

Programa de Controle do Tabaco: fatores associados ao risco de abandono do tratamento

Tobacco control program: factors associated with treatment dropout

Aline Leite de Oliveira Costa¹, João Marcos Bernardes², Maria Cristina Pereira Lima³

RESUMO

No Brasil, a prevalência de tabagismo ainda é elevada em pessoas portadoras de Condições Crônicas não Transmissíveis (CCNT). A compreensão dos modelos de atenção ao tabagista é essencial para se reduzir o abandono do tratamento. Objetivos: identificar as características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos que buscam o Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campinas, estimar o percentual de abandono do tratamento e elencar os fatores associados a esse desfecho. Metodologia: coorte histórico cujos dados foram obtidos, entre 2016 e 2019, em grupos de tratamento do PNCT. Para a realização da análise exploratória, a pesquisa incluiu 276 participantes, dos quais foram registradas suas variáveis sociodemográficas, condições de saúde, formas de uso do tabaco e participação no programa. Foram estimados o índice de abandono do tratamento e as possíveis relações com as variáveis significativas através de regressão múltipla. Resultados: a média de idade foi de 50,7 anos, com 60% do sexo feminino, 57,7% brancos, 52,2% com companheiro, 84,7% com filhos, 52,5% com ensino fundamental, 64% com renda entre um e dois salários, 40,1% trabalhando em setor de serviços e 58% católicos. O percentual de abandono do tratamento foi de 31%. A hipertensão se relacionou com o abandono do tratamento ($p=0,030$), reduzindo-o. Conclusão: o perfil dos indivíduos foi semelhante ao encontrado em outras pesquisas; indivíduos não hipertensos apresentaram maior índice de abandono. São necessários outros estudos que avaliem fatores associados ao abandono do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Tabagismo. Abandono do uso do tabaco. Tratamento.

ABSTRACT

In Brazil, there is still a high prevalence of smoking among people with chronic diseases. The understanding of smoking treatments is essential to a reduction in treatment dropout. Objectives: to identify epidemiological and health aspects of smokers, estimate the dropout rates, and list the factors associated with treatment dropouts. Data from PNCT (National Program of Tobacco Control) treatment groups was obtained from a historical cohort between 2016 and 2019. The research included 276 participants with different sociodemographic realities, health conditions, forms of tobacco use, and participation in the program to conduct an exploratory analysis. The treatment dropout rate and possible relations with significant variables were estimated through multiple regression. Results: The mean age was 50.7 years; 60% female; 57.7% white; 52.2% with a partner; 84.7% with children; 52.5% studied until elementary school; 64% received between one and two salaries; 40.1% worked in the service sector; 58% were Catholic. The percentage of treatment dropouts was 31%. Hypertension was related to treatment dropout ($p = 0.030$), reducing it. Conclusion: The profiles of individuals were similar to those in other surveys. Non-hypertensive individuals had a higher dropout rate. Further studies are needed to assess the factors associated with treatment dropout.

KEYWORDS: Primary Health Care. Smoking. Smoking Cessation. Treatment.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: novembro de 2021

¹ Faculdade de medicina de Botucatu (UNESP-FMB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9628-4612> E-mail: alinelocosta83@gmail.com

² Faculdade de medicina de Botucatu (UNESP-FMB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4494-9421>

³ Faculdade de medicina de Botucatu (UNESP-FMB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1446-2439>

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de oito milhões de pessoas morrem anualmente devido ao uso do tabaco. Esse número de mortes ainda não considera mortalidade por tabagismo passivo e causas secundárias ao impacto do tabagismo nas CCNT, que adicionam cerca de 1,2 milhões de mortes, anualmente^{1,2}. Desse modo, segundo a OMS, o tabagismo é a primeira causa de morte evitável no mundo.

Ao longo do último século e, principalmente nas últimas décadas, as CCNT tornaram-se cada vez mais prevalentes, concentrando, atualmente, a maior carga de morbidade, não só no Brasil como no mundo. Entre os principais fatores de risco preveníveis para a ocorrência das CCNT pode-se citar: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dieta inadequada e sedentarismo. O uso de tabaco destaca-se ao se relacionar com os quatro agravos, impactando significativamente nas principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade^{3,4}.

Embora o consumo de tabaco no Brasil esteja em gradual redução desde o final do século XX, um estudo recentemente publicado demonstrou que ele permanece elevado entre pessoas com multimorbidades e alto risco cardiovascular⁵. Isso demonstra a necessidade de se continuar avançando no sentido de incentivar a cessação do uso do tabaco, pois isso tende a beneficiar os perfis clínicos dos usuários, tanto para os que conquistam a abstinência, quanto para os que consigam uma redução no consumo, com redução das descompensações e, conseqüentemente, das internações⁶.

Como afirmado anteriormente, no Brasil, a prevalência do tabagismo decresce desde o final do século passado.⁷ Essa redução se deu a partir de decisões políticas nacionais para o controle do tabaco entre os anos de 1986 e 2016, com o país aparecendo como destaque entre mais 162 países na Convenção Quadro de Controle do Tabaco (*Framework Convention on Tobacco Control* – FCTC), estabelecida pela OMS. O documento elaborado nesse pacto representa o reconhecimento do problema para a saúde da expansão mundial do tabaco.^{3,8}

Para além das iniciativas governamentais antitabágicas no âmbito da coletividade, com promoção de saúde de ordem populacional⁹, o Ministério da Saúde realizou parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para organizar o material do PNCT, com abordagem individual. O programa objetiva reduzir a prevalência de fumantes, utilizando-se de três diretrizes¹⁰. A primeira delas refere-se a uma abordagem inicial breve, que objetiva saber se o indivíduo está motivado a tratar o hábito. A segunda incumbe-se de um convite a esse usuário para participar de grupos de terapia cognitivo-comportamental, com duração de, no mínimo, quatro reuniões, para que, então, passe à terceira diretriz, que trata da terapia medicamentosa indicada conforme avaliação individual em consulta médica^{4,11,12}.

Estudos nacionais e internacionais apontam para a necessidade de aprimorar os

profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto à condução de intervenções que visem à cessação do tabagismo^{10,12}. Esses estudos encontraram falta de conhecimento sobre o tema, bem como de recursos e motivação dos trabalhadores dos serviços de APS, além de dificuldade em introduzir essa abordagem na rotina do cuidado¹³. Essas barreiras dificultam o aconselhamento e o tratamento do tabagismo nesse nível de atenção à saúde^{4,5,13}. Portanto o desenvolvimento de habilidades de abordagem ao tabagista na APS é de fundamental importância, tendo em vista que a APS desenvolve não só ações coletivas para lidar com estratégias de manutenção da saúde, mas também, ações individuais, através de um modelo de saúde centrado na pessoa, que preserva a autonomia do indivíduo, conforme preconizado como uma diretriz da APS na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)^{14,15}.

Além de vencer barreiras na estratégia de oferta do cuidado, é importante compreender os fatores que se relacionam ao sucesso e ao insucesso do processo de tratamento, bem como as taxas de abandono deste. Estudos apontam para uma taxa de insucesso elevada nas tentativas de cessação¹⁶⁻¹⁹.

Provavelmente, o sintoma de abstinência de nicotina, que associa o efeito da substância no cérebro a aspectos farmacológicos e comportamentais determinantes para a dependência, seja fortemente responsável pela dificuldade do tabagista em manter-se abstinente²⁰⁻²². Estudos apontam uma lacuna entre a necessidade de reduzir o consumo de tabaco e os meios existentes para se atingir essa meta^{23,17}. Greenhalgh e colaboradores mostram a necessidade de reduzir as expectativas clínicas de altas taxas de sucesso na cessação do tabaco, pois suas evidências sugerem que o número médio de tentativas seja superior a trinta até que se obtenha a abstinência duradoura¹⁶.

Parte dessa lacuna engloba a compreensão de conceitos como aderência e abandono do tratamento, e seus fatores associados²⁴. A análise desses marcadores possibilita o aprimoramento das estratégias utilizadas, bem como a possibilidade de direcionamento do cuidado conforme as características associadas a determinados grupos. Castaldelli-Maia et al.²⁴ (2014) e Nascimento, Silva e Nascimento²⁵ (2016) apontam para a relevância de pesquisas que identifiquem os fatores associados ao abandono do tratamento ou à recaída no aprimoramento das estratégias de cessação.

Lopes et al.²⁶ (2014) propõem que o PNCT integre fatores que aumentem as taxas de sucesso, mas, para isso, é imprescindível compreender as razões de abandono do tratamento, pois a efetividade do programa depende de uma adaptação da intervenção mediante características de determinado público-alvo²⁶. Tanto as estratégias de divulgação e recrutamento como as metodologias de abordagem podem variar por fatores sociodemográficos, condições de saúde e, até mesmo, formas de consumo do tabaco²⁶. Nesse sentido, formas de aprimorar o tratamento ofertado pela Atenção Primária ganham relevância de pesquisa, possibilitando novas

estratégias de abordagem que reduzam as taxas de abandono do tratamento.

Dessa forma, esta pesquisa teve por objetivos: identificar as características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos que buscaram o Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campinas, estimar o percentual de abandono do tratamento e elencar os fatores associados a esse desfecho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, tipo coorte histórica, que avalia o índice de abandono do tratamento de tabaco e seus fatores associados, entre indivíduos que buscaram um programa de cessação do tabagismo oferecido por duas UBS do município de Campinas (SP), durante o período compreendido entre janeiro de 2016 e dezembro de 2019.

O estudo foi realizado em duas unidades de saúde localizadas em regiões distintas no município de Campinas, que recebem a denominação de distritos de saúde, com administrações descentralizadas, conforme a densidade demográfica: o Centro de Saúde São Cristóvão, pertencente ao distrito sudoeste, que atende uma população estimada de 21.000 usuários e o Centro de Saúde Ipaussurama, na região noroeste, que atende uma população estimada em 14.000 usuários. As duas unidades apresentam características populacionais e socioeconômicas semelhantes, mas se vinculam a distritos distintos devido à localização. Ambas são regiões periféricas do município.

Segundo dados do IBGE, o município de Campinas apresenta uma população estimada em 1.204.073 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,86 e expectativa de vida de 72,22 anos. Campinas tem melhorado todos os índices avaliados no IDH, porém houve muito pouco avanço na distribuição de renda, como aponta o índice de GINI²⁷. A variação de 0,55 para 0,52 representa uma pequena melhora no que se refere à desigualdade social, que é muito presente na região²⁷.

O tratamento de tabagismo é ofertado por 34 serviços da rede de atenção à saúde, sendo 33 UBS e o ambulatório da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Cabe destacar que o município possui um total de 67 UBS.

As UBS nas quais foram obtidos os dados foram selecionadas por conveniência, conforme as atividades de trabalho da pesquisadora: Centro de Saúde São Cristóvão, como médica assistente do serviço entre 2013 e 2019, Centro de Saúde Ipaussurama, como docente de curso de Graduação em Medicina de Campinas, atuando junto a estudantes do nono período da graduação, de 2013 até a data atual.

O programa de cessação do tabagismo é ofertado para a população geral,

independentemente do território adscrito. Não há necessidade de agendamento prévio ou inscrição. Os pacientes interessados conseguem se informar sobre as atividades via contato telefônico através do número 156, da secretaria de saúde do município, através de divulgação em faixas pelas unidades, por convites feitos pelos profissionais de saúde ou, até mesmo, via comunicação popular realizada na própria comunidade.

Foram incluídos no estudo os tabagistas que realizaram duas triagens, ou seja, concluíram quatro reuniões motivacionais. A população estudada representou 276 indivíduos de um total de 284 participantes (193 referentes ao Centro de Saúde Ipaussurama e 91 referentes ao Centro de Saúde São Cristóvão). Foram excluídos do estudo seis usuários com transtornos mentais graves, pois, nesses casos, o objetivo do tratamento é a redução de danos e não a abstinência do tabaco. Dois participantes apresentavam dados bastante incompletos e com ausência de desfecho, portanto também foram excluídos.

O início da intervenção se dá pela abordagem inicial breve, que objetiva saber se o paciente está motivado a tratar o hábito. Esse primeiro contato pode ser realizado por qualquer profissional da UBS em momentos de consultas agendadas ou em demandas espontâneas, até mesmo em contatos informais com o usuário em ambientes do território. Essa abordagem deve sempre ser realizada e repetida, se necessário, com o intuito de ofertar o cuidado e estimular o interesse. A partir dessa intenção de cessação, a pessoa é convidada a participar de grupos de terapia cognitivo-comportamental, para que, então, passe à terceira etapa, a terapia medicamentosa indicada conforme avaliação individual em consulta médica.

O PNCT apresenta propostas para as primeiras quatro reuniões, no sentido de direcionar o profissional nos seguintes temas: “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde” (primeira sessão); “Os primeiros dias sem fumar” (segunda sessão); “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar” (terceira sessão); e “Benefícios obtidos após parar de fumar” (quarta sessão).

Durante o primeiro mês, as reuniões ocorrem com frequência semanal com o objetivo principal de motivar o indivíduo que busca o tratamento a planejar sua data de parada. Assim que essa data for definida, o indivíduo passa a frequentar as reuniões com outros membros que estão nessa mesma fase de tratamento, medicamentoso ou não, e já em processo de abstinência. Desse momento em diante, o propósito do grupo é fortalecer as estratégias de abstinência e prevenção de recaídas. Na primeira triagem, são obtidos dados de identificação, tempo de uso do tabaco, quantidade de vezes que tentou cessar o hábito e recursos já utilizados, sendo aplicada, ainda, a escala de Fagerström, instrumento que possibilita estimar numericamente o grau de dependência nicotínica. Essa parte da avaliação pode ser realizada por profissionais da saúde em geral, não se restringindo aos médicos.

Logo em seguida, é realizada a segunda triagem por profissional médico. Trata-se de uma

avaliação das condições de saúde do tabagista para que a terapia farmacológica seja prescrita, seguida de orientações de uso e efeitos colaterais, de forma a esclarecer e preparar o usuário para o enfrentamento da cessação.

Caso o indivíduo tenha recaídas no uso da substância, é realizada uma nova avaliação, com agendamento de nova data de parada conforme o grau de motivação pessoal. Considera-se como recaída o retorno ao consumo habitual do tabaco. Nesses casos, tenta-se marcar uma nova data de parada. Já no caso de lapso, que é o consumo esporádico do cigarro seguido de abstinência, mantém-se o tratamento com estratégias motivacionais de enfrentamento ou manejo medicamentoso.

Conforme as informações coletadas nas triagens, além da percepção da fala dos usuários durante as sessões motivacionais, o profissional médico define qual a associação farmacológica a ser utilizada: terapia de reposição de nicotina (TRN) com adesivo, TRN com adesivo e bupropiona, TRN com adesivo e nortriptilina ou, mesmo, a não associação farmacológica. Essa decisão é compartilhada com o paciente e reavaliada semanalmente, podendo, se necessário, ser alterada. A farmacologia pode variar nas dosagens, como é o caso da TRN (21mg, 14mg e 7mg). A TRN com goma de mascar é prescrita em casos de períodos de sintomas de abstinência importantes ou de desejo imperativo de consumo bem definidos e de difícil controle com o adesivo³.

A equipe é composta por agente comunitário de saúde (ACS), psicóloga, farmacêutico, terapeuta ocupacional e médico de família e comunidade (MFC), sempre havendo, em cada reunião, a presença de um profissional médico e de um dos demais profissionais, a fim de aumentar a adesão ao tratamento²⁸. No grupo do Centro de Saúde Ipaussurama, a atividade conta com a participação de estudantes do quinto ano de Graduação em Medicina, o que representa mais uma maneira de divulgar o tratamento e as formas de abordagem ao tabagista. Os alunos participam por cinco semanas, quando então, mudam de estágio em forma de rodízios. Conforme relatos dos estudantes, esse estágio é o único momento de aprendizagem sobre abordagem e tratamento do tabagismo ao longo de toda a graduação.

Para a elaboração desta pesquisa, foi realizado um extenso levantamento bibliográfico sobre o tema, considerando os riscos do tabagismo e as estratégias de abordagem às pessoas dependentes de nicotina. A pesquisa enfatizou artigos que tratam da temática das tentativas de cessação na APS, em grupos motivacionais, com recorte nas dificuldades do processo e consequente abandono do tratamento. Os descritores usados foram: Tabaco, Atenção Primária, Controle de Tabaco, Cessação/Abandono e Dificuldades/Insucesso, combinados a operadores booleanos, em língua inglesa e portuguesa nos campos de busca avançada.

Os dados foram obtidos durante as atividades dos grupos envolvidos e estão arquivados nas fichas de triagem, bem como em livro ata registrado durante as sessões, com informações

de tratamento e tempo de abstinência, bem como com as respectivas datas em que essas informações foram coletadas.

Os dados obtidos nas fichas de triagem foram inseridos no programa Excel®, distribuídos em 49 variáveis com opções de respostas numéricas. Destas, 13 investigam características socioeconômicas, 4 identificam características pertinentes à participação no grupo, 21 estão relacionadas à saúde do participante, 8 apresentam o perfil de uso do tabaco e 3 estão relacionadas ao tratamento proposto na triagem.

As fichas das triagens foram produzidas pela equipe do Centro de Saúde Ipaussurama em 2011, quando o programa de cessação do tabagismo se iniciou. A equipe idealizou o material como forma de padronizar a coleta das informações e qualificar os atendimentos. Dados de identificação, dados de perfil do usuário, informações sobre o tempo de uso do tabaco bem como tentativas de parada e recursos utilizados foram agrupados na primeira página. O escore de Fagerström também foi aplicado na primeira triagem. Na segunda página, foram agrupadas informações de saúde, com ênfase nas comorbidades que pudessem contraindicar os fármacos utilizados; exame físico, realizado no momento da segunda triagem, e a conduta médica a ser seguida, com agendamento de uma data de cessação, definida juntamente com o usuário.

Tendo-se em vista a quantidade de variáveis, optou-se por agrupar algumas categorias durante a construção da planilha e separar as variáveis, conforme suas características, em quatro grupos: sociodemográficas, relativas às condições de saúde, relativas ao tabagismo e relativas à participação no programa.

- Variáveis sociodemográficas: idade (numérica), gênero (masculino e feminino), etnia (branco e não branco), vive com companheiro(a) (sim e não), filhos (sim e não), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), renda (menor que um salário mínimo, entre um e dois salários mínimos e maior que dois salários mínimos), atividade (setor administrativo, industrial, serviços e outros), naturalidade (estado de São Paulo e outro estado), religião (católico e outras) e praticante (sim e não).
- Variáveis relativas às condições de saúde: Uso de álcool (sim e não), arritmias cardíacas (sim e não), cardiopatias isquêmicas (sim e não), hipertensão arterial sistêmica (sim e não), acidente vascular cerebral (sim e não), pneumopatias (sim e não), glaucoma (sim e não), retenção urinária (sim e não), tireoidopatias (sim e não), crises convulsivas (sim e não), distúrbios alimentares (sim e não), diagnóstico psiquiátrico (sim e não), uso de medicações (sim e não), uso de substâncias psicoativas (sim e não), peso (numérico em quilogramas), estatura (numérico em metros), índice de massa corporal (numérico em kg/m²) e uso de antidepressivos

(sim e não).

- Variáveis relativas ao tabagismo: Tempo de tabaco (até trinta anos ou mais que trinta anos), idade de início do uso de tabaco (menor de doze anos, entre doze e dezoito anos e maior ou igual a dezoito anos), maior motivação para cessar (saúde ou outra), tentativa de parada anterior (sim ou não), teste de Fagerström (resultado numérico de zero a dez), resultado de Fagerström (baixo, médio ou alto)
- Variáveis relativas à participação no programa: Grupo que participou (CS Ipaussurama e CS São Cristóvão), número de reuniões motivacionais (quatro, mais que quatro e menos que quatro), encaminhamento (própria UBS e externo), estar no estágio de ação (sim e não), pode arcar com o tratamento (sim e não), se usou farmacoterapia (sim e não), medicações prescritas (bupropiona e adesivo, apenas bupropiona, nortriptilina e adesivo, apenas nortriptilina, apenas adesivo e nenhuma), uso do adesivo (nenhum, 7mg, 14mg, 21mg, 28mg, 35mg e 42mg).

Para o presente estudo, estabeleceu-se como desfecho o abandono do acompanhamento antes de completar 12 semanas. O período de doze semanas permite o seguimento do indivíduo que ainda está medicado e frequenta o programa semanalmente, com registros no livro ata, que é evoluído por membros da equipe de saúde durante a atividade. O desfecho foi categorizado, portanto, em: não abandono e abandono do tratamento. Sendo “não abandono”, quando o participante frequentou regularmente as reuniões, conforme registros no livro ata, contabilizando três meses; e “abandono”, quando o participante deixou de participar em algum momento dentro dos três primeiros meses, de modo que a equipe não tenha dados conclusivos de sua trajetória.

A análise exploratória foi feita através de medidas de tendência central, dispersão para as variáveis sem intervalos e de frequências simples e percentuais para as variáveis absolutas. Além disso, foi estimado o índice de abandono do tratamento entre os participantes e o respectivo intervalo de confiança ao nível de 95%.

Quanto à determinação do risco de abandono do tratamento em função das variáveis independentes analisadas, foi ajustado um modelo de regressão múltipla de Cox. Para tanto, inicialmente, foram identificadas as variáveis que apresentaram associações significativas ($p < 0,20$) com o abandono através de análises bivariadas. Na sequência, as variáveis identificadas na etapa anterior foram inseridas no modelo de regressão múltipla, em que as associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$ (bicaudal). Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS 21.

Cabe destacar que algumas variáveis apresentaram valores faltantes (*missing data*). Assim, antes de se ajustar o modelo de regressão múltipla de Cox, os valores faltantes foram imputados utilizando-se o método “*predictive mean matching*”, por meio da função *mice* do

software R 4.0.3.

Em Campinas, houve uma adaptação na forma de se conduzir as abordagens motivacionais e terapêuticas por questões de restrição de espaço físico nas unidades e devido ao número reduzido de profissionais habilitados para mediar os grupos. Dessa forma, houve a associação das abordagens motivacional e terapêutica em uma mesma dinâmica de grupo, que é avaliada, pela equipe multiprofissional e pelos usuários, como um ponto positivo na estratégia de tratamento. O benefício se dá através das trocas de experiências entre os pacientes, que relatam suas percepções e sentimentos, além de contribuírem com o fortalecimento das motivações dos demais participantes³. Sendo o sucesso de um integrante mais um incentivo para que o outro sintasse encorajado, minimizando o sofrimento e a ansiedade dessa expectativa de controle do tabagismo.

As reuniões ocorrem semanalmente, com duração de 90 minutos, conforme padronização do PNCT. As primeiras quatro reuniões têm caráter motivacional, no sentido de valorizar as principais razões que levam os usuários a buscarem o apoio do grupo. Nesse primeiro mês, os mediadores enfatizam a conscientização sobre os mecanismos das dependências química, emocional e hábito, sendo essa bem trabalhada nesses primeiros encontros com estratégias de dificultar o acesso ao cigarro, reduzir o número de cigarros fumados por dia, controlar momentos de “fissura” com mudanças de pensamentos ou técnicas como: “kit fissura” (cravo, canela, gengibre, copo de água), meditação e atividade física.

A partir da quarta semana, o usuário pode optar por realizar as triagens, quando então tem início o tratamento medicamentoso, se indicado. Após a triagem, as reuniões seguem com frequência semanal enquanto o participante permanecer em uso das medicações, a fim de se avaliar o progresso do tratamento e realizar manejos adequados em casos de recaídas. Passado o período de uso das medicações, a frequência passa a ser mensal, até completar um ano.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), parecer n.º 4.396.642.

RESULTADOS

Caracterização do perfil sociodemográfico

Dos 276 participantes da pesquisa, a média de idade foi de 50,7 anos (DP 11,9), sendo a maioria do sexo feminino, 165 (60%). Do total, 112 (57,7%) se declararam brancos e 82 (42,3%) não brancos; 118 (52,2%) declararam viver com companheiro e 108 (47,8%) sem. Com relação ao número de filhos, 194 (84,7%) relataram ter filhos, e uma minoria 35 (15,3%), não ter.

Quanto ao grau de escolaridade, o número de analfabetos foi 6 (2,7%); com ensino

fundamental, 115 (52,5%); médio, 76 (34,7%), e superior, 22 (10,1%). Responderam receber menos de um salário-mínimo 2 (4%); entre um e dois salários, 32 (64%); e acima de dois salários, 16 (32%).

A respeito da ocupação, 22 (12,4%) participantes declararam trabalhar em setores administrativos; 50, (28,3%) em setor industrial; 71 (40,1%), em serviços; 34 (19,2%), em outros setores.

No âmbito da religiosidade, 120 (58%) se declararam católicos e 87 (42%) referiram outra religião, sendo que, desse total, 131 (62,4%) consideraram-se praticantes, contra 79 (37,6%) de não praticantes.

As tabelas 1,2,3 e 4 apresentam os resultados da análise descritiva das variáveis, dentro de suas respectivas características, separadas nas duas UBS da pesquisa.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	70 ^a	37,2	40 ^a	46	110	40
Etnia						
Branco	62 ^a	51,7	50 ^b	67,6	112	57,7
Não branco	58 ^a	48,3	24 ^b	32,4	82	42,3
Vive com companheiro(a)						
Não	69 ^a	46,9	39 ^a	49,4	108	47,8
Sim	78 ^a	53,1	40 ^a	50,6	118	52,2
Filhos						
Não	18 ^a	12,2	17 ^a	21	35	15,3
Sim	130 ^a	87,8	64 ^a	79	194	84,7
Escolaridade						
Analfabeto	5 ^a	3,6	1 ^a	1,3	6	2,7
Fundamental	77 ^a	54,6	38 ^a	48,7	115	52,5
Médio	44 ^a	31,2	32 ^a	41	76	34,7
Superior	15 ^a	10,6	7 ^a	9	22	10,1
Renda						
Menos que 1SM	0	0	2	4,9	2	4
1 a 2 SM	9	100	23	56,1	32	64
Mais de 2 SM	0	0	16	39	16	32
Ocupação **						
<i>White colar</i>	17 ^a	13,5	5 ^a	9,8	22	12,4
<i>Blue colar</i>	26 ^a	20,6	24 ^b	47,1	50	28,3
<i>Pink colar</i>	59 ^a	46,8	12 ^b	23,5	71	40,1
Outros	24 ^a	19,1	10 ^a	19,6	34	19,2
Naturalidade						
São Paulo	85 ^a	58,2	42 ^a	54,5	127	57

(Conclusão)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	n	%	n	%	N	%
Outro estado	61 ^a	41,8	35 ^a	45,5	96	43
Religião						
Católico	83 ^a	60,6	37 ^a	52,9	120	58
Outras	54 ^a	39,4	33 ^a	47,1	87	42
Pratica a religião						
Sim	87 ^a	62,6	44 ^a	62	131	62,4
Não	52 ^a	37,4	27 ^a	38	79	37,6
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade ϕ	51,57	11,71	48,78	12,40	50,67	11,99
Anos residindo em Campinas ϕ	37,29	15,49	31,45	14,16	33,7	14,89

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni:

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni:

 ϕ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 2 – Condições de saúde da população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Arritmia cardíaca						
Não	176 a	94,6	79 a	92,9	255	94,1
Cardiopatia isquêmica						
Sim	12 a	6,4	10 a	11,8	22	8,1
Não	176 a	93,6	75 a	88,2	251	91,9
HAS						
Sim	47 a	25	29 a	34,1	76	27,8
Não	141 a	75	56 a	65,9	197	72,2
Acidente vascular encefálico						
Sim	12 a	6,4	6 a	7,1	18	6,6
Não	176 a	93,6	78 a	92,9	254	93,4
Patologia respiratória						
Sim	43 a	22,9	13 a	15,5	56	20,6
Não	145 a	77,1	71 a	84,5	216	79,4
Glaucoma						
Sim	6 a	3,2	4 a	4,7	10	3,7
Não	182 a	96,8	81 a	95,3	263	96,3
Retenção urinária						
Sim	11 a	5,9	2 a	2,4	13	4,8
Não	177 a	94,1	80 a	97,6	257	95,2
Tireoidopatia						
Sim	16 a	8,5	5 a	6,1	21	7,8
Não	172 a	91,5	77 a	93,9	249	92,2

(Conclusão)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Crises convulsivas						
Sim	6 a	3,2	6 a	7,2	12	4,4
Não	182 a	96,8	77 a	92,8	259	95,6
Bulimia/Anorexia						
Sim	7 a	3,7	1 a	1,2	8	3
Não	181 a	96,3	81 a	98,8	262	97
Diagnóstico psiquiátrico						
Sim	26 a	13,8	12 a	14,3	38	14
Não	162 a	86,2	72 a	85,7	234	86
Uso de medicações **						
Sim	75 a	39,9	45 b	52,9	120	44
Não	113 a	60,1	40 b	47,1	153	56
Faz uso de antidepressivos						
Sim	19 a	10,2	11 a	13,1	30	11,1
Não	167 a	89,8	73 a	86,9	240	88,9
Faz uso de substância psicoativa						
Sim	7 a	3,7	6 a	7,1	13	4,8
Não	180 a	96,3	78 a	92,9	258	95,2
Faz uso de bebida alcoólica						
Sim	83 a	47,2	34 a	40,5	117	45
Não	93 a	52,8	50 a	59,5	143	55
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
IMC	25,71	4,70	26,15	4,43	25,85	4,61
Peso	69,38	14,89	71,32	13,94	70	14,59
Altura	1,64	0,10	1,65	0,09	1,64	0,10

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni:

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni:

φ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 3 – Perfil relativo ao uso do tabaco na população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Tempo de uso do tabaco						
Mais de 30 anos	120 a	66,3	43 b	53,1	163	62,2
Idade que iniciou o uso do tabaco						
Menos de 12 anos	30 a	16,4	14 a	17,3	44	16,7
Entre 12 e 18 anos	115 a	62,8	44 a	54,3	159	60,2
Maior ou igual a 18 anos	38 a	20,8	23 a	28,4	61	23,1

(Conclusão)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Maior motivação “agora”						
Saúde	139 ^a	77,2	61 ^a	75,3	200	76,6
Outros	41 ^a	22,8	20 ^a	24,7	61	23,4
Tentou cessar o tabagismo anteriormente?						
Sim	136 ^a	76,4	61 ^a	74,4	197	75,8
Não	42 ^a	23,6	21 ^a	25,6	63	24,2
Fagerström categórico **						
Baixo (0 a 4)	39 ^a	20,9	30 ^b	34,9	69	25,3
Médio (5 a 7)	88 ^a	47	45 ^a	52,3	133	48,7
Alto (8 a 10)	60 ^a	32,1	11 ^b	12,8	71	26
Está no estágio de ação ***						
Sim	78 ^a	92,9	76 ^b	100	154	96,2
Não	6 ^a	7,1	0 ^b	0	6	3,8
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fagerström ϕ	6,01	2,34	5,15	2,09	5,74	2,29

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

 ϕ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 4 – Perfil relativo à participação no PCT na população do estudo (n=276)

Variáveis	Ipaussurama		São Cristóvão		Total	
	N	%	n	%	n	%
Pode arcar com o tratamento **						
Não	32 ^a	49,2	7 ^b	9,1	39	27,5
Reuniões motivacionais **						
Menos que quatro	14 ^a	9,1	11 ^a	14,5	25	10,9
Quatro	134 ^a	87	38 ^b	50	172	74,8
Mais que quatro	6 ^a	3,9	27 ^b	35,5	33	14,3
Forma de encaminhamento						
UBS	46 ^a	38,7	41 ^a	50	87	43,3
Externo	73 ^a	61,3	41 ^a	50	114	56,7

(Conclusão)

Variáveis	Ipaussurama	São Cristóvão	Total			
	N	%	n	%	n	%
Farmacoterapia **						
Sim	187 ^a	99,5	78 ^b	92,9	265	97,4
Não	1 ^a	0,5	6 ^b	7,1	7	2,6
Medicação						
Bupropiona+adesivo	124 ^a	66	58 ^a	69	182	66,9
Bupropiona	4 ^a	2,1	6 ^b	7,1	10	3,6
Nortriptilina+adesivo	13 ^a	6,9	3 ^a	3,6	16	5,9
Adesivo	45 ^a	24	17 ^a	20,3	62	22,8
Nenhum	1 ^a	0,5	0 ^a	0	1	0,4
Outras TRN	1 ^a	0,5	0 ^a	0	1	0,4
Adesivo **						
Não usou	7 ^a	3,8	6 ^a	7,2	13	4,8
7 Mg	8 ^a	4,3	9 ^b	10,7	17	6,3
14 Mg	42 ^a	22,7	21 ^a	25	63	23,4
21 Mg	84 ^a	45,4	37 ^a	44	121	45
28 Mg	21 ^a	11,4	1 ^b	1,2	22	8,2
35 Mg	12 ^a	6,5	7 ^a	8,3	19	7,1
42 Mg	11 ^a	5,9	3 ^a	3,6	14	5,2

* p-valor < 0,05 de acordo com o Teste t-student

** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste Qui-quadrado; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

*** p-valor < 0,05 de acordo com o Teste exato de Fisher; porcentagens seguidas de letras minúsculas diferentes apresentam diferença significativa de 5% pelo teste Z, com correção de Bonferroni;

φ p-valor < 0,05 de acordo com o Teste de Mann-Whitney U

Fonte: elaborada pelos autores

Abandono do tratamento

No período analisado, de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, o percentual de abandono do tratamento, avaliado na décima segunda semana de tratamento, foi de 31% (IC 95% 26%-37%), o que equivale a 87 indivíduos.

Em relação ao risco de abandono do tratamento em função das variáveis independentes, as tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam os resultados dos modelos bivariados. Como pode ser observado, as variáveis sexo, idade, estado civil, cardiopatia isquêmica, HAS, crises convulsivas, tempo de uso do tabaco e número de reuniões motivacionais menor que 4 (<4) apresentaram valor de $p > 0,2$ e foram incluídas no modelo final, apresentado na tabela 9.

Tabela 5 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos às variáveis sociodemográficas

Variável	RR	IC 95%	P
Etnia (não brancos)	1.19	0.782-1.816	.415
Idade	0.984	0.967-1.001	.058
Vive com companheiro(a) (Sim)	0.647	0.422-0.991	.046
Religião (outra)	1.311	0.861-1.996	.207
Praticante Religião (sim)	0.992	0.646-1.534	.971
Escolaridade (Ensino Médio)	0.798	0.519-1.227	.304
Filhos (sim)	1.051	0.583-1.894	.870
Atividade			.527
Industriais	1.252	0.637-2.462	.515
Setor de Serviços	1.307	0.680-2.512	.422
Outros	0.823	0.363-1.865	.641

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 6 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos às condições de saúde

Variável	RR	IC 95%	P
IMC	1.002	0.957-1.049	.937
Estado Nutricional	1.097	0.705-1.706	.683
Uso de álcool (sim)	0.775	0.504-1.192	.246
Arritmias Cardíacas (sim)	1.254	0.579-2.716	.566
Cardiopatía Isquêmica (sim)	1.680	0.913-3.090	.095
HAS (sim)	0.487	0.275-0.862	.014
AVC (sim)	0.780	0.316-1.925	.591
Patologia Respiratória (sim)	0.721	0.407-1.277	.262
Glaucoma (sim)	0.786	0.248-2.485	.681
Retenção Urinária (sim)	1.499	0.654-3.434	.339
Tireoidopatia (sim)	0.963	0.445-2.084	.923
Crises Convulsivas (sim)	1.895	0.916-3.921	.085
Bulimia/Anorexia (sim)	1.614	0.592-4.403	.349
Diag. Psiquiátrico (sim)	1.036	0.575-1.869	.905
Uso de Medicacões (sim)	0.837	0.545-1.285	.417
Uso de SPA	1.061	0.430-2.617	.898

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 7 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos ao uso do tabaco

Variável	RR	IC 95%	P
Idade de Início do Tabaco			.834
12 - <18 Anos	1.089	0.605-1.959	.777
>=18 Anos	0.932	0.467-1.858	.841
Tempo De Uso Do Tabaco (>30 anos)	0.539	0.354-0.821	.004
Tentativa Anterior (sim)	1.222	0.701-2.131	.480
Escore Fagerström	1.032	0.939-1.135	.514
Resultado Fagerström			.729
Médio (5-7)	1.232	0.732-2.071	.432
Alto (8-10)	1.186	0.652-2.157	.576
Estatura	0.648	0.313-1.341	.243
Maior Motivação "Agora"	0.907	0.545-1.508	.707

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 8 – Estimativas de Risco Relativo e intervalos de confiança a 95% obtidas nos modelos bivariados relativos à participação no programa

Variável	RR	IC 95%	P
Grupo	1.243	0.804-1.922	.328
Encaminhamento (externo)	1.209	0.782-1.870	.392
Arcar com o Tratamento (sim)	1.054	0.672-1.652	.820
Número de Reuniões Motivacionais			.153
>4	1.386	0.814-2.359	.230
<4	1.688	0.939-3.036	.080
Farmacoterapia (sim)	0.622	0.197-1.968	.419
Bupropiona (sim)	0.875	0.558-1.372	.562
Nortriptilina (sim)	1.333	0.616-2.886	.466
Adesivo (sim)	0.721	0.315-1.653	.440
Dose Adesivo			.891
7 Mg	0.491	0.139-1.741	.271
14 Mg	0.815	0.330-2.010	.657
21 Mg	0.715	0.302-1.691	.445
28 Mg	0.848	0.294-2.445	.761
35 Mg	0.491	0.139-1.741	.271
42 Mg	0.778	0.237-2.548	.678

Fonte: elaborada pelos autores

O resultado da análise de regressão logística multivariada indicou que indivíduos com HAS abandonaram menos o tratamento no período de doze semanas após a triagem ($p=0,030$).

Tabela 9 – Regressão múltipla de Risco Relativo com intervalos de confiança correspondentes

Variável	RR	IC 95%	P
Sexo Masculino	0.683	0.429-1.087	.108
Idade (Anos)	1.002	0.978-1.027	.871
Com Companheiro	0.818	0.529-1.265	.367
Possui Cardiopatia Isquêmica	1.730	0.882-3.393	.111
Possui HAS	0.506	0.273-0.938	.030
Crises Convulsivas (sim)	1.612	0.711-3.655	.253
Tempo de Tabagismo > 30	0.629	0.343-1.151	.133
Número de Reuniões (Ref:4)			.261
>4	1.343	0.763-2.365	.307
< 4	1.535	0.874-2.699	.136

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Na população estudada, a idade média foi de 50,8 anos (DP 12,3), sendo a maioria do sexo feminino, 166 (60%), semelhante a outras pesquisas^{21,29,30,5}. Apesar de a prevalência em homens ser maior, mulheres buscam mais o tratamento⁵.

Enquanto outros artigos mostram que morar com cônjuge aumenta as chances de adesão ao tratamento, a presente pesquisa não encontrou diferença significativa^{21,31}.

A taxa de abandono do tratamento encontrada na presente pesquisa foi de 31% (IC 95% 26%-37%), após doze semanas. Um estudo de coorte realizado em Cuiabá, MT, que avaliou o mesmo modelo de tratamento preconizado pelo PNCT, demonstrou taxa de abandono similar, 34,26%, após seis meses de acompanhamento³².

Outras pesquisas realizadas no Brasil, entretanto, encontraram taxas de abandono inferiores à encontrada na presente pesquisa. Um estudo publicado pela Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro encontrou uma taxa de abandono do tratamento de 26%, enquanto outro estudo, realizado em município do Paraná, evidenciou uma taxa de abandono do tratamento de 23,8%, após o primeiro mês^{21,33}.

Koçak et al. encontraram taxa de não adesão ao tratamento de 24,6% após um ano de seguimento³⁴. Contudo, no caso desse estudo realizado na Turquia, o atendimento poderia ser feito presencialmente ou por telefone³⁴. Cabe destacar que, apesar de os resultados pontuais de Meier et al., Costa et al. e Koçak et al.^{21,33,34} terem sido inferiores aos encontrados no presente estudo, estão muito próximos (em um dos casos incluído), no intervalo de confiança encontrado nesta pesquisa.

Em meio às comorbidades avaliadas na análise estatística, notou-se que indivíduos não hipertensos apresentaram maior índice de abandono, talvez devido ao fato de a hipertensão ser

entendida por grande parte das pessoas como um maior risco à saúde^{33,30}.

Entre os possíveis fatores relacionados ao abandono do tratamento, na literatura, encontrou-se baixo nível motivacional, níveis moderado e grave de ansiedade e menor tempo de tabagismo³⁵. Meier et al.²¹ mostram associação com o tipo de abordagem utilizada, o horário das reuniões e à formação dos profissionais envolvidos; Jesus et al.¹⁷ apontam, de maneira qualitativa, para a pressão do estresse cotidiano como dificultador, levantando a importância de se explorar a automotivação individual e propõe um suporte psicológico especializado. Azevedo e Fernandes apontam que a falta de atividades de lazer aumenta a taxa de insucesso²⁰.

O grau de dependência nicotínica não se mostrou, nesta pesquisa, significativamente associado ao abandono, como também foi observado em Azevedo e Fernandes²⁰. Outros estudos mostram que um grau elevado de dependência nicotínica aumenta as chances de falhas no tratamento^{4,21,23,34,29}.

Possivelmente, a flexibilização de modelos de atendimento ao usuário poderia atuar como uma forma de minimizar o abandono do programa²¹, o que reforça a necessidade de se ofertar formas alternativas de atendimento aos indivíduos que buscam o tratamento, como chamadas por vídeo, aplicativos com possibilidade de troca de mensagens, entre outros²¹.

Cabe ressaltar que a pandemia causada pelo Sars-Cov-2 já acelerou esse processo desde meados de 2020, devido à impossibilidade de se promoverem reuniões presenciais. Portanto torna-se necessário conduzir novas pesquisas a fim de se analisarem os dados referentes ao abandono nos programas de tratamento que passaram a fazer uso dessas novas possibilidades de seguimento dos pacientes.

Além de identificar as taxas de abandono do tratamento do tabaco, compreender os fatores associados a esse evento é fundamental para otimizar estratégias e garantir maior efetividade do programa ¹³.

Apesar de ser um estudo de coorte, com um tamanho amostral relativamente elevado, ele apresenta algumas limitações que precisam ser levadas em consideração ao se analisarem os resultados. Em primeiro lugar, é importante levar em consideração que a obtenção de dados foi feita por profissionais diferentes ao longo dos anos (2016-2019), possibilitando a ocorrência de viés de informação. Contudo, o uso de um formulário padronizado durante o período diminui a probabilidade de ocorrência desse viés. A quantidade de dados faltantes também pode ser vista como uma limitação, embora, para lidar com essa questão, tenha sido feita a imputação de dados.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa analisou a experiência de duas UBS de Campinas, SP, quanto ao modelo

de tratamento de tabagismo proposto pelo PNCT, apresentando as adaptações feitas pelas equipes. Ela estimou um percentual de abandono do tratamento, bem como identificou aspectos do perfil epidemiológico dos indivíduos que buscaram os serviços. Dentre as variáveis estudadas como possíveis associações com o abandono do tratamento, a regressão logística indicou que indivíduos com HAS abandonam menos o tratamento no período de doze semanas após a triagem ($p=0,030$). Esse resultado, associado à informação de que a prevalência de tabagismo ainda é alta entre pessoas portadoras de CCNT, é útil para incentivar profissionais de saúde a ofertar o tratamento de tabagismo nas consultas programáticas de hipertensão.

Múltiplos aspectos são apontados como dificultadores no processo de tratamento do tabagismo nos contextos fisiológico, com os sintomas de abstinência; comportamental, nas relações construídas com o uso do tabaco ao longo dos anos; e psicossocial, no manejo das emoções. Para isso, o serviço de saúde precisa aprimorar habilidades multiprofissionais e garantir acessibilidade, facilitando o suporte profissional quando o indivíduo, que está em tratamento, demandar. Possivelmente, pessoas com maior grau de dependência precisam de abordagem multidisciplinar, além do tratamento medicamentoso. Por outro lado, indivíduos mais motivados ou com menor grau de dependência nicotínica podem obter sucesso sem o suporte farmacológico. Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de redução da expectativa com a abstinência, por parte dos profissionais da saúde, a fim de otimizar a resiliência no cuidado e o aprimoramento das habilidades de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Warren GW, Alberg AJ, Kraft AS, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's Report: "The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress" A Paradigm Shift in Cancer Care. *Cancer* [Internet]. 2014 [acessado em 2020 out. 5]; 120:1914-1916. DOI <https://doi.org/10.1002/cncr.28695>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24687615/>
2. World health organization, editor. Launch of WHO report on the global tobacco epidemic 2019. *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*; 2019 [acessado em 2020 jan. 21]. Disponível em: <https://www.who.int/fctc/secretariat/head/statements/2019/launch-who-7-report-global-tobacco-epidemic/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. 22-25p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf
4. Santos MD, Santos SV, Caccia-Bava MC. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [acessado em 2019 dez. 14]; 24:563-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.27712016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/69DhmLXnFqT47w64fdFjqTF/?lang=pt>
5. Banhato EF, Andrade BA, Santos PB, et al. Smoking Cessation in Clinical Practice:

- Experience of a Multidisciplinary Team in Smokers with Multiple Chronic Conditions. *Int J Cardiol* [Internet]. 2021 Ago.19 [acessado em 2020 mai. 2]; 3:1-5. DOI 10.31487/j.JICOA.2020.03.11. Disponível em: https://www.sciencerepository.org/articles/smoking-cessation-in-clinical-practice-experience-of-a-multidisciplinary-team_JICOA-2020-3-111.pdf?_gl=1*sjv4ms*_ga*NDAyOTcyMjM0LjE2Mjk0MTkyNDc
6. Galil AG, Cupertino AP, Banhato EF, et al. Factors associated with tobacco use among patients with multiple chronic conditions. *Int J Cardiol* [Internet]. 2016 [acessado em 2020 mai. 8]; 221:1004-1007. DOI 10.1016/j.ijcard.2016.07.041. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27441482/>
 7. Instituto nacional de câncer. Dados e números da prevalência do tabagismo [Internet]. 2021 [revisado 2021 Mar 5; acessado em 2021 jun. 3]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>
 8. Barreto IF. Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. *História, ciências, saúde - manguinhos* [Internet]. 2018 [acessado em 2019 ago. 23]; 25:797-815. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000400011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/gR3wzXhzp5mWtvqXchfKG6x/?lang=pt>
 9. Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2000 [acessado em 2019 ago. 31]; 16:241-244. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2000.v16n1/241-244/>
 10. Santos JDP, Duncan BB, Sirena SA, Vigo A, Abreu MN. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol.Serv.Saúde* [Internet]. 2012 [acessado em 2021 ago. 19];21 DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400007>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201200040000
 11. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35:158-76.
 12. Bartsch AL, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [acessado em 2020 mar. 15]; 11 DOI: 10.1371/journal.pone.0168482. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168482>
 13. Leppänen A, Ekblad S, Tomson T. Tobacco Cessation on Prescription as a primary health care intervention targeting a context with socioeconomically disadvantaged groups in Sweden: a qualitative study of perceived implementation barriers and facilitators among providers. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [acessado em 2020 nov. 7]; 14 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212641>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212641>
 14. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MT, Waquil PD. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2016 [acessado em 2019 ago. 31]; 21:23-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.16802014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qhw89jXcXKJPbQgH86vMtG/?lang=pt23>
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 2.436, 21 de set de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017.*

16. Greenhalgh E, Scollo M, Winstanley M. Tobacco in Australia: Facts and issues [Internet]. 4th ed. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2020 [acessado em 2021 ago. 19]. 18 p. ISBN: 978-0-947283-76-6. Disponível em: <https://www.tobaccoinaustralia.org.au/downloads/chapters/Introduction.pdf>
17. Jesus MC, Silva MH, Cordeiro SM, Korchmar E, Zampier VS, Merighi MA. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [acessado em 2021 Feb 15]; 50:71-78. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n4YyKY7xNZD3pbJPcjCckRF/?lang=en>
18. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. BMJ Open [Internet]. 2016 [acessado em 2019 Dec 18]; 6:1-9. DOI 10.1136/bmjopen-2016-011045. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011045>
19. Wittkowski L, Dias CR. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2018 [acessado em 2020 Oct 5]; 12:1-11. DOI 10.5712/rbmfc12(39)1463. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1463>
20. Azevedo RC, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. São Paulo Med J [Internet]. 2011 [acessado em 2020 mar. 15]; 129:380-386. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802011000600003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/SCWgHsFdjPMFNxgS4JVfK6B/?lang=en>
21. Meier DA, Vannuchi MT, Secco IA. Abandono do tratamento do tabagismo em Programa de município do norte do Paraná. Repts [Internet]. 2011 [acessado em 2021 ago.19]; 13:35-44. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2011v13n1p35>. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/448>
22. Pereira MO, Assis BC, Gomes NM, Alves AR, Reinaldo AM, Beininger MA. Motivation and difficulties to reduce or quit smoking. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [acessado em 2020 abr. 17]; 73 DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TLjLYMJdVPrsLTQMN45GSZw/?format=html>
23. Rafful C, García-Rodríguez O, Wang S, Secades-Villa R, Martínez-Ortega JM, Blanco C. Predictors of quit attempts and successful quit attempts in a nationally representative sample of smokers. Addict Behav [Internet]. 2013 [acessado em 2019 nov 19]; 38:1920-1923. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23380497/>
24. Castaldelli-Maia JM, Loreto AR, Carvalho CF, Frallonardo FP, Andrade AG. Retention predictors of a smoking treatment provided by a public psychosocial unit in Brazil. Int Rev Psychiatry [Internet]. 2014 [acessado em 2019 nov. 21]; 26:515-523. DOI: <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928272>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2014.928272?journalCode=iirp20.&>
25. Nascimento CC, Silva GA, Nascimento MI. Fatores associados à recaída do tabagismo em pacientes assistidos em unidades de saúde da zona oeste do município do Rio de Janeiro. Rev. APS [Internet]. 2016 [acessado em 2019 nov. 19]; 19:556-567. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15614/8187>
26. Lopes FM, Peuker AC, Rech BE, Gonçalves R, Bizarro L. Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido em uma universidade pública. Cad. Ter. Ocup. UFSCar [Internet]. 2014 [acessado em 2020 fev. 15]; 22:5-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.025>. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1035>
27. Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). População de Campinas [Internet].

- Campinas; 2019 [acessado em 2020 jan. 16]. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>
28. Associação Médica Brasileira (AMB). Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer. Projeto Diretrizes: evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao Poder Judiciário [internet]. 2013 [acessado 2016 fev. 15]; [71 p.]. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>
29. Arendartchuk D, Ayala AL. Factors associated smoking cessation among participants of an anti-smoking program in a basic health unit in Joinville, SC. Rev. APS [Internet]. 2018 [acessado em 2019 ago.27]; 21:570-589. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16566>. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/312083914_Evidencias_Cientificas_sobre_Tabagismo_para_Subsidio_ao_Poder_Judiciario
30. Pereira CF, Vargas D. Who are the female smokers who seek treatment for smoking cessation: a Brazilian cohort study. J Subst Use [Internet]. 2017 [acessado em 2020 jun. 18]; 22:494-500. DOI: 10.1080/14659891.2016.1245795. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2016.1245795?journalCode=ijsu20>
31. Siemer L, Brusse-Keizer M, Postel M, et al. Blended Smoking Cessation Treatment: exploring measurement, levels, and predictors of adherence. J Med Internet Res [Internet]. 2018 [acessado em 2020 out. 5];20 DOI 10.2196/jmir.9969. Disponível em:
<https://www.jmir.org/2018/8/e246>
32. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Abandonment of nicotine dependence treatment: A cohort study. Med. J [Internet]. 2016 [acessado em 2021 ago.19]; 134 DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.00830309>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/spmj/a/jDrj6qD7533mmJw5fbDSCpM/abstract/?lang=en>
33. Costa AA, Elabras J, Araújo ML, Ferreira JES, Meirelles RL, Magalhães CK. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. Revista da SOCERJ [Internet]. 2006 [acessado em 2019 nov. 19]; 19:397-403. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2006_05/a2006_v19_n05_art04.pdf
34. Koçak ND, Aktürk UA. What Factors Influence Non-Adherence to the Smoking Cessation Program?. Turk Thorac J [Internet]. 2019 [acessado em 2020 jan. 16]; 20:168-174. DOI: 10.5152/TurkThoracJ.2018.18040. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30986171/>
35. 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 [acessado em 2021 ago.19]; 63 DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TNrZLBprXMTT3RFPR5yM3qf/abstract/?lang=pt>