

Fatores associados à cessação do tabagismo entre participantes de um programa antitabagista em uma unidade básica de saúde de Joinville - SC

Factors associated smoking cessation among participants of an anti-smoking program in a basic health unit in Joinville - SC

Daniele Arendartchuk¹, Arlene Laurenti Monterrosa Ayala²

RESUMO

Introdução: O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, sendo seu controle sistemático um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Conhecer os fatores associados à cessação do tabagismo em usuários participantes do Programa Nacional de Controle de Tabagismo desenvolvido por uma unidade básica de saúde da família, em Joinville, no período de 2011 a 2016. **Material:** Estudo descritivo que investigou, por meio da análise de dados secundários, de forma retrospectiva, os fatores associados à cessação do tabagismo entre 76 usuários. A análise dos dados foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%). **Resultados:** A proporção de cessação de tabagismo foi de 57,89%. A maior prevalência pela procura ao programa e pelo interesse em cessar o tabagismo esteve presente entre as mulheres. A maioria dos participantes iniciou o uso do tabaco na adolescência. 48% dos que cessaram apresentaram grau de dependência elevada, 34% dos que não cessaram apresentaram grau de dependência muito elevado e 28% elevado. A ansiedade foi o motivo observado (61%) que mais levou os participantes deste estudo a voltarem a fumar. **Conclusão:** A tendência observada foi o aumento do percentual dos casos de cessação ao longo dos seis anos investigados. O processo de cessação esteve relacionado a vários fatores, como grau de dependência química e a motivação para parar de fumar. Os aspectos para a determinação da cessação do tabagismo devem ser mais explorados, sugerindo-se, a realização de novos estudos que permitam avaliar as estratégias em saúde direcionadas aos indivíduos usuários de tabaco.

PALAVRAS-CHAVE: Hábito de Fumar. Abandono do Uso de Tabaco. Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

¹ Enfermeira pela Associação Educacional Luterana Bom Jesus/IELUSC. E-mail: danielarend@hotmail.com

² Professora do Curso de Enfermagem da Associação Educacional Luterana Bom Jesus/IELUSC, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is considered a public health problem, and its systematic control is a challenge for the single health system (SUS). **Objective:** To know the factors associated with smoking cessation in users participating in the National Smoking Control Program developed by a basic health unit in Joinville/SC from 2011 and 2016. **Methodology:** Descriptive study which investigated through the analysis of secondary data retrospectively the factors associated with smoking cessation among 76 users. The data analyses was made by calculating absolute frequencies (n) and relative frequencies (%). **Results:** The proportion of tobacco smoking cessation was 57,89%, the highest search and prevalence in the program was among women. Most users started to use tobacco in their teen years. 48% of those who quit showed very high degree of dependence, among those who did not quit, 34% showed very high degree of dependence and 28% an elevated degree. Anxiety was the reason observed that most lead the participants (61%) in this study to start smoking again. **Conclusion:** The observed tendency was the percentage increase of smoking cessation cases during the six years investigated. The process of quitting was related to a variety of factors as the degree of dependency and motivation to quit smoking. The aspects to determine the smoking cessation must be further explored, it is suggested the production of new studies which permit the evaluation of health strategies directed to tobacco users.

KEYWORDS: Smoking. Quitting Smoking. National Smoking Control Program.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica causada pela dependência química do tabaco e está na décima revisão da classificação internacional de doenças (CID-10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.¹

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, é também fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, entre elas a tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal e o câncer.¹

São previstas para 2020 mais de dez milhões de mortes no mundo por doenças relacionadas a complicações pelo uso do tabaco. Muitos indivíduos buscam uma solução para o fim do tabagismo, porém, não se sentem capazes de o conseguirem sozinhos, portanto, é de suma importância aprimorar as formas de tratamento aos fumantes.²

O alto custo que geram os tratamentos das doenças que são consequências do tabagismo levou o governo brasileiro a tomar providências acerca do problema em

questão. Com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbidade e mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, em 1989, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com ações voltadas ao tratamento do tabagismo através de terapia cognitivo-comportamental, realizada em parceria com os estados e municípios.¹

As atuais diretrizes do PNCT são reduzir a iniciação do consumo de tabaco, proteger a população contra o tabagismo passivo, reduzir a aceitação social do tabagismo, facilitar o acesso ao tratamento do fumante, controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco e monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria. Como objetivos estratégicos o PNCT estabeleceu a prevenção da iniciação do uso de tabaco, a promoção da cessação e a proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos.³

A partir de 1989, as unidades de saúde foram aderindo e implantando em suas atividades de atenção à saúde o PNCT, conscientes de suas responsabilidades quanto à qualidade de vida de seus usuários.²

As atividades desenvolvidas por essas unidades têm por objetivo estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de derivados do tabaco e, apoiar os profissionais tabagistas a deixarem de fumar. Dessa forma, o Programa inclui entre suas ações, a capacitação de profissionais de saúde para apoiarem a cessação de fumar dos funcionários nas unidades de saúde, bem como a inserção desse apoio na rotina de atendimento à população.⁴

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 57% dos tabagistas com 15 anos ou mais foram advertidos a parar de fumar por serviços de saúde brasileiros.⁵ Em 2009, 923 unidades atendiam os fumantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E em 2010, ocorreu um aumento de 266% no número de municípios brasileiros que passaram a executar programas de controle do tabagismo na Atenção Primária à Saúde.⁶

No Brasil, conforme o IBGE, em 1989, havia uma prevalência de 32,6% de fumantes entre a população brasileira; em 2003, essa taxa já havia caído para 18,8%, colocando o Brasil entre os países com menor taxa de fumantes no mundo.⁷ De acordo

com o Ministério da Saúde, os dados a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apontam o percentual total de adultos fumantes em 14,7 % no Brasil.⁸

Há informações de que 61,8% de usuários que realizaram tratamento no SUS pararam de fumar em 2008. Entretanto, não existem dados sobre a evolução desses usuários (sucesso ou recaídas).⁶ Um estudo realizado no estado do Espírito Santo com 160 participantes em grupos de apoio terapêutico a tabagistas na atenção primária à saúde, mostrou que de nove a vinte meses após o término do tratamento, 28,7% dos indivíduos permaneceram abstinentes, 51,9% recaíram e 19,4% não pararam de fumar.⁹

Tendo em vista que, no Brasil, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, sendo seu controle sistemático um desafio para o SUS, e que estudos que abordam o consumo e a dependência de tabaco entre os usuários, que buscam abandonar o seu uso em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Joinville, inexistem, considerou-se relevante desenvolver esta pesquisa. Acredita-se que o reconhecimento dos fatores associados à interrupção do hábito de fumar e a identificação das características dos usuários de tabaco, que participam do PNCT em unidades de saúde no município, poderá aprimorar as estratégias de enfrentamento do uso de tabaco nas UBS em Joinville, pois permitirá reconhecer grupos na população com menor e maior probabilidade de cessar o tabagismo.

Assim, esta pesquisa teve por objetivo conhecer, por meio de um estudo descritivo de caráter retrospectivo, os fatores associados à cessação do tabagismo em usuários participantes do Programa Nacional de Controle de Tabagismo desenvolvido por uma unidade básica de saúde da família em Joinville, no período de 2011 a 2016.

MATERIAL

Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo que investigou usuários ambulatoriais motivados pelo desejo de parar de fumar, que buscaram tratamento em grupos de terapia cognitiva comportamental em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Joinville, localizada no distrito de Pirabeiraba, no período de 2011 a 2016.

Joinville está situada na região nordeste do Estado de Santa Catarina, com população estimada, em 2016, de 569.645 habitantes. É o município mais populoso de

Santa Catarina, terceiro da região Sul e o 3º maior polo industrial da Região Sul do Brasil.¹⁰ A cidade possui um dos mais altos índices de desenvolvimento humano (IDH) entre os municípios brasileiros (0,809), ocupando a vigésima primeira posição nacional e a quarta entre os municípios catarinenses.¹¹ A rede de atenção à saúde de Joinville é composta por seis hospitais, entre eles um municipal, dois estaduais e três privados, 56 Unidades Básicas de Saúde, sendo 39 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF).¹²

O distrito de Pirabeiraba é composto por três regiões, a saber: central, Rio Bonito e Dona Francisca. Nessas regiões encontra-se parte da zona rural e industrial norte do município. O número total de habitantes do distrito é estimado em 22.592 habitantes, sendo que 4.466 residem na área central, 10.274 na área rural e 7.852 nas demais áreas. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Pirabeiraba, onde a pesquisa foi desenvolvida, atende um total de 12.262 usuários.¹³

Foram considerados elegíveis para o estudo os participantes do PNCT, que compareceram pelo menos a um encontro de qualquer um dos seis grupos de tabagismo ocorridos na Unidade de Saúde de Pirabeiraba, desde sua implantação, em 2011 até 2016 e que possuíam em seus prontuários os dados necessários para o desenvolvimento deste estudo. Em razão da completude dos dados, nenhum participante foi excluído e a população investigada foi composta por 76 usuários.

Os dados foram obtidos, a partir das informações contidas nos formulários de entrevista médica e do relatório final dos grupos do PNCT da UBSF de Pirabeiraba e considerou os seguintes aspectos: sexo e idade do usuário, história tabagística, grau de dependência e grau de motivação. Quanto ao gênero (feminino; masculino), idade (15 a 24 anos; 25 a 44 anos; 45 a 64 anos; maiores de 65 anos). Em relação à história tabagística, sete enfoques foram considerados, são eles: idade de iniciação do tabagismo, associação do uso de tabaco ao dia a dia do usuário, tentativas de parar de fumar, recaída e o motivo da recaída, métodos utilizados para a cessação do tabagismo, convívio com fumantes em casa e cessação do uso do tabaco. O grau de dependência da nicotina foi avaliado segundo teste de Fagerstrom. Este teste é subdividido em seis escalas que apresentam escores de 0 a 3 que, ao final, somando-os formam um escore total de 0 a 10. Usuários com escore 0 a 2 são considerados com grau de dependência muito baixo, 3 a 4, grau baixo, 5 grau médio, 6 a 7, grau elevado e 8 a 10, grau muito elevado.^{14,15}

A avaliação dos usuários no teste de Fagerstrom considerou os seguintes aspectos e escores. Tempo de fumar o primeiro cigarro após acordar: (dentro de 5 minutos (3 pontos); entre 6 e 30 minutos (2 pontos); entre 31 e 60 minutos (1 ponto); após 1 hora (0)). Dificuldade de o usuário fumar em ambientes proibidos como igrejas e bibliotecas: (sim (1 ponto); não (0)). Cigarro do dia traz mais satisfação: (primeiro da manhã (1 ponto); outros (0)). Quantos cigarros fuma diariamente: (menos de 10 cigarros (0); de 11 a 20 cigarros (1 ponto); de 21 a 30 (2 pontos); mais de 31 cigarros (3 pontos)). Se fuma mais frequentemente pela manhã: (sim (1 ponto); não (0)). Se fuma mesmo estando doente, quando precisa ficar a maior parte do tempo de cama: (sim (1 ponto); não (0)). Por fim, a avaliação do grau de motivação em parar de fumar examinou: se o usuário está motivado a parar de fumar, porém sem data estipulada nos próximos dias (sim; não), se o usuário já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês (sim; não), e recaído (retomou o consumo habitual de cigarros) (sim; não).

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha Excel desenhada para o estudo. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%). Os resultados encontrados foram comparados com informações presentes na literatura. A comparação permitiu identificar os resultados discordantes ou similares aos resultantes desta pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus/Ielusc sob o número do parecer 1.980.784, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 66026017.2.0000.5365. A Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, envolvendo Seres Humanos norteou as etapas da pesquisa.¹⁶ Dessa forma, foi garantido o sigilo das informações coletadas.

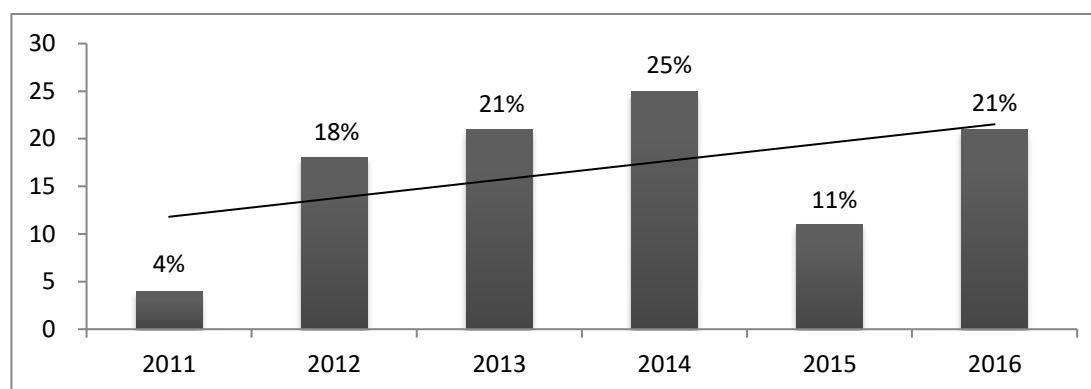
RESULTADOS

No período de 2011 a 2016, 76 usuários tabagistas buscaram o Programa de Controle de Tabagismo na Unidade Básica de Saúde da Família de Pirabeiraba em Joinville. A média de idade desses usuários foi de 47 anos (DP \pm 11,58), sendo sua maioria (65,79%) do sexo feminino. 44 desses usuários que buscaram o programa

pararam de fazer uso do tabaco, o que equivale a uma proporção de cessação de 58%. Destes, 68% era do sexo feminino e 31,82% do sexo masculino. Quanto à proporção dos que pararam de fumar por faixa etária percebe-se os percentuais de 2,27% para a faixa etária de 15 a 24 anos, 45,45% para cada uma das faixas etárias de 25 a 44 anos e 45 a 64 anos, e 6,82% para a faixa etária acima de 65 anos.

No intervalo de tempo estudado, houve o aumento da proporção de cessação de 4% (2011) para 21% (2016), sendo a média do período de 15% (FIGURA 1).

Figura 1- Proporção de cessação de tabagismo entre os usuários do Programa de Controle de Tabagismo da Unidade Básica de Saúde de Pirabeiraba, Joinville, SC, 2011-2016



Fonte: Relatório final dos grupos do PNCT, 2016

Ao comparar as proporções dos usuários que cessaram o tabagismo em relação aos que não cessaram, segundo a história tabagística, pode-se constatar que a faixa etária de iniciação do tabagismo, que prevaleceu, foi maior entre os usuários que iniciaram o uso de tabaco entre 11 a 15 (41%) e 16 a 20 anos (41%), para os que cessaram, entretanto, para os que não cessaram, a faixa etária que predominou foi de 16 a 20 anos (41%). Quanto ao hábito de fumar relacionado ao dia a dia do usuário, 50% dos que cessaram associaram o uso do tabaco após as refeições e ao café. A maior parte dos que cessaram (59%) e não cessaram (57%) tentou parar de fumar de uma a três vezes. Tanto o grupo que cessou o tabagismo quanto o que não cessou ficou pelo menos uma vez sem fumar 34% e 50%, respectivamente. O motivo observado nos dois grupos que mais levou a voltar a fumar foi a ansiedade com percentuais de 59% entre os que cessaram e 66% entre os que não cessaram. A maioria dos que cessaram (50%) nunca utilizou nenhum recurso antes para parar de fumar e não participou de grupos de tabagismo anteriormente (96%). Com relação ao convívio com fumantes no domicílio,

foi constatado que os percentuais de convivência com fumantes foram maiores entre os que cessaram (50%) em relação aos que não pararam de fumar (31%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis, de acordo com a história tabagística entre os usuários que participaram do grupo de tabagismo na Unidade Básica de Saúde, em Joinville, SC, 2011-2016.

Variáveis Categorias	Grupo 1 - Cessaram o tabagismo (=44)		Grupo 2 - Não cessaram o tabagismo (n=32)	
	n	%	n	%
História tabagística				
Iniciação do tabagismo				
< 10 anos	2	4	2	6
11-15 anos	18	41	8	25
16-20 anos	18	41	13	41
> 21 anos	6	14	9	28
Tentativas de parar de fumar				
1 a 3 vezes	26	59	18	57
+ de 3 vezes	14	32	11	34
Tentou mas não conseguiu	1	2	1	3
Nunca tentou	3	7	2	6
Quantas vezes ficou sem fumar				
1 vez	15	34	16	50
2 vezes	14	32	6	19
3 vezes	2	4	6	19
+ de 3 vezes	6	14	2	6
Nenhuma	1	2	0	0
Não informado	6	14	2	6
Motivo para voltar a fumar				
Ansiedade	26	59	21	66
Nervosismo	3	7	2	6
Não sabe	3	7	1	3
Vontade	2	5	1	3
Outros	5	11	6	19
Não informado	5	11	1	3
Recursos para parar de fumar anteriores à adesão ao programa				
Medicamento	4	9	4	13
Apoio de profissional de saúde	1	2	4	13
Nenhum	22	50	13	41
Não informado	17	39	11	34
Participou de outro grupo de tabagismo				
Sim	1	2	6	18
Não	42	96	26	82
Não informado	1	2	0	0
Convive com fumantes				
Sim	22	50	10	31
Não	22	50	22	69

Fonte: Relatório final dos grupos do PNCT, 2016

Em relação às variáveis associadas à dependência à nicotina: 57% dos fumantes e 45% dos ex-fumantes acendiam o primeiro cigarro até cinco minutos, após ter acordado; a maioria dos ex-fumantes (59%) e dos fumantes (47%) fumavam em média de 11 a 20 cigarros por dia, contudo, chama a atenção que o percentual de fumantes que consumia mais de 31 cigarros por dia era mais do que o dobro do que o percentual encontrado entre os ex-fumantes. O primeiro cigarro do dia que trazia maior satisfação para ambos os grupos investigados era o primeiro da manhã, entretanto, a maior frequência do uso do tabaco entre os dois grupos ocorria em outros horários que não o período matutino. Tanto fumantes (87%), quanto os ex-fumantes (88%) tinham o hábito de fumar mesmo estando doente.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis, de acordo com o grau de dependência da nicotina medido pelo Teste de Fagerstrom, entre os usuários que participaram do grupo de tabagismo na Unidade Básica de Saúde, em Joinville, SC, 2011-2016.

Variáveis Categorias	Cessaram o tabagismo (n=44)		Não cessaram o tabagismo (n=32)	
	n	%	n	%
1º cigarro do dia				
Dentro de 5 minutos após acordar (3 pontos)	20	45	18	57
Entre 6 e 30 minutos após acordar (2 pontos)	18	41	11	34
Entre 31 e 60 minutos após acordar (1 ponto)	6	14	1	3
Após 1 hora (0)	0	0	2	6
Quantidade de cigarros fumados por dia				
Menos de 10 cigarros	2	5	2	6
De 11 a 20 cigarros	26	59	15	47
De 21 a 30 cigarros	11	25	6	19
Mais de 31 cigarros	5	11	9	28
Dificuldade de fumar em ambientes proibidos				
Sim	19	43	17	53
Não	25	57	15	47
Cigarro do dia traz mais satisfação				
Primeiro da manhã	32	73	20	63
Outros	12	27	12	37
Se fuma mais frequentemente pela manhã				
Sim	13	30	9	28
Não	31	70	23	72
Se fuma mesmo estando doente de cama				
Sim	39	87	28	88
Não	5	13	4	12

Fonte: Relatório final dos grupos do PNCT, 2016

O grau de dependência aferido pelo Teste de Fagerström demonstrou diferenças entre os que cessaram e os que não cessaram o tabagismo. 48% dos ex-

fumantes apresentaram grau de dependência elevada. Em relação aos fumantes, 34% dos indivíduos apresentaram grau de dependência muito elevada e 28% elevado. O grau de dependência muito elevado mais que dobrou no caso dos fumantes (34%), quando comparados aos ex-fumantes (16%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Grau de dependência de nicotina medido pelo Teste de Fagerström

Grau de dependência	Pontos	Cessaram o tabagismo		Não cessaram o tabagismo	
		n	%	n	%
Muito baixa	0 - 2	1	2	0	0
Baixa	3 - 4	4	9	8	25
Média	5	10	23	4	13
Elevada	6 - 7	21	48	9	28
Muito elevada	8 - 10	7	16	11	34
Não informado		1	2	0	0

Fonte: Relatório final dos grupos do PNCT, 2016

Outro aspecto considerado foi o grau de motivação dos participantes em cessar o tabagismo. Neste estudo, verificou-se que entre os ex-fumantes 91% estavam motivados para cessar o uso do tabaco, e destes, 2% estabeleceram uma data para parar de fumar. Quanto aos que não cessaram o tabagismo constatou-se o desejo de parar de fumar em 81% dos participantes.

DISCUSSÃO

Identificar os fatores associados à cessação do tabagismo é importante para reconhecer na população grupos com maior e menor probabilidade de cessação do hábito de fumar e, assim, subsidiar programas de controle de tabagismo, aprimorando estratégias de enfrentamento do uso do tabaco.¹⁷

Estudos mostram que o abandono do hábito de fumar tem maior sucesso quando o indivíduo tem para isso a ajuda profissional.⁷ Os profissionais de saúde podem por medidas estratégicas potencializar a decisão do usuário em abandonar o tabagismo.¹⁸

A tendência observada nesta pesquisa foi o aumento do percentual dos casos de cessação ao longo dos seis anos investigados. Tal tendência é corroborada por outro estudo que indica percentuais elevados na cessação do tabagismo entre homens e mulheres em nosso país.¹⁹ A taxa de cessação do tabagismo neste estudo foi de 58%

entre os participantes, este resultado se assemelha a outras investigações.²⁰ Entretanto, duas pesquisas apontaram para percentuais de cessação mais elevados. A primeira, de França et al.,²¹ realizada em uma unidade de referência para cessação do tabagismo em Belém-PA, no período de 2010 a 2012, que constatou um percentual de 75%, e a segunda, de Azevedo et al.,²² que verificou o percentual de cessação de 79% entre participantes no Grupo Terapêutico do Ambulatório de Substâncias Psicoativas do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Já o estudo de Peixoto, Firmo e Lima-Costa¹⁷ demonstrou que entre os 13.261 participantes de uma pesquisa realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, apenas 40,6% pararam de fumar.

Pode-se observar que a prevalência pela procura ao programa e pelo interesse em cessar o tabagismo esteve presente entre as mulheres, pois 68% dos participantes eram do sexo feminino. Outro estudo realizado em um Centro de Saúde do Distrito Federal identificou percentual de procura pelas mulheres ao programa de tabagismo em proporção semelhante à encontrada neste estudo.²³ Autores referem que, possivelmente, as mulheres têm mais facilidade em reconhecer dificuldades na interrupção do tabagismo e em buscar ajuda.¹⁸

As idades prevalentes entre os participantes que cessaram o hábito de fumar foram de 25 a 44 anos e 45 a 64 anos. Conforme Meier, Vanucchi e Secco,¹⁸ o percentual de fumantes no Brasil é maior na população com faixa etária entre 45 a 64 anos, logo, esta população procura mais ajuda para cessação do tabagismo em relação às outras faixas etárias. Para Peixoto, Firmo e Lima-Costa,¹ o hábito de fumar reduz com a idade como consequência de problemas de saúde e/ou devido a preocupações com a mesma. Marques et al.,²⁴ descreve que a intenção de parar de fumar é um fator preditivo de cessação em adultos, entretanto, para os autores esta intenção não é comum entre os jovens, explicando, em parte, porque os jovens acabam recaindo mais que o adultos. Contrariando, em parte, os resultados deste estudo, em razão da importante cessação entre adultos jovens.

Quanto aos dados da história tabagística, a maioria dos ex-fumantes iniciaram o uso do tabaco ainda na adolescência nas faixas etárias entre 11 a 20 anos (82%). Outro estudo mostra percentuais (85,9%) que se aproximam dos resultados encontrados neste estudo para a idade de início do tabagismo entre os jovens em um município do norte do Paraná.¹⁸ Existem fatores que convergem para início do ato de fumar, como a

adolescência, a curiosidade, imitação de comportamento, rebeldia, imagem de independência, entre outros.²⁵ Conforme *American Psychiatric Association* (1995), citada por Mesquita,²⁶ o hábito de fumar, geralmente se inicia na adolescência, entre aqueles que continuam a fumar depois dos 20 anos, 95% tornam-se fumantes regulares e diários.

A associação do tabagismo no dia a dia com café e após as refeições prevaleceu entre os ex-fumantes. De acordo com Abrantes,²⁷ essa vontade tende a aumentar quando o hábito de fumar é interrompido, de acordo com o autor os fumantes associam algumas rotinas do dia a dia ao comportamento de fumar, como tomar café, final das refeições, encontros com os amigos. Para o autor, a intervenção profissional passa por tentar quebrar essa ligação estabelecida na forma de aconselhamento, incentivando os fumantes a adotar hábitos saudáveis. Para Mesquita,²⁶ determinados hábitos subordinam ao ato de fumar, como exemplo, se uma pessoa fuma após tomar café, o café passa a ser um “gatilho” para fumar. Conforme Marinho-Casanova e Gavazzoni,²⁸ a conexão entre determinados hábitos e situações ambientais e o ato de fumar tem sido denominada por alguns programas de tratamento como condicionamento psicológico ou dependência psicológica.

Chama a atenção neste estudo o percentual de fumantes que tentaram parar de fumar entre 1 a 3 vezes (94%), o que indica o desejo e o interesse na cessação do tabagismo. A literatura confirma que o processo de cessação do tabagismo pode envolver algumas tentativas para parar de fumar sem sucesso antes da abstinência. Conforme *American Psychiatric Association* (1995), citada por Mesquita,² somente 25% dos fumantes que abandonam o tabaco conseguem deixá-lo na primeira tentativa. A maioria dos indivíduos que fumam tem três a quatro recaídas antes de deixar definitivamente de fumar. Para Marques et al.,²⁵ a maioria daqueles que deixam de fumar sem nenhum tipo de auxílio ou recurso recai em poucos dias.

O relato de ansiedade é frequente nos acompanhamentos de pessoas que pretendem abandonar o tabaco, representando uma comorbidade relevante para o planejamento e efetivação do processo de abandono do tabaco.²⁴ A ansiedade foi o motivo observado (61%) que mais levou os participantes deste estudo a voltar a fumar. Este dado corrobora a observação de dois outros estudos que identificaram a ansiedade como evento mais relatado para justificar as recaídas.^{29,30} Conforme Jesus et al.,³¹ o

fumante justifica que a ansiedade decorrente dos problemas do cotidiano é que o impede de parar de fumar. Reis e Fortes²³ apontam que a depressão, a ansiedade e outras comorbidades psiquiátricas são fatores relacionados à não cessação do tabagismo, sendo responsáveis pelas recaídas constantes daqueles que “pararam” de fumar.

Um percentual importante (46%) de fumantes e ex-fumantes referiram nunca terem utilizado nenhum meio para tentar parar de fumar e nem participaram de outros grupos anteriormente. Caram et al.³² ao realizarem um estudo no Ambulatório de Tabagismo da Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista, entre abril de 2003 e abril de 2007, demonstraram que 63% dos participantes não participaram de sessões estruturadas de aconselhamento e não utilizaram medicações para o tratamento da dependência. Conforme Marques et al.,²⁴ existe um déficit de serviços dotados de profissionais capacitados para identificar os pacientes de risco e ocorre uma resistência do fumante em buscar ajuda para deixar de fumar. Cita que estes dois aspectos constituem-se barreiras na procura de tratamento. Dados do Ministério da Saúde mostram que apenas 6,8% dos municípios brasileiros oferecem acesso ao tratamento para cessação de tabagismo nos serviços do SUS.¹ Entre a população deste estudo, que procurou ajuda para parar de fumar (17%), obteve-se uma demonstração de dois métodos que auxiliam no processo de parar de fumar, por exemplo, a busca pelo apoio de profissional de saúde e o uso de medicamentos. Esses dois métodos também foram descritos em outros estudos como os mais procurados.^{33,34}

Quanto ao convívio com fumantes entre os participantes que cessaram o tabagismo metade deles responderam que convivem com fumantes na mesma residência. Este fato é muito importante, pois a convivência com fumantes na mesma residência pode contrapor-se ao desejo do fumante em cessar o uso do tabaco e alterar a motivação para abandoná-lo.¹⁸ Meier, Vanucchi e Secco¹⁸ dizem que o convívio social com tabagistas pode induzir o usuário ao uso do tabaco e dificultar o mesmo à cessação do tabagismo.

Em relação às respostas obtidas pelo teste de Fagerstrom, a maioria dos fumantes e ex-fumantes respondeu que acendia o primeiro cigarro dentro de 5 minutos, após acordar e que o primeiro cigarro da manhã era o que lhes trazia mais satisfação, o que se associa com o grau de dependência de nicotina elevado. Os fumantes

dependentes terão, ao acordar, baixo nível sérico de nicotina e experimentarão sintomas de abstinência, se não fumarem rapidamente seu primeiro cigarro do dia.³⁵ A maioria dos participantes consumia de 11 a 21 cigarros por dia, porém o percentual de fumantes que consumia mais de 31 cigarros por dia era mais do que o dobro do que o percentual encontrado entre os ex-fumantes, o que sugere que quanto maior o número de cigarros fumados ao dia menor a chance de cessação do uso de tabaco. Marques et al.²⁴ explicam que quanto maior o consumo do tabaco, maior a gravidade da síndrome de abstinência e dependendo da gravidade ela é pouco tolerada, tornando difícil a manutenção da cessação. Cerca de 88% dos fumantes e ex-fumantes deste estudo tinham o hábito de fumar mesmo estando doentes. Halty et al.³⁵ e Almeida et al.³⁶ encontraram percentuais abaixo dos encontrados na UBSF de Pirabeiraba. Halty et al.³⁵ observaram que dos 301 fumantes regulares, adultos atendidos nas Clínica Médica do Hospital Universitário e Santa Casa e no setor de Pneumologia do Hospital Universitário, 70,1% atestaram que fumavam mesmo estando doentes. Já Almeida et al.³⁶ ao investigarem os hábitos tabágicos, entre os universitários de Lins/SP, constataram que 67,5% fumavam mesmo estando doentes. Apesar de estudos indicarem que o uso do tabaco em situações mórbidas é um preditor de dependência nicotínica,^{18,36} Halty et al.³⁵ consideram que o tempo até fumar o primeiro cigarro do dia e o consumo diário de cigarros e seus respectivos escores são os dois itens do Teste de Fagerström com maior peso para a determinação da dependência nicotínica.

Quanto ao resultado do teste de Fagerstrom, que avalia o grau de dependência da nicotina, a prevalência entre os usuários, que cessaram o tabagismo, se deu entre os usuários com grau elevado de dependência química. Isto pode refletir a preocupação que fumantes dependentes têm sobre a piora de seu estado de saúde e a percepção sobre os benefícios que as intervenções para cessação de fumar podem trazer.¹⁸ Em relação ao grupo que não cessou o tabagismo, este apresentou grau de dependência muito elevado (34%), sendo mais que o dobro, quando comparado com os participantes, que cessaram o tabagismo (16%). Para Halty et al.,³⁵ um grau elevado de dependência a nicotina amplia a possibilidade e/ou gravidade da síndrome de abstinência, durante a suspensão do tabagismo, assim como maior será a dificuldade de manter a abstinência em longo prazo.

Para Meier, Vanucchi e Secco,¹⁸ a motivação individual é o fator mais decisivo no

processo de abandono do tabagismo, entretanto, Reichert et al.³⁷ referem que há outros fatores que podem se sobressair ao desejo, por exemplo, a própria dependência à nicotina. Neste estudo, foi observado que a grande maioria dos indivíduos investigados tinha o desejo de deixar o uso do tabaco, ou seja, os indivíduos admitiam o problema do tabagismo, contudo, apesar de estarem motivados um pouco mais da metade deixou de fumar. Estes resultados confirmam aquilo que Reichert et al.³⁷ sugerem, a motivação para parar de fumar por si só não é determinante para a cessação. Estudos relatam a associação de outras variáveis estudadas que apresentaram associação estatisticamente significativa com o fracasso e a cessação do tabaco, dentre elas, o tempo de tabagismo, a carga tabágica, o apoio emocional, entre outras.^{30,38,39}

A limitação deste estudo diz respeito à coleta de dados secundários, pois o viés de sub-registro pode superestimar ou subestimar os resultados. Tal limitação em razão do tipo de estudo não pode ser suprimida, entretanto, pode ser atenuada. Para atenuar este viés de informação foi considerada a completude dos dados, portanto, foram incluídos na análise apenas os participantes que possuíam dados completos.

CONCLUSÃO

Por fim, ressalta-se a contribuição deste estudo na análise e consolidação dos fatores prognósticos, que afetam a cessação de tabagismo entre os fumantes. Dessa forma, conclui-se que a tendência observada nesta pesquisa foi o aumento do percentual dos casos de cessação ao longo dos seis anos investigados. O processo de cessação esteve relacionado a vários fatores, como grau de dependência química e a motivação para parar de fumar, entretanto, os aspectos para a determinação da cessação do tabagismo devem ser mais explorados, sugerindo-se, assim, a realização de novos estudos, que permitam avaliar as estratégias em saúde direcionadas aos indivíduos usuários de tabaco.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tabagismo um grave problema de saúde pública [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. 2007 [Citado

- 2016 dez. 13]. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>.
2. Kouichi CT, Rocha EFR, Neves IA. O papel do programa de controle ao tabagismo no combate do vício ao tabaco [Internet]. [trabalho de conclusão de curso]. Curso de Enfermagem: Centro Universitário Católico Salesiano. 2009; 104f. [Citado 2017 fev. 12]. Disponível em:
<<http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/48963.pdf>>.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [Internet]. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Brasília. 2011 [Citado 2016 dez. 10]. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
<http://www2>>.
 4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Programa Nacional de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. 2003 [Citado 2017 jan. 23]. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/3cd1b40047ea8d588830cd9ba9e4feaf/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-e-outros-fatores-de-risco-de-cancer.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3cd1b40047ea8d588830cd9ba9e4feaf>>.
 5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2008 [Citado 2017 jan. 17]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm>.
 6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Relatório de Gestão - Exercício 2010. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. 2011 [Citado 2017 jan. 20]. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/relatorio_de_gestao_2010.pdf>.
 7. Moraes MA. Avaliação da implantação do Programa de Controle de Tabagismo no Hospital Santa Cruz. [Internet]. [tese]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2006;184f. [Citado 2017 fev. 11]. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23062006-152426/en.php>>.
 8. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald C, Caixeta R, Brito SMF, Reis AAC. Tendência de fumantes na população brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rev. Bras. Epidemiol. 2015; 18(Suppl 2):45-56. [Citado 2017 out. 10]. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060005>>.
 9. Sattler AC, Cade NV. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2013; 18(1):253-264. [Citado 2017 out. 12]. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100026>>.
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades @. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2016; [Citado 2017 fev. 17]. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/cartograma/mapa.php?lang=&coduf=42&codmun=420910&idtema=16&codv=v20&search=santa-catarina|joinville|sintese-das-informacoes>>.

11. Organização das Nações Unidas (ONU). Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano. Índice de desenvolvimento humano - municipal, 1991, 2000 e 2010. [Internet] ONU: 2013. [Citado 2017 jan. 17]. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>>.
12. Prefeitura Municipal de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Único de Saúde. Relatório Anual de Gestão. [Internet]. 2015 [Citado 2017 fev. 15]. Disponível em: <<https://saude.joinville.sc.gov.br/public/portalsaudeadm/categoriadownload/b2c65c135942015ac2f11de1444cb277.pdf>>.
13. Prefeitura Municipal de Joinville. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville – IPPUJ. Joinville bairro a bairro. Joinville. [Internet]. 2015 [Citado 2017 fev. 15]. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CSVl2hrP6L8J:https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/download/codigo/863Joinville%252BBairro%252Ba%252BBairro.html+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>.
14. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. (Org). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.
15. Stephen, DS; Barros E. Clínica médica: consulta rápida Barros. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2013.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília. [Internet]. [Citado 2017 mar. 16]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>.
17. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2007; 23(6):1319-1328 [Citado 2017 mar. 17]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600007>>.
18. Meier DAP, Vanucchi MTO, Secco IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. Revista Espaço para Saúde. [Internet]. 2011; 13(1):35-44 [Citado 2017 jul. 20]. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj7krif1_PUAhUDS5AKHdVyCEQQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Frevistas%2Fuef%2Findex.php%2Fespacoparasaudef%2Farticle%2Fdownload%2F10020%2F9349&usq=AFQjCNEUSQoGoP_WIBMXQr3I581YON7XnQ&cad=rja>.
19. Silva GA, Valente JG, Malta DC. Tendências do tabagismo na população adulta das capitais brasileiras: uma análise dos dados de inquéritos telefônicos de 2006 a 2009. Rev. Bras. Epidemiol. [Internet]. 2011; 14(Suppl 1):103-114 [Citado 2017 jul. 11]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500011>>.
20. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso

- terapêutico. J. Bras. Pneumol. [Internet]. 2006; 32(5):410-417 [Citado 2017 ago. 17]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000500007>>.
21. França SAS, Neves ALF, Souza TAS, Martins NCN, Carneiro SR, Sarges ESNF, et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. Rev. Saúde Pública. [Internet]. 2015; 49:10 [Citado 2017 jul. 15]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004946>>.
 22. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2009; 55(5):593-6 [Citado 2017 ago. 20]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500025>>.
 23. Reis RCM, Fortes RC. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do distrito federal. Revisa. [Internet]. 2012; 1(1):3-8 [Citado 2017 out. 20]. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/7>>.
 24. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2001; 23(4):200-214 [Citado 2017 jul. 13]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000400007>>.
 25. Lucchesse R, Vargas LS, Teodoro WR, Santana LKB, Santana FR. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. Texto Contexto Enfermagem. [Internet]. 2013; 22(4):918-26 [Citado 2017 ago. 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400007>.
 26. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva. [Internet]. 2013; 15(2):35-44 [Citado 2017 jul. 14]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200004>.
 27. Abrantes JPSCA. Cessação tabágica: a dinâmica da medicina geral e familiar. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. [Internet]. [trabalho de conclusão de curso]. Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina. 2015; 73f. [Citado 2017 jul. 23]. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31468/1/Cessa%C3%A7%C3%A3o%20Tab%C3%A1gica%20%20A%20Din%C3%A2mica%20da%20Medicina%20Geral%20e%20Familiar%2C%20FMUC%2C%202015%2C%20Joana%20Abrantes>>.
 28. Marinho-Casanova ML, Gavazzoni JA. Tratamento analítico-comportamental do tabagismo. In Nunes SOV, Castro MRP (Org.) Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: EDUEL; 2011. p. 195-219.
 29. Afonso F, Pereira MG. Comportamento tabágico: um estudo com fumantes, ex-fumantes e não fumantes. Temas Psicol. [Internet]. 2013; 21(2):379-389 [Citado 2017 set. 17]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-06>>.
 30. Peuker AC, Bizarro L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. Contextos Clínic. [Internet]. 2015; 8(1):87-98 [Citado 2017

- set. 20]. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100010&lng=pt&nrm=iso>.
31. Jesus MCP, Silva MH, Cordeiro SM, Korchmar E, Zampier VSB, Merighi MAB. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. [Internet]. 2016; 50(1):71-78 [Citado 2017 jul. 20]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0073.pdf>.
 32. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, et al . Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J. Bras. Pneumol*. [Internet]. 2009 out.; 35(10):980-985 [Citado 2017 set. 19]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001000006>>.
 33. Costa AA, Elabras Filho J, Araújo ML, Ferreira JES, Meirelles LR, Magalhães CK. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. *Revista da SOCERJ*. [Internet]. 2006; 19(5):397-403 [Citado 2017 ago. 18]. Disponível em:
<<http://www.rbconline.org.br/artigo/programa-multiprofissional-de-controle-do-tabagismo-aspectos-relacionados-a-abstinencia-de-longo-prazo/>>.
 34. Gherardi-Donato ECS, Lopes M, Santiago MR, Corradi-Webster CM. Caracterização de consumo e dependência de tabaco entre trabalhadores de uma instituição de nível superior. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2011 set./dez.; [Citado 2017 ago. 20]7(3):155-160. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000300007>.
 35. Halty LS, Huttner MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J. Pneumologia*. [Internet]. 2002 jul.; 28(4):180-186 [Citado 2017 set. 17]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862002000400002>>.
 36. Almeida AA, Bandeira CM, Gonçalves AJ, Araújo AJ. Dependência nicotínica e perfil tabágico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *J. Bras. Pneumol*. [Internet]. 2014 jun.; 40(3):286-293. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132014000300012>>.
 37. Reichert JR, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, Santos SRR. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J. Bras. Pneumologia*. [Internet]. 2008; 34(10): 845-880 [Citado 2017 set. 12]. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>>.
 38. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *J. Bras. Psiquiatr*. [Internet]. 2014; 63(2):113-120 [Citado 2017 out. 21]. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000014>>.
 39. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *J. Bras. Pneumol*. [Internet]. 2015 out.; 41(5):433-439 [Citado

2017 out. 11]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>>.

Submissão: dezembro de 2017.

Aprovação: abril de 2018.