

Cláudia Aparecida de Carvalho

**AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE EM TABAGISMO:  
estudo piloto de um ensaio clínico randomizado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração: Saúde Brasileira da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Antônio Basile Colugnati

Juiz de Fora

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Carvalho, Cláudia Aparecida.  
AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE EM TABAGISMO : estudo piloto de um ensaio clínico randomizado / Cláudia Aparecida de Carvalho. -- 2015.  
141 f. : il.

Orientador: Telmo Mota Ronzani  
Coorientador: Fernando Antônio Basile Colugnati  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2015.

1. Tabagismo. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Intervenção Breve. 5. Abordagem Cognitivo-Comportamental. I. Mota Ronzani, Telmo, orient. II. Basile Colugnati, Fernando Antônio, coorient. III. Título.

Cláudia Aparecida de Carvalho

**AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE EM TABAGISMO:  
estudo piloto de um ensaio clínico randomizado**

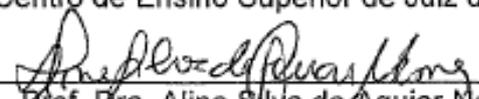
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração: Saúde Brasileira, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde.

Aprovada em: 02/02/2015

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani – Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhato  
Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Aline Silva de Aguiar Nemer  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr. Telmo Mota Ronzani, pela oportunidade, disponibilidade e aprendizado

Ao Dr. Fernando A. B. Colugnati, pelo apoio e aprendizado

Ao meu pai José (in memoriam) pelo exemplo de vida

À família pela motivação e carinho

Ao Camilo, pelo companheirismo e paciência

Aos amigos, pelo incentivo e apoio

À Rafaela, Juliana, Mariana, Maira e Lucas, pela participação neste estudo

Aos profissionais, gerentes e funcionários das UAPS (São Pedro, Santa Luzia e Bandeirantes), pelo apoio durante a realização da pesquisa

Aos participantes do estudo, pela valiosa contribuição

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para este estudo

*“A verdadeira viagem de descobrimento  
não consiste em procurar novas paisagens,  
mas em ter novos olhos.”*

(PROUST, 2004)

## RESUMO

O tabagismo é resultante da dependência de nicotina e o uso do tabaco está associado a várias doenças e mortes. O Objetivo do estudo foi avaliar a eficácia de uma sessão de Intervenção Breve para dependentes de tabaco que procuram tratamento em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Juiz de Fora. Método: Comparou-se a abordagem intensiva do fumante que segue o protocolo do Ministério da Saúde (MS) e se utiliza da visão Cognitivo-Comportamental com oito sessões semanais utilizando o modelo de intervenção breve, que consiste em uma forma de aconselhamento na tentativa de modificar o comportamento através de técnicas motivacionais com uma única sessão. Os participantes foram alocados em cada grupo de tratamento através de randomização. Os desfechos avaliados: cessação, motivação, redução do número de cigarros, grau de intensidade da dependência da nicotina, sintomas de depressão e ansiedade, fissura, adesão ao tratamento, tentativas de cessação para fumar. Participaram do estudo cinquenta e duas (52) pessoas. As avaliações de seguimento foram realizadas por telefone, em três e seis meses, após as intervenções. O estudo foi um piloto de um ensaio clínico randomizado com análises descritivas. Resultados: A maior parte das pessoas que compuseram o presente estudo era do sexo feminino (82,7%), com idade média de 49 anos (DP 9,6). Na avaliação de dependência de nicotina predominou o grau elevado, na linha de base, nos grupos. Nos seguimentos o grupo IB apresentou diminuição e a manteve. A motivação era alta na linha de base, nos grupos. Nos seguimentos manteve-se alta e ausente no grupo IB e alta no ACC. Os grupos apresentaram sintomas de ansiedade na linha de base. Nos seguimentos houve aumento no grupo IB e diminuição, no controle. Os grupos também apresentaram sintomas de depressão. Nos seguimentos, no grupo IB, a depressão elevou-se e no controle, diminuiu. Na linha de base as pessoas apresentaram fissura moderada nos dois grupos. Nos seguimentos, a fissura manteve-se moderada no grupo IB. O grupo IB não relatou abstinência. O número de tentativas de parar de fumar aumentou. Houve redução no número de cigarros fumados e influência no comportamento de saúde. Discussão: O estudo piloto demonstrou que é possível reduzir o consumo de tabaco, mudar o comportamento de saúde, aumentar o número de tentativas de parar de fumar e manter os níveis de fissura e dependência de nicotina por meio de uma intervenção breve de sessão única. Conclusão: Uma intervenção (IB) individual,

com uma sessão e menor tempo de treinamento para sua realização, menor custo para aplicação, mostrou-se promissora quando comparada ao grupo ACC. Sugere-se novos estudos para avaliar a IB em tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Intervenção Breve. Abordagem Cognitivo-Comportamental.

## ABSTRACT

Smoking is the result of nicotine addiction, and tobacco use is associated with various diseases and causes of death. The Objective of the study was to evaluate the effectiveness of a Brief Intervention (BI) session for tobacco addicts seeking treatment in Primary Health Care Units (PHCUs) in Juiz de Fora. Method: We compared the intensive treatment of the smoker, which follows the Ministry of Health (MH) protocol and uses the Cognitive-Behavioral Approach (CBA), in eight weekly sessions, with the Brief Intervention model, which consists of a form of counseling in an attempt to modify behavior through motivational techniques, in a single session. Participants were assigned to each treatment group in random order. The outcomes measured were: cessation, motivation, reduced number of cigarettes, intensity level of nicotine dependence, symptoms of depression and anxiety, craving, adherence to treatment, smoking cessation attempts. Fifty-Two (52) persons participated in the study. Follow-up evaluations were conducted by phone, at three and six months after the interventions. The study was a pilot for a randomized clinical trial with descriptive analyses. Results: Most of the people in this study were female (82.7%), with a mean age of 49 years (SD 9.6). In the baseline assessment, a high level of nicotine dependence predominated in the groups. In the follow-ups, the BI group showed and maintained a decrease. Motivation was high at the baseline, in the groups. In the follow-ups it remained high and absent in the BI group and high in the CBA group. The groups showed symptoms of anxiety in the baseline. In the follow-ups there was an increase, in the BI group, and a reduction, in the control group. The groups also showed symptoms of depression. In the follow-ups, depression increased in the BI group and decreased in the control group. In the baseline, people had moderate craving in both groups. In the follow-ups, craving remained moderate in the BI group. The BI group did not report abstinence. The number of attempts to quit smoking increased. There was a reduction in the number of cigarettes smoked and an influence on health behavior. Discussion: The pilot study showed that it is possible to reduce tobacco use, change health behavior, increase the number of attempts to quit smoking, and control the levels of nicotine craving and dependence through a brief intervention in a single session. Conclusion: An individual intervention (BI), in one session, with less training time for its administration and a lower cost to implement,

showed promising results when compared to the CBA group. Further studies are suggested to evaluate the BI for smoking treatment.

Keywords: Smoking. Primary Health Care. Unified Health System (SUS). Brief Intervention. Cognitive-Behavioral Approach.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 –</b>	Desenho do estudo .....	50
<b>Figura 2 –</b>	Motivação.....	81
<b>Figura 3 –</b>	Sintomas de ansiedade.....	81
<b>Figura 4 –</b>	Sintomas de depressão.....	82
<b>Figura 5 –</b>	Fissura .....	83
<b>Gráfico 1 –</b>	Uso de cigarros/dia no grupo IB e ACC na linha de base (T1) e seguimentos (T2 e T3) .....	79
<b>Gráfico 2 –</b>	Grau de dependência de nicotina nos grupos IB e ACC (Teste de Fagerström) .....	80

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características sociodemográficas dos tabagistas .....	78
<b>Tabela 2</b> – Perfil do tabagismo nos grupos (IB e ACC) na linha de base .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	Abordagem Cognitivo-Comportamental
CID-10	Classificação Internacional de Doença. 10ª edição.
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
FTNQ	Fagerström Test for Nicotine Dependence (Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina)
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IB	Intervenção Breve
Inca	Instituto Nacional de Câncer
MG	Minas Gerais
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAP	Perguntar e avaliar, aconselhar e preparar
PAAPA	Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
QSU	Questionnaire of Smoking Urges Brief
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição da Nicotina
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
2.1	A DEPENDÊNCIA DO TABACO .....	17
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO.....	19
2.3	A POLÍTICA NACIONAL PARA O CONTROLE DO TABAGISMO .....	24
<b>2.3.1</b>	<b>Avaliação da Política Nacional de Tabagismo no Brasil</b> .....	31
<b>2.3.2</b>	<b>O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)</b> .....	34
<b>2.3.3</b>	<b>O Tratamento do Tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....	35
2.4	A INTERVENÇÃO BREVE .....	38
<b>2.4.1</b>	<b>Estudos sobre Intervenção Breve</b> .....	40
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	44
3.1	OBJETIVO GERAL.....	44
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	45
4.1	LOCAL DO ESTUDO .....	45
4.2	PARTICIPANTES .....	45
4.3	PROCEDIMENTOS.....	46
4.4	O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO .....	48
4.5	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA.....	50
4.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	51
4.7	CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO .....	51
4.8	INSTRUMENTOS.....	51
<b>4.8.1</b>	<b>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Versão Brasileira 5.0.0.</b> .....	51
<b>4.8.2</b>	<b>Questionário sociodemográfico e padrão de consumo de tabaco</b> .....	52
<b>4.8.3</b>	<b>Questionário de tolerância de Fagerström – (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTNQ)</b> .....	52
<b>4.8.4</b>	<b>Questionnaire of Smoking Urges Brief (QSU-B)</b> .....	52
<b>4.8.5</b>	<b>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</b> .....	53
<b>4.8.6</b>	<b>Escala de Contemplação Ladder</b> .....	53
<b>4.8.7</b>	<b>Autorrelato de Abstinência</b> .....	53
<b>4.8.8</b>	<b>Avaliação de Seguimento</b> .....	54
4.9	ANÁLISE DOS DADOS .....	54

4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
5.1	PROTOCOLO DE ESTUDO.....	55
5.2	RESULTADOS OBTIDOS NO ESTUDO PILOTO .....	78
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>85</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dependência do tabaco é reconhecida como transtorno mental desde o ano de 1992, quando a OMS incluiu o tabagismo na Classificação Internacional de Doenças CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o tabagismo como um dos principais problemas de Saúde Pública. A dependência ao tabaco encontra-se entre os vinte maiores fatores de risco para problemas de saúde e a mais importante causa evitável de morbidade e mortalidade prematura no mundo. Estima-se que 5 milhões de óbitos anuais no mundo são atribuídos ao tabagismo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

À condição de cronicidade da dependência do tabaco somam-se às dificuldades que os fumantes enfrentam para alcançar a cessação do tabagismo como, por exemplo, enfrentar a síndrome da abstinência e a ambivalência em relação ao comportamento de fumar. Além disso, o uso do tabaco encontra-se associado a várias doenças como problemas cardiovasculares e cânceres diversos, entre outros (OPALEYE et al., 2012). Estudo apresentou correlação entre tabagismo e problemas respiratórios e mostrou que a função pulmonar diminui à medida que aumenta o número de anos/ maços e que fumantes são mais propensos a desenvolver hipertensão, doenças coronarianas e DPOC (SIATKOWSKA; JASTRZEBSKI; KOZIELSKI, 2010).

Apesar de ser difícil a cessação do tabagismo para um grande número de fumantes, a prevalência no Brasil vem caindo nos últimos vinte anos. Malta e outros (2013) observaram que a prevalência de fumantes no Brasil apresentou redução relativa de 0,34% a cada ano do inquérito, variando de 16,2%, em 2006 a 14,8%, em 2011. Outro estudo mostrou uma variação de 15,7% em 2006 para 11,3% em 2013 por sexo na população adulta (18 anos ou mais) das capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2014).

A nicotina é uma substância que se encontra presente no tabaco e é responsável pela dependência do fumante. Entretanto, para que a dependência se estabeleça, juntamente com os graus de intensidade, ocorrem vários fatores associados, características fisiológicas, psicológicas, genéticas, comportamentais, entre outras. Por ser uma droga psicoestimulante, a nicotina e seu processo de dependência é semelhante ao da cocaína e heroína. Há liberação no cérebro de

dopamina e aumento da produção de norepinefrina, cujas propriedades euforizantes e ansiolíticas auxiliam no mecanismo da dependência (ROSEMBERG, 2003).

Existem três aspectos que configuram a dependência ao tabagismo: a dependência física, que se relaciona aos sintomas da abstinência da nicotina quando o fumante deixa o tabaco; a dependência psicológica, que se refere à crença de ter no cigarro um apoio para lidar com frustrações, sentimentos e pressões sociais; e os condicionamentos, que são as associações habituais feitas com o ato de fumar como, por exemplo, fumar e tomar café, fumar e dirigir, fumar e beber, etc. Cabe à equipe ou ao profissional responsável pelo tratamento avaliar essas variáveis com o objetivo de individualizar as características de cada tabagista para lhe ofertar um apoio efetivo e voltado para suas próprias dificuldades (BRASIL, 2001a, 2001b; GIGLIOTTI; CARNEIRO; FERREIRA, 2001).

Há evidências de aumento das taxas de abstinência com o uso da abordagem Cognitivo-Comportamental (breve ou intensiva) e essas taxas crescem com o aumento do tempo de duração das mesmas. No Sistema Único e Saúde (SUS) as abordagens preconizadas para o tratamento do fumante são: abordagem breve/mínima (Perguntar e avaliar, aconselhar e preparar – PAAP), abordagem básica (Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar – PAAPA), Abordagem específico-intensiva (BRASIL, 2001b, 2004a).

Além disso, o tratamento deve ser adequado ao momento do paciente, por isso a importância em avaliar a motivação para oferecer um tratamento de acordo com a fase em que a pessoa se encontra e, a partir daí, direcionar a intervenção (PRESMAN, 2006).

A ausência de motivação dificulta a cessação do tabagismo, pois se sabe que a mesma favorece a reflexão para a tomada de decisões, o que também acontece com outras drogas. Di Clemente e Prochaska (1982) desenvolveram um modelo que descreve a motivação como estágios de mudança pelos quais as pessoas transitam. Este modelo, chamado transteórico, enfatiza que a motivação é a prontidão para mudar um comportamento (qualquer comportamento) e toda mudança comportamental é um processo. A motivação é uma condição imprescindível para iniciar o tratamento e sua ausência praticamente elimina as expectativas de abstinência (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A síndrome de abstinência é uma das principais causas que contribuem para o medo de tentar a cessação do tabagismo devido à variação da intensidade dos

sintomas entre as pessoas. Os sintomas mais relatados são: compulsão aumentada, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, sensação de sonolência ou embotamento e reações de hostilidade (DUPONT; GOLD, 1995). Outra questão que dificulta a abstinência é o grau de dependência da nicotina. Segundo o teste de Fagerström quando o fumante alcança a pontuação de seis pontos é considerado fumante pesado e estes, geralmente, fumam o primeiro cigarro antes de 30 min após acordar, percebem sua dificuldade em abandonar o comportamento de fumar e demonstram pouca confiança sobre alcançar a cessação. O autorrelato de querer parar de fumar pode não expressar os sentimentos do tabagista que poderá não estar motivado para o abandono do uso de tabaco (BOTELHO, 2006).

Estudos sobre os tratamentos voltados para substâncias psicoativas indicam que os índices de efetividade tendem a ser baixos (MELO et al., 2008; SCHNEIDER; LIMA, 2011). Temos notícias de que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas somente 35% tentam e 3 a 5% conseguem ter sucesso sem qualquer ajuda especializada (CINCIPRINI et al., 1997; PLANETA; CRUZ, 2005). Devido às dificuldades ressaltadas, intervenções complementares, com enfoque preventivo, têm sido indicadas (BABOR et al., 2003; NOTO; GALDURÓZ, 1999). As intervenções preventivas podem ocorrer em distintos níveis (primário, secundário e terciário) e devem considerar as diferentes especificidades da substância e do padrão de uso da mesma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1992).

Outra alternativa de intervenção que se destaca na literatura são as intervenções breves (IB), citadas pelos possíveis benefícios que oferecem. Elas são abordagens terapêuticas relacionadas à prevenção primária ou secundária para usuários de tabaco, álcool e outras drogas, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente, através de um atendimento com tempo limitado e que pode ser realizado por profissionais de diferentes formações (BABOR et al., 2007).

Originalmente, a IB foi desenvolvida a partir da necessidade de uma atuação precoce junto a pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e outras drogas, incentivando-as a parar ou reduzir o seu consumo (DE MICHELI; FORMIGONI, 2011). O primeiro impacto das intervenções breves é motivacional, pois seu efeito é provocar na pessoa a decisão e o comprometimento com a mudança. Acrescenta-se que a intervenção breve possui baixo custo, sendo inclusive um meio adequado para

facilitar o referenciamento de casos corretos de dependência para tratamentos especializados (BABOR et al., 2001).

Uma questão importante em tabagismo é a questão econômica. Há evidências de que o tabagismo leva a altos custos sociais, tanto em gastos com a saúde quanto em perda da produtividade e morte precoce (ACHUTTI, 2001). Nos Estados Unidos o custo social do tabagismo foi estimado em mais de 100 bilhões de dólares devido à perda de produtividade e morbimortalidade (RAMSAY; HOFFMANN, 2004). No Brasil discute-se que o uso do tabaco tem gerado na área da saúde uma carga econômica alta com gastos em assistência médica e perda da produtividade, devido a doenças tabaco-relacionadas, e mortalidade prematura (PINTO; UGÁ, 2010).

Esta pesquisa justificou-se pela ênfase dada ao uso racional de recursos e a escolha de técnicas economicamente viáveis no campo da Saúde. Neste contexto, buscam-se alternativas de tratamento que tenham uma relação de custo e benefício satisfatórias e que favoreçam a utilização de abordagens e técnicas de intervenção efetivas e que possam contribuir para a elaboração de políticas públicas.

A abordagem cognitivo-comportamental conjuga intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Envolve também a detecção de situações de risco para recaídas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento estimuladoras de autocontrole, para que o fumante possa aprender a lidar com a dependência e se tornar agente de mudança do seu comportamento (KNAPP; LUZ JÚNIOR; BALDISSEROTTO, 2001).

O objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia de uma sessão de intervenção breve em unidades de atenção primária à saúde. A hipótese principal deste estudo foi verificar se a intervenção breve pode ter resultados semelhantes à abordagem cognitivo-comportamental quando aplicada ao tratamento do tabagismo (IB = ACC). Como hipótese secundária tem-se que a IB promove a cessação do tabagismo e outros desfechos (motivação, redução do número de cigarros, redução da fissura, redução do grau de dependência de nicotina, redução de sintomas de ansiedade e depressão).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A DEPENDÊNCIA DO TABACO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a dependência do tabaco na no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) no item F-17.

Nesta classificação a dependência caracteriza-se por um padrão de consumo compulsivo da substância devendo estar presentes pelo menos três (3) dos critérios estipulados pela CID-10 para configurá-la: compulsão para o consumo; aumento da tolerância; síndrome de abstinência; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância; abandono progressivo dos prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância e persistência no uso da substância apesar de evidências sobre sua nocividade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O que causa a dependência do tabaco é a nicotina, componente ativo mais importante do tabaco. A nicotina é um alcaloide vegetal e sua fonte principal é a planta do tabaco. Não se introduz nicotina pura no organismo, ela está num invólucro que é o tabaco, contido no cigarro. Portanto, a nicotina é administrada no organismo com milhares de substâncias tóxicas que existem no tabaco. Neste já foram isoladas cerca de 6.700, das quais 4.720 bem identificadas quimicamente. O tabagista ao inalar a fumaça, além da nicotina, inala em média, 2.500 substâncias lesivas ao organismo. A fumaça do cigarro é composta de substâncias químicas voláteis (92%) e material particulado (8%), resultantes da combustão do tabaco. A nicotina é o componente ativo mais importante do tabaco. Quando a temperatura da brasa do tabaco atinge cerca de 800°C, surgem formas racêmicas da nicotina, as quais formam quatro nitrosaminas com potencial cancerígeno. A nicotina do tabaco curado para cachimbos e charutos é alcalina, sendo absorvida com maior facilidade pela boca. Já a nicotina dos cigarros é ácida e, por isso, não é absorvida pela mucosa bucal, necessitando ser tragada para que ocorra absorção nos pulmões (ROSEMBERG, 2003).

As características neurobiológicas da nicotina classificam-na como uma droga psicoestimulante, cujo processo farmacológico é similar ao da cocaína e heroína. A nicotina libera dopamina e aumentam a produção de norepinefrina. Estas drogas agem sobre centros mesolímbicos (dopaminérgicos colinérgicos) e no *nucleus acumbens*, provocando o aumento e a liberação de dopamina e outros hormônios psicoativos, levando à dependência pelas propriedades euforizantes e ansiolíticas (MARQUES et al., 2001; ROSEMBERG, 2003).

Por ser um estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), a nicotina leva ao aumento do estado de alerta e à redução do apetite. A ação central também pode provocar tontura, náuseas e vômitos. A nicotina age como indutora enzimática no fígado, o que reduz a meia-vida de diversos medicamentos como anestésicos locais, morfina, codeína, teofilina, heparina, benzodiazepínicos, amitriptilina, entre outros, levando os fumantes a usar doses maiores desses medicamentos para obter o efeito terapêutico. Além do mais, é rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos e tem meia-vida de, aproximadamente, 2 horas. Os principais efeitos agudos da nicotina sobre o sistema cardiovascular são: vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. A diminuição de 50% no consumo da nicotina já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes (ROSEMBERG, 2003).

Outra questão ao se considerar o tratamento do tabagismo é a síndrome de abstinência, um conjunto de sinais e sintomas que causam muito desconforto ao indivíduo e caracterizam a dependência física. Os principais sintomas são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (MARQUES et al., 2001).

A dependência física resulta das adaptações de diferentes sistemas afetados pelas drogas. Essas adaptações manifestam-se como tolerância no decorrer do uso da droga e como síndrome de abstinência na suspensão de seu uso. Sabe-se que indivíduos que desenvolvem a dependência física mantêm o uso da droga para evitar o desconforto da abstinência o que atuaria como reforçador negativo.

Estudos epidemiológicos mostram que mais de 70% dos tabagistas desejam parar de fumar, mas somente menos de 10% conseguem parar por conta própria, pois o desconforto da abstinência de nicotina e a fissura pelo cigarro fazem com que

a maior parte apresente recaída, a qual costuma ocorrer entre dois dias e três meses de abstinência (JAIN, 2003; KHURANA et al., 2003).

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO

O tabagismo é um grave problema de saúde e causa mais mortes, anualmente, que a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), tuberculose e malária juntos. Durante o século 20 contribuiu para a morte de 100 milhões de pessoas no mundo. Estima-se que ocorreram 6 milhões de mortes, em 2011, relacionadas ao tabaco. Tais mortes são evitáveis, entretanto, se nada for feito para mudar essa realidade, até 2030, o uso do tabaco poderá resultar na morte de aproximadamente 8 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que 80% delas ocorrerão em países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Grande parte do consumo total de cigarros no mundo (58%) encontra-se em países como China (38%), Rússia (7%), Estados Unidos (5%), Indonésia (4%), e no Japão (4%). No consumo mundial, os homens são mais prevalentes que as mulheres (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A Pesquisa Global de Tabaco com Adultos (GATS) realizada pela OMS em 14 países de baixa e média rendas, em 2012, descreveu indicadores de uso, prevalência e cessação de tabaco em 3 bilhões de pessoas de 15 anos ou mais. As maiores prevalências foram observadas na Rússia, China, Ucrânia, Turquia e Filipinas. Dos 3 bilhões de indivíduos com 15 anos ou mais estima-se que 852 milhões são usuários de tabaco (661 milhões de fumantes e 247 milhões usuários de tabaco sem fumaça) (GIOVINO et al., 2012).

Nos países do GATS: 48,6% dos homens e 11,3% das mulheres eram usuários de tabaco. Entre esses, 40,7% de homens e 5,0% de mulheres eram fumantes e 11,7% de homens e 6,7% de mulheres usavam tabaco sem fumaça. Os maiores índices de cessação do tabagismo apresentados em nível mundial foram: Reino Unido, EUA e Brasil. O produto do tabaco mais usado foi cigarro industrializado (82%). A GATS mostrou taxas muito elevadas de câncer de pulmão

em homens na Hungria, Polônia e Rússia. Os índices de cessação do tabagismo nos países da GATS foram os menores (GIOVINO et al., 2012).

Nas Américas o tabagismo é responsável por 15% das mortes por doenças cardiovasculares, 26% das mortes por câncer e 51% das mortes por doenças respiratórias. É responsável, a nível mundial, por 12% de todas as mortes de adultos maiores de 30 anos. O percentual das Américas supera o mundial totalizando 16% de todas as mortes de adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O uso do tabaco encontra-se associado a doenças diversas. O tabagismo pode ser responsável por 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% de doenças respiratórias e por 10% de doenças do aparelho respiratório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Os males causados pelo uso do tabaco e os benefícios da cessação são conhecidos: há uma redução do risco de morte e aumento da expectativa de vida, além de diminuição do risco de câncer, sobretudo de pulmão, de doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral, e de doenças pulmonares crônicas (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2007).

Um estudo de 2011 demonstrou que os gastos com doenças relacionadas ao tabaco no Brasil, naquele ano, foram de 20 bilhões de reais para o sistema público e privado de saúde. Desse montante, 35% foram gastos com doenças cardíacas, 33% com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 25% com cânceres diversos (8% com câncer de pulmão). A carga do tabagismo no Brasil se mostrou elevada segundo os autores: em 2008, de todas as mortes ocorridas no país, 13% foram atribuídas ao tabagismo. Em relação aos anos de vida perdidos por incapacidade, a carga atribuída ao tabagismo foi extremamente elevada, totalizando 1.873.415 DALYs para o Brasil e as principais doenças responsáveis pelo maior número de DALYs foram IAM, AVC, câncer de pulmão e DPOC (PINTO; PICHON-RIVIERE, 2011).

No Brasil houve uma redução significativa no número de fumantes a partir da década de 1990. Apesar desse avanço, estima-se que cerca de 200 mil mortes por ano ainda acontecem como consequência do tabagismo (CAVALCANTE, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2011).

A queda da prevalência do uso de tabaco no Brasil sugere que a política sobre tabagismo desenvolvida pelo Ministério da Saúde influenciou positivamente esses resultados através de ações de prevenção e controle do tabagismo (BRASIL, 2006, 2011a; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Entre 1989 e 2005 o consumo de cigarros no Brasil caiu cerca de 32% e a prevalência de fumantes a partir de 18 anos diminuiu de 34%, em 1989, para 22%, em 2003, e para 16%, em 2006, o que remete a um declínio de 35 ou 2,5 ao ano em pessoas com 18 anos ou mais entre 1989 a 2003 (BRASIL, 1989, 2007; MONTEIRO et al., 2007).

O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizado entre 2002 e 2003 em 16 capitais brasileiras, revelou uma prevalência entre 12,9% a 25,2%, sendo que em homens apresentou valores de 16,9 a 28,2% e em mulheres de 10,0% a 22,9%. Estes percentuais são inferiores aos de inquéritos anteriores. Observou-se maiores prevalências em homens (BRASIL, 2004a).

Um estudo realizado em 2008, no Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) fez um Suplemento Especial sobre Tabagismo (PETab) que foi a versão brasileira da pesquisa *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC), que envolveu 13 países, foi realizada em todas as unidades da federação com indivíduos com 15 anos de idade ou mais e revelou 24,6 milhões de tabagistas (uma prevalência de 17,2%) sendo que 9,8 milhões eram mulheres (prevalência de 13,1%), e 14,8 milhões eram homens (prevalência de 21,6%) (BRASIL, 2009).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pela primeira vez em 2009, em parceria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde foi um estudo transversal realizado por meio de amostra probabilística de escolares do 9º ano (antiga 8ª série) do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Estimou-se a prevalência dos principais fatores de risco e proteção à saúde em adolescentes usando questionário autoaplicável em 60.973 estudantes de 1.453 escolas públicas e privadas. Quanto ao uso do tabaco, 6,3% eram fumantes atuais, com proporção levemente superior entre alunos de escolas públicas e sem diferença entre os sexos. Experimentaram cigarro alguma vez na vida 24,2% dos estudantes não sendo observada diferença entre os sexos, com maior frequência entre alunos de escolas públicas (MALTA et al., 2010).

Outra pesquisa feita com adolescentes foi a *Vigescola* que é realizada no Brasil desde 2002. A mais atual foi realizada em 2009 em três cidades brasileiras:

Campo Grande (MS), São Paulo (SP) e Vitória (ES). A pesquisa monitora escolares entre 13 e 15 anos de idade, cursando 8º e 9º anos (antigas 7a e 8a séries) do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio, por meio de inquéritos repetidos e de um protocolo padronizado. O estudo investigou, dentre outros temas, o consumo de tabaco nos 30 dias anteriores à entrevista, distinguindo cigarros industrializados de outros produtos de tabaco fumado. Também foi avaliado o tipo de outros produtos de tabaco fumado, diferentes de cigarro industrializado, utilizados com mais frequência. As prevalências de uso de outros produtos de tabaco fumado nos últimos 30 dias entre os escolares de 13 a 15 anos foram elevadas em Campo Grande (18,3%) e São Paulo (21,3%). Em Vitória a prevalência foi menor (4,3%). Não houve diferenças estatisticamente significativas por sexo. Entre os fumantes, o narguilé se destacou por seu alto consumo. Em Campo Grande e São Paulo, tanto entre meninos quanto entre meninas, o narguilé era o produto usado com maior frequência. É possível que a queda da prevalência de fumantes de cigarro observada nos últimos anos no Brasil tenha favorecido o uso de outros produtos do tabaco como o narguilé, sobretudo entre estudantes (SZKLO et al., 2011).

Em relação ao tabagismo e drogas ilícitas, a prevalência no Brasil é de 10,1% em comparação com 2,2% de drogas ilícitas (CARLINI; GALDUROZ, 2005). Entre os possíveis motivos dessa significativa prevalência do tabagismo encontra-se: A facilidade em conseguir o tabaco por ser droga lícita e ter variados pontos de venda, a propaganda distribuída pela indústria do tabaco que busca alvos de atuação e investe cada vez mais em outras formas de tabaco que não a usual, preço baixo do tabaco somado à dificuldade de deixar de fumar devido à dependência da nicotina e aos aspectos sociais, econômicos e culturais (SANTOS, U. P., 2009).

A todos esses fatores se somam as estratégias da indústria do tabaco que têm direcionado o mercado para a produção de produtos de tabaco sem fumaça, como as formas aspiradas e formas para mascar buscando diversificar os produtos e provocar um aumento do consumo de derivados de tabaco e possibilitar seu uso em ambientes fechados. Vale ressaltar que não existem níveis seguros de uso do tabaco e todas as formas de utilização liberam nicotina para o sistema nervoso central com risco de dependência (CARPENTER et al., 2009; VIEGAS, 2008).

Devido à importância do monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas foi criado no Brasil o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) nas 26 capitais e no Distrito

Federal. O tabagismo é um dos fatores de risco monitorado neste inquérito o que possibilita avaliar a efetividade da política de tabaco adotada no país. O Vigitel avalia dados da população adulta (18 anos ou mais) que possui telefone fixo.

Um estudo mostrou nos últimos seis anos as tendências temporais no consumo de tabaco segundo dados do Vigitel 2006 a 2011 (MALTA et al., 2013). Os resultados indicaram maior prevalência no sexo masculino (18,1%) que no feminino (12%), sendo que a frequência de fumantes nas capitais foi de 14,8%. Os índices de frequência variaram entre Maceió (AL) 7,8% e Porto Alegre (RS) 22,6%. Entre homens, as maiores frequências de fumantes foram encontradas em Porto Alegre (24,6%), Curitiba (Paraná; 24,4%) e São Paulo (22,2%); entre mulheres, em Porto Alegre (20,9%), São Paulo (16,8%) e Curitiba (16,5%). Na análise de tendência, a prevalência de fumantes no Brasil apresentou redução relativa de 0,34% a cada ano do inquérito, variando de 16,2% (IC95%: 15,4-16,9), em 2006, a 14,8% (IC95%:13,9-15,7), em 2011. Na análise detalhada do indicador de consumo de tabaco no período, as maiores frequências nas capitais do país ocorrem entre indivíduos do sexo masculino, com idade entre 45 a 54 anos, com menor escolaridade (0 a 8 anos de estudo), residentes nas regiões Sul e Sudeste. Contrariamente, menores prevalências ocorrem em mulheres de 65 anos ou mais, com mais de nove anos de estudo, residentes nas regiões Norte e Nordeste.

O tabagismo demonstra as desigualdades sociais no país. Nos inquéritos aplicados neste período pode-se observar que o número de fumantes diminui à medida que aumenta a escolaridade. Pessoas com onze anos ou mais de estudo representam metade do percentual de fumantes quando comparadas às pessoas sem instrução. A mesma relação se observa entre renda e uso de tabaco. Quanto menor a renda maior o percentual de uso de tabaco o que nos reporta à necessidade de políticas de cessação do tabagismo específicas para essas pessoas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2011).

Dados do Vigitel (2011) mostraram a prevalência de fumantes segundo o sexo: homens 18,1% e mulheres 12% em um total de 14,8% de fumantes com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nas capitais do país e no Distrito Federal. O estudo demonstrou que houve uma redução total do tabagismo na população e também em homens (BRASIL, 2012a).

O Vigitel (2012) relatou que a prevalência do tabagismo em adultos, nas capitais, foi maior em homens (15,5%) que entre mulheres (9,2%). Nos dois sexos, a

frequência de fumantes foi menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos. A frequência do tabagismo foi alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (21,1% e 12,2%) e aumentou em quase duas vezes se comparada com o de indivíduos com 12 ou mais anos de estudo. A frequência de ex-fumantes foi de 21,1% no total das capitais sendo maior entre homens (24,5%) que entre mulheres (18,1%). Quanto ao número de cigarros fumados ao dia aqueles que fumavam 20 ou mais cigarros, os chamados fumantes pesados, observou-se a frequência de adultos no conjunto das capitais foi de 4,0% e foi maior no sexo masculino (5,5%) que no feminino (2,8%). O consumo intenso de cigarros permaneceu abaixo de 10% para ambos os sexos em todas as faixas de idade. O consumo de 20 ou mais cigarros por dia foi alto entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (8,7% e 4,1%), caindo pela metade a partir de nove anos e mais de estudo. A frequência de fumantes passivos no total das capitais em domicílio foi de 10,2%, maior entre mulheres (11,0%) que entre homens (9,3%) observando-se uma diminuição a partir dos 35 anos em ambos os sexos. No local de trabalho o fumo passivo apresentou frequência de 10,4%, sendo cerca de duas vezes superior entre homens (15,5%) o percentual quando comparado com o das mulheres (6,0%) (BRASIL, 2013).

### 2.3 A POLÍTICA NACIONAL PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

Em 1999 a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou o processo de elaboração de um tratado cujo objetivo era resolver a questão da pandemia da dependência do tabaco no mundo. O tabagismo gera um alto custo de doenças para os sistemas de saúde além de produzir 5 milhões de mortes por ano no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) foi o primeiro tratado internacional de saúde pública elaborado para o controle do tabaco durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde em 1999. Após muita discussão foi aprovada em 2003, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os governantes dos países parte comprometeram-se com a implementação de medidas para prevenção, controle e redução do uso do tabaco (CAVALCANTE, 2005).

O tratado foi ratificado por quarenta países na ocasião de sua aprovação e gerou discussões e negociações até atingir o objetivo de proteger as gerações futuras das consequências sanitárias, econômicas-sociais e ambientais do consumo do tabaco e traçar metas e diretrizes para que os países signatários pudessem implementar suas políticas em relação ao uso de tabaco (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et al., 2007).

A partir da vigência da CQCT tornou-se um imperativo ético e uma questão de responsabilidade social para os governantes o controle do tabagismo. As ações são voltadas para aumento do preço dos produtos e dos impostos, tratamento do tabagismo, prevenção e proteção à exposição da fumaça, restrição à propaganda, controle do comércio ilegal, entre outras. As questões relativas ao tabagismo no mundo passaram a ser uma questão de Estado, cabendo aos governos que são partes no tratado elaborar as políticas e lhes dar aplicabilidade (MEIRELLES, 2006).

Dentre algumas medidas propostas neste acordo estão a restrição da publicidade e do patrocínio de cigarros, a modificação da política de impostos e preços, o combate ao comércio ilícito do cigarro, o tratamento dos dependentes da nicotina e a criação de legislação para evitar o tabagismo passivo (BRASIL, 2004a).

O Brasil exerceu uma liderança importante nas negociações do tratado desde sua elaboração, mas só o ratificou em outubro de 2005. Desde então tem sido um dos maiores articuladores e cumpridores das políticas antitabagismo no mundo.

A política antitabaco no Brasil começou a ser articulada a partir da década de 1970. Uma defesa sobre o controle do tabaco começou a ser discutida pelas autoridades de saúde, mas somente em 1980 foi possível avançar nas discussões devido ao contexto social favorável ao uso de produtos do tabaco. Os primeiros debates sobre o controle do tabagismo surgiram a partir da criação de um Comitê Consultor para o controle do tabagismo incorporado à Divisão de Saúde Pulmonar em razão da relação entre o uso de tabaco e as doenças pulmonares. Em 1990, o Ministério da Saúde regulamentou o uso do tabaco dentro do próprio Ministério, organizou campanhas nacionais e realizou as primeiras reuniões a fim de organizar as atividades de controle do tabagismo nos estados (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et al., 2007).

Esse período foi marcado pelo início das atividades multissetoriais, pelo desenvolvimento do primeiro estudo econômico, cujos objetos eram a indústria e a demanda por cigarros, e pela estruturação de uma equipe multidisciplinar para

gerenciamento do programa. A descentralização do programa foi priorizada, com o estabelecimento de uma rede estadual e municipal para o controle do tabagismo, sendo o Inca o coordenador dessa rede de unidades estaduais e locais, além dos atores federais. A rede vem desenvolvendo atividades na preparação e aprovação de legislação, criando um ambiente que resulte em restrições legislativas à propagação de cigarros e na restrição do fumo em locais públicos (IGLESIAS et al., 2007).

A partir de 1999 houve a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que passou a atuar na regulação dos produtos de tabaco e a partir de 2003 a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS) passou a articular um sistema de vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incluindo a vigilância de seus fatores de risco, dentre eles o tabagismo (CAVALCANTE, 2004).

Em 2003, para adequar e dar cumprimento à política nacional sobre tabagismo no Brasil, foi criada a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ) que atualmente conta com 18 representações de diferentes setores do governo, é presidida pelo Ministro da Saúde e tem o Instituto Nacional de Câncer (Inca) como sua Secretaria Executiva. A CONICQ tem como função articular a organização e implementação de uma agenda intersetorial de governo para o cumprimento das obrigações da CQCT/OMS (BRASIL, 2003; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, [201-]).

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Desde 1991 vários decretos presidenciais vêm ratificando a função do Inca como o órgão governamental para assistência do Ministro da Saúde na formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador. Seguindo essa política de descentralização, foram colocadas em prática, medidas para o controle do tabagismo, em todo o território nacional, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e de Outros Fatores de Risco de Câncer. O Inca passou a ser reconhecido como líder nessa área (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014; KLIGERMAN, 2001).

A mobilização para a promoção de medidas legislativas e econômicas vem conferindo ao Inca a responsabilidade de assessoria técnica na elaboração de

pareceres e de exposição de motivos que envolvem vários aspectos do tabagismo, a fim de subsidiar processos de negociação e projetos de lei. Desde 1996, o Inca vem exercendo a função de Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para as questões ligadas ao controle do tabaco na América Latina e nos países de língua portuguesa.

As funções do Inca no PNCT concentram-se em subsidiar o Ministro da Saúde na formulação e planejamento do Programa; coordenar a formulação, aplicação e monitoramento de programas nacionais multissetoriais integrais em conformidade com as disposições da Convenção e dos (seus) protocolos; exercer o papel de secretaria executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro; divulgar a política no SUS, nos demais Ministérios e outros órgãos do Poder Legislativo, Judiciário e Executivo; promover e coordenar a adoção e implementação de medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas, e cooperar, quando apropriado, com outras partes; coordenar, articular, apoiar e monitorar a internalização do PNCT na Política Nacional de Saúde; coordenar, promover ou apoiar ações intersetoriais e pluri-institucionais de abrangência nacional, que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população e que estejam alinhadas às diretrizes e aos objetivos do PNCT (CARVALHO, 2009).

Em 2007 foi Criada uma Comissão Intraministerial (Saúde) para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CIMICQ), com o objetivo de fortalecer a transversalização do tema controle do tabagismo na agenda estratégica do setor saúde, compartilhando as responsabilidades na implementação das medidas da Convenção Quadro, cuja governabilidade cabe ao setor saúde. Essa Comissão tem o Inca como Secretaria Executiva (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2007).

A partir da implementação de uma política nacional e um plano nacional para controle do tabaco estipulou-se metas e colocou-se em prática diversas intervenções: a proibição da propaganda, restrições ao fumo em locais públicos, advertências impressas nas embalagens de produtos do tabaco, a regulamentação dos produtos do tabaco, como a limitação nos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e as advertências escritas e com imagens nos maços de cigarros e em embalagens dos produtos do tabaco e lançamento de campanhas de conscientização e de educação. Promoveu-se o desenvolvimento de

um sistema de vigilância e monitoramento e descentralização para os estados e municípios das iniciativas de controle do tabagismo (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et al., 2007).

O principal objetivo das políticas de tabaco é a saúde e por isso as intervenções de governos no mercado de tabaco são justificadas por diversas finalidades: os jovens e os mais pobres podem não estar conscientes dos altos riscos de doenças e mortes prematuras relacionadas ao tabaco, ou seja, os consumidores podem não ter completo conhecimento sobre a dependência e consequências geradas pelo fumo. Além disso, há um custo sobre os não fumantes: prejuízos à saúde e incômodo causado pela fumaça do cigarro; despesas elevadas com serviços de saúde para fumantes que podem ser custeadas por impostos e os não-fumantes também arcam com esse custo (IGLESIAS et al., 2007; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014; PROJETO ITC, 2014).

Os impostos sobre o tabaco representam o instrumento mais custo-efetivo para a redução do consumo de cigarros, aumentando ao mesmo tempo a arrecadação de impostos. O Brasil precisa investir mais na parte fiscal para um resultado mais efetivo no controle do tabagismo e também no combate às vendas ilegais de cigarros. Outra questão importante é o monitoramento eficaz da prevalência do tabagismo através de pesquisas sobre prevalência e cessação e impacto do tabagismo sobre a mortalidade. Essas medidas aumentam a confiabilidade de vários atores como gestores e profissionais de saúde sobre o controle do tabagismo fornecendo recursos através de evidências (IGLESIAS et al., 2007; PROJETO ITC, 2014).

A informação é outro instrumento que auxilia favoravelmente no controle do tabaco. Países desenvolvidos tiveram bons resultados com a informação sobre tabagismo que abriu caminho para implantação de políticas de controle e legislação sobre ambientes livres de fumaça. O impacto da informação varia de acordo com a idade e o nível de educação das pessoas. Presume-se que quanto mais alto for o nível de educação, mais rápida será a mudança de comportamento como resultado de informação sobre os perigos do tabagismo à saúde (IGLESIAS et al., 2007; PROJETO ITC, 2014).

A Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil criou programas e ações que são importantes instrumentos no controle do tabagismo (INSTITUTO

NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014). Alguns desses programas estão descritos abaixo.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo: Criado em 1989 tem como objetivo a internalização da Convenção-Quadro no Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolve-se sob a coordenação do Inca, em parceria com outros órgãos do Ministério da Saúde e secretarias de saúde e educação de estados e municípios, tem como ações principais a promoção de ambientes livres de fumo e implantação do tratamento do fumante na rede SUS. Mais recentemente, passou a contar com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no sentido de promover a inclusão de ações de controle do tabagismo nos planos de saúde.

As ações de prevenção e controle do tabagismo também estão inseridas na Política Nacional de Promoção de Saúde:

- *A Regulação dos produtos de tabaco e fiscalização do cumprimento da legislação nacional:* as ações de implementação e fiscalização do tabagismo em ambientes coletivos, da propaganda de produtos de tabaco e de regulamentação das embalagens dos produtos de tabaco estão sob a coordenação da Anvisa, desde de 1999, sendo implementado em parceria com a rede de vigilância sanitária do SUS.

- *A Vigilância epidemiológica:* órgãos do governo federal estruturaram um sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e seus fatores de risco, um sistema de vigilância de câncer e a realização de inquéritos nacionais periódicos que tem permitido visualizar a situação do tabagismo no Brasil e seu impacto sobre a saúde. As principais pesquisas nacionais que geram dados sobre tabagismo são: Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, realizado pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde), PETab (Pesquisa Especial de Tabagismo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE em parceria com o Instituto Nacional de Câncer), PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada pelo IBGE em parceria com Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde), *Vigescola* (Inquérito Nacional sobre Tabagismo entre escolares realizada pelo Instituto Nacional de Câncer), ITC/Brasil (*International Tobacco Control Evaluation* – realizada pelo Instituto Nacional de Câncer e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), PETUNI (Perfil do tabagismo entre estudantes universitários

no Brasil), Levantamentos sobre o consumo de drogas (realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas).

- *O Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco:* vem sendo desenvolvido desde 2005 sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Agrário com a contribuição setorial de algumas pastas representadas na CONICQ, inclusive do setor saúde. Esse programa tem uma grande importância política, pois a sua criação foi condição para a ratificação da CQCT pelo Congresso Nacional em 2005.

- *A Internalização da CQCT na Política Nacional sobre Drogas:* a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-SENAD/MJ tem participado ativamente na inclusão do tema tabagismo nas suas ações educativas, nas de divulgação e comunicação e nas pesquisas sistemáticas que desenvolve para monitorar o consumo de drogas ilícitas e lícitas no Brasil.

- *A Política de preços e impostos sobre o setor fumo:* sob a coordenação do Ministério da Fazenda, essa política vem sendo adaptada aos objetivos da Convenção, através de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros com repercussões importantes nos preços desses produtos.

- *O Combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco:* essa ação vem sendo conduzida através de medidas de controle adotadas pelo Ministério da Fazenda e como parte dos projetos estratégicos de combate à pirataria da Polícia Federal/Ministério da Justiça.

- *O Fortalecimento da gestão e governança da Política de Controle do Tabaco no âmbito do setor Saúde:* Um dos marcos estratégicos é a articulação pelo Inca desde 1989 de uma rede de parcerias que inclui representantes de Secretarias de Saúde e de Educação, Estaduais e Municipais, além de representantes de outros órgãos governamentais e não governamentais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

Em dezembro de 2011, foi sancionada a Lei n. 12.546, de 14 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), que, em seu Art. 49, proíbe fumar em recintos coletivos fechados, privados ou públicos, de todo o país. Esta lei representa um avanço significativo na Política Nacional de Controle do Tabaco, passando a garantir proteção à população contra os danos à saúde decorrentes da exposição à fumaça ambiental do tabaco, em especial aos trabalhadores de restaurantes, boates e

outros estabelecimentos comerciais (BRAZIL, 2011; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

A partir de um amplo processo de debate e enfrentamento de forte lobby contrário promovido pelo setor produtivo de tabaco a Anvisa aprovou a Resolução nº 14, de 15 de março de 2012 (BRASIL, 2012b), que proibiu o uso de aditivos, exceto o açúcar, em todos os produtos derivados do tabaco, comercializados no Brasil e estabeleceu os limites máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono na corrente primária da fumaça dos cigarros. Os limites por cigarro das substâncias referidas nesta Resolução são de 10 mg de alcatrão, 1 mg de nicotina e 10 mg de monóxido de carbono (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014; PROJETO ITC, 2014).

Em 2012 uma importante parceria da Anvisa com o Instituto Nacional de Tecnologia (INT), órgão do Ministério de Ciência, Tecnologia e Informação (MCTI) criou o primeiro Laboratório de Tabaco e Derivados (Labat) para desenvolver e validar metodologias para controle fiscal da produção de cigarro no Brasil. O laboratório irá confirmar as informações fornecidas pelos fabricantes de cigarro, o que antes era feito em laboratórios privados dos EUA, do Canadá e do Reino Unido. O centro de pesquisa brasileiro será o primeiro da América Latina e também será utilizado por países da região, incluindo o Caribe. O laboratório vai integrar a rede mundial de laboratórios TobLabNet (*Tobacco Laboratory Network*) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

Todas essas medidas realizadas através de ações, programas, legislação, resoluções, entre outras, foram importantes para adequar a Política Nacional sobre Tabagismo no Brasil às diretrizes da CQCT e mostrar resultados efetivos no controle do tabaco. Essa construção manteve o Brasil na liderança sobre a política de tabaco mundial e contribuiu para várias conquistas na luta contra o tabagismo.

### **2.3.1 Avaliação da Política Nacional de Tabagismo no Brasil**

O Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco (PROJETO ITC, 2014) é produto de uma parceria entre Brasil e Canadá. Coordenado internacionalmente pela Universidade de Waterloo (Canadá) e realizado pelo Inca e parceiros brasileiros governamentais e não governamentais.

Este relatório fornece evidência científica acerca dos pontos fortes e fracos da política nacional, através de uma pesquisa de coorte de adultos fumantes e não fumantes que vivem no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, realizada em 2009 (Onda 1) e 2012-2013 (Onda 2).

O objetivo principal do Projeto ITC é conduzir uma avaliação rigorosa dos efeitos psicossociais e comportamentais das políticas nacionais de controle do tabaco em cumprimento à CQCT/OMS. O Projeto realiza pesquisas em mais de 20 países para avaliar suas políticas sobre tabagismo.

A Pesquisa ITC-Brasil é um estudo longitudinal prospectivo, com um desenho amostral escolhido para produzir amostras representativas aleatórias de adultos fumantes e não fumantes que residem nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Todas as entrevistas foram realizadas usando o sistema computadorizado de entrevista assistida por telefone. A Onda 1 aconteceu em abril-junho de 2009 com um N de 1.215 fumantes e 611 não fumantes e a Onda 2 entre outubro de 2012 a fevereiro de 2013 com N de 1222 fumantes e 608 não fumantes.

O relatório da pesquisa mostrou os avanços que o Brasil realizou em sua política nacional de tabagismo e fez recomendações sobre pontos que ainda precisam melhorar. A pesquisa enfatizou no item comportamento de tabagismo a importância da proibição de aditivos nos produtos derivados do tabaco, inclusive o mentol, feita em 2012 no Brasil.

A grande maioria dos fumantes brasileiros (85 % dos homens e 89% das mulheres) se arrepende de ter começado a fumar, indicando que as campanhas de mídia utilizando testemunhos de fumantes podem ser valiosas para enfatizar o poder da nicotina em causar dependência. Os fumantes do Brasil apresentaram um índice bastante elevado de opinião negativa sobre o tabagismo (56 % dos homens e 66 % das mulheres têm uma opinião “negativa” ou “muito negativa”) o que diferiu dos outros países do Projeto ITC.

Fumantes brasileiros consomem, em média, 17 cigarros por dia, o dobro do consumo médio de fumantes no México. O consumo de cigarros está aumentando significativamente em Porto Alegre, tanto no sexo feminino (15 cigarros por dia na Onda 1 para 17 na Onda 2), como no sexo masculino (16 para 20). O uso de narguilé (cachimbo d'água) é atualmente considerável em São Paulo (18%) em comparação com o Rio de Janeiro (5%) e Porto Alegre (8%). Apesar da proibição da

propaganda e venda de cigarros eletrônicos, 12% das pessoas que ouviram falar desses produtos já os experimentou.

Fumantes em São Paulo apresentaram uma queda significativa de 74% para 58% na opinião negativa sobre o tabagismo, o que sugere uma crescente falta de preocupação com o impacto sobre a saúde naquela cidade. Há uma tendência entre os entrevistados em geral de perceberem uma menor desaprovação da sociedade em relação ao tabagismo, sobretudo em São Paulo, o que também sugere uma preocupação menor com os malefícios do fumo.

- *Quanto às questões sobre ambientes livres da fumaça do tabaco:* O número de ambientes de trabalho que possuem uma proibição total do tabagismo aumentou significativamente desde a Onda 1. Por cidade, um aumento considerável nesta proibição total foi relatado por fumantes em São Paulo (de 77 % na Onda 1 para 92% na Onda 2) e por não fumantes no Rio de Janeiro (78% para 92%). A percepção do fumo em áreas internas do local de trabalho diminuiu significativamente em São Paulo entre fumantes (25% na Onda 1 e 13% na Onda 2) e não fumantes (16% para 6%) e entre não fumantes em Porto Alegre (34% a 13 %). Mais de 80% dos entrevistados acreditam que o tabagismo não deveria ser permitido em todos os locais de trabalho (80% dos fumantes e 84% dos não fumantes na Onda 2). O apoio à proibição de fumar em ambientes fechados em instalações olímpicas é alto - mais de 74% dos fumantes e mais de 83% dos não fumantes concordaram com esta medida.

- *No quesito embalagem e rotulagem:* O governo aprovou uma lei exigindo que as advertências sanitárias ocupem 30% da parte da frente dos maços de cigarros em 2016, além da atual obrigatoriedade de advertências ilustradas em 100 % do verso e de uma das laterais da embalagem.

- *No item Preço e taxaço do tabaco:* O governo continua a considerar a taxaço como uma importante política de controle do tabaco, conforme definido na legislação aprovada em março de 2012, que aumentará as alíquotas dos impostos até 2016.

- *Educação, comunicação e conscientização pública:* A maioria dos fumantes (80% a 95%, dependendo do efeito sobre a saúde) está ciente de grande parte dos efeitos sobre a saúde e das doenças causadas pelo tabagismo (por exemplo, câncer de pulmão, doenças do coração e envelhecimento precoce). Uma menor percentagem de fumantes brasileiros (20%) acredita que o tabagismo não

danifica em nada a sua saúde, em comparação com os fumantes no México (29%) e Uruguai (29%), indicando que a percepção do risco atual de dano é superior no Brasil quando comparado com outros países latino-americanos.

- *Quanto à cessação do tabagismo:* A maioria dos fumantes no Brasil quer parar de fumar - 86% dos fumantes na Onda 1 e 80% na Onda 2 informaram ter feito uma tentativa de parar de fumar em algum momento. Vinte e cinco por cento (25%) dos fumantes da Onda 1, que foram novamente entrevistados na Onda 2 (N = 495), foram bem-sucedidos em parar de fumar na Onda 2.

- *No quesito publicidade, promoção e patrocínio de tabaco:* Houve uma queda significativa na percepção (frequente) de coisas que promovem o tabagismo entre 2009 e 2012 (PROJETO ITC, 2014).

### **2.3.2 O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)**

Apesar de todo o conhecimento sobre os males do tabagismo à saúde os países em desenvolvimento continuam sendo o alvo da indústria do tabaco dentre os principais fatores para isso citam-se: potencial de uso de substâncias do tabaco, a baixa escolaridade e baixa renda, considerados preditores de tabagismo, além do baixo preço dos produtos do tabaco e, geralmente, ausência de uma política de controle do tabaco.

O Brasil apresenta paradoxos em relação ao controle do tabaco. Em 2011 passou a ser o terceiro maior produtor e o primeiro exportador de tabaco no mundo e exerce a liderança sobre política de controle do tabaco entre países parte da CQCT/OMS. Nacionalmente vem desenvolvendo uma forte política sobre tabaco e cumpre muitas das ações preconizadas pelo tratado da OMS (CAVALCANTE, 2005; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

O Programa Nacional para o Controle do Tabagismo foi criado pelo Governo Federal em 1990 com adoção de três estratégias: Mobilização e organização de ações multissetoriais no nível federal, em especial através de comissões nacionais; Descentralização das intervenções e gerenciamento de uma rede de coordenadores estaduais e municipais para a multiplicação de ações em todo o país e desenvolvimento de parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et al., 2007).

O Programa vem atuando nas seguintes frentes: monitoramento do consumo e impacto do tabagismo sobre a saúde, a economia e o ambiente; divulgação de informações sobre as consequências do tabagismo para a saúde; redução da aceitação do tabagismo pela sociedade; limitação dos estímulos para que os jovens comecem a fumar; proteção contra os riscos da fumaça ambiental do tabaco; redução ao acesso dos produtos do tabaco; oferecimento de suporte para a cessação; contraposição à propaganda comercial do tabaco entre os grupos mais vulneráveis, como mulheres, jovens e adolescentes, além das pessoas de baixa renda e menor grau de educação formal; controle e monitoramento de todos os aspectos relacionados à comercialização dos produtos do tabaco (IGLESIAS et al., 2007; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014; PROJETO ITC, 2014).

### **2.3.3 O Tratamento do Tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (Inca) lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo cujo objetivo era prevenir a iniciação do consumo de derivados de tabaco e estimular a cessação do tabagismo. Através de documentos como o Consenso (BRASIL, 2001b) e a Portaria n. 442, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004c) houve a instituição de protocolos de tratamento fundamentados em evidências científicas.

O tratamento do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido, inicialmente, pela portaria n. 1.575, de 29 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002), para centros de referência e hospitais. Mais tarde, com a publicação da Portaria n. 1.035, de 31 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b), pelo Ministério da Saúde (MS), estendeu-se o tratamento da dependência à nicotina para a média complexidade e a atenção básica e, nesse mesmo ano, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em parceria com Associações Científicas e Conselhos de Classe, aprovou o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dependência à nicotina, pela Portaria n. 442, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004c).

Essas portarias, além de ampliarem o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo, incluíram no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles referentes ao tratamento do tabagismo e aprovaram o plano

de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS e o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dependência à nicotina (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2011).

Recentemente foi publicada a Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013 (BRASIL, 2013) pelo Ministério da Saúde que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do SUS. Sua importância está em ampliar as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e substituir as portarias anteriores.

As práticas utilizadas no tratamento do tabagismo devem ser baseadas em princípios da abordagem cognitivo-comportamental que conjuga intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Envolve também a detecção de situações de risco para recaídas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento estimuladoras de autocontrole para que o fumante possa aprender a lidar com a dependência e se tornar agente de mudança do seu comportamento (KNAPP; LUZ JÚNIOR; BALDISSEROTTO, 2001).

No SUS as abordagens preconizadas para o tratamento do fumante seguem diretrizes clínicas sobre tabagismo: Abordagem breve/mínima (PAAP) e abordagem básica (PAAPA), Abordagem específica/intensiva. A abordagem breve/mínima (PAAP) consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para a cessação sem acompanhamento para a abstinência. Pode ser feito por qualquer profissional de saúde e pode ser realizada em três minutos durante o contato com o paciente (BRASIL, 2001b).

A abordagem básica (PAAPA) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar. Pode durar entre três e cinco minutos e prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase de abstinência. Estas abordagens têm a vantagem do baixo custo (BRASIL, 2001b).

A abordagem específica/intensiva é própria para ambulatório específico para atender fumantes que queiram parar de fumar. Pode ser individual ou em grupo e é indicada para fumantes motivados. A diferença para as abordagens anteriores é a duração do contato. Deve ter quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, reunir um número entre 10 e 15 participantes, coordenada por um a dois profissionais de saúde de nível superior e que tenha pelo menos 90 minutos de duração. Após as primeiras sessões sugere-se acompanhamento por 15, 30, 60, 90,

180 dias até completar 12 meses (BRASIL, 2001b; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2011).

Estudo recente (CARVALHO, 2009) realizou um diagnóstico situacional das dificuldades observadas na implantação do tratamento do tabagismo no SUS. O diagnóstico identificou como problema central a limitada oferta do tratamento do tabagismo no SUS atribuído às dificuldades de gestão da estratégia nas três esferas de governo. Outra limitação encontrada foi a própria dificuldade de inserção da estratégia como prioridade na agenda dos governantes. Dentre as principais dificuldades relatadas pelo diagnóstico situacional: Registro insuficiente de dados no SAI/SUS para os procedimentos (avaliação clínica e abordagem cognitivo-comportamental); ausência de um subsistema do SAI/SUS para qualificar a informação sobre a estratégia; insuficiência de pesquisa de prevalência de fumantes e de resultados do tratamento; deficiência no processo de avaliação; fragilidade de indicadores de resultados; irregularidade no acompanhamento da estratégia em nível estadual e municipal; morosidade no processo de compra de medicamentos; distribuição de insumos deficitária para os municípios; baixa oferta de tratamento ao fumante nos municípios; dificuldades dos profissionais de saúde em aplicar a abordagem cognitivo-comportamental e quanto ao uso racional de medicamentos; alta rotatividade dos profissionais de saúde.

Poucos estudos nacionais avaliaram o modelo do tratamento do tabagismo no SUS. J. D. P. Santos e outros (2012) avaliaram a efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo pelo SUS em MG em 60 municípios no ano de 2008. Relataram que 65% dos municípios mineiros conseguiu ter mais de 50% dos fumantes abstinente na quarta sessão da abordagem intensiva. A média nacional encontrada na quarta sessão, no mesmo ano, foi de 52%. O estudo concluiu que houve boa efetividade do programa.

Estudo em ambulatório de tratamento em hospital de Fortaleza tratou fumantes pelo modelo Inca e obteve taxa de cessação de 50,8% e taxa de abandono de 11,8% avaliando indivíduos que estavam no programa a pelo menos 12 meses (SALES et al., 2006).

No Rio de Janeiro outro estudo (OTERO et al., 2006) avaliou o programa de tratamento do tabagismo através de ensaio clínico randomizado buscando comprovar a efetividade dos métodos de abordagem cognitivo-comportamental e terapia de reposição de nicotina com adesivos para cessação de fumar. Participaram

1.199 adultos em grupos: aconselhamento breve (GB) intensivo de 1 ou 2 sessões (G1-G2) e de 3 ou 4 sessões (G3-G4), com/sem terapia de reposição de nicotina. Proporções de abstinência foram estimadas durante os 12 meses. Essas proporções nos grupos sem adesivo foram menores que nos grupos com adesivo sugerindo que acrescentar a terapia de reposição de nicotina aumenta a proporção de abstinência na cessação.

Quanto ao uso de medicamentos o Ministério da Saúde segue diretrizes clínicas sobre tabagismo e argumenta que a abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando a cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso que inclui a bupropiona, adesivos transdérmicos de nicotina e pastilhas de nicotina. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental e nunca isoladamente (BRASIL, 2001b, 2004c; FIORE et al., 2000). Os critérios para o uso de medicamentos são baseados no grau de dependência da nicotina e abrangem fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência e não haver contraindicações clínicas (BRASIL, 2001b).

## 2.4 A INTERVENÇÃO BREVE

A Intervenção Breve (IB) foi elaborada em 1972 no Canadá, por Sanchez-Craig e colaboradores, como uma abordagem para ajudar usuários de álcool. É uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, que auxilia no desenvolvimento da autonomia ajudando as pessoas a assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. No Brasil, a pioneira sobre estudos com IB foi Jandira Mansur, da Escola Paulista de Medicina, que em 1988 desenvolveu um grupo de pesquisa sobre esse tema em parceria com pesquisadores do Canadá (DE MICHELI; FORMIGONI, 2011).

A IB utiliza-se da Entrevista Motivacional (EM) que é uma abordagem que auxilia na resolução da ambivalência e aumento da motivação. Durante a EM deve-se construir um cenário comunicativo entre paciente e profissional de saúde, de modo a criar um ambiente favorável para a verbalização de conflitos, medos e expectativas. Um conjunto de ações (acolhimento, escuta, respeito, compreensão, demonstração de tranquilidade, redução da angústia, etc.) é fundamental para a compreensão desta ambivalência vivenciada pelo fumante (FUENTES-PILA et al., 2005).

A ausência de motivação dificulta a cessação do tabagismo, pois sabe-se que a mesma favorece a reflexão para a tomada de decisões e isto também acontece com outras drogas. Prochaska e Di Clemente (1982) desenvolveram um modelo que permite avaliar o estágio de motivação em que as pessoas encontram-se. O modelo transteórico enfatiza que a motivação é a prontidão para mudar qualquer comportamento e toda mudança comportamental é um processo. Os cinco estágios de mudança são dinâmicos: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção.

Pré-contemplanção é o estágio em que a pessoa não tem intenção de parar de fumar e nem crítica ou conflito envolvendo o comportamento de fumar. Na Contemplanção existe a conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há ambivalência quanto a parar de usar tabaco. No estágio de Preparação, a pessoa elege uma estratégia para realizar a mudança de comportamento. Na Ação, a pessoa toma a iniciativa de parar de fumar. Na Manutenção aprende-se estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída. O estilo do profissional também pode influenciar o fumante a se motivar sendo valorizados a afetuosidade, a autenticidade, o respeito e a empatia (MILLER; TAYLOR, 1980; NAJAVITS; WEISS, 1994).

Outro aspecto importante na intervenção breve são os princípios que Miller e Sanchez (1993) elaboraram e que são essenciais ao seu processo. Usaram a abreviação FRAMES para destacá-los: *Feedback* (devolutiva ou retorno), *Responsibility* (responsabilidade), *Advice* (aconselhamento), *Menu of Option* (menu de opções), *Empathy* (empatia) e *Self-efficacy* (autoeficácia). Todos esses elementos devem estar presentes na intervenção breve e servem de modelo para sua realização.

- *Na Devolutiva* deve-se proporcionar oportunidades de reflexão sobre a situação no momento e motivar para a mudança por meio da avaliação sobre o estado atual, os problemas clínicos, psíquicos e as consequências do consumo;
- *Responsabilidade*: este elemento enfatiza a responsabilidade da pessoa no processo de mudança. O princípio é que ninguém poderá mudar o comportamento se o interessado não quiser. O que fará com as informações, orientações e estratégias de mudança é uma decisão pessoal;
- *Aconselhamento ou recomendações*: baseiam-se em conselhos claros, advertências, encaminhamentos e orientações quanto ao tratamento e cuidados primários que podem levar o paciente a abandonar os comportamentos aditivos;
- *Menu de opções*: consiste em oferecer aos pacientes uma variedade de estratégias alternativas para modificação do seu comportamento problema.
- *Empatia*: mesmo quando os pacientes são confrontados, com feedback ou recebem conselhos diretos, isso pode ser feito de maneira altamente empática. O estilo do terapeuta é um forte determinante da motivação e da mudança do paciente;
- *Autoeficácia*: Refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e ter êxito em uma tarefa.

A intervenção breve com entrevista motivacional é uma maneira eficaz de tratamento que vem ao encontro de todas as necessidades atuais de um atendimento rápido, de baixo custo e que poderá promover uma mudança de comportamento em relação a vários tipos de problemas.

#### **2.4.1 Estudos sobre Intervenção Breve**

Variados estudos têm relatado a eficácia da intervenção breve, sendo mais comuns os relativos ao uso de álcool, principalmente no Brasil, em que ainda são escassos estudos sobre avaliação de IB para tratamento do tabagismo.

Um estudo pioneiro em IB, no Brasil, foi realizado por Mansur em 1988 (FORMIGONI, 1992) e avaliou a efetividade da intervenção breve no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. Os participantes foram alocados, aleatoriamente, para um dos grupos de tratamento: Intervenção Breve ou Psicoterapia de grupo (Controle). A psicoterapia de grupo realizou 32 sessões. A Intervenção Breve teve três e seis sessões (três opcionais). Houve seguimentos em

dez e vinte meses após o início do tratamento. No primeiro seguimento, houve diferença significativa entre os grupos quanto à remissão (parcial ou total) tendo como critérios o DSMIII-R ou a redução do nível de gravidade da dependência em relação à entrevista inicial (48% do grupo IB e 17% do grupo controle). Os grupos também apresentaram diferenças quanto à ausência de problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas (60% do grupo IB e 22% do grupo controle). Os resultados indicaram que as duas formas de tratamento foram muito semelhantes em termos de eficácia. Comparando a IB com a psicoterapia de grupo, de enfoque psicodinâmico, os resultados mostraram que em alguns aspectos, a intervenção breve apresentou melhores resultados, apresentando-se como uma alternativa na abordagem de álcool e drogas (FORMIGONI, 1992).

Estudo atual avaliou a eficácia de uma intervenção breve de sessão única, realizada em serviços de atenção primária à saúde na redução do consumo ou problemas associados ao uso de risco em álcool. Foram avaliados 208 pacientes distribuídos, aleatoriamente, em dois grupos: Intervenção breve (IB) e grupo controle que recebeu apenas uma devolutiva (*feedback*) após a triagem. O indicador de resultados foi a pontuação no ASSIST (instrumento de triagem) três meses após a avaliação. Os resultados demonstraram a eficácia da intervenção breve para redução do consumo de álcool. O grupo IB obteve índices mais significativos que o grupo controle. Outra constatação foi que o sucesso da IB foi maior em pacientes com baixo nível de pontuação no ASSIST o que sugere ser a intervenção breve mais adequada em pessoas com o uso abusivo ou dependência leve de álcool do que para aquelas com dependência moderada ou grave (VIANNA, 2008).

Ronzani e outros (2007) implantou e avaliou um programa de triagem e intervenção breve (TIB) sobre álcool no Corpo de Bombeiros de Juiz de Fora, MG, e relatou a eficácia da intervenção neste contexto. O projeto mostrou-se promissor e obteve qualidade nos resultados em função da existência de alguns aspectos como a cultura organizacional favorável, comprometimento dos gestores com o projeto, envolvimento dos profissionais, entre outros. Este resultado apresentou diferenças em relação a outro estudo realizado no mesmo município (RONZANI et al., 2005) em que o autor avaliou o processo de implantação da estratégia de utilização de instrumentos de rastreamento associados a intervenções breves em serviços de atenção primária à saúde. Os resultados demonstraram dificuldades em relação à implantação da rotina tanto pelos gestores (dificuldades práticas na organização e

gerenciamento do serviço) quanto por profissionais do serviço que referiram sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de profissionais e ausência de motivação devido à situação atual do sistema de saúde.

Uma revisão da *Cochrane* (THOMSEN; VILLEBRO; MØLLER, 2014) avaliou oito ensaios clínicos randomizados com 1.156 pessoas. O objetivo foi avaliar o efeito de intervenções intensivas e breves em tabagistas, no período pré-operatório, sobre a cessação do tabagismo no momento da cirurgia e 12 meses de pós-operatório e sobre a incidência de complicações pós-operatórias. O ensaio mais recente foi de 2010. Os Ensaios recrutaram pessoas que fumavam antes da cirurgia, fizeram uma intervenção para a cessação de fumar, e mediram a abstinência no pré-operatório e em longo prazo e/ou a incidência de complicações no período pós-operatório. Análises de subgrupos mostraram que tanto a intervenção intensiva quanto a breve aumentaram significativamente a cessação do tabagismo, no momento da cirurgia; RR combinado 10,76 (95% de intervalo de confiança (IC) 4,55-25,46, dois ensaios) e RR 1,41 (IC 95% 1,22-1,63, cinco ensaios), respectivamente. Quatro estudos avaliaram o efeito sobre a cessação do tabagismo a longo prazo e tiveram um efeito significativo; RR combinado de 1,61 (IC 95% 1,12-2,33). No entanto, quando agruparam as intervenções intensivas e breves separadamente, apenas a intervenção intensiva manteve um efeito significativo sobre a cessação do tabagismo a longo prazo; RR 2,96 (IC 95% 1,57-5,55, dois ensaios). Os resultados indicaram que a intervenção intensiva pré-operatória com tabagistas foi vantajosa para mudar o comportamento no período pré-operatório e em longo prazo, e para reduzir a incidência de complicações. Seis ensaios sobre intervenções breves, por outro lado, auxiliaram com o aumento da cessação do tabagismo no momento da cirurgia, mas não conseguiram detectar um efeito estatisticamente significativo sobre a morbidade pós-operatória.

Outro estudo comparou a efetividade de grupo intensivo e intervenções individuais para a cessação de fumar em ambientes de atenção primária. Três grupos foram comparados: Intervenção individual intensiva (III), intervenção em grupo intensiva (IGI) e uma intervenção mínima como controle (IM). Segundo os resultados não houve diferenças significativas entre os grupos. Os índices de cessação do estudo foram menos eficazes que o esperado, mas os autores sugerem que uso reduzido da terapia medicamentosa pelos profissionais de saúde pode ser uma das razões para tal desfecho (RAMOS et al., 2010).

Shanti, Ajay e Sudhanshu (2010) avaliaram a eficácia da intervenção breve feita por dentistas em usuários de tabaco sem fumaça. Os pacientes encontravam-se no estágio de pré-contemplação (ausência de motivação) e apresentaram dependência elevada da nicotina. Realizado o segmento após um ano, verificou-se que algumas pessoas se tornaram dependentes leves da nicotina. Houve uma redução de 32% da prevalência do uso de tabaco após a IB.

Stead, Bergson e Lancaster (2008) demonstraram que aconselhamento simples e breve feito por médicos aumenta a probabilidade da cessação de fumar e permanecer abstinente 12 meses após a intervenção. Sugerem que aconselhamento mais intensivo poderá resultar em taxas superiores de cessação e que acompanhamento e apoio após o aconselhamento também poderá aumentar os índices de sucesso.

Um estudo randomizado com 200 jovens ingleses, com idade entre 16 e 20 anos, comparou a eficácia da entrevista motivacional com nenhuma intervenção. Os participantes usavam maconha, álcool, nicotina e outros estimulantes não injetáveis. A entrevista motivacional foi realizada em uma única sessão individual, com duração de uma hora. No seguimento de 3 meses verificou-se que a entrevista motivacional reduziu o uso de cigarro, álcool e maconha, sendo que o tamanho de efeito para a redução do consumo de tabaco foi de 0,37 (0,15-0,6) (McCAMBRIDGE; STRANG; 2004).

Smith e outros (2001) avaliaram a eficácia de três grupos de tratamento do tabagismo: cognitivo-comportamental (treinamento de habilidades); entrevista motivacional e intervenção breve (sem entrevista motivacional) em uma amostra randomizada de 677 pacientes que também receberam adesivos de nicotina por oito semanas. A diferença entre os três grupos de tratamentos também foi avaliada em dois subgrupos classificados em alto e baixo risco de recaída em que se levou em conta variáveis como: dependência de nicotina, níveis de intoxicação por monóxido de carbono, sintomas de ansiedade e depressão, número de cigarros diários, anos de uso de tabaco, idade, gênero, etc. A intervenção breve teve três sessões individuais, e a terapia cognitivo-comportamental e a entrevista motivacional seis sessões em grupo. Os participantes dos grupos também receberam intervenção breve antes das sessões. Os resultados mostraram que não houve diferenças entre os três grupos de tratamento e nem em relação aos fumantes com alto ou baixo risco para recaída.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a eficácia de uma sessão de Intervenção Breve para dependentes de tabaco que procuram tratamento em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Juiz de Fora, MG.

## 4 MÉTODO

### 4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora (MG). As Unidades localizavam-se nas regiões Sul, Oeste e Nordeste. A escolha das UAPS para a realização do estudo ocorreu devido à existência de pessoas em fila de espera para tratamento. Como essas pessoas não estavam recebendo nenhum tipo de ajuda para deixar de fumar isso possibilitou a realização da pesquisa com oferecimento de intervenções puras (IB e ACC), sem medicação ou terapia de reposição de nicotina (TRN), o que diferiu do tratamento padrão Inca (com medicação e TRN) oferecido nas UAPS. Por esse motivo o estudo não violou padrões éticos ofertando menos que o tratamento padrão (Inca).

### 4.2 PARTICIPANTES

Foram convidados tabagistas das três UAPS para participar de uma triagem para participação em pesquisa. Após a triagem foram selecionadas 80 pessoas que atenderam aos critérios do estudo de uso diário de cigarros por no mínimo um ano; Ter idade a partir de 18 anos; Fornecer endereço e telefone para contato; Concordar em participar da aleatorização entre dois grupos e receber uma das intervenções (IB ou ACC) e do seguimento de 3 e 6 meses por telefone.

Esses usuários estavam em uma lista de espera para tratamento do tabagismo no serviço. Duas UAPS ofereciam o tratamento intensivo em grupo segundo orientação do Ministério da Saúde/Inca (BRASIL, 2001b, 2004a) e uma possuía profissionais treinados para oferecer tratamento, mas não oferecia o mesmo no período do estudo. Todas as UAPS possuíam lista de espera para tratamento. Foram treinados quatro alunos dos cursos de psicologia e um de medicina para aplicação dos instrumentos (triagem, entrevistas, seguimento e intervenção breve (IB). Os grupos com abordagem cognitivo-comportamental foram coordenados por uma psicóloga com experiência em grupos de tratamento intensivo do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevistas presenciais por estudantes de psicologia devidamente treinados e supervisionados na linha de base e em 3 e 6 meses, após as intervenções, no seguimento por telefone.

### 4.3 PROCEDIMENTOS

Os dois modelos de intervenção propostos para avaliação foram a abordagem intensiva para a cessação do tabagismo (Grupo ACC, Modelo Inca), baseado na proposta do Ministério da Saúde em oito sessões semanais em grupo, no mínimo, com no máximo quinze pessoas, sem fornecimento de medicação ou terapia de reposição de nicotina (BRASIL, 2001b, 2004a) e um modelo Intervenção Breve (Modelo IB) para tabaco com uma única sessão individual (BABOR et al., 2007; DE MICHELI; FORMIGONI, 2011).

O Modelo Inca consiste na abordagem intensiva do fumante, que se utiliza da abordagem cognitivo-comportamental. Para o grupo de Abordagem Cognitivo-Comportamental, em oito sessões, seguimos o modelo do protocolo Inca (quatro sessões estruturadas e quatro para manutenção da abstinência e prevenção de recaídas sem fornecimento de medicação ou terapia de reposição da nicotina (TRN).

A abordagem intensiva do fumante pode ser feita em grupo ou atendimento individual. A indicação é que o tratamento seja realizado no período de um ano (4 sessões semanais, duas quinzenais e as outras mensais até completar um ano) para acompanhamento dos fumantes e prevenção da recaída, mas pode ser feita em tempo inferior.

Os usuários passaram por uma triagem com a escala MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview*) para aferição dos critérios de não inclusão de transtornos psiquiátricos graves, dependência de outras drogas e risco de suicídio (Anexo A). Em seguida, foram distribuídos aleatoriamente nos dois grupos (IB e ACC) e avaliados por instrumentos diversos (*Contemplação Ladder*, *Questionnaire of Smoking Urges Brief – QSU B*, *Teste de Fagerström*, *Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*) e responderam a uma entrevista com aspectos sociodemográficos e história de tabagismo. A partir daí, iniciaram-se as sessões em grupo, por oito semanas (BRASIL, 2001a, 2001b; CAVALCANTE, 2005; REICHERT et al., 2008) e a intervenção breve de sessão única (individual) em

horários previamente estipulados e compatíveis com a disponibilidade de salas nas UAPS.

O modelo Intervenção Breve consiste em uma forma de aconselhamento feita em uma sessão, em que o profissional de saúde aborda uma pessoa que apresenta algum problema de comportamento (aditivo ou não) e tem o objetivo de mudar esse comportamento que pode ou não estar causando prejuízos à sua saúde. Foi utilizada a abordagem de intervenção breve com entrevista motivacional (EM). Nesta abordagem o profissional busca estabelecer uma relação baseada na empatia com o cliente a fim de aumentar sua motivação para mudança. A intervenção é de curta duração e pode ser utilizada em serviços de atenção básica à saúde (ROLLNICK; MILLER, 1995) e baseia-se no modelo dos estágios de mudança (PROCHASKA; DI CLEMENTE; NORCROSS, 1992) e na intervenção motivacional podendo ser realizada por profissionais não especializados (ROLLNICK; BUTLER; STOTT, 1997; ROLLNICK; MILLER, 1995). Seu objetivo é aumentar a motivação da pessoa atendida para que possa acontecer a mudança (GERBERT et al., 2003). As estratégias mais utilizadas são: avaliar a prontidão para mudança, aconselhar a pessoa conforme o estágio de mudança em que se encontra, trabalhar a ambivalência, estimular a autoeficácia, detectar situações de risco e disponibilizar estratégias para enfrentá-las, sugerir a escolha de uma data para deixar de fumar e disponibilizar materiais de autoajuda (BUTLER et al., 1999; GERBERT et al., 2003; MILLER; ROLLNICK, 2001; PROCHASKA et al., 1993). A aplicação foi controlada para um tempo de 40 minutos para cada intervenção individual. O participante não recebeu nenhum tipo de material ou medicação e TRN durante ou após a intervenção (IB).

Quanto ao grupo com abordagem cognitivo-comportamental as sessões semanais aconteceram em oito encontros. Foram seguidas conforme o protocolo Inca para tratamento em grupo intensivo. Os participantes receberam quatro manuais impressos (Deixando de fumar sem mistérios: Manual do Participante) que foram dados nas quatro sessões iniciais e abordam temas sobre tabagismo e orientações segundo abordagem cognitivo-comportamental. O usuário recebeu esclarecimentos sobre tabagismo, estratégias cognitivas e comportamentais e preencheu tarefas nas sessões e em casa. O objetivo foi prepará-lo para a abstinência e prevenção da recaída (BRASIL, 2001a, 2001b, 2004c).

Três e seis meses após as intervenções (grupo ACC ou intervenção breve IB) os participantes receberam uma ligação por telefone para responder a entrevista de seguimento. Eles responderam aos instrumentos aplicados na linha de base, autorrelato de abstinência e avaliação das intervenções (IB e ACC).

#### 4.4 O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo piloto de um ensaio clínico randomizado comparando duas intervenções em três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que não disponibilizavam o tratamento padrão Inca ou ofereciam esse serviço, mas não atendiam à demanda dos usuários e possuíam fila de espera para tratamento. Os participantes foram alocados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde através de dois grupos: IB (intervenção breve em sessão única, individual, com abordagem de Entrevista Motivacional) e ACC (abordagem cognitivo-comportamental com oito sessões em grupo). Os dados do estudo foram coletados entre novembro de 2012 e maio de 2014 em Juiz de Fora (MG). Inicialmente pessoas que estavam inscritas em uma lista de espera para tratamento do tabagismo eram convidadas a participar de uma triagem (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - MINI) para inclusão no estudo, segundo ausência de critérios diagnósticos. Após a triagem os nomes das pessoas incluídas iam para uma lista de randomização em que houve distribuição aleatória em dois grupos de intervenções: Abordagem cognitivo-comportamental em grupo (8 sessões) ou Intervenção Breve (uma sessão individual). Depois de aleatorizados os participantes foram convidados a participar do estudo segundo alocação (grupo ou intervenção breve), assinar o Termo de Consentimento (TCLE) (Apêndice A), em caso de concordância, e participar da aplicação da entrevista (entrevista com dados sociodemográficos e padrão de consumo do tabaco, teste de Fagerström, HADS, QSU, Ladder). As intervenções iniciaram-se após aplicação das entrevistas e foram administradas sem uso de medicação ou Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) (bupropiona, adesivos ou pastilhas com nicotina). Os grupos com abordagem cognitivo-comportamental (ACC) foram realizados em uma sessão por semana, totalizando 8 sessões. A intervenção breve (IB) foi aplicada em uma única sessão individual. Ambas foram realizadas ao mesmo tempo. O período de realização das intervenções (grupos ACC e IB) foi de março a dezembro de 2013.

Após o término das intervenções, os seguimentos foram aplicados, por telefone, em 3 e 6 meses. A pesquisa finalizou-se em maio de 2014.

Os dois grupos não receberam medicação ou terapia de reposição da nicotina ou qualquer recurso adicional (material de autoajuda, música, atividade física, apoio nutricional etc.). No grupo (ACC) receberam apenas quatro manuais (quatro Manuais do Fumante que se encontram disponíveis no site do Inca, desde que citada a fonte) que faziam parte das sessões estruturadas no modelo Inca. Os grupos (IB e ACC) foram comparados no período de segmento, após três e seis meses. Os desfechos avaliados foram: cessação do tabagismo, motivação, números de cigarros fumados/dia, grau de intensidade da dependência da nicotina, fissura (ou *craving*), adesão ao tratamento, número de tentativas de cessação e abandono do tratamento.

Como medida de abstinência do tabaco ou cessação do tabagismo usou-se o critério do autorrelato (Anexo B) que identifica se uma pessoa ficou sem fumar (nem mesmo uma tragada) nos últimos 7 dias, em segmentos de 3 e 6 meses.

A recaída (retorno ao uso de tabaco) foi considerada quando o participante ficou sem fumar após 24 horas e voltou a fazê-lo regularmente, ou seja, voltar ao uso do tabaco por sete dias ou sete finais de semana continuados, após ter interrompido o uso do tabaco (COX et al., 2011; HUGHES et al., 2003; OTERO et al., 2006). Os casos de não participação no seguimento por qualquer motivo foram considerados recaída.

Considerou-se abandono do estudo quando o participante não compareceu às intervenções ou quando realizadas três tentativas de seguimento por telefone, em dias e horários distintos, não foi possível falar com o entrevistado.

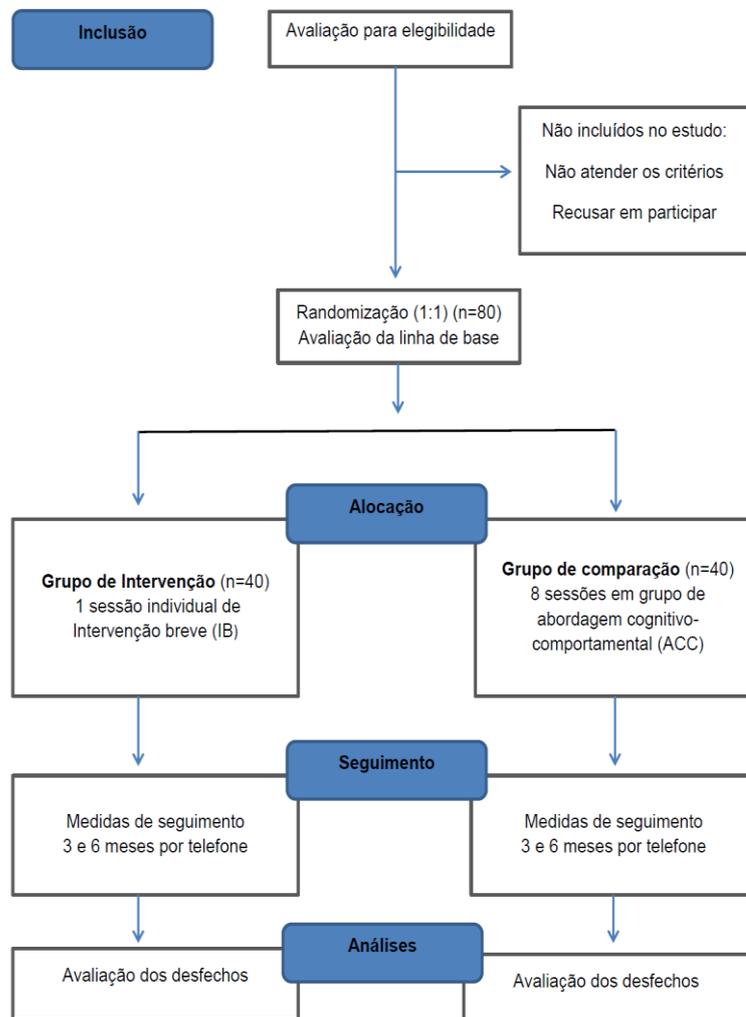
As variáveis foram medidas na entrevista inicial (período basal) com aplicação de escalas (vide instrumentos) que se realizou antes da primeira sessão de cada um dos modelos (IB e ACC) e nos seguimentos de três e seis meses (Anexos C e D), após a única sessão de intervenção breve (IB) e a primeira sessão da Intervenção cognitivo-comportamental (ACC). Foram convidadas 80 pessoas para participar do estudo após a triagem. Foram alocadas 40 pessoas em cada um dos grupos (IB e ACC), através de randomização. Na linha de base 52 pessoas participaram das entrevistas e foram alocadas nos grupos (IB ou ACC). Um total de 41 tabagistas compareceram às intervenções (22 pessoas no grupo IB e 19 no ACC).

As avaliações de seguimento de três e seis meses foram aplicadas por contato telefônico fornecido pelo participante da pesquisa no momento da entrevista.

#### 4.5 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por tabagistas recrutados em três UAPS que estavam em fila de espera para tratamento do tabagismo. Houve uma triagem para verificar critérios de não inclusão. Em seguida houve uma aleatorização e alocação nos dois grupos de intervenção IB e ACC. Os participantes foram avaliados por uma entrevista inicial e instrumentos diversos e participaram dos encontros em grupo ou de uma intervenção breve. Após três e seis meses houve um seguimento para avaliação dos desfechos (Figura 1).

**Figura 1 – Desenho do estudo**



Fonte: A autora

#### 4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Uso diário de cigarros por, no mínimo, um ano; Ter idade de dezoito anos ou mais; Fornecer endereço fixo e telefone para contato; Concordar em participar da aleatorização entre dois grupos e receber uma das duas abordagens (IB) ou (ACC) e do segmento de três meses e seis meses.

#### 4.7 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

Apresentar alguma condição de saúde que inviabilizasse a participação na entrevista; Não compreensão dos instrumentos aplicados; Apresentar Síndrome Psicótica, Transtorno de humor com características psicóticas; Episódio maníaco ou hipomaníaco; Risco de suicídio (moderado ou grave) e dependência de álcool ou outras drogas.

#### 4.8 INSTRUMENTOS

##### **4.8.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Versão Brasileira 5.0.0.**

O MINI (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV*) (AMORIM, 2000; SHEEHAN et al., 1998) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria e pode ser utilizada por clínicos. Possui respostas do tipo *sim* e *não*. Está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica. O MINI foi utilizado para a triagem e aplicação de critérios de não inclusão dos participantes. Os critérios diagnósticos utilizados no estudo para não inclusão foram: risco de suicídio; episódio maníaco; episódio hipomaníaco; dependência de álcool; abuso de álcool; dependência de substância (não álcool); abuso de substância (não álcool); Síndrome psicótica; Transtorno de humor com características psicóticas (Anexo A).

#### **4.8.2 Questionário sociodemográfico e padrão de consumo de tabaco**

Com dados como residência, local de nascimento, sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, renda, cor ou etnia, religião e a história de tabagismo do entrevistado. Foi investigada a idade de início do tabagismo, consumo diário de cigarros, tempo de tabagismo, qual produto(s) do tabaco utilizava, o motivo de querer parar de fumar, número de tentativas de cessação, recurso(s) utilizados nas tentativas e motivo(s) da recaída (Apêndice B).

#### **4.8.3 Questionário de tolerância de Fagerström – (*Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTNQ*)**

Avalia o grau de dependência de nicotina (CARMO; PUEYO, 2002). Apresenta seis questões sobre o hábito de fumar e avalia o grau de dependência da nicotina em baixo, médio e elevado. O escore total é calculado pela soma de todas as questões que podem variar entre 0 e 10 pontos. A dependência leve terá escore até 4 pontos, a moderada 5 pontos e dependência elevada de 6 a 10 pontos (Anexo E).

#### **4.8.4 Questionnaire of Smoking Urges Brief (QSU-B)**

A escala é composta por 10 itens, que avalia a fissura (ou *craving*) pelo tabaco (Anexo F). É pontuada segundo uma escala *likert* de 7 pontos (1 = discordo completamente; 7 = concordo completamente) e foi validada no Brasil (ARAÚJO et al, 2007). Pode ser avaliada através do somatório dos pontos de cada questão da pontuação em quatro categorias (desejo de fumar, antecipação de resultado positivo, alívio dos sintomas da abstinência ou afeto negativo e intenção de fumar) ou pelos pontos obtidos no Fator 1 e Fator 2, os quais se relacionam, respectivamente, com a capacidade de reforço positivo e de reforço negativo do tabaco (COX; TIFFANY; CHRISTEN, 2001).

#### **4.8.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

Contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada (Anexo G). A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. Essa escala foi desenvolvida para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Suas principais características são: sintomas vegetativos que podem ocorrer em doenças físicas foram evitados; os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia; destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; é curta, podendo ser rapidamente preenchida; ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana (BOTEGA et al., 1995). Atualmente é, também, utilizada em pacientes não internados e sem doenças diagnosticadas. Pode ser aplicada pelo entrevistador ou autoaplicada (MARCOLINO et al., 2007).

#### **4.8.6 Escala de Contemplação *Ladder***

Validada por Terra e outros (2009), a escala é uma medida breve de motivação ou prontidão para a mudança de comportamento aditivo. É composta por 10 alternativas onde o tabagista elege um número que melhor representa o seu nível de interesse em parar de fumar (Anexo H). Com o resultado obtido pode-se avaliar o estágio motivacional em que a pessoa se encontra: pré-contemplação, contemplação, preparação para a ação e ação (escores 1, 2 e 3 pré-contemplação; escores 4, 5: contemplação; escores 6,7,8: preparação para a ação; escores 9 e 10: ação).

#### **4.8.7 Autorrelato de Abstinência**

Possui cinco perguntas sobre se fumou nos últimos sete dias e nos últimos três meses e se houve tentativas de parar de fumar (adaptado de HUGHES et al, 2003). Avalia se houve abstinência ao tabaco e tentativas de cessação nos seguimentos de três e seis meses (Anexo B).

#### 4.8.8 Avaliação de Seguimento

São questões abertas (Anexos C e D) sobre como a pesquisa influenciou o comportamento de saúde, redução de cigarros e opinião sobre as intervenções (IB ou ACC). Adaptado de Vianna (2008).

#### 4.9 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo foi um piloto do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR). Realizou-se análises descritivas por meio de percentuais, médias, medianas, desvios padrão.

A amostra foi calculada para o tipo de delineamento, ECR, para um poder estatístico de 80% e um nível de significância de 5%, tendo sido utilizado como tamanho de efeito uma diferença relativa de até 15% na proporção de tabagistas que deixaram de fumar entre os dois grupos.

#### 4.10 ASPECTOS ÉTICOS

A entrevista e os demais instrumentos de avaliação foram realizados no local de tratamento e intervenção do tabagismo (UAPS) e a entrevista de seguimento foi realizada, por telefone, após três e seis meses a partir da primeira sessão das intervenções (IB ou ACC). Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e concordaram em participar, assinando um termo de consentimento de participação em que foi garantido o anonimato e sigilo aos mesmos, principalmente com relação ao seu tratamento. Os entrevistados foram informados previamente da natureza, conteúdo e destino das entrevistas, além do uso único e exclusivo para finalidade acadêmica. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), sob parecer n. 86.664, de 27 de agosto de 2012 (Anexo I). Os riscos foram mínimos segundo a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

A Secretaria de Saúde de Juiz de Fora autorizou a realização de pesquisa nas Unidades de Atenção à Saúde de Juiz de Fora (Anexo J).

Este ensaio clínico encontra-se em análise pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (requerimento n. 2927/<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>).

## 5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão divididos em duas partes. A primeira parte apresenta o artigo “*Effectiveness of brief intervention on smoking, in primary health care units: a study protocol for a randomized controlled trial*”. A segunda parte apresenta os resultados obtidos no Estudo Piloto.

### 5.1 PROTOCOLO DE ESTUDO

O artigo “*Effectiveness of brief intervention on smoking, in primary health care units: a study protocol for a randomized controlled trial*” é um Protocolo de Estudo (*Study Protocol*) que deu origem ao estudo piloto da dissertação. Encontrase submetido à revista *BMC Public Health* aguardando avaliação.



## 26 **Abstract**

27 **Introduction:** Primary Health Care (PHC) proves to be an ideal setting for smoking cessation  
28 interventions by being the gateway to the health system. The intervention that will be  
29 evaluated in this study, compared with a cognitive-behavioral approach, consists of a single  
30 brief intervention session, individual, lasting 40 minutes, with tobacco users recruited in the  
31 Primary Health Care Units (PHCUs). This article aims to present the study protocol for a  
32 randomized clinical trial of the brief intervention to estimate the short-term effectiveness of  
33 this approach in increasing cessation rates, since there is evidence concerning the  
34 effectiveness of this type of intervention in the PHC context.

35 **Methods/Design:** This study aims to present a randomized clinical trial protocol to assess the  
36 viability of the BI, verify design aspects of the testing and procedures, and to estimate the  
37 short-term effectiveness of the BI in increasing cessation rates compared to the Brazilian  
38 Ministry of Health's standard treatment. Smokers, at any stage of motivation, will be recruited  
39 at three PHCUs in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, a state in the Southeast Region of  
40 Brazil. After screening, they will be randomized individually to one of the groups: cognitive-  
41 behavioral approach (control) or brief intervention (intervention). Participants will be  
42 monitored at three and six months, by phone, from the date of the first group intervention in  
43 which they will be included. The primary outcome will be self-reported abstinence. A sample  
44 size of 40 subjects in each arm was calculated for the RCT design type, with a statistical  
45 power of 80% and a significance level of 5%. A relative offset of up to 15%, in the proportion  
46 of smokers who will quit smoking, between the two groups, was used as effect size. The  
47 principal analyses of cessation rates will be done based on the intention to treat, assuming that  
48 participants that drop out will be smoking.

49 **Discussion:** This pilot study will focused on the viability and effectiveness of short-term  
50 intervention with smokers. The results will be used to refine this intervention model and

51 inform the decision to proceed to a pragmatic test to estimate the effectiveness of long-term  
52 intervention with smokers.

53

54 **Test record no.:** under evaluation by ReBEC (Requirement no. 2927)

55 (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>)

56 **Keywords:** Primary Health Care; brief intervention, cognitive-behavioral approach; smoking;

57 Unified Health System (*SUS*)

## 58 **Background**

59 Smoking is a serious public health problem because it is the leading cause of preventable  
60 death. It is estimated that it was responsible for the deaths of nearly 6 million people  
61 worldwide per year as of 2011 [1]. If the same rates of use continue, by 2030 tobacco use  
62 could lead to the death of more than 8 million people worldwide each year, with 80% of these  
63 deaths occurring in low and middle income countries [1].

64 Tobacco use is associated with various diseases and may be responsible for 70% of lung  
65 cancer cases, 42% for respiratory diseases, and 10% for diseases of the respiratory tract [2].

66 In Brazil the prevalence of smoking is 11.3%, its consumption is higher for males (14.4%)  
67 than for females (8.6%) [3]. Of all deaths in 2008 in Brazil, 13% were attributed to smoking.

68 Such tobacco use rates are costly for the country's health system; of the R\$ 20 billion (BRL)

69 spent on health in 2010 (approximately \$12 billion - USD), 35% was spent on heart disease,

70 33% on chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and 25% on diverse cancers (8% on

71 lung cancer) [4]. Reducing the prevalence of smoking is one of the most important health

72 objectives in the world [5,6].

73 Health care is free in Brazil since 1980, at the primary, secondary, and tertiary level, provided

74 by a national health system financed by taxes and specific social contributions. The Brazilian

75 Constitution recognized health as a citizen's right and a duty of the State, and established the  
76 basis for the creation of the Unified Health System (UHS), which is founded on the principles  
77 of universality, comprehensiveness, and social participation. This achievement was only  
78 possible through the political struggle and actions of the Health Reform Movement during the  
79 country's period of re-democratization [7,8].

80 Primary Health Care (PHC), or Basic Care, as it is called in Brazil, proves to be an ideal  
81 setting for smoking cessation interventions, by being the gateway to the health system. The  
82 ordinance establishing the National Basic Care Policy defined it as a set of health actions, at  
83 the individual and collective levels, covering health promotion and protection, disease  
84 prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and health maintenance [9]. Primary care was  
85 driven by the decentralization process and supported by innovative programs (such as the  
86 Family Health Program) and aims to provide universal access and comprehensive services, to  
87 coordinate and expand coverage to more complex levels of care, and to implement  
88 intersectoral actions of health promotion and disease prevention [7,8].

89 A recent study [10] on the implementation of actions on smoking in primary health care  
90 showed that in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, there are 44 primary health care units  
91 (PHCUs) and only 18 (40.9%) offer specific care to the smoker and medication following the  
92 model espoused by the National Tobacco Control Program (NTCP). All 18 units offer the  
93 cognitive-behavioral approach and use the support material provided by the Ministry of  
94 Health (MH) for group sessions.

95 Yet according to Portes et al. [10], forty-two professionals (95.4%) were trained by the MH  
96 for the approach and treatment of smokers. According to them, about 75% of the PHCUs (33)  
97 have room for the group sessions inside the unit itself, and five use outside areas, such as  
98 societies for the improvement of neighborhoods, churches, and schools. Every smoker who  
99 shows interest in quitting smoking is registered for this demand, in 34 units (77.3%). The

100 results suggest that, despite the existence of a strong organizational framework for control of  
101 tobacco use, a result from the NTCP's actions is not clear.

102 The Brief Intervention (BI) was developed in 1972 in Canada by Sanchez-Craig and  
103 colleagues, as an approach to help alcohol users. It is a structured intervention strategy, focal  
104 and objective, that assists in the development of autonomy, helping people to take the  
105 initiative and responsibility for their choices. The first impact of brief interventions is  
106 motivational, i.e., they trigger the decision and the commitment to change [11,12]. Thus the  
107 BIs can be used to complement activities that are part of the routine procedures in a shorter  
108 time frame and obtain information from the patient on current problems, acting in motivating  
109 and encouraging decision making.

110 One of the most interesting features of the BIs is that they can be applied by any professional  
111 with minimal training, which favors its applicability and scope, and they can occur at different  
112 levels (primary, secondary, and tertiary) in addition to considering the different specificities  
113 of the substance and the pattern of its use [13,14].

114 Various studies have confirmed the effectiveness of BIs and support their application as an  
115 essential tool for motivating behavior changes related to the use of psychoactive substances  
116 [15-22].

117 Other important aspects in the BI are the principles that Miller and Sanchez [23] developed  
118 and that are essential to the process. These authors used the acronym, FRAMES, to highlight  
119 them: Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Option, Empathy, and Self-efficacy. All  
120 these elements must be present in the BI and serve as a model for its conduct. Responsibility  
121 emphasizes the person's commitment to the process of change. Advice is based on clear  
122 counseling, warnings, referrals, and guidelines regarding treatment and primary care. The  
123 Menu of Options consists of offering patients a variety of strategies for modifying their  
124 problem behavior. Empathy is the quality of the relationship between therapist and client, and

125 Self-efficacy refers to a person's belief in their ability to perform and succeed at a task [23].  
126 The BI makes use of the Motivational Interview (MI), which is an approach that assists in the  
127 resolution of ambivalence and in increased motivation. During the MI, a communicative  
128 setting between patient and health professional should be built, in order to create a favorable  
129 environment for verbalizing conflicts, fears, and expectations [24].  
130 According to these same authors, lack of motivation makes it difficult to quit smoking, since  
131 it is known that this encourages reflection for decision making, which also happens with other  
132 drugs. Prochaska and Di Clemente [25] developed a model for assessing the stage of  
133 motivation in which people find themselves.  
134 The transtheoretical model, created by the aforementioned authors, emphasizes that  
135 motivation is the readiness to change any behavior, and every behavioral change is a process.  
136 The five stages of change are dynamic: pre-contemplation, contemplation, preparation, action,  
137 and maintenance.  
138 Pre-contemplation is the stage where the person has no intent to quit smoking, nor even  
139 criticism or conflict involving the smoking behavior. In the Contemplation stage, the  
140 awareness exists that smoking is a problem, however, there is ambivalence about quitting the  
141 use of tobacco. In Preparation, the person chooses a strategy to make the behavioral change.  
142 In Action, the person takes the initiative to stop smoking, and finally, in Maintenance, learns  
143 strategies to prevent relapse and consolidate the gains made during the action phase [26,27].  
144 This study aims to conduct a RCT to assess the viability of the BI, verify design aspects of the  
145 testing and procedures, and to estimate the short-term effectiveness of the BI in increasing  
146 cessation rates compared to the Brazilian Ministry of Health's standard treatment.

## 147 **Methods**

### 148 **Study design**

149 The study is a randomized controlled trial with two parallel arms with a 1:1 subject allocation

150 ratio comparing BI and cognitive-behavioral approach (CBA) for smoking cessation (Figure  
151 1).

## 152 **Participants**

153 Men and women will be eligible for the study if they meet the following criteria: Be able to  
154 read and write in Portuguese and have the capacity to give free and informed consent; Daily  
155 use of cigarettes for at least one year; Be at least eighteen years of age; Provide a fixed  
156 address and a contact telephone number; Agree to participate in the random assignment  
157 between two groups and receive one of two approaches, (BI) or (CBA), and to answer a  
158 follow-up interview after three months of intervention, and another after six months of  
159 intervention, both by phone; Not be using pharmacotherapy for smoking cessation and  
160 nicotine replacement therapy (NRT) on the date of the baseline interviews. Participants will  
161 not be included if they have any health condition that could prevent participation in the  
162 interventions; If they do not understand the instruments applied; If they present psychotic  
163 syndrome, mood disorder with psychotic features; Manic or hypomanic episodes; If they  
164 present risk of suicide (moderate or severe) and dependence on other drugs besides nicotine.

## 165 **Recruitment**

### 166 *Location of the interventions*

167 Interventions will be carried out in Primary Health Care Units (PHCUs) in the city of Juiz de  
168 Fora, Minas Gerais, Brazil. Three PHCUs that offer treatment for smoking with a cognitive-  
169 behavioral approach following the protocol of the Ministry of Health (MH) and the National  
170 Program for Tobacco Control (NPTC) will be randomly selected. The study eligibility criteria  
171 for the PHCUs will be: offering treatment for smoking at the time of the study, but not  
172 meeting the current demand of registered persons, and having a waiting list for smoking  
173 treatment, or the PHCU is not offering treatment at the time of the study, but has professionals  
174 on staff who are trained to treat smoking according to the MH protocol and has a list of users

175 waiting for treatment. Ten (10) PHCUs will be contacted by telephone to assess whether they  
176 meet the criteria required for the study and whether it will be possible to perform all steps of  
177 the research at their facilities (times compatible with the PHCU's appointment hours,  
178 professionals to support and maintain contact with the researchers), as well as having the  
179 necessary rooms available for running the groups (control), and a room for conducting the  
180 individual intervention (intervention). From the PHCUs that agree to participate, three (3) will  
181 be randomly drawn for the study. If, after the invitation and screening, the number of  
182 participants (n = 80) is not filled in three PHCUs, one more PHCU will be drawn, and so on,  
183 until the total number of participants required for the study is met.

#### 184 *Recruitment of participants*

185 Participants will be recruited from the randomly selected Primary Health Care Units (PHCUs)  
186 and which agreed to participate in the study through a waiting list for treatment of smoker  
187 patients; the selection will follow the order of this list (the first to the last registered).

188 Applicants will receive a telephone call from the study team inviting them to participate in the  
189 selection (screening) for the study on smoking. Those who agree to participate will be invited  
190 for a screening interview.

191 The screening consists of a neuropsychiatric evaluation scale application (MINI International  
192 Neuropsychiatric Interview) [28,29] for measuring non-inclusion criteria. It will be explained  
193 to the participants that only those applicants that meet the selection criteria will be invited to  
194 participate in the study; those who do not meet such requirements will continue on the  
195 PCHU's waiting list for treatment.

196 Those eligible will be randomly allocated to one of two groups and called in by phone for a  
197 baseline interview on sociodemographic data, pattern of tobacco use, and instruments to  
198 measure outcomes. At that point they will sign the informed consent form and the  
199 interventions will be scheduled (a single BI individual session and eight weekly CBA

200 sessions). At the end of three and six months after the first intervention of any of the groups,  
201 they will respond to follow-up telephone interviews.

202 Participants will also be informed that they can drop out of the study at any time and will not  
203 receive any pecuniary benefit or drugs and nicotine replacement therapy (NRT) for the  
204 duration of the study.

#### 205 *Recruitment of intervention specialists*

206 Four specialists will be recruited for the (BI) intervention group among students of  
207 psychology and medicine for the last three course periods of the respective programs that are  
208 doing or have already completed their clinical internship. The specialists will be trained for  
209 three months to apply the tools and the intervention (BI) as well as receive weekly supervision  
210 until the conclusion of the study.

211 The specialist of the control group will be a psychologist, not a member of the professional  
212 staff of the PHCU, with training for intensive treatment of smoking by the Ministry of Health  
213 (MH) and experience in smoking cessation groups for at least one year.

#### 214 **Interventions**

##### 215 *Control (or comparison group)*

216 Subjects will attend groups with a maximum size of 15 who will receive one smoking  
217 treatment session a week using a cognitive-behavioral approach similar to the model used by  
218 the MH. In the control group there will be no use of medication or nicotine replacement  
219 therapy. Its duration will be eight weeks.

220 The Sessions will follow the MH protocol for intensive treatment of smoking, whose  
221 guidance is for at least eight sessions. Participants will receive four printed manuals (Quitting  
222 smoking without mysteries: Participant Manual) from the site of the MH body responsible for  
223 the treatment of smoking (<http://www.inca.gov.br/tabagismo>), which will be distributed in the  
224 four initial sessions. The manuals cover topics on smoking and guidance following a

225 cognitive-behavioral approach. Participants will receive detailed information on smoking,  
226 cognitive and behavioral strategies, and will carry out tasks in the sessions and at home.  
227 The goal will be to prepare them for abstinence from tobacco and prevent relapse. After the  
228 first three months, and also after six months from the first group meeting, a follow-up  
229 interview will be conducted, by telephone, to assess the outcome results.

### 230 *Intervention*

231 An individual single BI session with a Motivational Interviewing approach to cessation of  
232 tobacco use, administered by a trained interviewer. The intervention will be applied in person  
233 and last 40 minutes, and must not exceed this time so as not lose the characteristic of brevity.  
234 The participant will not receive any type of material, medication, or NRT before, during, or  
235 after the intervention (BI). The intervention will be conducted at PHCU at a date and time  
236 scheduled by telephone after the baseline interview. The beginning of the interventions  
237 (intervention and control) will occur at the same time, for counting the time for the three- and  
238 six-month follow-ups that should also be done at the same time. After the first three months  
239 and also after the first six months from the individual single session, a follow-up interview  
240 will be conducted, by telephone, to assess the outcome results.

### 241 **Interventions stage: intervention and control**

#### 242 *Screening*

243 The screening will be held at the PHCUs to select the participants for the study using the  
244 MINI (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV) [28,29] which is a  
245 short standardized diagnostic interview, consistent with the DSM-IV criteria. Participants who  
246 are not selected for the study will continue on the waiting list for their inclusion in the  
247 smoking treatment by the PHCU's professional team.

#### 248 *Randomization*

249 After the screening, participants will be distributed into groups by a computer-generated

250 randomization table (the R blockrand package) [30] with an even and odd BI and CBA  
251 sequence. The names will be assigned to the list in chronological order of contacts in the  
252 PHCUs.

### 253 *Invitation to participate in the study and interview*

254 Having completed screening and randomization, those eligible will be invited by telephone to  
255 appear at the PCHU, at a scheduled date and time, for a data collection interview and to sign  
256 the informed consent form. The interview will have a questionnaire with sociodemographic  
257 characteristics, pattern of tobacco use, and application of instruments to assess: nicotine  
258 addiction, motivation, craving, reasons for smoking, symptoms of depression and anxiety.

### 259 *Interventions*

260 The interventions will take place after conducting the baseline interview and signing the  
261 consent form. The dates of the interventions will be scheduled by phone and will begin at the  
262 same time. Participants will be notified at the time of scheduling about which intervention  
263 they will receive.

### 264 *Follow-up*

265 After the end of the interventions there will be contact by phone, after three and six months, to  
266 respond to a follow-up interview that will take place after the first intervention done in both  
267 groups (intervention and control). Participants will respond to a follow-up interview with  
268 open-ended questions about their participation in interventions, health behavior, and opinions.  
269 A self-report on abstinence and reapplication of the same instruments from the baseline will  
270 be applied for the outcomes. If it is not possible to contact the participant by phone after six  
271 attempts, he/she will be recorded as lost for the three-month follow-up, but will be included in  
272 the six-month follow-up. The same procedure will be used for the six-month follow-up. If it is  
273 not possible to contact the participant after six attempts, he/she will be recorded as lost for the  
274 follow-up.

275 *Sample Size*

276 Eighty (80) participants will be recruited for the pilot study from the three PHCUs, 40 in each  
277 arm. The sample was calculated for the RCT type of design, considering a statistical power of  
278 80%, and a significance level of 5%. A relative difference of 15% or more in the proportion of  
279 smoking cessation, between the groups, considering a cessation rate of 10% in the CBA, was  
280 used as effect size.

281 *Randomized sequence generation*

282 The randomized sequence was generated with the *blockrand* package [30] of R software,  
283 generating random selection lists in blocks of 10 for each of the PHCUs.

284 *Outcome measures (primary and secondary outcome measures)*

285 The primary outcome measure will be the self-reported abstinence rate from the participants  
286 at three and six months of follow-up. The secondary outcomes will be: the motivation for  
287 cessation, the degree of addiction, the degree of nicotine dependency, symptoms of anxiety  
288 and depression, the reduction in the number of cigarettes, and the number of attempts to quit  
289 smoking during the three and six month periods from the first intervention.

290 *Instruments for outcome measures*

291 The primary outcome will be checked through the abstinence self-report [31] in three- and  
292 six-month follow-ups by phone.

293 The secondary outcomes will be measured by the following instruments: Fagerström Test for  
294 Nicotine Dependence - FTND [32]; The Reasons for Smoking Scale [33]; Questionnaire of  
295 Smoking Urges Brief (QSU-B) [34]; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [35,36];  
296 Contemplation Ladder [37]. All these instruments have been validated for Brazil.

297 For screening, the MINI (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV)  
298 [28,29] will be used, which is a short standardized diagnostic interview, consistent with the  
299 DSM-IV and ICD-10 criteria, and will be used to verify the criteria for non-inclusion.

300 The baseline for the research will include the collection of sociodemographic data (Ex.:  
301 education, age, gender) and the standard data on tobacco use (Ex.: number of cigarettes  
302 smoked per day, duration of smoking, number of attempts to quit), and the data for secondary  
303 outcomes will also be collected.

304 The telephone follow-ups at three and six months will apply the self-report on abstinence; the  
305 follow-up interview [21] (Ex.: open questions on opinions about the study, change in health  
306 behavior, and reduced tobacco use); and the secondary outcome instruments.

### 307 *Statistical analyses*

308 Descriptive analyses will be conducted using percentages, means, medians, standard  
309 deviations. The principal analyses of dropout rates will be done based on the intention to treat  
310 with the assumption that participants lost in follow-up will be smoking.

311 For the comparative analyses of the outcomes, generalized linear models will be used, with a  
312 choice of link function and probability distribution according to the type of outcome.

### 313 *Ethical criteria*

314 The study is approved by the Ethics and Research Committee of the University Hospital,  
315 Federal University of Juiz de Fora (Opinion No. 86664) and is authorized by the Juiz de Fora  
316 Municipal Secretary of Health, for research in Primary Health Care Units (PHCUs). The trial  
317 is being evaluated by the Brazilian Registry of Clinical Trials (Application No. 2927)  
318 (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) with UTN (U1111-1161-9209).

## 319 **Discussion**

320 This study will focus on the scalability and short-term effectiveness of the BI for smoking in a  
321 primary care environment. One limitation of the study is that smoking will be assessed by  
322 self-report and there will be no biochemical verification. According to the recommendations  
323 of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), Subcommittee on biochemical  
324 verification of tobacco use and cessation, there are certain circumstances in which the higher

325 accuracy obtained by biological validation is compensated in such a way that its use is not  
326 necessary and may not be desirable. The examples given by the SRNT are population-based  
327 studies with low demand from smokers for cessation, as an example, interventions with  
328 limited personal contact and studies in which the data collection methods are carried out by  
329 mail, phone, or Internet [38].

330 The scalability of the study will be evaluated on the basis of recruitment rates in the telephone  
331 screening; participation rates in the intervention and dropout rates before and after  
332 randomization. The study results will be used to improve the intervention and to inform the  
333 decision to proceed with a pragmatic trial on the efficacy of smoking cessation in the long  
334 term. This trial will include an assessment of the primary outcome of efficacy, assessed at six  
335 and twelve months.

### 336 **List of abbreviations used**

337 (*ACC*) CBA - Cognitive-behavioral approach

338 (*APS*) PHC - Primary Health Care

339 *CAPE*S - Coordination of Improvement of Higher Education Personnel

340 (*CID*) ICD - International Classification of Diseases

341 *CNPq* - National Council for Scientific and Technological Development

342 (*DPOC*) COPD - Chronic obstructive pulmonary disease

343 DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

344 (*ECR*) RCT - randomized controlled trial (clinical)

345 (*EM*) MI - Motivational Interviewing

346 Ex. - example

347 *Fapemig* - Foundation for Research Support of the State of Minas Gerais

348 FRAMES - Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Option, Empathy, and Self-efficacy

349 FTND - Fagerström Test for Nicotine Dependence

- 350 HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale  
351 (*IB*) BI - Brief Intervention  
352 MG - Minas Gerais  
353 (*MS*) MH - Ministry of Health  
354 (*PNCT*) NPTC - National Program for Tobacco Control  
355 QSU-B - Questionnaire of Smoking Urges Brief  
356 SRNT - Society for Research on Nicotine and Tobacco  
357 (*SUS*) UHS - Unified Health System  
358 (*TRN*) NRT - nicotine replacement therapy  
359 (*UAPS*) PHCUs - Primary Health Care Units

360 **Conflict of interest**

361 The authors declare that they have no conflicts of interest.

362 **Author contributions**

363 CAC contributed to the conceptualization, design, and implementation of the study.  
364 Organized and managed the training of people for the pilot study. Organized and coordinated  
365 the interventions at the PHCUs. Made contact with the PHCUs, organized and coordinated the  
366 loading of the database and wrote the article.  
367 TMR contributed to the conceptualization, design, planning, and implementation of the study.  
368 Coordinated the study and reviewed and revised the article.  
369 FABC contributed to the conceptualization, design, planning, and implementation of the study  
370 and led the design and implementation of the statistical aspects of the study. Also did a review  
371 and revision of the article.

372 **Information about the authors**

373 1 Cláudia Aparecida de Carvalho. Psychologist and Master's in Health student, School of  
374 Medicine, Federal University of Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brazil.

375 2 Telmo Mota Ronzani. Department of Psychology. School of Psychology, Federal University  
376 of Juiz de Fora, MG, Brazil.

377 3 Fernando Antonio Basile Colugnati. Internship Department. School of Medicine, Federal  
378 University of Juiz de Fora, MG, Brazil.

### 379 **Acknowledgments**

380 The study will have financial support from the Coordinator for Higher Education Staff  
381 Development (*CAPES*), the National Council for Scientific and Technological Development  
382 (*CNPq*), and the Foundation for Research Support of the State of Minas Gerais (*Fapemig*).

383 To the Managers, Doctors, Nurses, Social Workers, and Staff of the Primary Health Care  
384 Units of Juiz de Fora Health (São Pedro, Santa Luzia, and Bandeirantes) for supporting the  
385 development of the study.

386 To Maira Leon Ferreira, Mariana Imbroisi, Juliana Aparecida dos Santos, Rafaela Russi  
387 Ervilha, and Lucas Pereira for contributing to the implementation of the pilot study.

### 388 **References**

389 1. World Health Organization: *Who report on the global tobacco epidemic, 2011: warning*  
390 *about the dangers of tobacco*; 2011.

391 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1)

392 2. World Health Organization: *Global health risks: mortality and burden of disease*  
393 *attributable to selected major risks*. Geneva; 2009.

394 3. Ministério da Saúde (Brasil): *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e*  
395 *proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde;  
396 2014.

397 4. Pinto MT, Pichon-Riviere A (Coords): *Relatório final: carga das doenças tabaco*  
398 *relacionadas para o Brasil*. São Paulo: ACTbr; 2011.

399 [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721\\_Relatorio\\_Carga\\_do\\_tabagismo\\_Brasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf)

- 400 5. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, Hartge P,  
401 Gapstur SM: **50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States.** *N*  
402 *Engl J Med* 2013, **368**:351-364.
- 403 6. Pinto M, Ugá MAD: **Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único**  
404 **de Saúde.** *Cad Saude Publica* 2010, **26**:1234-1245.
- 405 7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J: **O sistema de saúde brasileiro:**  
406 **história, avanços e desafios.** *Lancet* 2011, **377**:1778-1797.
- 407 8. Piola SF, Vianna SM (Orgs), Marinho A, Carvalho D, Ribeiro JA, Silva JR, Servo LM,  
408 Nogueira RP: *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o sistema Único de saúde (SUS);*  
409 2009.  
410 <http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudentoBra>  
411 [sil.pdf](http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudentoBra) .
- 412 9. Ministério da Saúde (Brasil): *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério  
413 da Saúde; 2012.
- 414 10. Portes LH, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Caetano R, Ribeiro LC: **Ações**  
415 **voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à**  
416 **Saúde.** *Cien Saude Colet* 2014, **19**:439-448.
- 417 11. De Michele D, Formigoni MLOS: **Os princípios básicos da intervenção breve e a**  
418 **intervenção breve passo a passo.** In *Intervenção breve para casos de uso de risco de*  
419 *substâncias psicoativas: módulo 4.* 4th. edition. Edited by Ministério da Justiça (Brasil).  
420 Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2011:2-10.
- 421 12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG: *Audit: the alcohol use*  
422 *disorders identification test. Guidelines for use in primary care.* 2nd. edition. Geneva:  
423 WHO; 2001.

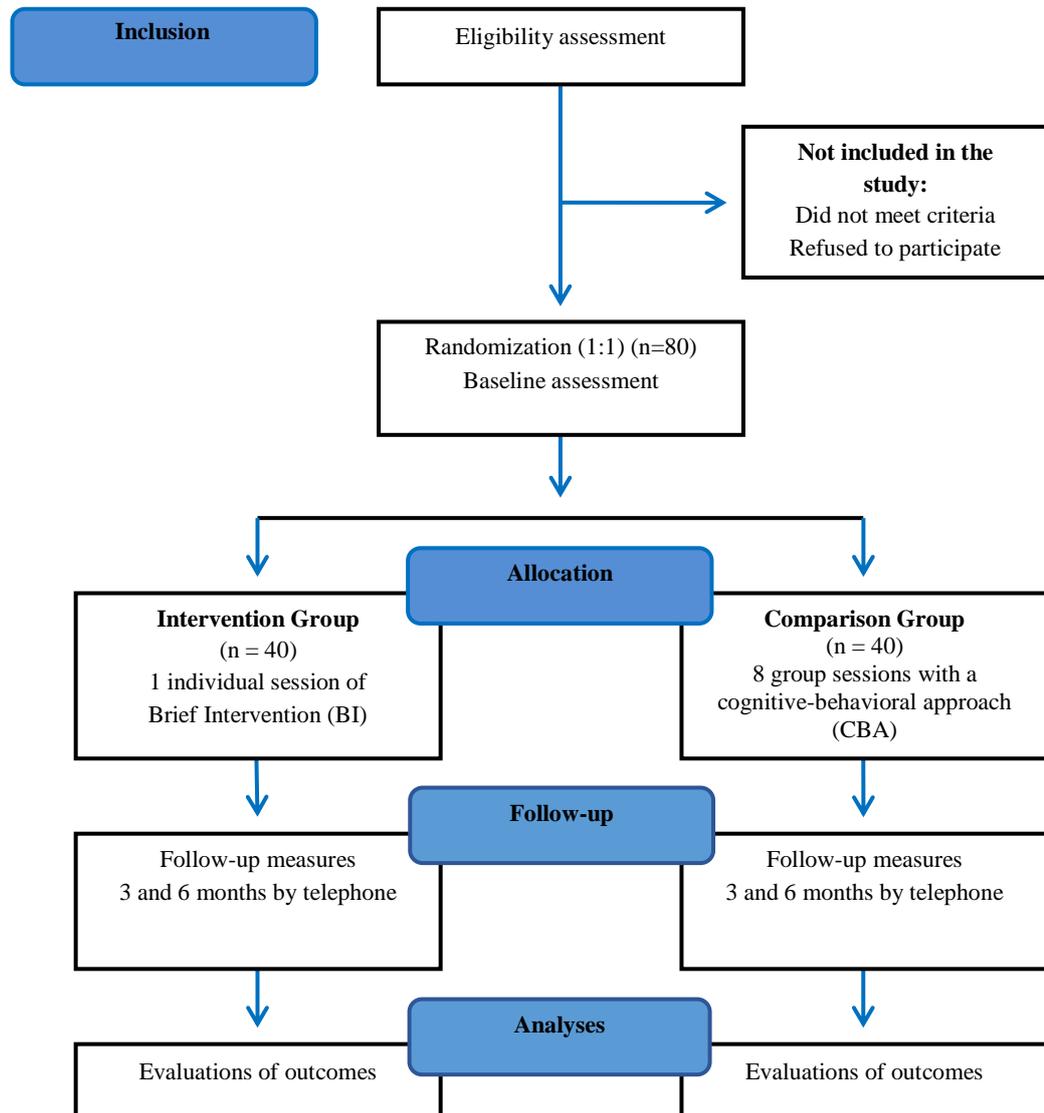
- 424 13. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J: **Screening, Brief**  
425 **Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach**  
426 **to the management of substance abuse.** *Subst Abus.* 2007, **28**:7-30.
- 427 14. Organização Mundial da Saúde: *Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na*  
428 *comunidade.* São Paulo: Santos; 1992.
- 429 15. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS: **Brief interventions for alcohol problems: a review.**  
430 *Addiction.* 1993, **88**:315-335.
- 431 16. Wilk A, Jensen N, Havighurst T: **Meta-analysis of randomized control trials**  
432 **addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers.** *J Gen Intern Med* 1997,  
433 **12**:274-283.
- 434 17. Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergub P: **Brief interventions for alcohol problems:**  
435 **a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and**  
436 **nontreatment seeking populations.** *Addiction.* 2002, **97**:279-292.
- 437 18. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni ML: **Implantação de rotinas de**  
438 **rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção**  
439 **primária à saúde: dificuldades a serem superadas.** *Cad Saude Publica.* 2005, **21**:852-  
440 861.
- 441 19. Ronzani TM, Rodrigues TP, Batista AG, Lourenço LM, Formigoni MLOS: **Estratégias**  
442 **de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de**  
443 **álcool entre bombeiros.** *Estud. psicol.* 2007, **12**:285-290.
- 444 20. McCambridge J, Jenkins RJ: **Do brief interventions which target alcohol consumption**  
445 **also reduce cigarette smoking? Systematic review and meta-analysis.** *Drug Alcohol*  
446 *Depend.* 2008, **96**:263-270.

- 447 21. Vianna VPT: **Fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e**  
448 **a eficácia de uma intervenção breve.** tese de doutorado. Universidade Federal de São  
449 Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2008.
- 450 22. Thomsen T, Villebro N, Møller AM: **Interventions for preoperative smoking**  
451 **cessation.** *Cochrane Database Syst Rev.* 2014, **3**:CD002294.
- 452 23. Miller WR, Sanchez VC: **Motivating young adults for treatment and lifestyle change.**  
453 *In Issues in alcohol use and misuse by young adults.* Edited by Howard G. Notre Dame:  
454 University of Notre Dame Press; 1993:55-82.
- 455 24. Miller WR, Rollnick S: *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança*  
456 *de comportamentos adictivos.* Porto Alegre: Artmed; 2001.
- 457 25. Di Clemente CC, Prochaska JO: **Self-change and therapy change of smoking**  
458 **behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance.** *Addict*  
459 *Behav.* 1982, **7**:133-142.
- 460 26. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC: **In search of how people change –**  
461 **applications to addictive behaviors.** *Am Psychol* 1992, **47**:1102-1114.
- 462 27. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE: **The transtheoretical model and stages of**  
463 **change.** *In Health behavior and health education: theory, research, and practice.* Edited  
464 by Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. San Francisco: Jossey-Bass; 1997:60-84.
- 465 28. Amorim P: **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de**  
466 **entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000,  
467 **22**:106-115.
- 468 29. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T,  
469 Baker R, Dunbar GC: **The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):**  
470 **the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for**  
471 **DSM-IV and ICD-10.** *The J Clin Psychiatry* 1998;**59**(Suppl 20):22-33.

- 472 30. Snow G: *Randomization for block random clinical trials*; 2013. [http://cran.r-](http://cran.r-project.org/web/packages/blockrand/blockrand.pdf)  
473 [project.org/web/packages/blockrand/blockrand.pdf](http://cran.r-project.org/web/packages/blockrand/blockrand.pdf).
- 474 31. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE: **Measures**  
475 **of abstinence in clinical trials: issues and recommendations.** *Nicotine Tob Res.* 2003,  
476 **5:13-25.**
- 477 32. Carmo JTD, Pueyo AA: **A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine**  
478 **dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes**  
479 **brasileiros.** *RBM rev. bras. med* 2002, **59:73-80.**
- 480 33. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB: **Escala Razões para Fumar da**  
481 **Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para**  
482 **fumar.** *J. bras. pneumol* 2010, **36:768-778.**
- 483 34. Araújo RB, Oliveira MS, Moraes JFD, Pedroso RS, Port F, Castro MGT: **Validação da**  
484 **versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges-Brief.** *Rev. psiquiatr. clín.* 2007,  
485 **34:166-175.**
- 486 35. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB: **Transtornos do humor**  
487 **em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de**  
488 **ansiedade e depressão.** *Rev. Saúde Pública* 1995, **29:359-363.**
- 489 36. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC:  
490 **Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da**  
491 **confiabilidade com pacientes no pré-operatório.** *Rev. Bras. Anesthesiol* 2007, **57:52-62.**
- 492 37. Terra MB, Silveira DX, Moreira TC, Ferigolo M, Mazoni C, Arena FX, Barros HMT:  
493 **Convergent validation study of the contemplation ladder for application via**  
494 **telephone in tobacco users.** *J. bras. psiquiatr* 2009, **58:143-149.**
- 495 38. SRNT Subcommittee on Biochemical Verification: **Biochemical verification of tobacco**  
496 **use and cessation.** *Nicotine Tob Res.* 2002, **4:149-159.**

**Legends**

**Figure 1 Study design**



## 5.2 RESULTADOS OBTIDOS NO ESTUDO PILOTO

O estudo avaliou 52 pessoas na linha de base. A maioria era do sexo feminino (82,7%), com média de idade de 49 anos (DP = 9,6) e escolaridade de ensino fundamental completo e médio incompleto (8 a 10 anos de estudo). A renda mais declarada foi de 2 a 4 salários mínimos (67,3%) e o número médio de cigarros fumados por dia era de 19 (DP = 9,5). O início de uso do tabaco teve média de 16 anos (DP = 5) (Tabela 1).

**Tabela 1 – Características sociodemográficas dos tabagistas**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	43	82,7
Masculino	9	17,3
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo	22	42,3
Fundamental incompleto	7	13,5
Médio completo	9	17,3
Médio incompleto	10	19,2
Superior completo	4	7,7
<b>Renda</b>		
Menos de 1 salário mínimo	1	1,9
1 salário mínimo	14	26,9
2 - 4 salários mínimos	35	67,3
5 - 7 salários mínimos	1	1,9
8 - 10 salários mínimos	1	1,9
<b>Estado civil</b>		
Casado	31	59,6
Solteiro	12	23,2
Separado	7	13,4
Viúvo	2	3,8
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00</b>

Fonte: A autora.

Quanto ao perfil de tabagismo (Tabela 2) observa-se que o número de cigarros fumados por dia variou de 6 a 40 no grupo IB e de 2 a 40 no ACC. O tempo de uso de tabaco variou no IB de 6 a 61 anos e no ACC de 10 a 48. Esses fumantes fizeram, em média, três tentativas de parar de fumar anteriores ao estudo. A maioria declarou o uso de cigarros industrializados (98,1%).

**Tabela 2 – Perfil do tabagismo nos grupos (IB e ACC) na linha de base**

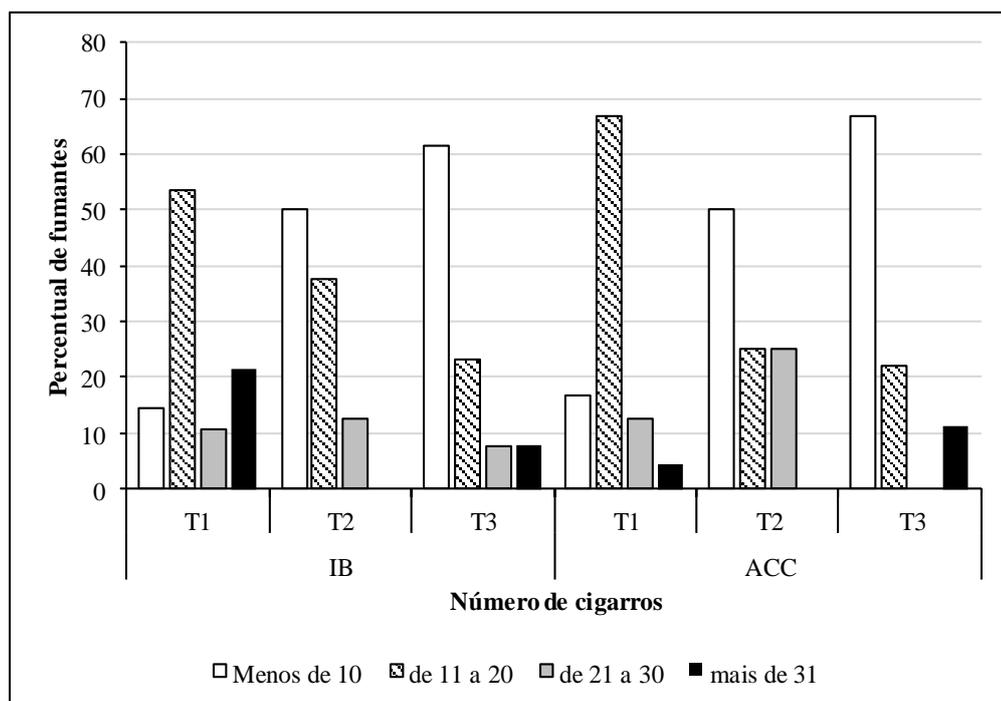
Variáveis	IB			ACC		
	n	Média	DP (Min. e Máx.)	n	Média	DP (Min. e Máx.)
Número de cigarros dia	27	21,0	10,0 (6-40)	24	18,00	7,8 (2-40)
Tempo de uso do tabaco	28	28,0	12,0 (6-61)	24	25,00	12,0 (10-48)
Tentativas de parar de fumar anteriores às intervenções	28	3,8	3,0 (1-18)	24	3,00	2,0 (1-10)
Idade que iniciou o uso	28	16,79	5,0 (7-30)	24	16,29	4,9 (8-31)

Fonte: A autora

Legenda: IB: Grupo Intervenção Breve

ACC: Abordagem Cognitivo-comportamental

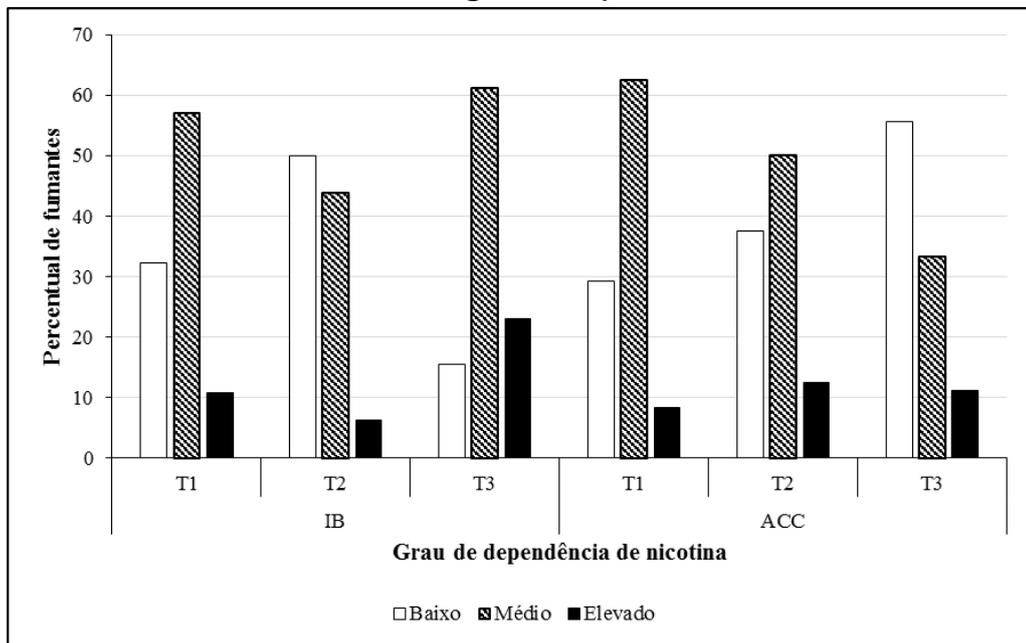
O maior número de fumantes (53,8%) acendia o primeiro cigarro 5 minutos após acordar e o mais expressivo número de cigarros fumados por dia nos dois grupos foi de 11 a 20, na linha de base. Podemos observar que houve uma diminuição nos seguimentos, no grupo IB, para menos de 10 cigarros ao dia e isso se repetiu no controle (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Uso de cigarros/dia no grupo IB e ACC na linha de base (T1) e seguimentos (T2 e T3)**

Fonte: A autora

No Gráfico 2 encontramos diferenças entre as médias no Teste de Fagerström nos três momentos entre a linha de base (T1) e os seguimentos de 3 e 6 meses (T2 e T3). Na avaliação de dependência de nicotina predominou o grau médio na linha de base em ambos os grupos. No seguimento de 3 meses (T2) o que se destacou no grupo IB foi o grau baixo, e no controle, o médio. Aos 6 meses (T3) no grupo IB observamos que o grau de dependência de nicotina não aumentou.

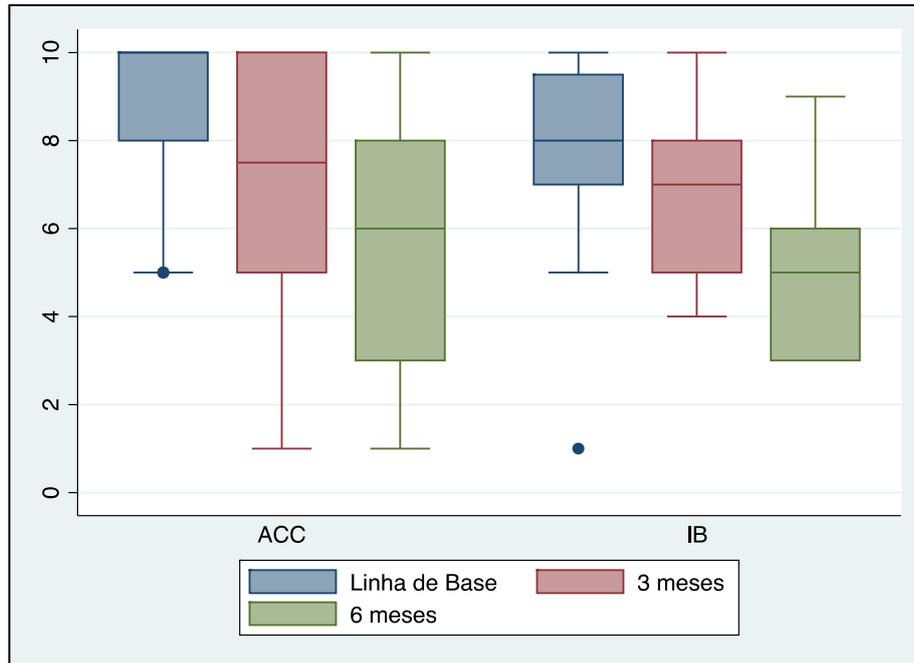
**Gráfico 2 – Grau de dependência de nicotina nos grupos IB e ACC (Teste de Fagerström)**



Fonte: A autora

Os participantes apresentaram motivação alta (preparação para ação e ação) na linha de base (T1) nos dois grupos. No seguimento observa-se que, em 3 meses, a motivação manteve-se alta (preparação para ação e ação) nos dois grupos. No seguimento de 6 meses houve uma mudança no estágio de motivação e observou-se nos dois grupos: motivação baixa (Figura 2).

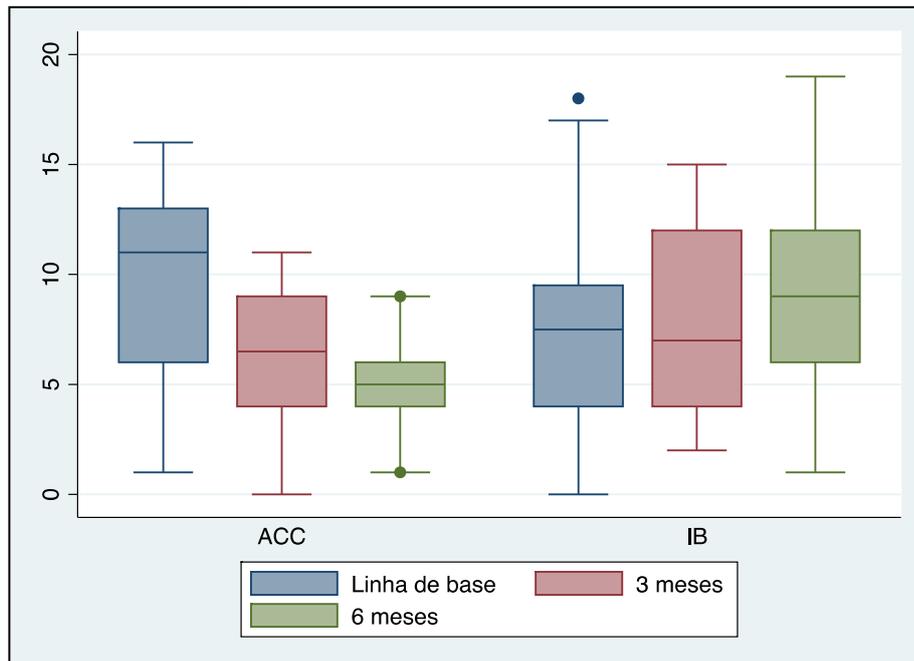
**Figura 2 – Motivação**



Fonte: A autora

As pessoas apresentaram sintomas de ansiedade na linha de base. Nos seguimentos observou-se uma variação quanto aos sintomas de ansiedade, em 3 e 6 meses: no grupo IB houve acréscimo, e no controle diminuição (Figura 3).

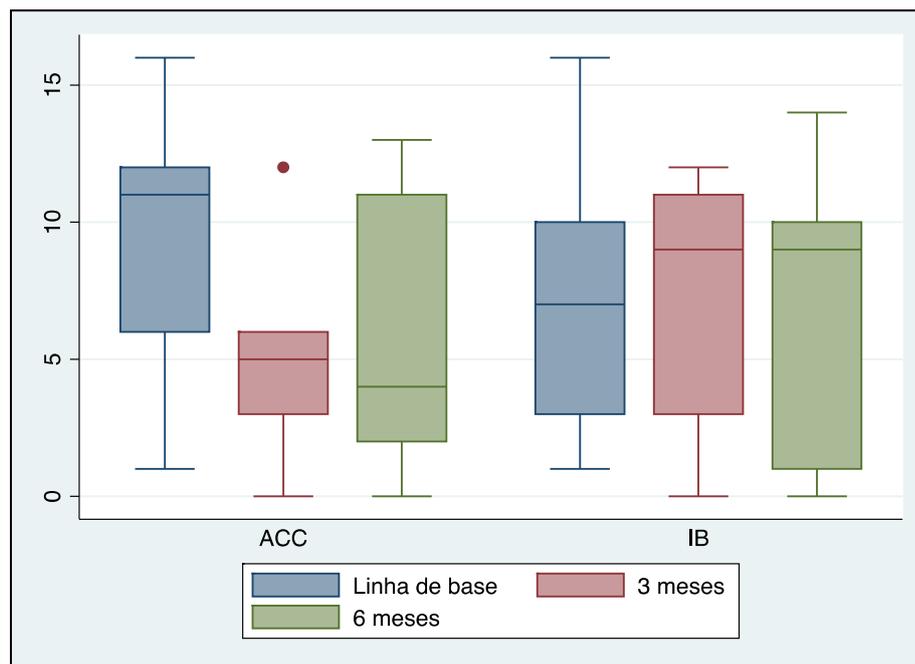
**Figura 3 – Sintomas de ansiedade**



Fonte: A autora

Na linha de base, no grupo IB, 28,6% das pessoas apresentaram sintomas de depressão e no ACC 62,5% das pessoas. Quanto ao seguimento de 3 e 6 meses houve variações no grupo IB (de 53% para 61%) e no controle (11% para 33%). No grupo IB os sintomas de depressão tiveram elevação e no controle, diminuição (Figura 4).

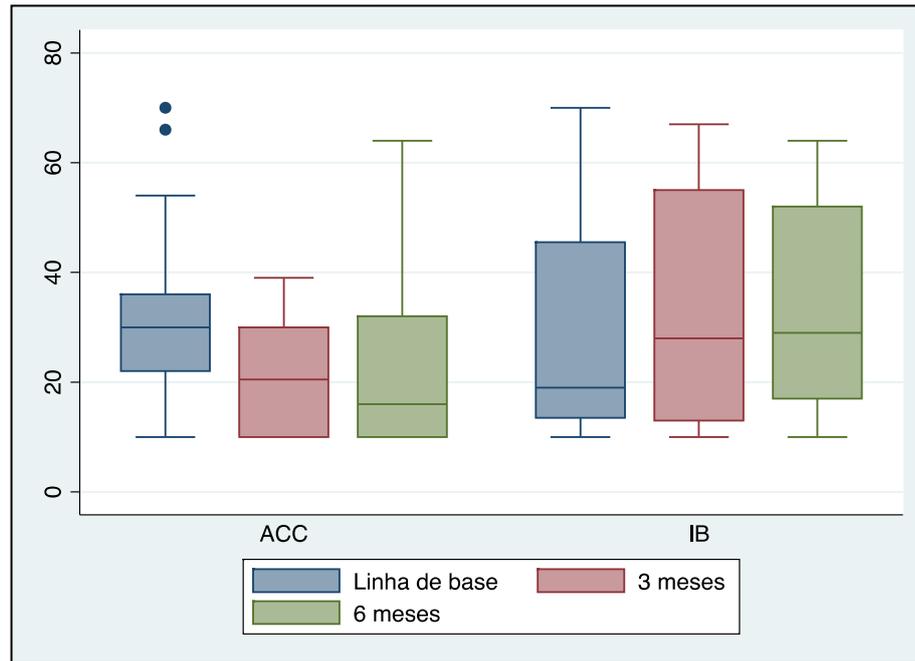
**Figura 4 – Sintomas de depressão**



Fonte: A autora

Na linha de base (T1) as pessoas apresentaram fissura moderada nos dois grupos. No seguimento de 3 meses (T2) a fissura se manteve moderada no grupo (IB) e leve no ACC. Aos 6 meses a fissura permaneceu moderada no IB e leve no ACC (Figura 5).

Figura 5 – Fissura



Fonte: A autora

Quanto à abstinência autodeclarada nos seguimentos de 3 e 6 meses somente o grupo ACC relatou abstinência: 20% aos 3 meses e 11% aos 6 meses. As tentativas de parar de fumar após as intervenções foram, em média, no grupo IB de 8 e 5,6 (3 e 6 meses) e 5,3 e 5,7 no ACC (3 e 6 meses).

Nos seguimentos as pessoas responderam a uma avaliação, por telefone, sobre as intervenções que receberam. O objetivo das intervenções, na opinião dos participantes, foi parar de fumar (grupo IB) e parar de fumar e receber informações (controle).

Houve influência das intervenções no comportamento de saúde em ambos os grupos, sugerindo melhorias. No grupo IB 75% (3 meses) e 69,2% (6 meses) declararam que a intervenção teve influência em seu comportamento de saúde. No grupo ACC 80% (3 meses) e 89% (6 meses) declararam-se influenciados.

Os motivos alegados pela intervenção (IB ou ACC) não ter influenciado o comportamento de saúde dos participantes no grupo IB: Não ter medicação (12,5 em 3 meses e 7,7 em 6 meses), não trazer novas informações (12,5% em 3 meses), não ter acompanhamento (15,4% em 6 meses). No grupo ACC: Não ter medicação (20% em 3 meses e 11% em 6 meses). A maioria não quis ou não soube responder esta questão.

Estudos demonstram que perdas são comuns em grupos de intervenções. As perdas de participantes neste estudo piloto foram acima de 50% entre a linha de base e as intervenções. Nos seguimentos manteve-se estável. Este fenômeno pode ter influenciado os desfechos.

## 6 DISCUSSÃO

Apesar da literatura sobre prevalência de tabagismo ressaltar que os homens são maioria nossa amostra mostrou predominância de mulheres (82,7%). Outros estudos também mostraram maioria feminina em tratamento do tabagismo (AZEVEDO et al., 2009; MEIER, VANNUCHI, SECCO, 2011; SANTOS, S. R. et al., 2008). Isso pode acontecer porque as mulheres procuram os serviços de saúde com mais frequência que os homens. Há necessidade de maior inclusão de homens no tratamento do tabagismo. As políticas de saúde devem incluir esse tema nas agendas.

O tempo de uso do tabaco foi expressivo, com médias de 28 (IB) e 25 (ACC) anos. No grupo IB as pessoas fumavam, em média, 21 cigarros, 32% fizeram 6 pontos ou mais (dependência de nicotina elevada e muito elevada) no Teste de Fagerström e, possivelmente, apresentaram dificuldade em deixar o uso do tabaco devido a chances de ter mais sintomas de abstinência. No grupo ACC o número de cigarros/dia foi de 18, em média, sendo que 41,7% pontuou a partir de 6 no Teste de Fagerström (ARAÚJO et al., 2004; BRASIL, 2001b).

Nossos resultados corroboram outros que também apresentaram escores de dependência de nicotina elevados. No grupo IB os participantes terminaram a pesquisa com escore médio de dependência de nicotina, o que pode ter dificultado a cessação, mas manteve-se sem elevação. Quanto ao grupo ACC, apesar da maioria ter finalizado com escore baixo o índice de cessação foi pequeno, o que nos remete a multifatorialidade e complexidade dos fatores envolvidos na cessação do tabagismo (ACHUTTI, 2001; FERGUSSON; GOODWIN; HORWOOD, 2003; FIGUEIRÓ et al., 2013; MELO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2006; MILLER; ROLLNICK, 2001; O'CONNELL et al., 2003).

A quantidade de cigarros consumida pode ser utilizada como parâmetro para avaliação da gravidade da dependência e se fumante terá maior possibilidade de ter mais sintomas de abstinência. Castro e outros (2007) avaliaram a associação entre a qualidade de vida e a gravidade da dependência do tabaco e perceberam que os tabagistas graves apresentavam maior prejuízo na qualidade de vida. Em relação ao número de cigarros consumidos em um dia, a média encontrada no estudo citado foi de 17,9 (DP 11,07), bastante semelhante aos índices encontrados em nossa pesquisa, que apresentou uma média de 19 (DP 9,5) na avaliação dos dois grupos

juntos, na linha de base. Observamos uma redução do número de cigarros/dia nos seguimentos. No grupo IB houve redução para menos de 10 cigarros, o que também ocorreu no controle (Gráfico 1).

Os autores supracitados apontaram, ainda, correlações significativas de baixa intensidade entre a gravidade da dependência de tabaco e a severidade dos sintomas de ansiedade e de depressão. Os resultados também indicaram associação entre o hábito do tabagismo e depressão moderada a grave, relacionando o tabagismo à comorbidade psiquiátrica. Alguns estudos mostraram associação entre tabagismo e transtorno mental (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; VALENÇA; NASCIMENTO; NARDI, 2001).

Do ponto de vista sociodemográfico e das variáveis associadas ao tabagismo, os dados deste estudo piloto são semelhantes a outros estudos (AZEVEDO et al., 2009; BERRETENINI; LERMAN; 2005; PROCHASKA, DI CLEMENTE, NORCROSS, 1992; SALES et al., 2006): maioria de mulheres, idade entre 40 e 50 anos, início do tabagismo anterior a 15 anos, em torno de 30 anos de uso de tabaco, grau de dependência de nicotina variando de médio a alto e, com no mínimo, uma tentativa anterior de cessação.

As tentativas de parar de fumar são apontadas como um preditor de cessação do tabagismo. Estima-se que são necessárias cinco a sete tentativas para conseguir alcançar a cessação (PRESMAN, 2006).

Meier, Vannuchi e Secco (2011) mostraram que 51,1% dos fumantes que participaram do tratamento no estudo, já tentaram parar de fumar em um número de uma a três vezes e, provavelmente, alguns iriam recair e realizar novas tentativas até conseguirem manter uma abstinência efetiva. Neste estudo piloto aconteceu algo semelhante, as tentativas anteriores às intervenções (tabela 2) foram, em média, de três, em ambos os grupos. Nos seguimentos, o número de tentativas declaradas aumentou no grupo IB para 8 (3 meses) e 5 (6 meses) após as intervenções e no grupo ACC: 5 tentativas em ambos.

Em nosso estudo, a renda mensal familiar mais declarada foi de 2 a 4 salários mínimos (67%), seguida por 1 salário mínimo (27%). Segundo Meirelles (2006), o tabagismo tem se concentrado nas populações de baixa renda desde que esta população tem menor acesso à informação, educação e saúde. A baixa renda e a escolaridade dos pais, bem como o ambiente social, são preditores importantes para o uso de tabaco na adolescência (MENEZES; HALLAL; HORTA, 2007).

Os dados relatados coincidem com os de nosso estudo, já que os fumantes estiveram mais concentrados no grupo com menor grau de escolaridade e renda. Nesses casos, os gastos com tabaco representam um custo financeiro significativo, pois esse dinheiro deixará de ser investido em bens fundamentais. Pode-se dizer que o tabaco contribui para a pobreza dos indivíduos e de suas famílias tendo em vista as consequências que eles poderão estar sujeitos como enfermidades, perda de produtividade e renda, o que levará a maiores despesas médicas com doenças e morte (IGLESIAS et al., 2007).

Outra questão importante no tratamento do tabagismo é a motivação. Fumantes de consumo intenso podem apresentar pouca motivação, pois têm menor confiança na sua capacidade de superar os sintomas de abstinência, por outro lado, fumantes leves também podem apresentar baixa motivação, por acreditarem que poderão parar de fumar em qualquer momento no futuro (ARAÚJO et al., 2004).

Nossos resultados mostraram motivação alta em ambos os grupos na linha de base que continuou aos 3 meses de seguimento, mas aos 6 meses os grupos diferiram: os participantes da IB encontravam-se desmotivados e no grupo ACC havia desmotivados e motivados. Uma hipótese é que a motivação pode ter diminuído no grupo IB devido a vários fatores como sintomas de ansiedade, depressão, sintomas de abstinência, o não uso de medicação e terapia de reposição de nicotina (TRN) nos dois grupos e o fato de ter sido feita apenas uma sessão de IB, enquanto no grupo ACC foram oito sessões, o que possibilitou trabalhar mais a motivação o que também pode explicar a diminuição dos sintomas de ansiedade neste grupo.

Em nosso estudo os participantes apresentaram sintomas de depressão nos dois grupos: 28,6% das pessoas na linha de base (grupo IB) e este percentual aumentou no seguimento de 3 e 6 meses (53% e 61%). No grupo ACC os sintomas de depressão apresentaram um declínio da linha de base para os seguimentos (62% (linha de base) 11% (3 meses) e 33% (6 meses)). Esse aumento dos sintomas de depressão no grupo IB pode estar relacionado tanto a diminuição do número de pessoas da linha de base até os seguimentos e, também, a sintomas de abstinência devido a várias tentativas feitas nos seguimentos. Sabemos que os sintomas de depressão podem aparecer na fase de abstinência e que a depressão pode levar a recaídas (FERGUSON; GOODWIN; HORWOOD, 2003; FRANCO; ARREGUY-

SENA; STUCHI, 2008; GIGLIOTTI; CARNEIRO; FERREIRA, 2001; REICHERT et al., 2008).

Quanto aos sintomas de ansiedade os resultados apresentados foram: 42,9% das pessoas do grupo IB apresentaram sintomas na linha de base e houve uma variação com diminuição e aumento nos seguimentos. No grupo ACC, 62,5% tinham sintomas, e nos seguimentos notou-se uma diminuição. A mesma situação dos sintomas de depressão aconteceu com os sintomas de ansiedade no grupo IB. Houve um aumento dos sintomas de ansiedade, no seguimento de 6 meses, que pode ser explicado porque houve uma única sessão de IB; pela frustração em não ter alcançado a abstinência, apesar das tentativas realizadas e da redução do número de cigarros e porque não tiveram acesso à medicação e TRN. Essas pessoas inscritas em listas de espera em UAPS demonstram grande expectativa em parar de fumar com uso de medicação e/ou TRN (relatos na avaliação de seguimento). A associação entre sintomas psiquiátricos e piores resultados (não cessação e recaída) é corroborada por estudos (MORISSETTE et al., 2007; RATTO; MENEZES; GULINELLI, 2007; SCHUMANN et al., 2004).

Schmitz, Kruse e Kugler (2003) constataram que fumantes têm uma maior probabilidade de apresentar sintomas de depressão e de ansiedade do que aqueles que nunca fumaram. Segundo o modelo da automedicação, em relação ao ato de fumar, as propriedades da nicotina alteram o humor e são especialmente reforçadas em indivíduos deprimidos, que são propensos a experiências de afetos negativos. Fumar pode melhorar a cognição, o humor e a ansiedade (HUGHES et al., 1986).

Outro importante preditor de recaída em cessação do uso de tabaco é a fissura ou *craving*. Neste estudo a fissura foi moderada (grupo IB) na linha de base e permaneceu assim até o final, sem aumentar. Quanto ao grupo ACC notou-se uma diminuição: de moderada na linha de base para leve, e assim se manteve, até o final do estudo. Consideramos que uma única sessão de IB conseguir manter a fissura sem aumentar, até o final do estudo, foi um resultado positivo que deve ser averiguado em estudos futuros com mais sessões de IB ou com a IB como coadjuvante a outras abordagens.

Tivemos um alto índice de abandono neste estudo piloto (75%) e observamos que outros estudos também avaliaram esta perda e apontam como um dos motivos a falta de medicação e TRN (terapia de reposição de nicotina).

Estudo sobre análise da gestão federal do tabagismo no SUS verificou-se um percentual de 15,1%, em 2008 no Brasil, e apesar de flutuante, houve um decréscimo com o decorrer dos anos de 2005 a 2008 (CARVALHO, 2009). O percentual de fumantes que abandonaram o tratamento neste estudo foi de 25,3%.

É necessária uma revisão dos fatores que levam as pessoas ao abandono do tratamento, além do grau de motivação, pois segundo Sales e outros (2006) a alteração da estrutura do grupo e a maior disponibilização da medicação parecem ter um efeito positivo nos resultados. Portanto, o não oferecimento de medicação em nosso estudo piloto pode explicar um dos motivos para uma taxa de abandono tão expressiva.

Outro estudo (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011) observou que a falta de medicação pode dificultar a cessação. Verificou-se um percentual de sucesso menor nos fumantes que receberam apenas terapia cognitivo-comportamental, e os fumantes que receberam bupropiona associada ou não com terapia de reposição nicotínica apresentaram um mínimo risco para o fracasso. O uso de terapia cognitivo-comportamental como única forma de tratamento, apresentou o maior percentual de abandono deste estudo. Em contrapartida, o uso associado de bupropiona com adesivo de nicotina favoreceu a cessação do tabagismo na quarta sessão. Para os autores, o sucesso terapêutico está intimamente relacionado com o tratamento farmacológico.

Estudo mostrou que a adesão ao grupo de apoio foi baixa, com apenas 33,1% dos indivíduos em todas as reuniões com mais de um mês. Baixa adesão também é um problema no tratamento em grupo de outras dependências. Os autores criticam as abordagens usadas no Brasil, em tabagismo, ao compará-las com estudos realizados em outros países: recrutamento é realizado de forma reativa e a participação dos pacientes não tem incentivos, especialmente os financeiros, e isto pode limitar o tratamento (FIGUEIRÓ et al., 2013).

Pawlina e outros (2014) avaliaram as taxas de fracasso na cessação do tabagismo. Na população estudada, ao final de seis meses de observação, a taxa foi tão alta (62,5%) quanto a taxa de nossa pesquisa (a partir de 75%). Possivelmente, com o passar do tempo essa taxa pode aumentar devido às chances de recaídas em função do tempo de acompanhamento dos pacientes.

Outros autores também relataram taxas de fracasso (em torno de 66,6% a 69%), semelhantes ao nosso estudo e concluíram que aqueles com dificuldades de

adesão ao tratamento e que não pararam de fumar nas primeiras semanas têm mais chances de fracassar (NERÍN et al., 2004; OTERO et al., 2006). Esses autores concluíram que o baixo nível motivacional, o menor tempo de tabagismo, a maior carga tabágica e o alto nível de ansiedade estavam associados ao fracasso na cessação do grupo avaliado por eles.

Quanto à abstinência autorrelatada nos seguimentos, sem verificação bioquímica, que foi o desfecho primário deste estudo piloto, somente o grupo ACC (controle) conseguiu alcançar a cessação apesar de resultados modestos (20% em 3 meses e 11% aos 6 meses). Alcançar a abstinência é um objetivo difícil segundo vários autores citados nesta discussão. Uma única sessão de IB mostrou resultados positivos como a redução no uso do tabaco, mudanças no comportamento de saúde, aumento de tentativas de parar de fumar após a intervenção (IB) e manutenção da fissura e do grau de dependência de nicotina, sem aumentar, até o final do estudo.

A avaliação de seguimento aplicada aos participantes sobre a Intervenção Breve demonstra que os pacientes compreenderam seu objetivo e atribuíram a ela um importante papel na sua mudança de comportamento de saúde em relação ao uso de tabaco. A maioria deles relatou que as informações fornecidas a respeito do uso de tabaco auxiliaram na mudança de comportamento de saúde e redução do uso de cigarros e também os motivou a continuar tentando parar de fumar.

Esse estudo piloto demonstrou que é possível reduzir o consumo de tabaco, mudar comportamento de saúde, aumentar o número de tentativas de parar de fumar e manter os níveis de fissura e dependência de nicotina por meio de uma intervenção breve, de sessão única, aplicada por profissionais da Saúde em serviços de atenção primária à saúde. Novos estudos são necessários para avaliar a eficácia de mais sessões de IB em usuários de tabaco a fim de determinar seu alcance na cessação do uso de tabaco, seja como instrumento auxiliar no tratamento do tabagismo ou intervenção autônoma, pois o estudo piloto teve seu alcance limitado pelo número pequeno de pessoas no estudo e uma única sessão de IB. Apesar disso, mostrou viabilidade e apontou uma direção interessante e promissora para futuros estudos.

O artigo de Portes e outros (2014) resume as dificuldades encontradas em Juiz de Fora pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde quanto ao tratamento do tabagismo. A implementação das ações sobre tabagismo na atenção primária à saúde mostrou que em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, existem 44 unidades de

atenção primária à saúde (UAPS) e apenas 18 (40,9%) oferecem atendimento específico ao fumante e medicamentos segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Dezoito (18) unidades oferecem a abordagem cognitivo-comportamental e utilizam o material de apoio cedido pelo Ministério da Saúde (MS) para sessões em grupo. Quarenta e dois profissionais (95,4%) foram capacitados pelo MS para a abordagem e tratamento do fumante. Segundo os autores cerca de 75% das UAPS (33) possuem espaço para às sessões em grupo dentro da própria unidade e cinco utilizam áreas externas, como sociedades de pró-melhoramento dos bairros, igrejas e escolas. Todo fumante que demonstra interesse em parar de fumar é cadastrado para esta demanda em 34 unidades (77,3%). Os resultados sugerem que apesar da existência de um forte arcabouço organizativo para o controle do tabagismo, não se percebe uma efetivação das ações do PNCT.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma única sessão de intervenção breve aplicada em usuários de tabaco mostrou-se promissora nesse estudo piloto. Se compararmos as duas intervenções podemos observar que uma sessão de IB alcançou um resultado positivo quanto à redução do uso de tabaco, manutenção dos níveis de fissura (sem elevação), manutenção dos escores de dependência de nicotina (sem elevação), aumento de tentativas de parar de fumar após a intervenção (IB) e mudança do comportamento de saúde.

Houve um número considerável de pessoas (acima de 75%) que desistiram do estudo entre a entrevista inicial e as intervenções o que pode ter influenciado os resultados. A adesão ao tratamento é uma das mais difíceis questões vivenciadas pelos profissionais de saúde. Muitos estudos têm seus resultados prejudicados devido a essa realidade nos ambientes de atenção primária à saúde. Além disso, os níveis de ansiedade e depressão também podem ter influenciado esse resultado além da ausência de motivação no seguimento da IB.

Algumas dificuldades relatadas por participantes nos seguimentos, quanto ao fato de a IB não ter influenciado seu comportamento de saúde e cessação do tabagismo, podem ilustrar o que esses usuários das UAPS declararam: ausência de medicação para cessação, não acrescentou novas informações e não ofereceu um acompanhamento. Essas percepções podem estar focadas no tratamento intensivo do fumante oferecido pelo MS o que sugere uma familiaridade com o procedimento mais intensivo com abordagem cognitivo-comportamental, com maior número de sessões e acompanhamento. Como a IB teve uma única sessão, isso pode levar a pensar que não traria benefícios.

Conseguir a cessação do tabagismo é difícil para muitas pessoas e por isso precisamos buscar intervenções que possam propiciar novas maneiras de lidar e enfrentar os vários fatores que influenciam os fumantes em suas tentativas. A IB mostrou-se uma intervenção de fácil aplicação e treinamento e promissora quanto à possibilidade de auxiliar na cessação.

Mais estudos são necessários para verificar esses efeitos a longo prazo e outros desenhos de estudo para avaliar os resultados e ver a eficácia da intervenção breve em tabagismo e se os resultados poderão ser generalizados, pois não podemos fazer afirmações baseadas neste estudo devido às limitações

apresentadas: número pequeno de participantes que limitou a avaliação estatística e não permitiu generalizar os resultados; uma única sessão de IB e seguimento de curto prazo.

## REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A. (Coord.). **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitrô Comunicação & Editora, 2001.
- AMORIM, P. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, set. 2000.
- ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 30, p. S1-S76, 2004. Suplemento 2.
- ARAÚJO, R. B. et al. Validação da versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges–Brief. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 166-175, 2007.
- AZEVEDO, R. C. S. et al. Treatment group for smokers: results after a two year follow up. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 593-596, 2009.
- BABOR, T. F. et al. **Audit: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care**. 2. ed. Geneva: WHO, 2001.
- BABOR, T. F. et al. **Alcohol: no ordinary commodity**. Research and public policy. New York: Oxford University Press, 2003.
- BABOR, T. F. et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. **Substance abuse treatment**, Providence, v. 28, n. 3, p. 7-30, 2007.
- BERRETENINI, W. H.; LERMAN, C. E. Pharmacotherapy and pharmacogenesis of nicotine dependence. **The American journal of psychiatry**, Arlington, v. 162, n. 8, p. 144-151, Aug 2005.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, out. 1995.
- BOTELHO, C. **Você também pode parar de fumar**. Cuiabá: Adeptus, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: resultados preliminares.** Brasília: MS, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco.** Rio de Janeiro: Inca, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001.** Rio de Janeiro: Inca, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 set. 2002. Seção 1, p. 42.

BRASIL. Decreto de 1 de agosto de 2003. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o controle do tabaco e de seus protocolos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2003. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: Inca, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.035, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 2004b. Seção 1, p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 442, de 13 de agosto de 2004. Aprova, na forma do anexo I desta portaria, o plano para implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2004c. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância e Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. v. 30. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a.

BRASIL. Lei n. 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis no 11.774, de 17 de setembro de 2008, no 11.033, de 21 de dezembro de 2004, no 11.196, de 21 de novembro de 2005, no 10.865, de 30 de abril de 2004, no 11.508, de 20 de julho de 2007, no 7.291, de 19 de dezembro de 1984, no 11.491, de 20 de junho de 2007, no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e no 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória no 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei no 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei no 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2011b. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância e Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 14, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre os limites máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e a restrição do uso de aditivos nos produtos fumígenos derivados do tabaco, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 mar. 2012b. Seção 1, p. 176.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2013. Seção 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAZIL to Become World's Largest Smoke-Free Country. **PRNewswire**, 15 dec. 2011. Disponível em: <<http://www.prnewswire.com/news-releases/brazil-to-become-worlds-largest-smoke-free-country-135659733.html>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

BUTLER, C. et al. Motivational consulting versus brief advice for smoker in general practice: a randomized trial. **The British journal of general practice**, London, v. 49, n. 445, p. 611-616, Aug 1999.

CARLINI, E. A., GALDUROZ, J. C. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades no país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

CARMO, J. T. D.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista brasileira de medicina**, São Paulo, v. 59, n. 1/2, p. 73-80, jan./fev. 2002.

CARPENTER, C. M. et al. Developing smokeless tobacco products for smokers: an examination of tobacco industry documents. **Tobacco control**, London, v. 18, n. 1, p. 54-59, 2009.

CARVALHO, C. R. S. **O Instituto Nacional de Câncer e o controle do tabagismo**: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. 2009. 187f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CAVALCANTE, T. M. Experiencia brasileña com politicas de control del tabaquismo. **Salud publica de Mexico**, Cuernavaca, v. 46, n. 6, p. 549 -558, dic. 2004.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses: United States, 2000-2004. **Morbidity and mortality weekly report**, Atlanta, v. 57, n. 45, p. 1226-1228, 2008.

CINCIPRINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 89, n. 24, p. 1852-1867, Dec 1997.

COX, L. S.; TIFFANY, S. T.; CHRISTEN, A. G. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. **Nicotine & tobacco research**, Abingdon, v. 3, n. 1, p. 7-16, Feb 2001.

COX, L. S. et al. Predictors of early versus late smoking abstinence within a 24-month disease management program. **Nicotine & tobacco research**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 215-220, 2011.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Os princípios básicos da intervenção breve e a intervenção breve passo a passo. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas**: módulo 4. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. cap. 1, p. 2-10.

DI CLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 7, n. 2, p. 133-142, 1982.

DUPONT, R. L.; GOLD, M. S. Withdrawal and reward: implications for detoxification and relapse prevention. **Psychiatric annals**, Thorofare, v. 25, n. 11, p. 663-668, 1995.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; ROSS, H. **The tobacco atlas**. 4. ed. Atlanta: American Cancer Society; New York: World Lung Foundation, 2012.

FERGUSON, D. M.; GOODWIN, R. D.; HORWOOD, L. J. Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study. **Psychological medicine**, London, v. 33, n. 8, p. 1357-1367, Nov 2003.

FIGUEIRÓ, L. R. et al. Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of

smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 212-220, 2013.

FIORE, M. C. et al. **Treating tobacco use and dependence**: clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, Jun 2000.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A Intervenção Breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto, 1992.

FRANCO, F. C. Z.; ARREGUY-SENA, C.; STUCHI, R. A. G. Avaliação de danos cardiovasculares segundo Framingham entre tabagistas internados numa instituição particular. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 13-20, jan./mar. 2008.

FUENTES-PILA, J. M. et al. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. **Transtornos adictivos**, Barcelona, v. 7, n. 3, p. 153-165, 2005.

GERBERT, B. et al. Using innovative video doctor technology in primary care to deliver brief smoking and alcohol intervention. **Health promotion practice**, Thousand Oaks, v. 4, n. 3, p. 249-261, July 2003.

GIGLIOTTI, A. P.; CARNEIRO, E.; FERREIRA, M. P. Tratamento do tabagismo. In: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamental**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 351-371.

GIOVINO, G. A. et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. **Lancet**, London, v. 380, n. 9842, p. 668-679, Aug 2012.

HUGHES, J. R. et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. **The American journal of psychiatry**, Arlington, v. 143, n. 8, p. 993-997, Aug. 1986

HUGHES, J. R. et al. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. **Nicotine & tobacco research**, Abingdon, v. 1, n. 5, p. 13-25, Feb 2003.

IGLESIAS, R. et al. **Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP)**: controle do tabagismo no Brasil. Washington: The World Bank, 2007. 136 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: Inca, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do tabagismo no Brasil:** dados dos Inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). **Política Nacional de Controle do Tabaco:** relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Consumo de cigarros per capita no Brasil.** [201-]. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/consumo\\_per\\_capita](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/consumo_per_capita)>. Acesso em: 3 jun. 2011.

JAIN, A. Treating nicotine addiction. **British medical journal**, London, v. 327, n. 7428, p. 1394-1396, Dec 2003.

KHURANA, S. et al. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. **Respiratory medicine**, London, v. 97, n. 4, p. 295-301, Apr 2003

KLIGERMAN, J. O papel do Inca na prevenção e controle do câncer no Brasil. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 5-7, jan./mar. 2001.

KNAPP, P.; LUZ JÚNIOR, E.; BALDISSEROTTO, G. V. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamental:** um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 332-350.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out./dez. 2011.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3009-3019, out. 2010. Suplemento 2.

MALTA, D. C. et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do Vigil, 2006 a 2011. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 4. p. 812-822, abr. 2013.

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista brasileira de anesthesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 52-62, jan./fev. 2007.

MARQUES, A. C. P. R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-214, dez. 2001.

McCAMBRIDGE, J.; STRANG, J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. **Addiction**, Oxford, v. 99, n. 1, p. 39-52, 2004.

MEIER, D. A. P.; VANNUCHI, M. T. O.; SECCO, I. A. O. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 35-44, dez. 2011.

MEIRELLES, R. H. S. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 32, n. 1, jan./ fev. 2006. Editorial.

MELO, W. V.; OLIVEIRA, M. S.; FERREIRA, E. A. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. **Interação em psicologia**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 91-99, 2006.

MELO, W. V. et al. A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008. Suplemento.

MENEZES, A. M. B.; HALLAL, P. C.; HORTA, B. L. Early determinants of smoking in adolescence: a prospective birth cohort study. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 347-354, fev. 2007.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MILLER, W. R.; SANCHEZ, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: HOWARD, G. (Ed.). **Issues in alcohol use and misuse by young adults**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993. p. 55-82.

MILLER, W. R.; TAYLOR, C. A. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and groupself-control training in the treatment of problem drinkers. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 5, n. 1, p. 13-24, 1980.

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 85, n. 7, p. 527-534, Jul 2007.

MORISSETTE, S. B. et al. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use and nicotine: a critical review of interrelationships. **Psychological bulletin**, Washington, v. 133, n. 2, p. 245-272, Mar 2007.

NAJAVITS, L. M.; WEISS, R. D. Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. **Addiction**, Oxford, v. 89, n. 6, p. 679-688, 1994.

NERÍN, I. et al. Factores predictores de éxito a los 6 meses en fumadores tratados en una Unidad de Tabaquismo. **Archivos de bronconeumología**, Barcelona, v. 40, n. 12, p. 558-562, 2004.

NOTO, A. R.; GALDUROZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 145-151, 1999.

O'CONNELL, M. et al. Impediment profiling for smoking cessation: Results of a pilot study. **American Journal of health promotion**, North Hollywood, v. 17, n. 5, p. 300-303, May/Jun 2003.

OPALEYE, E. S. et al. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. **Revista brasileira de psiquiatria, São Paulo**, v. 34, n. 1, p. 43-45, mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade**. São Paulo: Santos, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sumário executivo**: relatório da Organização Mundial da Saúde sobre a epidemia global do tabagismo. Pacote MPOWE. 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_Relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

OTERO, U. B. et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 439-449, fev. 2006.

PAWLINA, M. M. C. et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1319-1328, jun. 2007.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A. (Coords.). **Relatório final: carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil**. São Paulo: ACTbr, 2011. 41p. Pesquisa financiada pela Aliança de Controle do Tabagismo (ACTbr). Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721\\_Relatorio\\_Carga\\_do\\_tabagismo\\_Brasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2014.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, jun. 2010.

PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 251-258, 2005.

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-448, fev. 2014.

PRESMAN, S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs.). **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p. 27-51.

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more interactive model of change. **Psychotherapy: theory, research & practice**, Washington, v. 19, n. 3, p. 276-288, 1982.

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTI, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **The American psychologist**, Washington, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, Sep 1992.

PROCHASKA, J. O. et al. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. **Health psychology**, Hillsdale, v. 12, n. 5, p. 399-405, Sep 1993.

PROJETO ITC. **Relatório do Projeto ITC-Brasil. Resultados das Ondas 1 e 2 da Pesquisa (2009-2013):** Sumário Executivo. Universidade de Waterloo, Waterloo, Ontário, Canadá; Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca); Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); Fundação do Câncer; Aliança de Controle do Tabagismo (ACTbr); e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (CETAB), 2014.

PROUST, M. **Em busca do tempo perdido.** Lisboa: Relógio de Água, 2004. p. 251. (v. 5, A prisioneira).

RAMOS, M. et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. **BMC public health**, London, v. 10, p. 89, Feb 2010.

RAMSAY, J.; HOFFMANN, A. Smoking cessation and relapse prevention among undergraduate students: a pilot demonstration project. **Journal of American college health**, Washington, v. 53, n. 1, p. 11-18, Jul/Aug 2004.

RATTO, L. R. C.; MENEZES, P. R.; GULINELLI, A. Prevalence of tobacco use in individuals with severe mental illness, São Paulo, Brazil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 510-516, jun. 2007.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 10, p. 845-880, out. 2008.

ROLLNICK, S.; BUTLER, C. C.; STOTT, N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. **Patient education and counseling**, Princeton, v. 31, n. 3, p. 191-203, Jul 1997.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behavioural and cognitive psychotherapy**, London, v. 23, p. 325-334, 1995.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, maio/jun. 2005.

RONZANI, T. M. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 12, n. 3, p. 285-290, set./dez. 2007.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003. 174 p.

SALES, M. P. U. et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil de pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 5, p. 410-417, set./out. 2006.

SANTOS, S. R. et al. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 695-701, set. 2008.

SANTOS, J. D. P. et al. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 579-588, out./dez. 2012.

SANTOS, U. P. Cessação de tabagismo: desafios a serem enfrentados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 497-520, 2009.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **The American journal of psychiatry**, Arlington, v. 160, n. 9, p. 1670-1676, Sep 2003.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun. 2011.

SCHUMANN, A. et al. Prevalence, characteristics associated mental disorders and predictors of DSMIV nicotine dependence. **European addiction research**, Basel, v. 10, n. 1, p. 29-34, 2004.

SHANTI, G.; AJAY, B.; SUDHANSHU, S. Brief intervention for smokeless tobacco users by dentist. **People's journal of scientific research**, Bhopal, v. 3, n. 2, p. 1-5, July 2010. Disponível em: <<http://www.pjsr.org/Currentissue-PDF/Dr.%20G.%20Shanti.pdf>>. Acesso em: 22 abril. 2012.

SHEEHAN, D. V. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of clinical psychiatry**, Memphis, v. 59, p. 34-57, 1998. Supplement 20.

SIATKOWSKA, H.; JASTRZEBSKI, D.; KOZIELSKI, J. Smoking and clinical manifestation, lung function impairment, resulting comorbidities. **Polski merkuriusz lekarski**, Warszawa, v. 29, n. 169, p. 8-13, Jul 2010.

SMITH, S. S. et al. Strike while the iron is hot: can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? **Journal of consulting and clinical psychology**, Washington, v. 69, n. 3, p. 429-439. Jun 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. **Diretrizes clínicas na saúde suplementar: tabagismo**. Rio de Janeiro, ANS/AMB, 2011.

STEAD, L. F.; BERGSON, G.; LANCASTER, T. Physician advice for smoking cessation. Physician advice for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, n. 2, CD000165, 2008.

SZKLO, A. S. et al. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p. 2271-2275, nov. 2011.

TERRA, M. B. et al. Estudo da validação Convergente da Escala de Contemplação Ladder aplicada por telefone em tabagistas. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 143-149, 2009.

THOMSEN, T.; VILLEBRO, N.; MØLLER, A. M. Interventions for preoperative smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, n. 3, CD002294, 2014.

VALENÇA, A. M.; NASCIMENTO, I.; NARDI, A. E. Smoking and panic disorder. **Psychiatric services**, Washington, v. 52, n. 8, p. 1105-1106, Aug. 2001.

VIANNA, V. P. T. **Fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e a eficácia de uma intervenção breve**. 2008. 94f. Tese (Doutorado em Ciências)– Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2008.

VIEGAS, C. A. A. Formas não habituais de uso do tabaco. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 12, p. 1069-1073, dez. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report: mortality attributable to tobacco.** Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/index.html)>. Acesso em: 12 abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.** Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados do Participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

O Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa **Avaliação entre duas abordagens para o tratamento do tabagismo no SUS**. Neste estudo pretendemos Investigar a eficácia para a cessação de tabagismo através de duas abordagens (Intervenção breve e cognitivo-comportamental) para tabagistas que procuram tratamento em Unidades de Atenção Primária à Saúde. O motivo que nos leva a investigar a eficácia destas intervenções é o uso racional de recursos e a escolha de técnicas economicamente viáveis, além da busca de alternativas de tratamento que tenham uma relação de custo e benefício satisfatórias e que favoreçam a utilização de abordagens e técnicas de intervenção em tabagismo mais efetivas no contexto da Saúde. No Brasil discute-se que o uso do tabaco tem gerado na área da saúde uma carga econômica alta devido aos gastos com assistência médica e perda da produtividade devido a doenças tabaco-relacionadas e mortalidade prematura, por isso a importância da discussão e investigação de práticas mais efetivas sobre o tema devido a sua complexidade. Para a realização do estudo aplicaremos alguns instrumentos: Questionário Sociodemográfico e padrão de consumo de tabaco; Questionário de Tolerância de Fagerström que avalia o grau de dependência de nicotina; *Questionnaire of Smoking Urges Brief* (QSU) que avalia a fissura (*craving*); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) que identifica sintomas de depressão e ansiedade; Escala de Contemplação Ladder: Para investigar o estágio motivacional; Questionário para avaliação das intervenções no seguimento de 3 e 6 meses que o Sr (a) declara concordar em participar. Este procedimento oferece um risco mínimo para o participante, segundo a Resolução 196/96 do CNS, pois não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais das pessoas que participam do estudo. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Haverá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Sua identidade será preservada.

Eu \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do estudo **Avaliação entre duas abordagens para o tratamento do tabagismo no SUS**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

---

(Assinatura do participante)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: CLÁUDIA APARECIDA DE CARVALHO. TEL: (32) 8862-5938.  
E-MAIL: [claudiaacarvalho@gmail.com](mailto:claudiaacarvalho@gmail.com)

CEP HU. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE SANTA CATARINA. PRÉDIO DA ADMINISTRAÇÃO SALA 27. CEP 36036-110. TEL: 4009-5205.  
E-MAIL: [cep.hu@uff.edu.br](mailto:cep.hu@uff.edu.br)

## APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e padrão de consumo de tabaco

### Entrevista Inicial

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ COMPLETO?  sim  não

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

#### ESTADO CIVIL:

Casado(a);  União estável;  solteiro(a);  divorciado(a);  separado(a);  viúvo(a)

#### RENDA MENSAL FAMILIAR:

Menos de 1 sal. mín. (\_\_\_\_)

1 sal. mín. (\_\_\_\_)

2 a 4 sal. mín. (\_\_\_\_)

5 a 7 sal. mín. (\_\_\_\_)

8 a 10 sal. mín. (\_\_\_\_)

Mais de 10 sal. mín. (\_\_\_\_)

#### COR OU RAÇA/ETNIA (AUTODECLARADA):

branca  preta  parda  amarela  indígena

#### TEM RELIGIÃO:

Sim (qual? \_\_\_\_\_)  não

É praticante?  sim  não

#### QUE PRODUTO(S) DO TABACO USA?

cigarros  cachimbo  cigarro de palha (artesanal)  charuto  rapé

outro \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS/DIA: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO FUMA? \_\_\_\_\_

IDADE QUE COMEÇOU A FUMAR: \_\_\_\_\_

QUAL O MOTIVO DE QUERER PARAR DE FUMAR AGORA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TENTATIVAS DE PARAR DE FUMAR ANTERIORES À INTERVENÇÃO (IB OU ACC):**

nenhuma       uma       duas ou mais (nº \_\_\_\_\_)

**EM CASO DE TENTATIVA (S) ANTERIOR (S):**

Que recurso (s) utilizou para parar de fumar?

balas

medicamento (s)      Qual(is) \_\_\_\_\_

adesivos de nicotina

pastilhas de nicotina ( ou goma)

grupo de apoio      (tipo de grupo: \_\_\_\_\_)

leitura sobre tabagismo

tratamento do tabagismo ( Instituição pública ou  privada)

outro (s): \_\_\_\_\_

Qual motivo (s) o (a) levou a voltar a fumar (recaída)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A – Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)****M.I.N.I.****Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

## MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i> _____	<i>Número do protocolo:</i> _____
<i>Data de nascimento:</i> _____	<i>Hora de início da entrevista:</i> _____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i> _____	<i>Hora do fim da entrevista:</i> _____
<i>Data da entrevista:</i> _____	<i>Duração total da entrevista:</i> _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3//F31.2	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3//F31.2				
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

### C. RISCO DE SUICÍDIO

---

<b>Durante o último mês:</b>				<b>Pontos</b>
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	<b>1</b>
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	<b>2</b>
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	<b>6</b>
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	<b>10</b>
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	<b>10</b>
<b>Ao longo da sua vida:</b>				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	<b>4</b>
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS <b>SIM</b> DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

---

## D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	<b>SE D1a = SIM:</b> b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	<b>SE D2a = SIM:</b> b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?</b>	→ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL  
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

**Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :**

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11
	<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?</b>	→ NÃO	SIM	

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais **OU** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

---

**J. DEPENDENCIA / ABUSO DE ALCOOL**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
J2	<b>Nos últimos 12 meses:</b>			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

J3	<b>Durante os últimos 12 meses:</b>			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

## K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?

→  
NÃO    SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
  - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
  - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
  - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:**

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO    SIM    1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?  
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO    SIM    1

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

\_\_\_\_\_

NÃO	→ SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8  
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

\_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALLAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

**DELÍRIOS BIZARROS** : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	1
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	1



## ANEXO B – AUTORRELATO DE ABSTINÊNCIA (SEGUIMENTOS DE TRÊS E SEIS MESES)<sup>1</sup>

1. **Você tem fumado, pelo menos, parte de um cigarro nos últimos 7 dias?**

Sim  Não

(Se sim: passe para a pergunta 3)

(Se não: passe a pergunta 2)

2. **Nem mesmo uma (s) tragada (s) nos últimos 7 dias?**

Sim  Não

(Se sim: vá para a questão 3 )

(Se não: não faça as perguntas 3 e 4)

3. **Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você fumou um cigarro ou parte de um cigarro? \_\_\_\_\_ dias.**

4. **Durante os últimos 7 dias, no dia (ou dias) que você fumou:**

**Quantos cigarros, em média, você fumou por dia? \_\_\_\_\_**

5. **Nos últimos três meses quantas vezes você já tentou, seriamente, parar de fumar?**

(o que significa não fumar totalmente por, pelo menos, 24 horas)

---

**Se a resposta for nenhuma tentativa em 24 horas, marque aqui.**

---

<sup>1</sup> Adaptado de Hughes et al. (2003).

### ANEXO C – AVALIAÇÃO PARA SEGUIMENTO INTERVENÇÃO BREVE

Aplicar aos participantes da Intervenção Breve (G1) a entrevista de seguimento (follow-up) e, após, aplicar as escalas (**Fargestrom, HAD, QSU, Contemplação Ladder**).

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Data da entrevista Inicial:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data da Intervenção Breve:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data da entrevista de seguimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**LEIA AO PARTICIPANTE:**

Você deve se lembrar que depois que você respondeu a entrevista inicial a entrevistadora marcou uma devolutiva (**Intervenção Breve**) no dia \_\_\_\_\_ e deu informações sobre o seu uso (de tabaco) e pode ter discutido com você os pontos positivos e negativos do seu uso de (tabaco). O que vou te perguntar agora tem o objetivo de saber o que você sinceramente pensou sobre a devolutiva (**Intervenção Breve**) do seu uso de tabaco e as orientações recebidas (Parte 1) e o que você achou daquela entrevista (Parte 2).

**1.1) Você poderia DESCREVER BREVEMENTE O QUE VOCÊ PENSOU SER O OBJETIVO DA DEVOLUTIVA (Intervenção Breve) E DAS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ RECEBEU SOBRE SEU USO DO TABACO?**

---

---

---

---

---

---

---

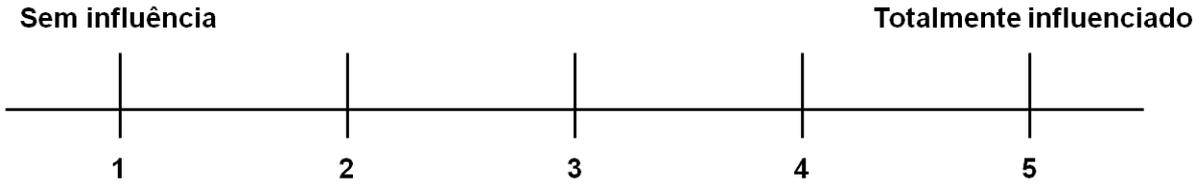
---

---

---

**1.2a) NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO AS ORIENTAÇÕES E A DEVOLUTIVA (Intervenção Breve) INFLUENCIARAM SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE?**

Considere 1 igual a “sem qualquer influência”, e 5 igual a “mudei totalmente meu comportamento” (Por favor, circule a resposta)



**1.2b) Se 1 foi marcado, pergunte:** “Por que não teve qualquer influência no seu comportamento?” Se perceber que a pessoa está com problemas para responder, tente perguntar: “Aconteceu alguma coisa que você não gostou durante aquela entrevista?” ou “O que você acha que poderia influenciar seu comportamento de saúde?”

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**1.2c) Se 2 ou um valor maior foi marcado, pergunte:** “Já que teve algum efeito, como te influenciou no teu comportamento de saúde?”

---

---

---

---

---

---

---

---

---

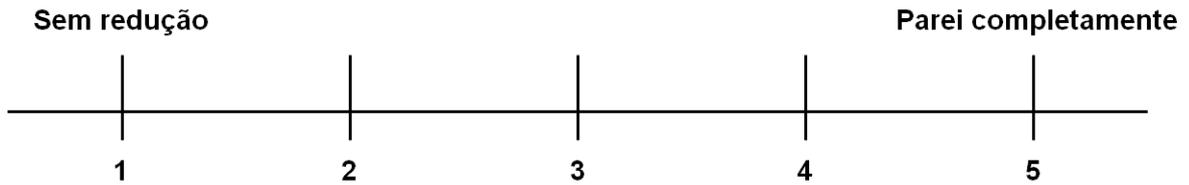
---

**1.3a) VOCÊ TENTOU DIMINUIR SEU USO DE TABACO APÓS TER RECEBIDO A DEVOLUTIVA (intervenção Breve) E INFORMAÇÕES?**

Não  Ir 1.4

Sim  Ir 1.3b

**1.3b) NUMA ESCALA DE 1 A 5, O QUANTO VOCÊ REALMENTE REDUZIU O SEU USO DE TABACO?** Considere 1 igual a “**não reduzi em nada o uso de (tabaco)**”, e 5 igual a “**parei completamente o uso de (tabaco) após a última entrevista**” (Por favor, marque a resposta)



**1.3c) Se marcou 2 ou valor maior, pergunte:** “Quanto tempo durou?” (Marque em semanas). Lembre o paciente sobre o número de semanas decorrido desde a sua primeira entrevista (\_\_\_\_ semanas)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Parte 2. Sessão de Orientação e Devolutiva (Intervenção Breve) com o entrevistador**

- 1.4) QUAI(S) ASPECTO(S), EM PARTICULAR DA SESSÃO DE DEVOLUTIVA (Intervenção Breve) E ORIENTAÇÃO COM O ENTREVISTADOR, INFLUENCIOU O SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE E DE USO DE TABACO? (Se perceber que o paciente está com problemas para responder tente perguntar: “O que você lembra de mais importante daquela entrevista?” ou “o que te marcou mais?”)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 1.5) TEM MAIS ALGUMA COISA QUE VOCÊ GOSTARIA DE NOS CONTAR SOBRE A SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO? (Por exemplo: como podemos melhorar a devolutiva (Intervenção Breve e as orientações?)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO D – AVALIAÇÃO PARA SEGUIMENTO GRUPO DE ABORDAGEM  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Aplicar aos participantes das oito sessões de Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC) a entrevista de seguimento (*follow-up*) e, após, aplicar as escalas (**Fargestrom, HAD, QSU, Contemplação Ladder**).

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data da entrevista Inicial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da Intervenção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrevista de seguimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**LEIA AO PARTICIPANTE:**

Você deve se lembrar que as sessões de Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC) com duração de oito semanas abordaram o seu uso de tabaco, aspectos da dependência e ensinaram técnicas cognitivas e comportamentais para ajudá-lo na cessação do tabagismo e prevenção de recaída. Depois que respondeu a entrevista inicial você participou da primeira sessão em grupo com início **no dia** \_\_\_\_\_ e nas reuniões você recebeu informações sobre o seu uso de tabaco e o coordenador do grupo pode ter discutido com você os pontos positivos e negativos do seu uso de tabaco além de dar informações e ensinar habilidades e técnicas diversas para ajudar na cessação do uso.

O que vou te perguntar agora tem o objetivo de saber o que você sinceramente pensou sobre as oito sessões e as orientações recebidas (Parte 1) e o que você achou daquelas sessões (Parte 2).

**1.1) VOCÊ PODERIA DESCREVER BREVEMENTE O QUE VOCÊ PENSOU SER O OBJETIVO DAS OITO SESSÕES DE ACC E DAS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ RECEBEU SOBRE SEU USO DO TABACO?**

---

---

---

---

---

---

---

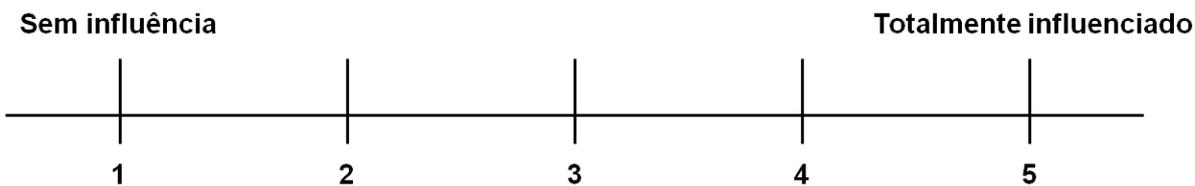
---

---

---

**1.2a) NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO AS SESSÕES DE ACC INFLUENCIARAM SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE?**

Considere 1 igual a “**sem qualquer influência**”, e 5 igual a “**mudei totalmente meu comportamento**” (Por favor, circule a resposta)



**1.2b) Se 1 foi marcado, pergunte:** “Por que não teve qualquer influência no seu comportamento?” Se perceber que a pessoa está com problemas para responder, tente perguntar: “Aconteceu alguma coisa que você não gostou durante aquelas sessões?” **ou** “O que você acha que poderia influenciar seu comportamento de saúde?”

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**1.2c) Se 2 ou um valor maior foi marcado, pergunte:** “Já que teve algum efeito, como lhe influenciou no seu comportamento de saúde?”

---

---

---

---

---

---

---

---

---

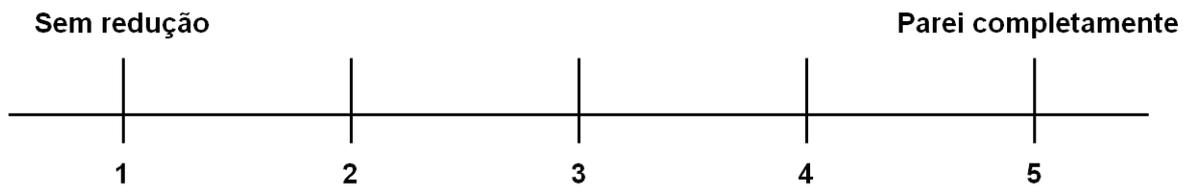
---

**1.3a) VOCÊ TENTOU DIMINUIR SEU USO DE TABACO DURANTE OU APÓS TER RECEBIDO AS OITO SESSÕES DE ACC?**

Não  Ir 1.4

Sim  Ir 1.3b

**1.3b) NUMA ESCALA DE 1 A 5, O QUANTO VOCÊ REALMENTE REDUZIU O SEU USO DE TABACO?** Considere 1 igual a “**não reduzi em nada o uso de (tabaco)**”, e 5 igual a “**parei completamente o uso de (tabaco) após a última sessão**”  
(Por favor, marque a resposta)



**1.3c) Se marcou 2 ou valor maior, pergunte:** “Quanto tempo durou?” (Marque em semanas). Lembre o paciente sobre o número de semanas decorrido desde a sua primeira sessão (\_\_\_\_\_ semanas)

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Parte 2. Sobre as Sessões de ACC**

- 1.4** QUAI(S) ASPECTO(S), EM PARTICULAR DAS OITO SESSÕES, INFLUENCIOU O SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE E DE USO DE TABACO? (**Se perceber que o paciente está com problemas para responder tente perguntar:** “O que você lembra de mais importante daquelas sessões?” **ou** “o que te marcou mais?”)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 1.5)** TEM MAIS ALGUMA COISA QUE VOCÊ GOSTARIA DE NOS CONTAR SOBRE A SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO? (**Por exemplo:** como podemos melhorar as sessões?).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO E – Escala Fagerström para avaliação do grau de dependência****AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA (FAGERSTRÖM)****1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

- Dentro de 5 minutos (3)       Entre 31 e 60 minutos (1)  
 Entre 6 e 30 minutos (2)       Após 60 minutos (0)

**2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?**

- Sim (1)       Não (0)

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

- O primeiro da manhã (1)       Outros (0)

**4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

- Menos de 10 (0)       De 21 a 30 (2)  
 De 11 a 20 (1)       Mais de 31 (3)

**5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?**

- Sim (1)       Não (0)

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

- Sim (1)       Não (0)

**7. Grau de Dependência:**

- 0 – 2 = Muito baixo       3 – 4 = Baixo       5 = Médio  
 6 – 7 = Elevado       8 – 10 = Muito elevado

**ANEXO F – QSU-B/ Questionnaire of Smoking Urges Brief – Versão Brasil<sup>2</sup>**

Indique o quanto você concorda ou discorda das afirmações a seguir, marcando apenas um dos números entre Discordo totalmente e Concordo totalmente. Quanto mais perto estiver sua marca de um dos lados, mais você estará concordando ou discordando. Queremos saber o que você está pensando e sentindo agora, enquanto preenche o questionário.

- 1. Desejo fumar um cigarro agora.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 2. Nada seria melhor do que fumar um cigarro agora.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 3. Se fosse possível, eu provavelmente fumaria agora.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 4. Eu controlaria melhor as coisas, neste momento, se eu pudesse fumar.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 5. Tudo o que eu quero agora é fumar um cigarro.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 6. Eu tenho necessidade de um cigarro agora.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 7. Fumar um cigarro seria gostoso nesse momento.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 8. Eu faria praticamente qualquer coisa por um cigarro agora.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 9. Fumar me faria ficar menos deprimido.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
- 10. Eu vou fumar assim que for possível.**  
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente

---

<sup>2</sup> Araújo et al. (2007)

## ANEXO G – Escala HAD

**NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO:

Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

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

- 3  A maior parte do tempo  
 2  Boa parte do tempo  
 1  De vez em quando  
 0  Nunca

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

- 0  Sim, do mesmo jeito que antes  
 1  Não tanto quanto antes  
 2  Só um pouco  
 3  Já não consigo ter prazer em nada

**3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3  Sim, e de um jeito muito forte  
 2  Sim, mas não tão forte  
 1  Um pouco, mas isso não me preocupa  
 0  Não sinto nada disso

**4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- 0  Do mesmo jeito que antes  
 1  Atualmente um pouco menos  
 2  Atualmente bem menos  
 3  Não consigo mais

**5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3  A maior parte do tempo  
 2  Boa parte do tempo  
 1  De vez em quando  
 0  Raramente

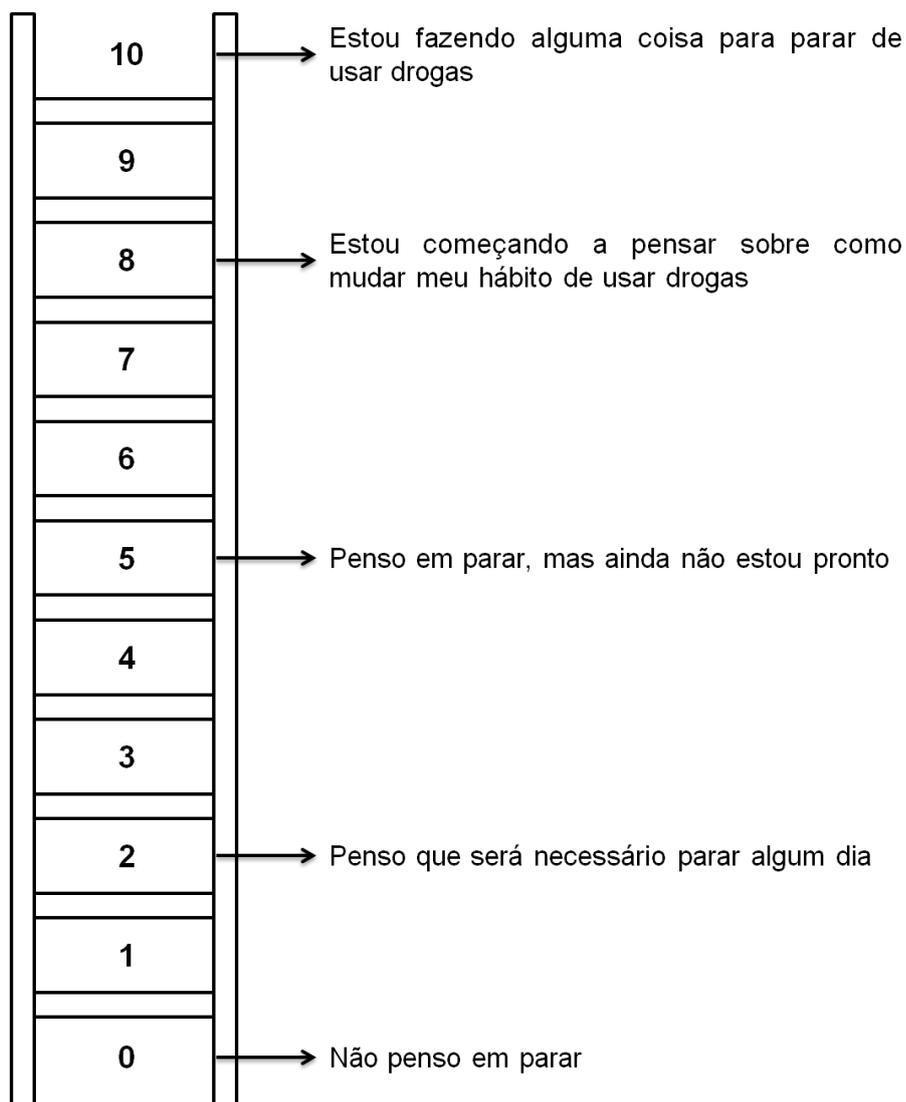
**6) Eu me sinto alegre:**

- 3  Nunca  
 2  Poucas vezes  
 1  Muitas vezes  
 0  A maior parte do tempo

- 7) **Consigo ficar sentado (a) à vontade e me sentir relaxado (a):**  
0  Sim, quase sempre  
1  Muitas vezes  
2  Poucas vezes  
3  Nunca
- 8) **Eu estou lento (a) para pensar e fazer as coisas:**  
3  Quase sempre  
2  Muitas vezes  
1  poucas vezes  
0  Nunca
- 9) **Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**  
0  Nunca  
1  De vez em quando  
2  Muitas vezes  
3  Quase sempre
- 10) **Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**  
3  Completamente  
2  Não estou mais me cuidando como eu deveria  
1  Talvez não tanto quanto antes  
0  Me cuido do mesmo jeito que antes
- 11) **Eu me sinto inquieto (a) , como se eu não pudesse ficar parado (a) em lugar nenhum:**  
3  Sim, demais  
2  Bastante  
1  Um pouco  
0  Não me sinto assim
- 12) **Fico esperando animado (a) as coisas boas que estão por vir:**  
0  Do mesmo jeito que antes  
1  Um pouco menos que antes  
2  Bem menos que antes  
3  Quase nunca
- 13) **De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**  
3  A quase todo momento  
2  Várias vezes  
1  De vez em quando  
0  Não senti isso
- 14) **Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**  
0  Quase sempre  
1  Várias vezes  
2  Poucas vezes  
3  Quase nunca

## ANEXO H – Escala Contemplação Ladder

Cada degrau da escada representa onde os dependentes de drogas se encontram quando pensam em parar de usar a substância psicoativa. Circule o número que indica onde você está agora.



## ANEXO I - Protocolo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU/UFJF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA-MG



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** AVALIAÇÃO DE CUSTOEFETIVIDADE ENTRE DUAS ABORDAGENS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS: INTERVENÇÃO BREVE E ABORDAGEM

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 05592812.8.0000.5133

**Pesquisador:** Cláudia Aparecida de Carvalho

**Instituição:** Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 86664

**Data da Relatoria:** 27/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

O tabagismo é resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (CID-10). À condição de cronicidade da dependência do tabaco somam-se as dificuldades que os fumantes enfrentam para alcançar a cessação do tabagismo como enfrentar a síndrome da abstinência e a ambivalência em relação ao comportamento de fumar. O uso do tabaco está associado a doenças cardiovasculares, pulmonares, cânceres diversos, depressão, ansiedade, problemas de gestação, entre outros. No Brasil existem poucos relatos sobre avaliação de tratamento do tabagismo. O estudo será do tipo prospectivo, com grupos de comparação pareados configurando um quase-experimento. As análises para verificação de balanceamento e homogeneidade entre os grupos serão realizadas por meio da abordagem de escores de propensão (propensity scores). As análises de custo efetividade utilizarão Modelos Lineares Generalizados Mistos adequados para dados longitudinais e pareamento de grupos. A busca de intervenções efetivas no contexto hospitalar justifica-se pela busca do uso racional de recursos e a escolha de técnicas economicamente viáveis no contexto da Saúde, por este motivo busca-se alternativas de tratamento que tenham uma relação de custo e benefício satisfatórias e que favoreçam a utilização de abordagens e técnicas de intervenção mais efetivas. O Objetivo do estudo é realizar o estudo de custo-efetividade para a cessação de tabagismo através de duas abordagens para dependentes de tabaco que procuram tratamento no Ambulatório de Tabagismo do Hospital Universitário (HU/CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Realizar o estudo de custo efetividade para a cessação de tabagismo através de duas abordagens para dependentes de tabaco que procuram tratamento no Ambulatório de Tabagismo do Hospital Universitário (HU/CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

##### Objetivo Secundário:

Estimar e comparar os custos gerais de duas modalidades de intervenção para cessação do uso de tabaco; Comparar a eficácia e efetividade de duas intervenções para a cessação de tabaco; Realizar estudo de custo-efetividade entre as duas intervenções para a cessação do tabaco.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

A entrevista e os demais instrumentos de avaliação serão realizados no local de tratamento do

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética  
**Bairro:** Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (324)009-5187 **Fax:** (324)009-5160 **E-mail:** pesquisa@hufj.ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA-MG



tabagismo e a entrevista de seguimento será feita por telefone após três e seis meses a partir das duas intervenções (única sessão de entrevista breve e primeira sessão do tratamento intensivo). Os participantes serão devidamente informados sobre a pesquisa e, se concordarem em participar, assinarão um termo de consentimento de participação em que será garantido o anonimato e sigilo aos mesmos, principalmente com relação ao seu tratamento. Os entrevistados serão informados previamente da natureza, conteúdo e destino das entrevistas, além do uso único e exclusivo para finalidade acadêmica. O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF. Os riscos são mínimos segundo a resolução 196/96.

**Benefícios:**

Aumentar a disponibilidade de tratamentos para tabagistas; Auxiliar no alcance da cessação tabágica; Conhecer os fatores que dificultam e/ou facilitam a cessação; Propor ações mais custo efetivas para a saúde pública; Disponibilizar conhecimento sobre alternativas de tratamento para o tabagismo; Comparação de dados e reprodução do estudo por outros pesquisadores; Compartilhar os resultados do estudo, em meio acadêmico, através de publicação de artigos e apresentação de trabalhos em Congressos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto de pesquisa atende as exigências e regras estipuladas no Comitê de Ética. Além disso através desse estudo espera-se: 1) encontrar índices de cessação de tabagismo satisfatórios na intervenção breve em comparação com o tratamento intensivo; 2) comprovar o custo e efetividade da intervenção breve em relação ao tratamento intensivo do fumante (INCA); 3) observar se a motivação para a cessação do tabagismo aumenta com a intervenção breve; 4) verificar como ansiedade, depressão, razões para fumar, grau de fissura e motivação interferem no processo de cessação do tabagismo; 5) demonstrar se a intervenção breve em entrevista motivacional poderá ser indicada como uma proposta de política pública alternativa ou complementar em relação ao tratamento intensivo do fumante (INCA).

Portanto esse projeto apresenta validação científica e demonstra resultados bastante promissores e importantes para a saúde pública, acarretando riscos mínimos para os pacientes.

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

Os pesquisadores apresentaram todos os termos obrigatórios para aprovação desse Comitê de Ética.

**Recomendações:**

nenhuma recomendação

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

O projeto em questão atende todas as exigências e regras do Comitê de Ética, portanto está aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética  
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (324)009-5187 Fax: (324)009-5160 E-mail: pesquisa@hufj.ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA-MG



JUIZ DE FORA, 31 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
Gisele Aparecida Fófano

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética  
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 38.036-110  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (324)009-5187 Fax: (324)009-5160 E-mail: pesquisa@huff.ufjf.br

## ANEXO J - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS)

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS)

A Subsecretária de Saúde, Sra. Adriana Moreira Carvalho de Barcelos, autoriza a pesquisadora Cláudia Aparecida de Carvalho a realizar sua pesquisa nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, MG, que acontecerá no período de 2012 a 2014, intitulada "Avaliação entre duas Abordagens para o Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde". Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a eficácia para a cessação de tabagismo através da comparação de duas intervenções para dependentes de tabaco que procuram tratamento em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no Município de Juiz de Fora.

A Pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos participantes garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 30 de Outubro de 2012.

Adriana Moreira de C. Barcelos  
Subsecretária de Atenção  
Primária à Saúde  
Município de Juiz de Fora

Adriana Moreira Carvalho de Barcelos

Subsecretária de Saúde - Prefeitura Municipal de Juiz de Fora MG