critério clínico, utilizando-se goma de mascar de nicotina, pastilha de nicotina ou adesivo transdérmico de nicotina. Todas as formas de TRN são eficazes na cessação do tabagismo, podendo praticamente dobrar a taxa de cessação no longo prazo quando comparadas ao placebo. (35)

7.3.1.1 – Goma de Mascar de Nicotina: Trata-se de um resinato que deve ser mascarado com força várias vezes. Sua absorção ocorre pela mucosa oral, não é contínua, e sim em picos, variando com a força da mastigação, e leva entre 2 a 3 minutos para a nicotina atingir o cérebro.

a - Apresentação: goma de mascar em tabletes com 2 mg de nicotina

b - Posologia:

Semana 1 a 4 : 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);

Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;

Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

c - Orientações para o uso da goma de mascar de nicotina:

Mascar um tablete por vez, nos intervalos estabelecidos na alínea "b" supra. Para que medicamento seja eficaz, o paciente deve ser orientado a mascar a goma com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. A dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

7.3.1.2 - Pastilha de Nicotina: Trata-se de pastilhas em tabletes que dissolvem na boca completamente entre 20 a 30 minutos. Sua absorção ocorre pela mucosa oral, sendo que 100% da nicotina é absorvida. Caso seja deglutida há absorção de 80% a 93% da nicotina.

a - Apresentação: pastilha em tabletes de 2mg de nicotina.

b - Posologia:

Semana 1 a 4: 1 pastilha a cada 1 a 2 horas (máximo de 15 pastilhas por dia).

Semana 5 a 8: 1 pastilha a cada 2 a 4 horas.

Semana 9 a 12: 1 pastilha a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

c - Orientações para o uso da pastilha de nicotina:

Mover uma pastilha de um lado para o outro da boca, repetidamente, até que esteja totalmente dissolvida nos intervalos estabelecidos na alínea "b" supra. Essa operação deverá ocorrer entre 20 a 30 minutos. Evitar morder a pastilha durante o uso. Da mesma forma, deve-se evitar comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca, para não interferir na absorção de nicotina. A dose máxima recomendada é de 15 pastilhas de 2mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

7.3.1.3 - Adesivo Transdérmico de Nicotina: Consiste num adesivo que deve ser fixado na pele, trocado a cada 24 horas. A nicotina é absorvida pela derme, apresentando liberação lenta e contínua na corrente sanguínea. A sua concentração máxima é atingida entre 5 a 10h após a aplicação do adesivo. Ao final de 24h há uma absorção de 75% do total de nicotina do adesivo.

a - Apresentações:

adesivos transdérmicos de nicotina com liberação de 7 mg, 14 mg e 21 mg em 24hs.

b - Posologia:

b.1 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou tabagista de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

b.2 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou tabagista de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 8 semanas.

c - Orientações para o uso do adesivo de nicotina:

O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em região que apresente pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água. Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento, devido à possibilidade de intoxicação nicotínica, que embora rara em adultos, pode ocorrer quando os indivíduos que usam o adesivo continuam fumando (30). A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

7.3.2 - Cloridrato de Bupropiona: É um antidepressivo atípico que também pode ser utilizado por fumantes sem história clínica de depressão, nas doses preconizadas. Inibe a re-captção neuronal de dopamina e norepinefrina, em maior intensidade e de serotonina em intensidade menor, tendo então atividade dopaminérgica no *núcleo accumbens* e noradrenérgica no *locus coeruleos*. É possível que também exerça a ação de antagonizar os receptores nicotínicos.

a - Apresentação: Bupropiona em comprimidos de 150 mg

b - Posologia: A dosagem preconizada é a seguinte:

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.

c - Orientações para o uso de Bupropiona:

A dose máxima recomendada de Bupropiona é de 300mg por dia. Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico. Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante a apresentação do Receituário de Controle Especial em duas vias.

8 - Critérios de Suspensão ou Não Utilização de Apoio Medicamentoso:

8.1 - Contra-indicações formais:

Não deverão ser incluídos ou ter suspenso o uso do apoio medicamentoso, aqueles pacientes que, segundo o medicamento escolhido, apresentarem:

8.1.1 - Goma de Mascar de Nicotina:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação têmporomandibular;
- c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.
- d- pacientes portadores de úlcera péptica

8.1.2 - Pastilha de Nicotina

- a- hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b- pacientes portadores de fenilcetonúria;
- c- pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- d- pacientes portadores de úlcera péptica.

8.1.3 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo;
- c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- d - gestação;
- e - amamentação.

8.1.4 - Cloridrato de Bupropiona:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - risco de convulsão: história progressiva de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas;
- c- alcoolistas em fase de retirada de álcool;
- d - uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,
- e - uso de outras formas de bupropiona;
- f - doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa.
- g - gestação
- h - amamentação

Para aqueles fumantes que estão fazendo uso de inibidor da MAO, há necessidade de suspensão da medicação, por pelo menos 15 dias antes do início do Cloridrato de Bupropiona.

8.2 - Contra-indicações Relativas:

As seguintes situações constituem-se em contra-indicações relativas ao uso de apoio medicamentoso, de acordo com o medicamento escolhido, e devem ser cuidadosamente avaliada pelo medico prescritor quando da indicação do medicamento:

8.2.1 - Goma de Mascar de Nicotina:

- a - gestação e durante a amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o do uso da goma de mascar de nicotina;
- b - doenças cardio-vasculares.

8.2.2 - Pastilha de Nicotina:

- a- gestação e amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o uso da pastilha de nicotina;
- b- doenças cardio-vasculares.

8.2.3 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- a - doenças cardio-vasculares.

8.2.4-Cloridrato de Bupropiona:

- a - uso de carbamazepina;
- b - uso de cimetidina;
- c - uso de barbitúricos;
- d - uso de fenitoína;

- e - uso de anti-psicóticos;
- f - uso de anti-depressivos;
- g - uso de teofilina;
- h - uso de corticoesteróides sistêmicos;
- i - uso de pseudoefedrina;
- j - diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina;
- k - hipertensão arterial não controlada.

Nesses casos, o uso do medicamento deve ser avaliado cuidadosamente pelo médico prescriptor, quando da indicação do medicamento.

9. Tratamento medicamentoso combinado: Algumas combinações de medicamentos mostraram ser efetivas no tratamento do tabagismo. Apesar de alguns estudos demonstrarem que a associação entre as formas de TRN ou entre TRN e bupropiona podem minorar os sintomas da síndrome de abstinência, deve-se ter cuidado na sua utilização, devido ao provável aumento dos seus efeitos colaterais, em relação ao uso isolado de um medicamento.(24;30;34;35)

Dessa forma, recomenda-se o uso da terapia combinada para os pacientes que não conseguiram parar de fumar com a monoterapia, ou para aliviar a "fissura" por fumar, ainda presente, apesar do uso da monoterapia (nesse caso dar preferência para a associação de goma de mascar ou pastilha de nicotina). Pode-se associar os seguintes medicamentos:

- Ø Adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + bupropiona
- Ø Bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Ø Bupropiona + pastilha de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + bupropiona + pastilha de nicotina

10 - Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso: Todos os pacientes em uso de apoio medicamentoso devem ser acompanhados e avaliados durante o tratamento. Atenção especial deve ser dada às seguintes situações:

- **monitorar os pacientes hipertensos e/ou cardiopatas em uso de qualquer forma de Terapia de Reposição de Nicotina (goma de mascar, pastilha ou adesivo);**
- **monitorar a pressão arterial como rotina em pacientes em uso de Bupropiona, pois alguns estudos mostram que este medicamento tende a elevar os níveis de pressão arterial.**

10.1 - Efeitos Colaterais: Os efeitos colaterais mais comuns que podem ocorrer com o uso das medicações, utilizadas como apoio, são os seguintes:

10.1.1 - **Goma de Mascar de Nicotina** - vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastro-intestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

10.1.2 - **Pastilha de Nicotina** - náuseas, vômitos, tonteira, cefaléia, sensação parestésica na língua e boca, dor epigástrica, soluços, dor de garganta, tosse, secura na boca, disfagia, eructação.

10.1.3 - **Adesivo Transdérmico de Nicotina** - irritação local, podendo chegar a eritema infiltrativo, é efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Pode ocorrer, em menor incidência, palpitação, eritema e urticária e, raramente, fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema.

10.1.4 - **Cloridrato de Bupropiona:** insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaléia e risco de convulsão.

11 - Resposta Clínica: A resposta clínica positiva ao tratamento ocorre quando o paciente deixa de fumar. No entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente.

12 - Interrupção do Tratamento: Não há razão para interromper a abordagem do tabagista, porém, se houver algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem individual. O uso de qualquer forma de medicamento, deverá ser interrompido, se o paciente apresentar alguma das contra-indicações relatadas anteriormente. Havendo contra-indicações, o paciente deverá ser orientado a utilizar outra alternativa do tratamento medicamentoso.

13 – Tratamento do Tabagismo em Grupos Especiais:

13.1 – Gestantes: Toda gestante tabagista deve ser aconselhada a parar de fumar imediatamente, A abordagem mínima deve ser realizada em toda consulta de pré-natal pelos profissionais de saúde da rede de atenção materno-infantil do SUS e agentes comunitários de saúde. (15;24) Aquelas que não se motivarem, ou não conseguirem parar de fumar com a abordagem breve/mínima devem ser submetidas a abordagem intensiva nas unidades de saúde que ofereçam este tratamento.(15;24) O ideal é que sejam criados grupos específicos para gestantes tabagistas ou que cada uma delas seja submetida a uma abordagem intensiva individual. Porém, dependendo de cada caso, a gestante tabagista poderá participar de um grupo de apoio junto com outros pacientes tabagistas não gestantes. Torna-se importante avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população, com vistas a adequar a abordagem a esse grupo específico.

Em relação ao uso de medicamentos no tratamento de gestantes tabagistas, alguns estudos com uso de Terapia de Reposição de Nicotina tiveram que ser suspensos por conta de efeitos adversos. Portanto deve-se avaliar sempre a relação risco-benefício na utilização da TRN, e caso opte por utilizá-la, deve-se dar preferência para as formas de liberação rápida, como a Goma de Mascar de Nicotina e a Pastilha de Nicotina. (15;24;28).

12.2 – Adolescentes: O tratamento do adolescente tabagista deve ser realizado através de uma abordagem intensiva. Apesar dos adolescentes acharem que conseguem parar de fumar a qualquer momento sem ajuda, estudos mostram que a abordagem intensiva duplica a chance de abstinência da nicotina a longo prazo nessa população, porém as taxas absolutas de cessação foram muito baixas. (22;28)

Recomenda-se que todo profissional de saúde que atenda adolescentes converse sobre tabagismo, seus efeitos imediatos sobre a saúde e aconselhe os tabagistas a pararem de fumar e os encaminhem para uma unidade de saúde para realização da abordagem intensiva. O conteúdo da abordagem deve ser adequado a esse público específico. Portanto, deve-se avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população. (15;24) Até o momento há pouca evidência científica sobre a segurança da utilização de medicamentos no tratamento do adolescente tabagista. (22;26;28)

O profissional de saúde da atenção básica pode realizar o tratamento do tabagismo nessa população, desde que esteja capacitado para tal fim, e o paciente encontre-se estabilizado em sua doença de base. Caso contrário, ou se não houver êxito no tratamento do tabagismo, o paciente deverá ser encaminhado para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas ao atendimento dessa clientela. O profissional, para o qual o tabagista será encaminhado, deverá ter participado da capacitação para a realização do tratamento do tabagismo, seguindo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Ministério da Saúde O encaminhamento poderá ocorrer para unidades de referência do próprio município ou de outros municípios conforme a Programação Pactuada Integrada-PPI. Deve-se avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população.

12.4 – Pacientes hospitalizados: A internação de um paciente tabagista por qualquer patologia é um importante momento para sensibilizá-lo a parar de fumar. Durante o período de internação o paciente é obrigado a não fumar, o que pode gerar desconforto devido aos sintomas da síndrome de abstinência da nicotina.

Estudo de revisão sistemática mostrou que a realização de uma abordagem para cessação do tabagismo durante o período de internação, com acompanhamento no pós-alta, está associado com uma alta taxa de cessação. Além disso, este estudo mostrou que o uso de Terapia de Reposição de Nicotina e Cloridrato de Bupropiona é seguro nessa população, para alívio dos sintomas de síndrome de abstinência, quando não há contra-indicações clínicas. (36). **Dessa forma, deve-se realizar uma abordagem a beira do leito em todo paciente tabagista que se encontra internado, durante as visitas hospitalares, avaliando o uso de medicação com vistas a redução dos sintomas da síndrome de abstinência.** (15;24;28;30)

Após a alta hospitalar, o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de tratamento do tabagismo, em sua própria unidade, ou outra unidade de saúde que possua profissionais de saúde capacitados para tal fim, com o objetivo de ser acompanhado com vistas a manter abstinência da nicotina. (15;24;28;30) Deve-se avaliar posteriormente a elaboração de material específico durante o período de internação para sensibilizar e apoiar o tabagista neste momento.

12.5 – Pacientes recaídos: A recaída faz parte do processo do tratamento do tabagismo. É importante para o profissional de saúde **saber diferenciar lapso de recaída.** (30)

Lapso, é um episódio isolado de consumo de cigarro, sem voltar a fumar regularmente. (37)

Recaída, é o retorno ao consumo regular de cigarros, mesmo que em quantidades menores do que antes da cessação. (37)

Muitos ex-tabagistas ao recaírem sentem-se frustrados ou envergonhados e não querem retornar ao tratamento. Nesse momento, cabe a qualquer profissional de saúde o importante papel de sensibilizar esse tabagista e encaminhá-lo a unidade de saúde que faça parte da rede SUS com profissionais de saúde de nível superior capacitados para o tratamento do tabagismo, seguindo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Ministério da Saúde.

A abordagem ao tabagista recaído pode ser realizada de forma individual ou em grupo, dependendo da avaliação do profissional de saúde. (38) Da mesma forma, o uso de medicamentos também dependerá da avaliação inicial do profissional de saúde, podendo ser o mesmo medicamento usado anteriormente, ou não. Pode-se optar também por uma combinação de medicamentos. (30;37) O tratamento do tabagista que recaiu necessita de mais estudos científicos, e a criação de um material específico para essa população.

13 – Recomendações para as Unidades de Saúde Credenciadas para o Tratamento do Tabagismo:

a. ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico;

b. não ser permitido fumar no interior da unidade;


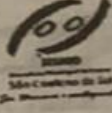
c. contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Ministério da Saúde.

Divisão de Controle do Tabagismo/Coordenação de Ações Estratégicas/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Maio de 2013.

Bibliografia:

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002. The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles. Geneva, Switzerland.
- 2- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- 3- DUBE, M.F., GREEN, C.R., 1982. Methods of collection of smoke for analytical purposes. *Recent. Adv. Tob. Sci.*, 8, 42-102.
- 4- ROSEMBERG J., 2002. Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais. 1ª edição, Secretaria Estadual de Saúde, São Paulo, (SP).
- 5- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- 6- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC),1986. Chemistry and Analyses of Tobacco Smoke. In: IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Tobacco Smoking. Vol. 38. (pp 83-126). Lyon, France.
- 7- ROSEMBERG J – A poluição pelo fumo do cigarro. Distúrbios provocados nos fumantes involuntários. Em: Tabagismo, sério problema de saúde pública, São Paulo, 1987.
- 8- MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, 1998. - Falando sobre Tabagismo, Rio de Janeiro, RJ.
- 9- WATSON, R.R., WITTEN, M. et. cols, 2001. Environmental Tobacco Smoke. CRC Press LLC, Florida, USA.
- 10- NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC), 1997 – The Health Effects of Passive Smoke, Australia, november.
- 11- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- 12- MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011 – Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco. Texto Oficial, Rio de Janeiro, RJ.
- 13- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional de Câncer/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, Rio de Janeiro, 1997.

- 14- REINA, S.S., DAMASCENO, A.G.T., ORIVE, J.I.G., 2003. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. In: Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT. – Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, www.atenciontabaquismo.com, Espanha, 2003.
- 15- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001.
- 16- MEIRELLES, R.H.S., GONÇALVES, C.M.C., 2004. Abordagem Cognitivo - Comportamental do Fumante. In: Diretrizes para Cessação do Tabagismo, Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, DF.
- 17- ROSEMBERG J., 2004. Nicotina Droga Universal, Instituto Nacional de Câncer (www.inca.gov.br).
- 18- KIRCHENCHTEIN, C., CHATKIN, J.M. Dependência da Nicotina. In: Diretrizes para Cessação do Tabagismo, Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, DF, 2004.
- 19- FAGERSTRÖM, K. Uma Breve Apresentação da Neurofarmacologia e Fisiologia da Dependência à Nicotina. In: Gigliotti A.P.; Presman S. (Eds). Atualização no Tratamento do Tabagismo. ABP Saúde, 2006.
- 20- HENNINGFIELD, JE, COHEN C, PICKWORTH WB. Psychopharmacology of nicotine. In: Orleans CT, Slade J. (eds.). Nicotine addiction. Principles and management. New York: Oxford University Press, 1993.
- 21- GIGLIOTTI, A; LEMOS T – Quais são os mecanismos da dependência de nicotina? In: Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012.
- 22- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, 2005 – Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador, Rio de Janeiro.
- 23- MEIRELLES, R.H.S., GONÇALVES, C.M.C., 2006. Como Fazer Seu Paciente Parar de Fumar. In: Zamboni M., Pereira CAC (Eds.). Pneumologia – Diagnóstico e Tratamento. Editora Atheneu, São Paulo, SP.
- 24- FIORE, MC, JAÉN, CR, BAKER, TB, et al, 2008. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Update.
- 25- LANCASTER T, STEAD LF. Individual Behavioural Counseling for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2008; 4: CD0011202.
- 26- STEAD LF, LANCASTER T – Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2008; 4: CD001007.
- 27- TONNESEN P, CARROZZI L, FAGERSTRÖM KO et al – Smoking Cessation in Patients with Respiratory Diseases: a High Priority, Integral Component of Therapy. European Respiratory Journal 2007; 29(2): 390 - 417.
- 28- MIRRA AP., MEIRELLES RHS, GODOY, I, ISSA, JS, REICHERT, J et al. Tabagismo. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro – RJ, 2009.
- 29- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. Geneva, Switzerland, 2003.
- 30- REICHERT, J, ARAÚJO, AJ; GONÇALVES, CMC; GODOY, I; CHATKIN, JM. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT.- 2008. J. Bras Pneumol, 34(10): 845-80.
- 31- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer / Organização Pan-Americana da Saúde: Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab. Relatório Brasil; Rio de Janeiro, 2011.
- 32- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV; Washington, USA, 1994.
- 33- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS, ano V, n. 12, 2010.
- 34- HUGHES JOHN R, STEAD LINDSAY F, LANCASTER T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Art. No. CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3, 2013
- 35- STEAD LF, PERERA R, BULLEN C, MANT D, LANCASTER T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD000146. Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000146.
- 36- RIGOTTI N, MUNAFO M, STEAD L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev, 2007.
- 37- MARLATT G, GORDON JR (eds). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York, 1985.
- 38- BORGES VLG; ARAÚJO AJ – O paciente recaiu, e agora? In: Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012.

 **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 
CAPS - AD "Dr. Rui Penteado"
Rua Barros Arantes, 117 - Tel. 4227-2603
Bairro Centro - São Caetano do Sul - SP - CEP. 09521-180

Área responsável: **DIRETORIA CLÍNICA**
Módulo-Processos: Atenção ao Paciente

OFICINA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Dados Cadastrais / Termo de Compromisso

MATRICULA: _____ DATA: ____/____/____
NOME: _____ IDADE: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () FEMININO () MASCULINO COR: _____
R.G.: _____ CPF: _____
Nº SISP: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: _____
NOME DA MÃE: _____
ESTADO CIVIL: _____ NOME DO CÔNJUGE: _____
RELIGIÃO: _____ GRAU DE ESCOLARIDADE: _____
PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ TELEFONES: _____

Eu, _____
comprometo-me a participar das reuniões da "Oficina de cessação do tabagismo", nos dias e horários a seguir, na qual poderei receber segundo indicação médica, medicações específicas para o tratamento da dependência do tabaco, comprometendo-me a devolver aquelas por qualquer motivo não utilizadas.

OBS: O não comparecimento em qualquer uma das reuniões implicará em desligamento do grupo.

São Caetano do Sul, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

1ª Consulta: ___/___/___

Usou adesivo ___ mg Goma de mascar ___ mg Bupropiona ___ mg Nortriptilina ___ mg

Fumou () Não () Sim Quantos cigarros? _____

Intercorrências: _____

Alteração na medicação () Não () Sim Qual? _____

2ª Consulta: ___/___/___

Usou adesivo ___ mg Goma de mascar ___ mg Bupropiona ___ mg Nortriptilina ___ mg

Fumou () Não () Sim Quantos cigarros? _____

Intercorrências: _____

Alteração na medicação () Não () Sim Qual? _____

3ª Consulta: ___/___/___

Usou adesivo ___ mg Goma de mascar ___ mg Bupropiona ___ mg Nortriptilina ___ mg

Fumou () Não () Sim Quantos cigarros? _____

Intercorrências: _____

Alteração na medicação () Não () Sim Qual? _____

4ª Consulta: ___/___/___

Usou adesivo ___ mg Goma de mascar ___ mg Bupropiona ___ mg Nortriptilina ___ mg

Fumou () Não () Sim Quantos cigarros? _____

Intercorrências: _____

Alteração na medicação () Não () Sim Qual? _____

Observações:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CAPS - AD "Dr. Rui Penteado"
Rua Santo Antônio, 117 - Tel. 4227-3503
Baixo Centro - São Carlos do Sul - SP - CEP. 09521-100



Área responsável: **DIRETORIA CLÍNICA**
Macro-Processo: Atenção ao Paciente

OFICINA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Anamnese

MATRICULA: _____

DATA: ____/____/____

NOME: _____

IDADE: _____

NÚMERO DO ATENDIMENTO: _____

PA: _____

PESO REFERIDO: _____

ALTURA: _____

PULSO: _____

QUESTIONÁRIO

- 1) Qual sua escolaridade?
 1º grau (ensino fundamental) incompleto 1º grau (ensino fundamental) completo
 2º grau (ensino médio) incompleto 2º grau (ensino médio) completo
 3º grau (superior) incompleto 3º grau (superior) completo
 Pós-graduando Nenhuma
- 2) Qual sua renda familiar?
 até 1 salário mínimo de 2 a 3 salários mínimos de 4 a 6 salários mínimos
 de 7 a 9 salários mínimos de 10 a 20 salários mínimos maior ou igual a 20 salários mínimos
- 3) Você tem algum desses problemas de saúde?
 hipertensão arterial – pressão alta cardiopatia isquêmica insuficiência vascular cerebral
 insuficiência vascular periférica arritmia cardíaca disritmia cerebral
- 4) Qual desses sintomas associado ao fumo você apresenta?
 tosse pela manhã pigarro pela manhã falta de ar para subir escadas/ladeiras
 formigamento nas extremidades palpitações azia
 rendimento menor nos exercícios físicos
- 5) Está fazendo algum tratamento de saúde atualmente?
 Não Sim Qual? _____
- 6) Quais medicamentos você toma atualmente?

- 7) Há quanto tempo você fuma? _____
- 8) Quantos cigarros você fuma atualmente por dia? _____
- 9) Quanto tempo após acordar você fuma o seu 1º cigarro?
 dentro de 5 minutos entre 6 a 30 minutos entre 31 e 60 minutos após 60 minutos
- 10) É difícil para você não fumar em lugares em que é proibido, como por exemplo, na igreja, no cinema, no hospital no seu lugar de trabalho?
 Não Sim

- 11) Dos cigarros que você fuma ao longo do dia, qual você teria maior dificuldade em deixar de fumar?
 o primeiro da manhã qualquer outro
- 12) Se você está adoecendo e tem que passar a maior parte do dia na cama, ainda assim você fuma?
 Não Sim
- 13) Assinale as situações em que você mais fuma:
 quando está no trabalho quando está ansioso ou estressado em momentos de lazer e relaxamento
 quando está com amigos quando está feliz
- 14) Quantas vezes você já tentou parar de fumar?
 nenhuma 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes ou mais
- 15) Se tentou, quanto tempo conseguiu ficar sem fumar? _____
- 16) Usou algum método para parar de fumar?
 Não Sim Qual? _____
- 17) Se conseguiu parar por um tempo, por que voltou a fumar?

- 18) Você fez ou faz tratamento psiquiátrico?
 Não Sim Qual? _____
- 19) Você já teve ou tem alguma outra dependência além do cigarro?
 Não Sim Qual: álcool maconha cocaína tranquilizantes
 outros: _____
- 20) Quantas pessoas fumam na sua casa? _____
- 21) Seus familiares o incentivam a parar de fumar?
 Não Sim
- 22) Você costuma fazer exercícios físicos?
 Não Sim Qual: caminhar correr nadar ginástica jogar bola
- 23) Qual a sua expectativa em relação a parar de fumar com ajuda profissional?
 deve ser muito fácil deve ser mais fácil deve ser fácil deve ser difícil não sei
- 24) Você procurou tratamento para parar de fumar por indicação médica?
 Não Sim
- 25) O que motivou a procurar o tratamento neste momento?

Anexo 5

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes fenotípicas no tratamento para cessação do tabagismo

Pesquisador: FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13564119.5.0000.5510

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SAO CAETANO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.365.723

Apresentação do Projeto:

Contexto: A dependência de nicotina é uma das mais graves existentes, com baixo índice de sucesso no tratamento. A taxa de sucesso, medida pelo número de pacientes abstinentes ao término do tratamento, pode ter relação com variantes fenotípicas, como IMC (Índice de Massa Corpórea), carga tabágica atual e início precoce do tabagismo. Objetivo: Verificar a associação entre o fenótipo do paciente e o sucesso do tratamento para cessação do tabagismo no CAPS-AD de São Caetano do Sul. Tipo de estudo: Estudo de Coorte retrospectivo. Revisão de prontuários. Local: CAPS- AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) Jordano Pedro Segundo Vincenzi em São Caetano do Sul – SP. Amostra: Pacientes atendidos no programa de cessação do tabagismo de 2007 a 2018. Procedimentos: Serão colhidas informações de prontuário dos pacientes no que diz respeito à idade, sexo, dados sociodemográficos, grau de dependência, IMC (Índice de Massa Corpórea), comorbidades referidas e sinais vitais aferidos na consulta. Variáveis: Idade, sexo, grau de dependência (questionário de Fagerström), IMC, PA (pressão arterial) e comorbidades (clínicas e psiquiátricas) referidas. Método estatístico: Utilizaremos a comparação entre as variáveis através do teste do qui-quadrado para determinar suas relações.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Existe um padrão fenotípico que está associado ao sucesso no tratamento para cessação do tabagismo em pacientes que procuraram o tratamento no CAPS-AD de São Caetano do Sul.

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3200

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 3.365.723

Objetivo Primário:

Verificar a associação entre o fenótipo do paciente e o sucesso do tratamento para cessação do tabagismo no CAPS-AD de São Caetano do Sul.

Objetivo Secundário:

Verificar a associação entre pacientes com IMC (Índice de Massa Corpórea) e a abstinência do tabagismo após o tratamento. Verificar a associação entre o início do tabagismo e a abstinência do tabagismo após o tratamento. Verificar a carga tabágica usual do paciente e a abstinência do tabagismo após o tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram considerados :Perda de prontuários.

Medidas para minimização dos riscos:Manuseio dos prontuários somente pelo pesquisador principal. Os prontuários serão analisados no local onde os pacientes foram atendidos (CAPS-AD) e não serão removidos para qualquer outro lugar.

Medidas para proteção da confidencialidade: Uso de numeração para cada paciente na tabulação dos dados. Somente o pesquisador principal terá acesso aos prontuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Existe um padrão fenotípico que está associado ao sucesso no tratamento para cessação do tabagismo em pacientes que procuraram o tratamento no CAPS-AD de São Caetano do Sul? Estabelecer o padrão poderá beneficiar futuros pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos adequados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

- todas as pendências foram atendidas
- O Cronograma foi modificado como o solicitado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Santo Antonio, 50
Bairro: Centro CEP: 09.521-160
UF: SP Município: SAO CAETANO DO SUL
Telefone: (11)4239-3200 Fax: (11)4221-9888 E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 3.365.723

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1322828.pdf	23/05/2019 08:36:45		Aceito
Outros	Termo_uso_banco.pdf	23/05/2019 08:36:10	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Outros	CORRECAO_DOS_RISCOS.docx	23/05/2019 08:35:12	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Cronograma	CORRECAO_DO_CRONOGRAMA.docx	23/05/2019 08:33:52	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23/05/2019 08:31:57	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.pdf	23/05/2019 08:29:14	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	12/05/2019 19:35:11	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Outros	diretrizes.pdf	27/03/2019 10:41:17	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	coi_disclosure.pdf	27/03/2019 09:37:41	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_servico.pdf	27/03/2019 09:22:46	FERNANDA PIOTTO FRALLONARDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CAETANO DO SUL, 03 de Junho de 2019

Assinado por:
celi de paula silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Santo Antonio, 50
Bairro: Centro CEP: 09.521-160
UF: SP Município: SAO CAETANO DO SUL
Telefone: (11)4239-3200 Fax: (11)4221-9888 E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br

Anexo 6

Tabela - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
www.sbpt.org.br

TESTE DE FAGERSTRÖM

	pontos	soma
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?		
após 60 minutos	0	
entre 31 e 60 minutos	1	
entre seis e 30 minutos	2	
nos primeiros cinco minutos	3	
Você encontra dificuldades em evitar de fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?		
não	0	
sim	1	
Qual o cigarro mais difícil de largar de fumar?		
qualquer outro	0	
o primeiro da manhã	1	
Quantos cigarros você fuma por dia?		
menos de 10 cigarros	0	
entre 11 e 20 cigarros	1	
entre 21 e 30 cigarros	2	
mais de 30 cigarros	3	
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?		
não	0	
sim	1	
Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado na maior parte do dia?		
não	0	
sim	1	

Pontuação:

0 a 4 – dependência leve; 5 a 7 – dependência moderada e 8 a 10 – dependência grave

II Consenso Brasileiro de DPOC 2004 (modificado de Fagestrom K 1989)