

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rafaela Russi Ervilha

**AVALIAÇÃO DOS FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA
CESSAÇÃO DO USO DE TABACO ATRAVÉS DE UM SERVIÇO DE
INTERVENÇÃO MEDIADO POR INTERNET**

Juiz de Fora
2018

Rafaela Russi Ervilha

**AVALIAÇÃO DOS FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA
CESSAÇÃO DO USO DE TABACO ATRAVÉS DE UM SERVIÇO DE
INTERVENÇÃO MEDIADO POR INTERNET**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na área de Processo Saúde-Doecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Coorientador: Henrique Pinto Gomide

Juiz de Fora

2018

RAFAELA RUSSI ERVILHA

**“AVALIAÇÃO DOS FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA
CESSAÇÃO DO USO DE TABACO ATRAVÉS DE UM SERVIÇO DE
INTERVENÇÃO MEDIADO POR INTERNET”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Juiz de Fora, 23 de março de 2018

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

Prof. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes – Universidade Federal de Juiz de Fora
Avaliadora

Prof. Dra. Pollyanna Santos da Silveira – Universidade Católica de Petrópolis
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Hoje mais um dia da minha vida está sendo finalizado e mais um sonho alcançado. E tudo só foi possível, pois tive ao meu lado pessoas que me impulsionaram a seguir adiante e que acreditaram que tudo daria certo.

Agradeço primeiramente a Deus, pelo amparo nos momentos mais difíceis, por sempre me dar forças para continuar e por me mostrar diariamente que sou mais forte do que penso.

Ao meu pai Marcelo, pelo exemplo deixado de responsabilidade e determinação. À minha mãe Rosane, pelo amor e cuidado incondicional. Obrigada por sempre terem apoiado meus sonhos e por sempre terem lutado comigo para alcançá-los.

À minha irmã Paloma, por toda cumplicidade, por demonstrar diariamente seu suporte, por me fazer acreditar em mim mesma por me proporcionar tantos momentos de alegria.

À Gloria, pelas infinitas formas de demonstrar seu carinho e apoio. Por ter estado ao meu lado durante toda essa trajetória e por sempre me encorajar a seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos.

Às amigas Taynara e Nathália, por compartilharem os momentos de luta e de alegria, por colorirem a minha vida, por me inspirarem e me motivarem a alcançar meus objetivos.

Ao “Pessoalzinho”, que fizeram com que essa caminhada fosse mais leve e divertida. Obrigada por todos os momentos de descontração em meio ao caos, por compartilharem conhecimentos e pelo afeto diário.

Aos meus familiares e amigos, por toda torcida e demonstrações de orgulho, por celebrarem cada vitória conquistada e por todo suporte dos momentos difíceis.

Ao Grupo de Estudos sobre Tabagismo [GET], vulgo “Cigarrinho”, por todo aprendizado compartilhado e artigos publicados.

Ao amigo e coorientador Henrique Pinto Gomide, por se mostrar sempre disposto a ajudar no que fosse preciso, por compartilhar seus conhecimentos de uma maneira singular e pelo apoio constante.

Ao meu orientador Telmo Mota Ronzani, por todas as oportunidades de aprendizado desde o começo da minha caminhada acadêmica, pelos estágios em pesquisa que contribuíram significativamente para meu crescimento profissional. Obrigada por ter conduzido de forma brilhante a orientação deste trabalho.

Ao professor Heder Soares Bernardino, por toda troca de experiências, pelas reuniões e por sempre se mostrar disposto a ajudar.

Aos bolsistas Maria Luíza Vasconcelos, Letícia Swerts, Luciamara Chagas e Pedro Barino, pelos trabalhos realizados e por terem contribuído com esse projeto.

À professora Pollyanna Santos da Silveira, pela participação nas bancas de qualificação e defesa do mestrado, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições na construção deste trabalho.

À professora Laisa Marcorela Andreoli Sartes, por ter contribuído de forma única na minha formação acadêmica, por ser um grande exemplo de profissional para mim e por ter aceitado participar como membro da banca de defesa do mestrado.

Aos alunos, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, que nas mais variadas formas colaboraram para o desenvolvimento deste projeto.

Aos usuários do “Viva sem Tabaco” que contribuíram para essa pesquisa. Sem eles este trabalho não teria se concretizado. Muito obrigada!

Ao governo brasileiro, à Universidade Federal de Juiz de Fora, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais, que possibilitaram a realização desta pesquisa através do apoio institucional e financeiro.

It's always seems impossible until it's done.
(Nelson Mandela)

RESUMO

O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por cerca de seis milhões de óbitos por ano e também é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2017, apontaram uma prevalência de 12,7% de homens e 8% de mulheres fumantes no Brasil. Formas inovadoras de tecnologia de comunicação, como a internet, estão sendo cada vez mais utilizadas para fornecer informações e apoio aos fumantes que desejam parar de fumar. As intervenções mediadas por internet apresentam muitas vantagens quando comparadas às intervenções tradicionais. O objetivo do estudo foi analisar e descrever quais são as melhores estratégias para auxiliar os fumantes que querem parar de fumar através de um serviço de intervenção computadorizado. Foi realizado um estudo qualitativo, no qual foram analisadas mensagens de 270 usuários da intervenção Viva sem Tabaco. As mensagens foram coletadas através do banco de dados do servidor do programa e examinadas através da técnica da análise de conteúdo de Bardin, por meio de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Os resultados sugerem que as estratégias relatadas pelos usuários da intervenção online, podem auxiliar no processo de cessação do tabagismo. Além disso, as estratégias também podem ser expandidas para a Atenção Primária à Saúde, de forma a colaborar com o tratamento oferecido pelos profissionais da rede pública de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Tabaco; Tratamento para tabagismo; Internet; Intervenções mediadas por internet; Análise de conteúdo.

ABSTRACT

Smoking is the leading cause of preventable death, accounting for about six million deaths per year and also recognized as an epidemic disease that causes physical, psychological and behavioral dependence. Data from the Surveillance of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases by Telephone Survey of 2017, indicate a prevalence of 12.7% male and 8% female smokers in Brazil. Innovative forms of communication technologies, such as internet are increasingly being used to provide information and support to smokers who want to quit. Internet-based interventions have many advantages compared to traditional interventions. This study aimed to analyze and describe the best strategies to help smokers who want to quit through a internet-based intervention. Qualitative study, in which messages from 270 users of the “Viva sem Tabaco” intervention were analyzed. The messages were collected through the server’s database of the program and examined through the Content Analysis technique by Bardin, according to the following steps: pre-analysis, exploration of the material and treatment of the results. The results suggested that the use of strategies reported by the users of “Viva sem Tabaco” online intervention can help in the process of smoking cessation. Furthermore, strategies can be expanded to Primary Care, in order to collaborate with the treatment to smokers by professionals of the Public Health network in Brazil.

Keywords: Tobacco; Smoking cessation; Internet; Internet-based interventions; Content Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de estratégias utilizadas pelos usuários durante o processo de cessação do tabagismo.....	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos usuários da intervenção Viva sem Tabaco.....	36
Tabela 2 – Atitude positiva como estratégia para cessação do tabagismo.....	37
Tabela 3 – Preocupação com a saúde como estratégia para cessação do tabagismo.....	38
Tabela 4 – Alimentação como estratégia para cessação do tabagismo.....	40
Tabela 5 – Exercícios físicos como estratégia para cessação do tabagismo.....	41
Tabela 6 – Pensar nos entes queridos como estratégia para cessação do tabagismo.....	42
Tabela 7 – Uso de medicamentos como estratégia para cessação do tabagismo.....	43
Tabela 8 – Técnicas de relaxamento como estratégia para cessação do tabagismo.....	44
Tabela 9 – Autocuidado corporal como estratégia para cessação do tabagismo.....	45
Tabela 10 – Economia financeira como estratégia para cessação do tabagismo.....	46
Tabela 11 – Frases de efeito como estratégia para cessação do tabagismo.....	47
Tabela 12 – Religião e/ou espiritualidade como estratégia para cessação do tabagismo.....	48
Tabela 13 – Observação de sentimentos como estratégia para cessação do tabagismo.....	49
Tabela 14 – Outras estratégias relatadas.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DESER	Departamento de Estudos Socioeconômicos-Rurais
EM	Entrevista Motivacional
GBD	Global Burden Disease
GET	Grupo de Estudos sobre Tabagismo
IB	Intervenção Breve
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PETab	Pesquisa Nacional de Tabagismo
PMS	Pesquisa Mundial de Saúde
PCNT	Pesquisa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
QTF	Questionário de Tolerância de Fagerström
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
USDHHS	U.S. Department of Health and Humans Services
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
INTRODUÇÃO.....	16
1 – REVISÃO TEÓRICA.....	18
1.1 – TABAGISMO.....	18
1.2 – TRATAMENTO PARA TABAGISMO.....	22
1.3 – INTERVENÇÕES MEDIADAS POR INTERNET PARA TRATAMENTO EM SAÚDE.....	26
1.4 – INTERVENÇÕES PARA TABAGISMO MEDIADAS POR INTERNET.....	28
2 – OBJETIVOS.....	31
2.1 – OBJETIVO GERAL.....	31
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3 – MÉTODOS.....	32
3.1 – FONTE DE DADOS.....	32
3.2 – PARTICIPANTES.....	32
3.3 – PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS.....	32
3.4 – ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	36
4.2 – ESTRATÉGIA DE ATITUDE POSITIVA.....	36
4.3 – ESTRATÉGIA DE PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE.....	37
4.4 – ESTRATÉGIA DE ALIMENTAÇÃO.....	39
4.5 – ESTRATÉGIA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS.....	40
4.6 – ESTRATÉGIA DE PENSAR NOS ENTES QUERIDOS.....	41
4.7 – ESTRATÉGIA DE USO DE MEDICAMENTOS.....	42
4.8 – ESTRATÉGIA DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO.....	43
4.9 – ESTRATÉGIA DE AUTOCUIDADO CORPORAL.....	44
4.10 – ESTRATÉGIA DE ECONOMIA FINANCEIRA.....	45
4.11 – ESTRATÉGIA DE FRASES DE EFEITO.....	46
4.12 – ESTRATÉGIA DE RELIGIÃO E/OU ESPIRITUALIDADE.....	47
4.13 – ESTRATÉGIA DE OBSERVAÇÃO DE SENTIMENTOS.....	48

4.14 – OUTRAS ESTRATÉGIAS RELATADAS.....	49
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
7 – ANEXOS.....	62
7.1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	62

PARTE I
APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema tabagismo surgiu quando ainda na graduação em Psicologia, tive a oportunidade de participar inicialmente como estagiária e depois como bolsista de Iniciação Científica de uma pesquisa de doutorado sobre o uso de mensagens de texto como suporte para cessação do tabagismo no ambiente hospitalar. Com todo conhecimento teórico e prático adquirido com essa experiência, apresentei como trabalho de conclusão de curso um artigo de revisão sistemática da literatura sobre a eficácia do envio de mensagens de texto para cessação do tabagismo. Além da participação nesta pesquisa, eu e outros estudantes/pesquisadores que trabalhavam com o tema, decidimos criar um grupo de estudos com o objetivo de nos mantermos atualizados e publicar artigos científicos na área.

Após a graduação, eu tive a felicidade de poder dar continuidade aos estudos sobre o tema no mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Por ser o tabagismo um problema de saúde pública a nível global, poder realizar meu estudo no âmbito da Saúde Coletiva foi extremamente enriquecedor, principalmente pela oportunidade de estar em contato com profissionais de diversas áreas da saúde, com variados pontos de vista. Essa experiência me proporcionou ampliar meus conhecimentos e ter uma visão mais crítica acerca da temática, e também, as discussões em sala de aula colaboraram de forma significativa para a construção deste trabalho.

INTRODUÇÃO

Embora vários avanços tenham sido feitos, o tabagismo continua sendo a principal causa de morte evitável no mundo, causando anualmente milhões de óbitos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2013). Os fatores relacionados aos problemas que o uso do tabaco podem acarretar, justificam as diversas estratégias para auxiliar os fumantes durante o processo de cessação. De acordo com Marlatt e Donovan (2005), essas estratégias podem ser tanto cognitivas quanto comportamentais, sendo utilizadas para verificar quais são as razões dos fumantes para deixar de fumar e também para identificar quais são as principais situações de risco para a manutenção da abstinência.

Este trabalho objetivou compreender quais são as melhores estratégias para auxiliar os fumantes que querem parar de fumar, através de uma intervenção mediada por internet – Viva sem Tabaco (GOMIDE et al., 2016), e de que maneira esses resultados poderiam contribuir para a referida intervenção e também para os serviços que oferecem tratamento para tabagismo na rede pública de saúde no Brasil. Intervenções mediadas por internet são programas estruturados com informação e suporte relevantes para o processo de cessação do tabagismo (BOCK et al., 2004). Diversos estudos evidenciam a efetividade desse tipo de intervenção (BROWN, 2013; MYUNG et al., 2009; SHAHAB & McEWEN, 2009; ROOKE et al., 2010). Além disso, esse tipo de intervenção se apresenta como uma boa alternativa ao tratamento convencional (MUÑOZ, 2010).

A dissertação é organizada em dois capítulos. O primeiro capítulo contém a revisão teórica da literatura científica da área, segmentada em quatro seções. A parte introdutória apresenta uma visão geral sobre a situação do tabagismo no Brasil e no mundo, seguida por uma seção que abordará quais são os tipos de tratamento para tabagismo oferecidos no Brasil. A terceira seção tem como foco as intervenções mediadas por internet para tratamento em saúde, e por último, a quarta seção abordará as intervenções mediadas por internet para tratamento do tabagismo.

O segundo capítulo corresponde a parte empírica do estudo, sendo composto pelos objetivos geral e específicos da pesquisa, a metodologia utilizada e os resultados encontrados no estudo, bem como a discussão acerca desses resultados, feita de forma articulada com a literatura científica e as considerações finais. Ao final, foram incluídas as referências bibliográficas utilizadas na produção da dissertação como base teórica e os anexos.

PARTE II
REVISÃO TEÓRICA

1 – REVISÃO TEÓRICA

1.1 – Tabagismo

O tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública a nível global (BANKS et al., 2015), sendo responsável por cerca de seis milhões de mortes por ano no mundo, o que corresponde a uma morte a cada seis segundos (OMS, 2013). Somente no Brasil, o tabagismo é o agente causador de cerca de 156.200 mortes anuais (GLOBAL BURDEN DISEASE [GBD], 2015). Estima-se que entre um terço e metade dos fumantes morra em consequência de alguma doença tabaco-relacionada e que fumantes vivam dez anos menos que não fumantes (DOLL et al., 2004). Predições afirmam que em 2030 o tabagismo será responsável por mais de oito milhões de óbitos anuais, caso as tendências atuais de consumo permaneçam inalteradas (BILLANO, 2015). Além disso, projeções da OMS indicam que 80% dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média renda (OMS, 2013).

De acordo com a OMS, o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo (OMS, 2008), sendo o único produto legal comercializado que é prejudicial a qualquer pessoa exposta a ele. Mesmo assim, seu uso é comum em todo o mundo devido aos baixos preços e comercialização massiva (OMS, 2013). Além disso, o tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental. Durante o uso, os fumantes inalam mais de 4.720 tipos de substâncias tóxicas como, por exemplo, monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de 43 substâncias cancerígenas, sendo as principais: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas (ROSEMBERG, 2004).

O consumo de tabaco é considerado um fator de risco para seis das oito principais causas de morte ao redor do mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis [DCNT]. Dentre essas, sendo o agente responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de cânceres (pulmão, boca, laringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), 25% por doenças coronarianas (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) (OMS, 2011). Além de estar associado à DCNT, o tabagismo ainda é um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em homens e

mulheres, osteoporose e catarata (OMS, 2008; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMANS SERVICES [USDHHS], 2008). Ademais, o tabagismo ainda causa importantes prejuízos econômicos, sociais, sanitários e ambientais em todo o mundo (BRASIL, 2006).

O custo econômico do tabagismo nas sociedades é elevado e poderá ultrapassar mais de um trilhão de dólares por ano em 2030 (MACKAY & ERICKSEN, 2002). O impacto econômico associado ao tabagismo se torna ainda mais agravante se considerarmos que alguns países sofrem mais com os prejuízos associados ao uso do tabaco do que outros. Cerca de dois terços dos fumantes em todo o mundo vivem em apenas 10 países, e o Brasil ocupa o sétimo lugar nesse panorama, tendo um consumo menor apenas que a China, Índia, Indonésia, Rússia, Estados Unidos e Japão (OMS, 2008). Um estudo realizado no Brasil no ano de 2015, mostrou que os gastos financeiros relacionados a hospitalizações através do Sistema Único de Saúde [SUS], em decorrência de alguma doença tabaco-relacionada foram de quase 40 milhões de reais, o que equivale a 8,04% de todos os gastos em saúde, e os custos indiretos atingiram mais de 17 bilhões de reais, devido à incapacidade ou perda de produtividade por morte prematura (PINTO et al., 2017).

Os prejuízos sociais em decorrência do uso de tabaco são muitos, entre eles, a exposição da fumaça e componentes tóxicos aos próprios fumantes e também aqueles que os cercam, que são denominados como fumantes passivos (OMS, 2001). Em muitos países, existe uma correlação entre o consumo de tabaco, baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade, portanto, nesse contexto, é importante reconhecer que a dependência do tabaco pode fazer com que muitos chefes de família gastem o dinheiro que seria destinado as despesas familiares com cigarro. Além disso, quando essas pessoas são acometidas por alguma enfermidade relacionada ao tabagismo, há uma implicação na renda dessas famílias devido ao custo com o tratamento, incapacidade ou morte prematura (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE [OPAS], 2004).

Os prejuízos sanitários se relacionam à exposição dos componentes tóxicos gerados pela fumaça do tabaco, bem como o consumo em si e também a divulgação dos produtos derivados do tabaco como, por exemplo, propagandas de incentivo ao consumo (BRASIL, 2007). Outros problemas sanitários relacionados ao tabagismo são as doenças respiratórias e intoxicação por agrotóxicos, diversos tipos de cânceres, acidentes de trabalho em produtores do tabaco, além da contaminação dos compartimentos ambientais (RIQUINHO & HENNINGTON, 2014).

O tabaco ainda é responsável por causar sérios prejuízos ambientais, como contaminação do solo, das águas e do ar (DEPARTAMENTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS-RURAIS [DESER], 2003). A larga utilização de agrotóxicos no processo de produção agropecuária gera a modificação do ambiente (PERES & MOREIRA, 2007). Além da produção, as embalagens vazias são também uma fonte de contaminação ambiental, por conta do descarte inadequado, causando assim a degradação do solo. Outro prejuízo ambiental é o desmatamento, pois a retirada das árvores nativas e a substituição de árvores de reflorestamento causam danos ao ecossistema. Ademais, a fumaça do cigarro causa contaminação do ar e também as “bingas” do cigarro causam entupimento dos esgotos, podem ocasionar incêndios e quando desprezadas de maneira indevida, podem poluir o solo e os lençóis freáticos (GIODA & NETO, 2003).

Em 2003 em virtude do impacto negativo do consumo de tabaco no mundo, foi organizada pela OMS a Convenção Quadro para Controle do Tabaco [CQCT], que corresponde ao primeiro tratado internacional de saúde pública da história a nível mundial e que tem por objetivo proteger as gerações presentes e futuras das consequências sociais, ambientais e econômicas do consumo de tabaco e da exposição à fumaça do cigarro, proporcionando um quadro de medidas de controle do tabaco a serem implementadas nos níveis regional, nacional e internacional a fim de reduzir de forma contínua e substancial a prevalência do uso de tabaco e a exposição ao fumo (artigo 3º) (OMS, 2003). A CQCT foi adotada pela Assembleia Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Desde então é o tratado que agregou o maior número de adesões da história da Organização das Nações Unidas [ONU], sendo considerada um marco para a saúde pública mundial. Até 04 de março de 2015, 180 países ratificaram sua adesão a esse tratado (PONTES & MACHADO, 2015).

Com o propósito de colaborar com os países a seguirem as medidas propostas pela CQCT, a OMS instaurou o pacote MPOWER (*WHO report on the global tobacco epidemic – MPOWER package*). O MPOWER é um pacote de políticas que preconiza as ações para redução do impacto do consumo de tabaco em todo o mundo e tem como componentes:

- a) Monitoramento do uso de tabaco e políticas de prevenção, cujo objetivo é a avaliação periódica do consumo de tabaco;
- b) Proteção da população contra fumaça do cigarro, que se fundamenta na criação ou enrijecimento de leis que visem criar ambientes livres de tabaco;

- c) Oferta de tratamento aos fumantes em diferentes modalidades, através de programas de baixo custo e fácil acesso;
- d) Advertência à população sobre os perigos do tabaco, que podem ser realizadas através de campanhas de conscientização;
- e) Imposição da proibição de publicidade sobre o cigarro. A ação busca evitar a propagação de atividades de promoção e patrocínio da indústria do tabaco;
- f) Aumento dos impostos sobre o tabaco, com o objetivo de reduzir o consumo do uso. Essa medida deve ter o acompanhamento de fiscalização das fronteiras para evitar o contrabando do produto.

De acordo com a OMS, a criação da CQCT, desde 2013 percebe-se um aumento da cobertura das seis ações propostas, principalmente através de campanhas de políticas de controle, mas ainda existem lacunas significativas para estabelecer um controle mais eficaz em muitos países (OMS, 2013).

No Brasil, as primeiras pesquisas de prevalência do fumo foram de 1989, onde a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição [PNSN], apontou uma prevalência de 34,8% de fumantes adultos. Em estudo subsequente, a Pesquisa Mundial de Saúde [PMS] de 2003, mostrou uma redução para 22,4% (MONTEIRO et al., 2007). Em 2008, a Pesquisa Nacional de Tabagismo [PETab], apontou uma queda para 17,2% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]). Em 2013 a Pesquisa Nacional de Saúde [PNS], indicou uma redução para 15%, o que corresponde a 21,9 milhões de pessoas com 18 anos ou mais (IBGE, 2014). E mais recentemente, em 2016, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [VIGITEL], que é realizada anualmente desde 2006, apontou que 12,7% dos homens e 8% das mulheres se declararam como fumantes (VIGITEL, 2017). Com esses dados percebe-se que o Brasil tem experimentado uma redução nas taxas de prevalência do tabagismo devido principalmente às diversas políticas de controle, implementadas nos últimos 25 anos. Algumas dessas políticas correspondem ao aumento dos preços e taxas de produtos do tabaco, leis de ambientes livres de tabaco, restrições de comercialização, advertências de saúde nos maços de cigarro e campanhas nacionais de cessação do tabagismo através dos diversos meios de comunicação (LEVY, ALMEIDA, SZKLO, 2012).

Embora existam evidências da significativa diminuição da prevalência do consumo de tabaco no Brasil, percebe-se que o país ainda tem um gasto bilionário anual com o tratamento

de doenças tabaco-relacionadas e também com mortes prematuras e por incapacidade, o que gera um prejuízo na economia do país e para a saúde dos indivíduos. Além disso, muitos fumantes ainda tem baixo acesso aos serviços oferecidos para cessação do tabagismo (OMS, 2008). Neste sentido, na seção seguinte será apresentado como é o funcionamento do tratamento para cessação do tabagismo no Brasil e em que modelo ele foi baseado.

1.2 – Tratamento para o tabagismo

Em alguns países, o tratamento para tabagismo é orientado pela diretriz norte-americana “*Treating Tobacco Use and Dependence – 2008 Update*”. Essa diretriz organiza o tratamento em três categorias de fumantes: a) os que querem parar de fumar, b) os que não querem parar de fumar e c) os que pararam de fumar recentemente.

Para aqueles fumantes que querem parar de fumar, os profissionais de saúde trabalham com uma estratégia para promover um plano de parada para o paciente, conhecida como 5 A's. A primeira estratégia é Perguntar (*Ask*) ao paciente sobre seu consumo de cigarros. A segunda é Recomendar (*Advice*) de forma clara e personalizada ao tabagista sobre a importância de parar de fumar. A terceira é Avaliar (*Assess*) o interesse do paciente em parar de fumar. A quarta estratégia é Auxiliar (*Assist*) o paciente a se tornar abstinente através de um plano para deixar de fumar, onde será estabelecida uma data de parada. O profissional poderá oferecer algumas estratégias para lidar com os momentos de fissura e ajudar o paciente a identificar quais são os possíveis gatilhos que o levaria a acender um cigarro. Além disso, para alguns pacientes também é indicado o uso de medicamentos. A quinta e última estratégia é o Acompanhamento (*Arrange*) do paciente, onde o profissional de saúde fará a organização dos contatos, começando na primeira semana após a data definida para deixar de fumar.

Para os fumantes que não querem parar de fumar, os profissionais de saúde devem utilizar uma breve intervenção para promover a motivação do fumante para deixar de fumar. A estratégia para promover a motivação poder ser a Entrevista Motivacional [EM], proposta originalmente por Miller & Rollnick (2002), que é uma intervenção de aconselhamento diretiva, centrada no paciente. Os profissionais de saúde ao empregarem a técnica de EM procuram explorar os sentimentos, crenças, ideias e valores sobre o uso de tabaco para o paciente, para constatar qual é sua ambivalência. Os quatro princípios gerais da EM são: a)

expressar empatia, b) desenvolver discrepância, c) lidar com a resistência do paciente e, por último, d) promover a autoeficácia.

Além das estratégias propostas pela EM, o profissional de saúde deve estimular a motivação do paciente utilizando a estratégia conhecida como 5R's. A primeira é a Relevância (*Relevance*), em que se deve encorajar o paciente a identificar quais razões se justificam para parar de fumar. Se possível, deve-se relacionar essas justificativas às características individuais como, por exemplo, preocupação com a saúde, ter filhos em casa, já ter tentado parar de fumar antes. A segunda estratégia é a de Riscos (*Risks*), onde o profissional de saúde deve pedir ao paciente para identificar quais as consequências negativas causadas pelo cigarro e também informar sobre os riscos agudos (aumento do risco de infecções respiratórias, danos a gravidez, impotência sexual e infertilidade), riscos a longo prazo (ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, diversos tipos de cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas) e os riscos ambientais relacionados ao fumo passivo (doença cardíaca em cônjuge, síndrome de morte súbita infantil, câncer). A terceira estratégia é de Recompensa (*Rewards*), em que o profissional de saúde deverá pedir ao paciente para identificar os benefícios de parar de fumar como, por exemplo, melhoria na saúde, economia de dinheiro, melhora na aparência, incluindo redução do envelhecimento da pele e dentes mais brancos. A quarta estratégia são as Barreiras (*Roadblocks*), em que o paciente é orientado a identificar as possíveis barreiras para parar de fumar, bem como as dificuldades mais comuns, normalmente relacionadas aos sintomas de abstinência, medo de recair e depressão. Por fim, a última estratégia é a de Repetição (*Repetition*), em que o profissional de saúde deverá repetir o procedimento sempre que o paciente se sentir desmotivado a parar de fumar (USDHHS, 2008).

Já para aquelas pessoas que pararam de fumar recentemente, é preciso que haja um acompanhamento para evitar recaídas, pois esses ex-fumantes recentes enfrentam um alto risco de voltarem a fumar novamente. O tratamento para tabagismo pode envolver vários episódios de tentativas e recaídas, com média de três a cinco tentativas até conseguirem parar definitivamente (BRASIL, 2001). Geralmente, os ex-fumantes relatam que alguns problemas foram agravados pela retirada do tabaco. Nessas situações, o profissional de saúde deve sempre reforçar os benefícios obtidos pelo paciente ao parar de fumar e também ele pode parabenizar o paciente por ter conseguido mudar um comportamento que era prejudicial à sua saúde (USDHHS, 2008).

No Brasil, o SUS oferece cobertura gratuita para o tratamento do tabagismo através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo [PNCT], regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº571, publicado em 5 de abril de 2013 (Portaria nº571/2013). O programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo dos derivados do tabaco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA], 2001), através de ações abrangentes, como promoções de ambientes livres de tabaco, às mais focalizadas como promoção e apoio à cessação do fumo, visando aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes baseados em evidências para cessação do tabagismo e adotando métodos reconhecidos como de primeira linha de tratamento (INCA, 2003). O tratamento é executado por profissionais de saúde capacitados em unidades de Atenção Primária à Saúde [APS] do país e é guiado pela diretriz “Abordagem e tratamento do fumante do Instituto Nacional do Câncer” (INCA, 2001), que é baseada na diretriz norte-americana “*Treating Tobacco Use and Dependence – 2008 Update*” (2008). A referida diretriz utiliza a abordagem cognitivo-comportamental e farmacológica com métodos baseados em evidências para o tratamento do tabagismo, sendo a abordagem farmacológica somente indicada para aqueles fumantes que apresentam elevado grau de dependência de nicotina (INCA, 2001). A medição do grau de dependência de nicotina é feito através do Questionário de Tolerância de Fagerström [QTF]. O questionário apresenta seis questões sobre o hábito de fumar e avalia o grau de dependência de nicotina em baixo, médio e alto. O escore total é calculado pela soma de todas as questões que podem variar de 0 a 10 pontos. A dependência leve é caracterizada por escore até 4 pontos, a moderada 5 pontos e a elevada de 6 a 10 pontos (FARGERSTRÖM & SCHNEIDER, 1989).

No modelo de tratamento adotado pelo Brasil, após a consulta de avaliação inicial, os fumantes recebem a abordagem cognitivo-comportamental intensiva, terapia que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (MARQUES et al., 2001). A abordagem é realizada em grupos de 10 a 15 fumantes ou individualmente, sendo composta de quatro sessões iniciais estruturadas, de 90 minutos cada, preferencialmente semanais, seguidas de 12 sessões, até completar um ano de tratamento. Além disso, o tratamento medicamentoso, quando indicado, ou seja, quando o fumante apresenta um grau elevado de dependência de nicotina, é feito por meio da Terapia de Reposição de Nicotina [TRN], que pode ser feita em diferentes modalidades, como a utilização de adesivos transdérmicos de nicotina (21, 14 e 7 mg), goma de mascar ou pastilha de nicotina (2 e 4 mg)

e do antidepressivo Cloridrato de Bupropiona (150 mg), utilizados individualmente ou em combinação. O programa também prevê a abordagem breve, realizadas nas consultas de rotina, com duração de três a cinco minutos (BRASIL, 2004).

A TRN ajuda a diminuir a fissura e também a minimizar os sintomas de abstinência, de modo que o paciente possa lidar melhor com o processo da cessação. De acordo com Hartmann-Boyce et al. (2013), a TRN aumenta em 50% as chances de abstinência em relação a pessoas que não usam nenhum medicamento. A Bupropiona é um antidepressivo utilizado no tratamento de dependência do tabaco (HUGHES et al., 2014). A Intervenção Breve [IB], tem por objetivo promover mudanças de comportamento, através do desenvolvimento de autonomia do paciente, atribuindo-lhes a capacidade de assumir responsabilidade sobre suas escolhas. Essa técnica tem se mostrado eficaz ao tratamento do tabagismo, independentemente do uso ou não de medicamentos (MONTILLO et al., 2009).

A efetividade do aconselhamento breve, da terapia intensiva em grupos, da TRN e da Bupropiona foi evidenciada por diversas meta-análises (CAHIL et al., 2013; STEAD & LANCASTER, 2005; STEAD et al., 2013). Entretanto, embora essas abordagens apresentem evidências de eficácia quando comparadas separadamente, as taxas de cessação aumentam quando são usadas de forma combinada (STEAD & LANCASTER, 1996).

Embora grandes avanços tenham sido feitos para garantir o acesso ao tratamento, ainda há uma grande parcela de fumantes que não recebem tratamento baseado em evidências. Dados da PNS (2013) mostram que 51% dos fumantes brasileiros tentaram parar de fumar no ano anterior à pesquisa, mas que apenas 8% receberam alguma forma de tratamento baseado em evidências (IBGE, 2014). Além disso, embora mais da metade dos fumantes apresente interesse em parar de fumar, cerca de 29% não são questionados sobre o consumo de tabaco por profissionais de saúde durante consultas de rotina e somente 57,1% recebem algum tipo de aconselhamento para parar de fumar (IBGE, 2009). Mesmo em serviços que oferecem tratamento aos fumantes, a lista de espera tende a ser grande, já que cada grupo de tratamento tem capacidade para atender uma média de 10 a 15 pacientes por um período de um ano, gerando assim uma baixa cobertura de oferta ao tratamento. Como resultado, o engajamento de fumantes no programa nacional e a adesão ao tratamento permanecem em número reduzido.

Alguns fatores podem explicar os desafios encontrados na implementação do PNCT e baixo acesso pelos fumantes, tais como custo de tratamento e o limitado número de

profissionais capacitados para a execução do programa (INCA, 2011). Devido a essas características, o uso de estratégias complementares ao tratamento do tabagismo podem ser úteis, pertinente ao contexto brasileiro como, por exemplo, intervenções mediadas por internet (CIVLJAK et al., 2013). Neste sentido, a seção seguinte abordará como tema o funcionamento das intervenções computadorizadas para a saúde.

1.3 – Intervenções para saúde mediadas por internet

A internet é definida como uma interligação mundial de redes individuais operadas por indústrias, governos e academias. Inicialmente, a internet funcionava para interligação de laboratórios envolvidos em pesquisas governamentais e, desde 1994, se expandiu para atender milhões de usuários e uma infinidade de propósitos em todas as partes do mundo. Atualmente, existem mais de 3.800 milhões de usuários de internet no mundo, o que corresponde a 51,7% de toda a população. De acordo com dados do IBGE, o Brasil é responsável por 67,5% dos acessos da América Latina, o equivalente a 119 milhões de usuários e projeções futuras mostram que em 2022, o Brasil terá quase 135 milhões de usuários (MINIWATTS MARKETING GROUP, 2017; IBGE 2014; STATISTA, 2016a). Dados da comScore, uma empresa americana de análise de internet, publicados em 2016, mostraram que os brasileiros utilizam a internet cerca de 28,5 horas por mês, mais do que a média latino-americana, de 20,2 horas. Além disso, 37% dos usuários brasileiros acessam a internet diariamente (STATISTA, 2016b).

O uso da internet é feito para diversas finalidades como, por exemplo, comunicação, trabalho, lazer e educação. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OCDE], a difusão das tecnologias digitais na vida cotidiana está mudando fundamentalmente a maneira como as pessoas acessam as informações e geram conhecimentos (BARBOSA, 2016). Nas últimas décadas a procura por informações relacionadas à saúde tem se tornado parte da rotina de usuários de internet (BARBOSA, 2013; GIBBONS, 2008). Estima-se que 43% dos usuários busquem informações de saúde por essa via no Brasil (BARBOSA, 2013), o correspondente a 33 milhões de pessoas. O grande crescimento de usuários de internet tem gerado um fenômeno denominado por Gibbons (2008), como *eHealth Revolution* (GOMIDE et al., 2016). Esse fenômeno tem causado mudanças importantes no comportamento, linguagem e pensamento das pessoas. Essa

mudança, reflete inclusive, na maneira como as pessoas lidam com sua saúde, afetando o modo como acessam os serviços e como se colocam no processo de cuidado (GIBBONS, 2008). Diante do exposto, percebe-se que existe uma necessidade do desenvolvimento de conteúdos de boa qualidade para auxiliar as pessoas que buscam por informações e/ou tratamentos mediados por internet.

De acordo com a definição de Barak, Klein & Proudfoot (2009), as intervenções mediadas por internet são intervenções autoguiadas e executadas por meio de um programa online e utilizadas por pessoas que buscam ajuda para melhoria da saúde física e/ou mental. O objetivo dessas intervenções é promover uma mudança de comportamento positiva e aprimorar o conhecimento através do fornecimento de materiais relevantes e do uso de componentes interativos baseados na internet. Diversos estudos baseados em evidências mostram a eficácia desse tipo de intervenção para prevenir ou melhorar condições de saúde como, por exemplo para sintomas de depressão, ansiedade e estresse (VAN STRATEN, CUIJPERS & SMITS, 2008), para o consumo de álcool (RIPPER et al., 2008), para dores crônicas (MACEA et al., 2010) e para tabagismo (CIVLAJK et al., 2013).

As intervenções mediadas por internet funcionam como uma boa alternativa quando não há disponibilidade de acesso ao tratamento convencional, seja quando o paciente está aguardando na fila de espera ou quando há impossibilidade do tratamento devido à distância, limitações físicas, de tempo ou econômicas e estigma, ou mesmo no acompanhamento de tratamento e também para promoção e prevenção em saúde. Esse tipo de intervenção apresenta muitas vantagens, entre elas, a ampla disponibilidade de atendimento, tendo em vista que está disponível 24 horas 365 dias por ano, diferentemente das clínicas e dos serviços de saúde, o que ajuda a evitar a superlotação desses locais. Outra vantagem são os custos de desenvolvimento e manutenção, ambos mais baixos que os custos das intervenções tradicionais. Além de ser uma importante ferramenta de educação em saúde, visto que hoje em dia é cada vez mais comum o acesso à internet por todas as faixas etárias (MUÑOZ, 2010). Nesta perspectiva, as intervenções computadorizadas para cessação do tabagismo podem ser uma estratégia promissora para reduzir o impacto das consequências negativas do uso de tabaco (CIVLAJK et al., 2013).

1.4 – Intervenções para tabagismo mediadas por internet

Atualmente, formas inovadoras de tecnologias de comunicação, como a internet e o uso de celulares, estão sendo cada vez mais utilizadas para fornecer informações e apoio aos fumantes que desejam parar de fumar (HEAD et al., 2013). Esse tipo de intervenção é uma promissora ferramenta complementar ao tratamento convencional, devido ao baixo custo, resultando em um maior custo-benefício (MUÑOZ, 2012). Além disso, o uso de internet por jovens cresceu exponencialmente. As intervenções computadorizadas podem, portanto, ser mais efetivas para atingir uma população de jovens fumantes, comparadas ao tratamento convencional. Uma revisão realizada em 2013, concluiu que o uso da internet poder uma ferramenta eficaz para tratamento do tabagismo para estudantes universitários, pois muitos não se identificam como fumantes, por não fumarem regularmente e por isso, não buscam ajuda através do tratamento tradicional (BROWN, 2013).

Diversos estudos clínicos e meta-análises foram realizados para verificar a eficácia das intervenções computadorizadas para tratamento do tabagismo. A meta-análise realizada por Myung et al. (2009), avaliou programas baseados na web e em computadores. O estudo incluiu 22 ensaios clínicos randomizados, onde o grupo intervenção apresentou um efeito significativo na cessação do tabagismo, concluindo assim, que existem evidências clínicas para apoiar o uso de programas de cessação do tabagismo com base na web e em computadores para fumantes adultos. Em outro estudo de meta-análise, Shahab & McEwen (2009), concentraram-se em intervenções interativas online e também na identificação de moderadores e mediadores de efeito do tratamento. Com o estudo conclui-se que as intervenções interativas baseadas na internet podem ser eficazes para ajudar no processo de cessação. Também no estudo de Rooke et al. (2010), os resultados da meta-análise sugeriram que o mínimo contato com os tratamentos fornecidos via web, mostram resultados eficazes para cessação do tabagismo.

Uma das políticas do pacote MPOWER, criado pela CQCT é a oferta de tratamento para fumantes em diversas modalidades (OMS, 2008). No entanto, esses tratamentos possuem altas taxas de recaída. A recaída pode ser entendida como a retomada do consumo de cigarros no mesmo padrão utilizado anteriormente à cessação. Como tentativa de ajudar durante o processo de cessação e reduzir as taxas de recaída, diversas estratégias são sugeridas. A mais utilizada entre elas, é o desenvolvimento de habilidades, proposto por Marlatt & Donovan

(2005), em que o paciente aprende a identificar situações de risco e o terapeuta oferece estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com elas. Outras estratégias também são utilizadas, como a exposição imaginária de gatilhos (qualquer aspecto físico, químico, psicológico ou comportamental capaz de estimular o consumo de cigarros, podendo ocasionar lapso ou recaída), uso de tarefas e exercícios como, por exemplo, identificar estratégias que funcionaram em tentativas anteriores de cessação. Diante disso, é importante identificar quais são as melhores estratégias para auxiliar os fumantes a deixarem de fumar e quais estratégias podem beneficiá-los ou prejudicá-los durante o processo de cessação do uso de tabaco.

PARTE III
DESENVOLVIMENTO DA DISSERTAÇÃO

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Descrever e analisar quais estratégias utilizadas pelos fumantes podem facilitar ou dificultar o processo de cessação do tabagismo em uma intervenção mediada por internet.

2.2 – Objetivos específicos

1. Analisar quais estratégias utilizadas em tentativas anteriores de cessação podem contribuir na nova tentativa;
2. Identificar quais são as melhores estratégias para lidar com a fissura durante o processo.

3 – MÉTODOS

3.1 – Fonte de dados: Intervenção Viva sem Tabaco

O programa Viva sem Tabaco consiste em uma intervenção automatizada que contém informações sobre o tratamento do tabagismo baseadas na diretriz “*Treating Tobacco Use and Dependence – 2008 Update*” (USDHHS, 2008). A intervenção é dividida em três etapas: 1) “Vale a pena parar?” - destinada à fumantes que ainda não se sentem confiantes a fazer uma tentativa de cessação, 2) “Pronto para parar?” - destinada à fumantes confiantes em realizar uma tentativa de cessação e 3) “Já parou?” - destinada à fumantes que passaram pela fase anterior ou que tiveram uma recaída. Em cada uma das três etapas são apresentadas estratégias que podem auxiliar os fumantes durante o processo da cessação como, por exemplo, informações sobre os benefícios a curto e longo prazo de se parar de fumar e também sobre os danos causados à saúde pelo consumo de cigarros, a intervenção oferece uma calculadora para que o participante verifique o quanto ele gasta mensalmente com cigarros e o quanto ele economizaria ao parar de fumar, estratégias para lidar com os sintomas de abstinência e fissura, informações sobre como lidar com o medo do ganho de peso ao atingir a cessação, entre outros. Ao fazer o cadastro na intervenção, o participante navega livremente e desenvolve um plano para parar de fumar. Após a seleção da data de parada, o participante recebe acompanhamento por e-mail durante 12 meses (GOMIDE et al., 2016).

3.2 – Participantes

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos, 2) ser fumante, 3) ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE]. Participaram da pesquisa todos os usuários que escreveram alguma mensagem a respeito de estratégias utilizadas durante o processo de cessação do tabagismo.

3.3 – Procedimentos e Análise de dados

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, com a finalidade de identificar quais são as melhores estratégias para auxiliar os fumantes a pararem

de fumar através de uma intervenção computadorizada, a partir da análise secundária do banco de dados do servidor. A análise secundária de dados consiste na utilização de dados já existentes para investigar questões de pesquisa diferentes daquelas para os quais os dados foram originalmente coletados. Essa metodologia tem como principal vantagem a economia de tempo e de recursos financeiros (HULLEY et al., 2008).

Para realização da análise das mensagens foi utilizada a metodologia da análise de conteúdo frequencial de Bardin (1977) e o software Microsoft Office Excel, versão 2007, que auxiliou na construção das categorias de análises, distribuição de unidades das mensagens e na construção das tabelas que serão apresentadas a frente. De acordo com o conceito de Bardin, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas e análises das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977).

Os dados de todos os usuários cadastrados no período de 2014 a 2016, foram extraídos do sistema de programação R Project, que é um sistema integrado de instalação de softwares para manipulação de dados, cálculo e exibição gráfica (R CORE TEAM, 2016). A primeira parte da análise constituiu-se da leitura do material. Após a leitura flutuante das mensagens, foi criada uma tabela com todos os usuários que tinham deixado pelo menos uma mensagem a respeito de estratégias utilizadas no processo de cessação do tabagismo. Em seguida, as mensagens deixadas pelos usuários foram separadas em dois temas: 1) Estratégias utilizadas no passado e 2) Estratégias para lidar com a fissura. A fim de aumentar o número de usuários no programa e consequentemente, o número de mensagens sobre as estratégias de cessação, foram enviados e-mails por mala-direta através do programa MailChimp (<https://mailchimp.com/>), que é uma plataforma de envio de e-mails de marketing. Porém apenas três pessoas responderam ao e-mail enviado, sendo duas delas para comunicar que haviam parado de fumar e outra pedindo informações sobre a intervenção. Portanto, no total foram analisadas as mensagens de 270 usuários.

Após esta fase, uma segunda tabela foi criada, onde as mensagens que já estavam separadas anteriormente, foram separadas em três categorias diferentes: 1) Estratégias cognitivas, 2) Estratégias comportamentais e 3) Estratégias cognitivo-comportamentais. Inicialmente as análises foram realizadas de forma vertical, onde as mensagens dos usuários foram analisadas e categorizadas individualmente. Posteriormente, uma terceira tabela foi criada e as categorias foram divididas treze em subcategorias: 1) Atitude positiva, 2)

Preocupação com a saúde, 3) Alimentação, 4) Exercícios físicos, 5) Pensar nos entes queridos, 6) Uso de medicamentos, 7) Técnicas de relaxamento, 8) Autocuidado corporal, 9) Economia financeira, 10) Frases de efeito, 11) Religião e/ou espiritualidade, 12) Observação de sentimentos e 13) Outras estratégias relatadas. Após as definições das subcategorias, as análises foram feitas de forma horizontal, onde foram analisadas as mensagens de todos os usuários dentro de cada subcategoria pré-estabelecida. Com o propósito de aumentar a confiabilidade do estudo, as análises foram realizadas por dois pares de juízes. Ao final, um terceiro juiz decidiu sobre as discordâncias encontradas. O fluxograma na Figura 1 ilustra o processo de separação das categorias.

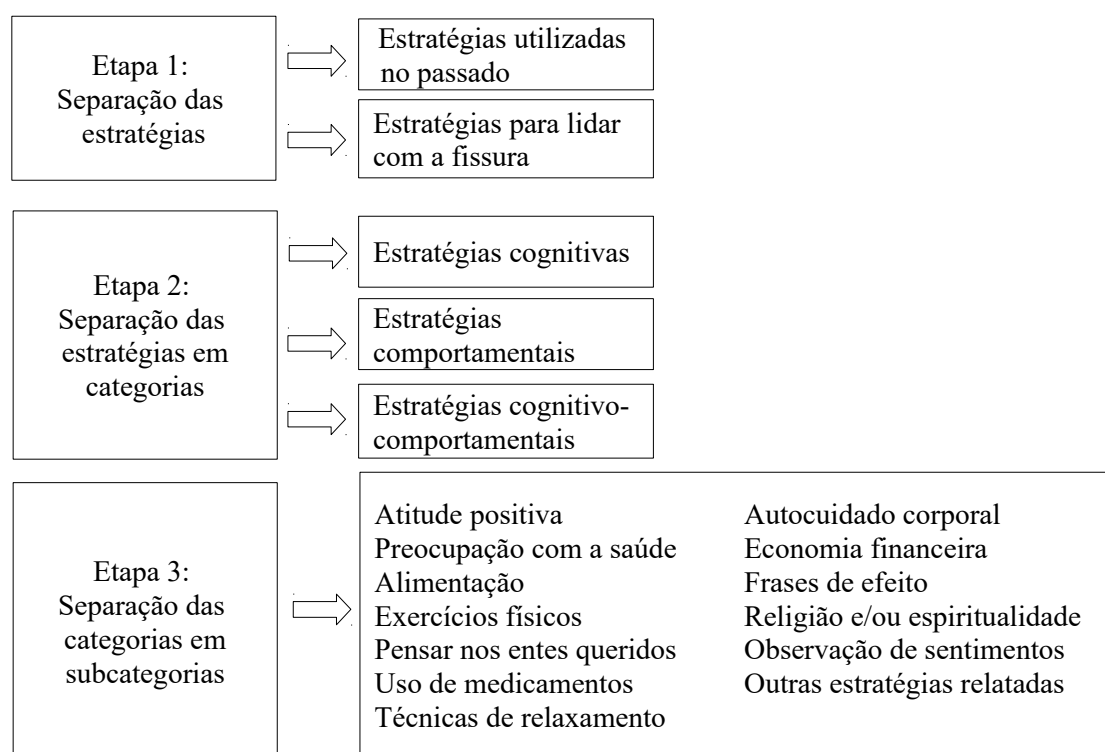


Figura 1 – Fluxograma de caracterização das estratégias utilizadas pelos usuários da intervenção.

3.4 – Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos na Plataforma Brasil (<http://http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/>) da Universidade Federal de Juiz de Fora através do CAAE número 49855915.9.0000.5147

(Anexo 1). Os resultados serão divulgados em meios públicos, com honestidade científica e mantendo o anonimato dos participantes.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Caracterização da população em estudo

A maior parte da amostra foi composta pelo sexo feminino (65,5%). A idade média entre os participantes foi de 40,7 anos. As informações demográficas completas são apresentadas na Tabela 1. Os idiomas escolhidos pelos usuários para acessar o sistema foram, respectivamente, Português (99,7%) e Inglês (0,3%). Mais de 85% dos participantes relataram terem realizado tentativas anteriores de cessação do tabagismo. Oitenta e quatro por cento dos participantes fizeram uma visita ao site. O tempo médio de permanência por sessão foi de 15 minutos. O número médio de páginas visitadas foi 13.

Tabela 1 – Características demográficas dos usuários da intervenção Viva sem Tabaco

Variáveis	%	N
Idade		270
Entre 18 e 39 anos	47,8	129
Entre 40 e 59 anos	47,8	129
Maior que 60 anos	4,4	12
Sexo		270
Feminino	65,5	177
Masculino	34,5	93

4.2 – Estratégia de atitude positiva

Através dos resultados do estudo foi possível verificar que grande parte dos usuários da intervenção relataram alguma estratégia relacionada à atitude positiva frente ao processo de cessação do uso de tabaco. As principais estratégias de atitude positiva que os participantes empregaram em tentativas anteriores foram: determinação (n=34; 21,4%), mudança de hábitos (n=21; 13,2%), evitar lugares com fumantes (n=19; 12%); tomar decisão de parar de uma vez (n=19; 12%) e tomar a decisão de parar aos poucos. Já as estratégias que eles relataram que poderiam ajudá-los a lidar com a fissura foram: determinação (n=95; 61,3%), se distrair (n=23; 14,8%), mudança de hábitos (n=12; 7,7%) e não comprar/acender cigarros

(n=8; 5,1%). As estratégias relatadas pelos usuários foram categorizadas como estratégias cognitivas e comportamentais. Os resultados completos encontram-se na Tabela 2.

Em concordância com os resultados do estudo, o trabalho de Coutinho, Brun & Arruda (2014), apontou que a determinação para realizar uma mudança de comportamento é um fator fundamental para ajudar os fumantes durante o processo de cessação do tabagismo. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Echer & Barreto (2008), que indicou que a determinação contribui de forma significativa para o abandono do hábito de fumar. Ademais, corroborando com os resultados da dissertação, os resultados do estudo de Pereira & Barreto (2017) mostraram que 90% da amostra do estudo parou de fumar de uma vez, sem nenhum tipo de ajuda específica ou tratamento ofertado pelos serviços de saúde. Além desses achados, um estudo realizado pelo INCA (2001), mostrou que a mudança de hábitos é uma boa estratégia para auxiliar os fumantes a deixarem de fumar.

Tabela 2 – Atitude positiva como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Atitude positiva (n=159)	%	Atitude positiva (n=155)	%
Determinação (n=34)	21,4	Determinação (n=95)	61,3
Mudança de hábitos (n=21)	13,2	Se distrair (n=23)	14,8
Evitar lugares com fumantes (n=19)	12	Mudança de hábitos (n=12)	7,7
Para de uma vez (n=19)	12	Não comprar/acender cigarros (n=8)	5,1
Parar aos poucos (n=15)	9,4	Dormir (n=4)	2,6
Não comprar/acender cigarros (n=13)	8,1	Evitar lugares com fumantes (n=3)	2
Se distrair (n=11)	7	Evitar estresse (n=3)	2
Grupos de tratamento (n=8)	5	Pensar nos malefícios do cigarro (n=3)	2
Adiar o fumo (n=8)	5	Parar de uma vez (n=2)	1,3
Lembrar de tentativas anteriores (n=5)	3,1	Grupos de tratamento (n=1)	0,6
Evitar estresse (n=4)	2,5	Diminuir a quantidade (n=1)	0,6
Determinar data de parar (n=2)	1,3		

4.3 – Estratégia de preocupação com a saúde

A preocupação com a saúde é um fator-chave na decisão de parar de fumar e pode ser uma boa estratégia para ajudar os fumantes durante o processo de cessação. As principais estratégias relacionadas à preocupação com a saúde relatadas pelos usuários da intervenção

em tentativas anteriores foram: evitar bebidas alcoólicas (n=23; 62,1%), pensar na saúde (n=6; 16,2%) e preocupação com problemas respiratórios (n=3; 8,1%). Já as estratégias citadas que eles acreditam que serão importantes para ajudá-los a lidar com a fissura foram: pensar na saúde (n=55; 50,5%), melhora na respiração (n=12; 11,1%) e pensar nos malefícios do cigarro (n=9; 8,2%). As estratégias relatadas pelos participantes envolveram estratégias que foram categorizadas em cognitivas e comportamentais. Na Tabela 3, encontram-se os resultados completos.

Através dos achados do estudo, foi possível inferir que a preocupação com a saúde pode ser uma boa estratégia para ajudar os fumantes a deixarem de fumar. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de revisão de McCaul et al. (2006), que avaliou quais eram os principais motivos dos fumantes quererem parar de fumar e os resultados apontaram que em quase metade dos ex-fumantes entrevistados, o principal motivo de terem se tornado abstinentes foi a preocupação em se manter saudável e ter mais qualidade de vida. Em outro estudo, os resultados mostraram que a probabilidade de tentar parar de fumar é quase três vezes maior para alguém que acredita que o consumo de tabaco é o agente responsável por inúmeras doenças graves, quando comparado a alguém que não acredita nisso. Além deste estudo, outros anteriores também apontam que a preocupação com a saúde é a principal motivação para cessação (GALLUS et al., 2013; CUMMINGS et al., 2004).

Tabela 3 – Preocupação com a saúde como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Preocupação com a saúde (n=37)	%	Preocupação com a saúde (n=109)	%
Evitar bebidas alcoólicas (n=23)	62,1	Pensar na saúde (n=55)	50,5
Pensar na saúde (n=6)	16,2	Melhora na respiração (n=12)	11,1
Problemas cardiorrespiratórios (n=3)	8,1	Problemas cardiorrespiratórios (n=12)	11,1
Câncer (n=2)	5,4	Malefícios do cigarro (n=9)	8,2
Gravidez (n=2)	5,4	Melhora na qualidade de vida (n=8)	7,3
Cirurgias (n=1)	2,8	Câncer (n=5)	4,6
		Evitar bebidas alcoólicas (n=3)	2,7
		Melhora no paladar (n=3)	2,7
		Gravidez (n=2)	1,8

4.4 – Estratégia de alimentação

Os resultados mostram que a alimentação foi uma estratégia bastante citada pelos participantes da intervenção para auxiliar no processo de parar de fumar. Essas estratégias foram classificadas como comportamentais e as mais utilizadas em tentativas anteriores foram: beber água (n=30; 38,4%), usar pastilhas, balas e chicletes (n=17; 21,8%) e evitar café (n=6; 7,7%). Já as estratégias de alimentação mais citadas que foram sugeridas para lidar com a fissura foram: beber água (n=51; 54,8%), usar balas e chicletes (n=13; 14%) e comer frutas e/ou legumes (n=11; 11,8%). Os resultados completos estão descritos na Tabela 4.

Embora os resultados tenham apontado que muitos usuários utilizaram a alimentação como estratégia para auxiliar no processo de cessação do tabagismo, alguns estudos mostram que usar essa técnica pode ser um agravante para aquelas pessoas que se preocupam com o ganho de peso em decorrência da cessação, devido a melhora no paladar, o aumento de apetite e ansiedade (SIMAS, MARINHO & DIAS, 2015; LINKE, 2013; USDHHS, 2001; WEEKLEY, 1992; CLARK, 2004; SORENSON, 1992). Além disso, dados da USDHHS (2008), mostraram que nos Estados Unidos foi estimado que 80% das pessoas que pararam de fumar, ganharam em média 5,2 kg no primeiro ano e 3,4 kg nos quatro anos seguintes.

Em contrapartida, o estudo de Echer (2006), mostrou que a estratégia de substituir o cigarro por alimentos mais saudáveis como, por exemplo, alimentos de baixa caloria e de preferência os naturais, beber água e evitar alimentos que estimulem a vontade de fumar como, por exemplo café e bebidas alcoólicas, são eficazes para ajudar os fumantes a deixarem de fumar.

Tabela 4 – Alimentação como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Alimentação (n=78)	%	Alimentação (n=93)	%
Beber água (n=30)	38,4	Beber água (n=51)	54,8
Pastilhas, balas, chicletes (n=17)	21,8	Chupar balas e chicletes (n=13)	14
Evitar café (n=6)	7,7	Comer frutas e/ou legumes (n=11)	11,8
Comer (n=6)	7,7	Comer mais (n=9)	9,7
Tomar chá (n=5)	6,4	Evitar café (n=4)	4,3
Mascar cravo e/ou gengibre (n=4)	5,1	Tomar suco/chá (n=2)	2,1
Evitar alguns alimentos (n=4)	5,1	Cuidado com a alimentação (n=1)	1,1
Melhorar a alimentação (n=3)	3,9	Comer chocolate (n=1)	1,1
Doces (n=3)	3,9	Evitar chimarrão (n=1)	1,1

4.5 – Estratégias de exercícios físicos

De acordo com os resultados, a prática de exercícios físicos se mostrou como uma boa estratégia comportamental para auxiliar no processo de cessação. Vinte e cinco (69,4%) usuários relataram que utilizaram a prática de alguma atividade física para deixar de fumar em tentativas anteriores e quatorze (36,8%) usuários mencionaram que irão praticar atividades físicas para ajudar a lidar com a fissura. Além disso, sete (19,4%) usuários relataram que fizeram caminhadas em tentativas anteriores e sete (18,4%) relataram que utilizarão a estratégia para ajudar a lidar com os sintomas de fissura. Os resultados completos estão apresentados na Tabela 5.

Os resultados encontrados na dissertação, corroboram com o estudo de revisão de Ussher, Taylor & Faulkner (2014) e também com o estudo de Teo (2014), que apontaram que a prática de exercícios físicos ajuda a diminuir os sintomas de abstinência. Em outro estudo, Marlatt & Gordon (1985), indicaram que o exercício físico pode oferecer um reforço alternativo durante o processo de cessação do uso de tabaco, pois promove uma sensação de prazer e relaxamento, semelhante ao que ocorre durante o fumo, devido aos efeitos estimuladores do sistema nervoso central (RUSSEL, 1983) e nos processos neurobiológicos no cérebro (DISHMAN & O'CONNOR, 2009), incluindo o aumento nos níveis de beta-endorfina em fumantes (LEELARUNGRAYUB, 2010).

Além disso, estudos experimentais mostram que a prática de exercícios cardiovasculares como, por exemplo, caminhadas e corridas, têm um efeito agudo na redução

dos sintomas de abstinência, corroborando assim com os achados do estudo (HASOVA, 2013; HASOVA, 2014; TAYLOR, 2007; ROBERTS, 2012).

Tabela 5 – Prática de exercícios físicos como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Exercícios físicos (n=36)	%	Exercícios físicos (n=38)	%
Atividades físicas (n=25)	69,4	Atividades físicas (n=14)	36,8
Caminhada (n=7)	19,4	Caminhada (n=7)	18,4
Exercício aeróbico (n=1)	2,8	Exercícios em geral (n=5)	13,1
Bike (n=1)	2,8	Esportes (n=4)	10,5
Pilates (n=1)	2,8	Dançar (n=2)	5,2
Corrida (n=1)	2,8	Nadar (n=2)	5,2
		Correr (n=1)	2,7
		Pedalar (n=1)	2,7
		Alongamento (n=1)	2,7
		Trilhas (n=1)	2,7

4.6 – Estratégia de pensar nos entes queridos

Os resultados do estudo apontaram que os usuários da intervenção relataram que pensar em pessoas queridas já os ajudaram em tentativas anteriores e também seria um suporte para auxiliar nos momentos de fissura. As estratégias mais utilizadas em tentativas anteriores foram: pensar na família (n=4; 50%), pensar nas pessoas importantes (n=3; 37,5%) e pensar nos filhos (n=1; 12,5%). Já as estratégias citadas que eles pensam que poderia auxiliá-los a lidar com a fissura foram: pensar nos filhos (n=31; 44,3%), pensar na família (n=9; 12,9%) e pensar nas pessoas importantes (n=6; 8,6%). Todas as estratégias relatadas pelos usuários do programa foram categorizadas como estratégias cognitivas. Os resultados completos são descritos na Tabela 6.

Resultados semelhantes aos da dissertação foram encontrados no estudo de Echer (2007), que mostrou que o apoio da família e de pessoas queridas é muito importante para os fumantes que desejam parar de fumar. Outros estudos também mostraram que ter alguém importante para dar suporte nos momentos de fissura e que reforce a motivação do fumante a parar de fumar, aumentam as chances de se obter a cessação (DÓREA & BOTELHO, 2004; ECHER & MENNA-BARRETO, 2008).

Além disso, através dos resultados também foi possível observar que a motivação é um fator determinante no processo de cessação do tabagismo. Em concordância com os achados, o estudo de Meirelles & Gonçalves (2004), mostrou que a participação de familiares e amigos no processo, através do incentivo e promoção da motivação são fundamentais para se atingir a abstinência. Alguns usuários da intervenção Viva sem Tabaco relataram que pensar nos filhos seria uma boa estratégia para ajudá-los a tomar a decisão de parar de fumar. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo de revisão que mostrou que um dos principais motivos de um grupo de fumantes quererem parar de fumar foi a preocupação em querer ser um bom exemplo para os filhos e demais familiares (McCAUL et al., 2006).

Tabela 6 – Pensar nos entes queridos como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Pensar nos entes queridos (n=8)	%	Pensar nos entes queridos (n=70)	%
Pensar na família (n=4)	50	Pensar nos filhos (n=31)	44,3
Pensar nas pessoas importantes (n=3)	37,5	Pensar na família (n=9)	12,9
Pensar nos filhos	12,5	Pensar nos pais (n=9)	12,9
		Pensar nas pessoas importantes (n=6)	8,6
		Pensar no cônjuge (n=6)	8,6
		Pensar nos netos (n=5)	7,1
		Pensar na noiva (n=1)	1,4
		Pensar nos sobrinhos (n=1)	1,4
		Pensar no irmão (n=1)	1,4
		Pensar no namorado (n=1)	1,4

4.7 – Estratégia de Uso de medicamentoso

O tratamento medicamentoso foi uma das estratégias comportamentais mais relatadas pelos usuários da intervenção para auxiliar no processo de cessação do uso de tabaco. Os medicamentos mais citados que foram usados em tentativas anteriores foram: adesivos de nicotina (n=37; 53,7%) e Bupropiona (n=10; 14,5%). E dentre as estratégias para lidar com a fissura, os usuários descreveram os adesivos de nicotina (n=2; 66,6%). Os resultados completos estão descritos na Tabela 7.

De acordo com o relato dos usuários da intervenção, os resultados mostram que o uso de medicamentos pode ser uma boa estratégia para auxiliá-los no processo de parar de fumar. Esses resultados também foram encontrados no estudo de Hartmann-Boyce et al. (2013), que

comprovou através de evidências científicas a eficácia do uso de medicamentos para cessação do tabagismo. Também em um estudo produzido pelo INCA (2001), pesquisadores confirmaram que o apoio medicamentoso funciona como coadjuvante no processo, pois ajuda a minimizar os sintomas físicos da abstinência e facilitam as mudanças de comportamento. Os medicamentos mais utilizados no Brasil são a TRN e a Bupropiona. Ambos medicamentos ajudam a lidar com os sintomas de abstinência que são comuns nas primeiras semanas após parar de fumar. De acordo com o estudo de Hughes et al. (2014), o uso de medicamentos pode aumentar em 50% as chances de abstinência.

Tabela 7– Uso de medicamentos para auxiliar no processo de cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Uso de medicamentos (n=69)	%	Uso de medicamentos (n=3)	%
Adesivos de nicotina (n=37)	53,7	Adesivos de nicotina (n=2)	66,6%
Bupropiona (n=10)	14,5	Tomar algum medicamento (n=1)	33,3%
Remédios não especificados (n=7)	10,1		
Pastilhas/Gomas de nicotina (n=4)	5,8		
Calmantes (n=3)	4,3		
Medicamentos naturais (n=3)	4,3		
Vareniclina (n=2)	2,9		
Antidepressivos (n=2)	2,9		
Ibuprofeno (n=1)	1,5		

4.8 – Estratégia de técnicas de relaxamento

Os resultados do estudo mostram que as estratégias de técnicas de relaxamento mais utilizadas pelos usuários do programa em tentativas anteriores de cessação foram: leitura (n=5; 19,3%), exercícios de respiração (n=4; 15,4%), escutar música (n=3; 11,6%). E as estratégias relatadas que podem auxiliá-los a lidar com a fissura foram: exercícios de respiração (n=11; 25,6%), escutar música (n=6; 14%) e conversar (n=5; 11,6%). As estratégias relatadas foram categorizadas em estratégias cognitivas e comportamentais. Na Tabela 8 encontram-se os resultados completos.

Em concordância com os achados da dissertação, alguns estudos comprovaram a eficácia da técnica de relaxamento para auxiliar os fumantes a pararem de fumar (MONTILLO et al., 2009; OTERO et al., 2006; SARDINHA et al., 2005). Corroborando com

os resultados, o estudo de Braga et al. (2016), apontou que uma das técnicas de relaxamento que tem se mostrado bastante eficaz no processo de cessação do tabagismo é o exercício de respiração que ajuda a diminuir a ansiedade, gerando assim uma sensação de autocontrole diante do processo. Além disso, o INCA (2014), formulou um fôlder de autoajuda para promover a motivação dos fumantes que desejam parar de fumar. Ademais, a acupuntura foi uma das técnicas citadas pelos usuários da intervenção e no estudo de Andrade e Silvério-Lopes (2009), os resultados apontaram uma eficácia de 100% na utilização de acupuntura para ajudar os fumantes a pararem de fumar.

Tabela 8 – Técnicas de relaxamento como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Técnicas de relaxamento (n=26)	%	Técnicas de relaxamento (n=43)	%
Leitura (n=5)	19,3	Exercícios de respiração (n=11)	25,6
Exercícios de respiração (n=4)	15,4	Escutar músicas (n=6)	14
Escutar música (n=3)	11,6	Conversar (n=5)	11,6
Acupuntura (n=3)	11,6	Leitura (n=5)	11,6
Meditação (n=3)	11,6	Meditação (n=4)	9,3
Mindfulness (n=2)	7,7	Cantar e dançar (n=3)	7
Terapia (n=1)	3,8	Assistir TV/filmes (n=3)	7
Hipnoterapia (n=1)	3,8	Me acalmar (n=3)	7
Malabares (n=1)	3,8	Distrair (n=2)	4,6
Distrair	3,8	Jogar videogame	2,3
Ir a um curso	3,8		
Crochê	3,8		

4.9 – Estratégia de autocuidado corporal

Os resultados mostram que os participantes da intervenção acreditam que a preocupação com o autocuidado corporal pode ser uma boa estratégia para ajudá-los a parar de fumar. Em relação as tentativas anteriores, as principais estratégias citadas foram: cuidados gerais com o corpo (n=4; 26,7%), tomar banho (n=4; 26,7) e ganhar peso (n=3; 13,3%). Já as principais estratégias citadas para ajudar a lidar com a fissura foram: pensar em ficar cheiroso(a) (n=21; 39,6%), pensar que o cheiro do cigarro é ruim (n=14; 26,5%) e querer engordar (n=4; 7,5%). A estratégia de autocuidado corporal envolveu estratégias cognitivas e comportamentais. Os resultados completos estão descritos na Tabela 9.

Os resultados do estudo mostraram que os usuários têm uma grande preocupação com o cheiro do cigarro e muitas vezes eles se sentem desconfortáveis por causa disso. Em concordância com os resultados, o estudo de Lopes et al. (2014) mostrou que pensar nos efeitos negativos do cigarro pode ser uma boa estratégia para promover uma mudança de comportamento. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Nepomuceno & Romano (2014) que apontou que grande parte dos fumantes se sentem incomodados com o cheiro do cigarro. Em outro estudo Jensen et al (1991), afirmou que a fumaça do cigarro contém mais de 4.000 substâncias químicas, sendo a nicotina o composto mais prejudicial à saúde. A nicotina ao ser consumida provoca vasoconstrição, que gera a diminuição do fluxo sanguíneo no corpo. Além disso, o fumo atua no sistema nervoso simpático, que também causa vasoconstrição. Esses fatores combinados, causam o que é denominado hipóxia tissular, caracterizada como a falta de oxigênio nos tecidos. Como consequência, provoca o envelhecimento e ressecamento da pele e o surgimento de rugas.

Tabela 9 – Autocuidado corporal como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Autocuidado corporal (n=15)	%	Autocuidado corporal (n=53)	%
Cuidados com o corpo (n=4)	26,7	Ficar cheiroso(a) (n=21)	39,6
Tomar banho (n=4)	26,7	Cheiro de cigarro é ruim (n=14)	26,5
Ganho de peso (n=2)	13,3	Querer engordar (n=4)	7,5
Dieta (n=2)	13,3	Se cuidar (n=4)	7,5
Escovar os dentes (n=2)	13,3	Preocupação com a pele (n=4)	7,5
Não ter cheiro de cigarro (n=1)	6,7	Preocupação com os dentes (n=3)	5,7
		Preocupação com o hálito (n=2)	3,8
		Tomar banho (n=1)	1,9

4.10 – Estratégia de economia financeira

As estratégias de economia utilizadas pelos usuários da intervenção em tentativas anteriores de cessação foram: apartamento (n=1; 25%), mais dinheiro no bolso (n=1; 25%), evitar gastos (n=1; 25%) e comprar o que gosta (n=1; 25%). Já as estratégias que eles relataram que planejam utilizar para ajudar a lidar com a fissura foram: pensar na economia de dinheiro (n=14; 53,9%), comprometimento financeiro (n=5; 19,3%), benefícios financeiros (n=2; 7,7%), apartamento (n=1; 3,8%), querer depender cada vez menos de dinheiro (n=1;

3,8%) e comprar o que gosta (n=1; 3,8%). Na estratégia apartamento relatada por um dos usuários, tanto como estratégia utilizada no passado como quanto para ajudar a lidar com a fissura, fez-se a inferência de que o mesmo investirá o dinheiro que antes era gasto com cigarros em um apartamento. A estratégia de economia envolveu estratégias cognitivas e comportamentais.

De acordo com os resultados obtidos no estudo, existe uma preocupação por parte dos usuários em relação ao dinheiro gasto em cigarros. Portanto, essa pode ser uma boa estratégia para ajudá-los a parar de fumar, pois o tabagismo resulta em uma pesada carga econômica, tanto para sociedade quanto para as famílias dos fumantes. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Garcia et al. (2015), que mostrou através dos resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares [POF], que o gasto com cigarro é um item de despesa em muitas famílias brasileiras. É importante que o fumante seja estimulado a pensar a respeito do quanto ele gasta mensalmente com cigarros e quanto ele economizaria se parasse de fumar. Com o dinheiro economizado ele poderia comprar algo que sempre sonhou, investir o dinheiro em viagens ou em algo prazeroso.

Tabela 10 – Economia financeira como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Economia financeira (n=4)	%	Economia financeira (n=26)	%
Apartamento (n=1)	25	Economia de dinheiro (n=14)	53,9
Mais dinheiro no bolso (n=1)	25	Comprometimento financeiro (n=5)	19,3
Evitar gastos (n=1)	25	Benefícios financeiros (n=2)	7,7
Comprar o que gosta (n=1)	25	Guardar o dinheiro para viajar (n=2)	7,7
		Apartamento (n=1)	3,8
		Querer depender cada vez menos de dinheiro (n=1)	3,8
		Comprar o que gosta (n=1)	3,8

4.11 – Estratégia de frases de efeito

Os resultados mostram que alguns usuários acreditam que utilizar frases de efeito durante o processo de cessação do uso de tabaco pode ser uma boa estratégia para ajudá-los a parar de fumar, principalmente como estratégia para lidar com os momentos de fissura. Essa estratégia pode funcionar como um estímulo motivacional para os tabagistas que planejam

abandonar o hábito de fumar. Apenas um usuário relatou ter utilizado esse tipo de estratégia em tentativas anteriores, não sendo possível avaliar se essa foi ou não uma boa estratégia. Já as frases de efeito que eles citaram que podem ajudá-los a lidar com a fissura foram: eu quero, eu posso, eu consigo (n=11; 29,3%), sou mais forte (n=9; 32,1%). Todas as estratégias foram categorizadas como estratégias cognitivas. Na Tabela 11 encontram-se os resultados completos.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Coutinho, Brun & Arruda (2014), que sugeriram que utilizar estratégias motivacionais durante o processo de cessação do tabagismo aumenta as chances de abstinência. Além desse estudo, o trabalho de Cargnelutti (2014) corrobora com os achados da dissertação, mostrando que a promoção da motivação pode auxiliar os fumantes a se tornarem abstinentes.

Tabela 11 – Frases de efeito como estratégias para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Frases de efeito (n=1)	%	Frases de efeito (n=28)	%
Eu controlo o vício (n=1)	100	Eu quero, eu posso, eu consigo (n=11)	39,3
		Sou mais forte (n=9)	32,1
		Mantenha a calma (n=3)	10,7
		Só por hoje (n=2)	7,1
		Eu me amo e amo minha vida (n=1)	3,6
		Força, fé e foco (n=1)	3,6
		Vontade dá e passa (n=1)	3,6

4.12 – Estratégia de religião e/ou espiritualidade

Os resultados do estudo mostraram que alguns usuários da intervenção citaram como estratégia a religião e/ou espiritualidade como fatores que podem auxiliá-los durante o processo de cessação do tabagismo. As estratégias relatadas pelos usuários que eles utilizaram em tentativas anteriores foram: oração (n=2; 33,3%), igreja (n=2; 33,3%), religião espiritual (n=1; 16,6%) e promessa (n=1; 16,6%). Já as estratégias que eles relataram que poderiam ajudá-los a lidar com a fissura foram: oração (n=7; 50%), pedir força a Deus (n=6; 42,9%) e não posso fumar porque estou na igreja (n=1; 7,1%). As estratégias foram categorizadas em estratégias cognitivas e comportamentais.

Corroborando com os achados do estudo, a revisão de Portes & Guimarães (2012), mostrou que pessoas que rotineiramente participam de alguma atividade e que tem como fontes de força e conforto a espiritualidade são mais saudáveis e apresentam mais chances de obterem melhoras na saúde. Além disso, outros estudos também apontaram que há uma correlação entre espiritualidade e cessação do tabagismo (GILLUM, 2005; ZUZULICH et al., 2010; HOFSTETTER et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010). Tal fato se justifica, pois de acordo com os valores e normas compartilhadas pelos grupos religiosos, muitas vezes, os praticantes da religião que se são fumantes, se sentem julgados pelos outros fiéis, portanto, eles acabam decidindo parar de fumar devido a pressão do grupo (SILVA, et al, 2006).

Tabela 12 – Religião e/ou espiritualidade como estratégias para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Religião e/ou espiritualidade (n=6)	%	Religião e/ou espiritualidade (n=14)	%
Oração (n=2)	33,3	Oração (n=7)	50
Igreja (n=2)	33,3	Pedir força a Deus (n=6)	42,9
Religião espiritual (n=1)	16,6	Estou na igreja e não posso fumar (n=1)	7,1
Promessa (n=1)	16,6		

4.13 – Estratégia de observação de sentimentos

Os resultados da dissertação mostram que os usuários do programa acreditam que observar os sentimentos durante o processo de cessação do tabagismo pode ajudá-los a ter uma melhor compreensão de quais são os gatilhos que poderiam estimulá-los a querer acender um cigarro e também o que eles podem fazer para lidar com os sintomas da abstinência. Os sentimentos mais observados pelos usuários da intervenção em tentativas anteriores de cessação foram: ansiedade (n=3; 37,5%), irritabilidade (n=2; 25%), abstinência (n=2; 25%) e sentimento de fraqueza frente ao processo de cessação (n=1; 12,5%). Já os possíveis sentimentos relatados que eles poderão observar para ajudá-los a lidar com a fissura foram: abstinência (n=4; 40%), força de vontade (n=3; 30%), ansiedade (n=3; 30%) e desorientação (n=1; 10%). As estratégias citadas foram categorizadas como estratégias cognitivas.

Corroborando com os achados da dissertação, resultados de uma publicação do INCA (2001), mostrou que analisar tentativas anteriores de cessação pode ser uma boa técnica no processo de abandono do tabagismo. Em outro estudo realizado por Marques et al. (2001), os

resultados mostraram que os sentimentos de abstinência e irritabilidade, são sentimentos comuns relatados pelas pessoas que estão realizando uma tentativa de cessação. Entretanto, os resultados de outro estudo mostraram que mais de 70% dos fumantes não conseguem parar de fumar devido aos sintomas de abstinência (KHURANA et al., 2003).

Tabela 13 – Observação de sentimentos como estratégia para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Observação de sentimentos (n=8)	%	Observação de sentimentos (n=10)	%
Ansiedade (n=3)	37,5	Abstinência (n=4)	40
Irritabilidade (n=2)	25	Força de vontade (n=3)	30
Abstinência (n=2)	25	Ansiedade (n=3)	30
Sentimento de fraqueza (n=1)	12,5	Desorientação (n=1)	10

4.14 – Outras estratégias relatadas

Além das estratégias já mencionadas, alguns usuários da intervenção relataram algumas outras estratégias que não se encaixavam em nenhuma das subcategorias estabelecidas no estudo. As estratégias utilizadas em tentativas anteriores de cessação foram: não fiz nada (n=6; 46,1%), não sei (n=2; 15,4%), uso de outros produtos do tabaco (n=2; 15,4%), piteiras (n=2; 15,4%) e estou pensando (n=1; 7,7%). Já as outras estratégias que os usuários relataram que podem ajudá-los a lidar com a fissura foram: frases desconexas (n=5; 38,5%), em último recurso fumar (n=3; 23%), não quero (n=2; 15,4%), maconha (n=1, 7,7%) e por último, mulheres (n=1; 7,7%).

Embora as estratégias relatadas não tenham se encaixado em nenhuma das subcategorias definidas, é importante apresentá-las porque de alguma forma esses usuários já estão tomando alguma atitude em relação a mudança de comportamento para cessação do tabagismo, mesmo quando eles relataram que não sabem ou que não querem, o simples fato de terem acessado o site, demonstra algum interesse a respeito do consumo de tabaco de cada um deles.

Tabela 14 – Outras estratégias relatadas pelos usuários para cessação do tabagismo.

Estratégias utilizadas no passado		Estratégias para lidar com a fissura	
Outras	%	Outras	%
Não fiz nada (n=6)	46,1	Frases desconexas (n=5)	38,5
Não sei (n=2)	15,4	Em último recurso fumar (n=3)	23
Uso de outros produtos do tabaco (=2)	15,4	Não quero (n=2)	15,4
Piteiras (n=2)	15,4	Maconha (n=1)	7,7
Estou pensando (n=1)	7,7	Ficar em casa (n=1)	7,7
		Mulheres (n=1)	7,7

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo analisar a partir da experiência dos usuários da intervenção Viva sem Tabaco, quais estratégias podem auxiliá-los ou dificultá-los durante o processo de cessação do tabagismo, baseado no relato de tentativas anteriores e também no que eles acreditam que poderá ser utilizados para ajudá-los a lidar com os sintomas de fissura. Foram relatadas mais estratégias que serão utilizadas para lidar com a fissura do que estratégias utilizadas em tentativas anteriores. Dentre as estratégias relatadas, a mais citada pelos usuários, foi a de atitude positiva frente ao processo de cessação, sugerindo assim, que promover a motivação dos fumantes a deixar de fumar, pode ser uma boa técnica para aumentar as chances de abstinência.

O estudo apresentou algumas limitações. A primeira delas foi não ter explorado as razões pelas quais os usuários do programa tiveram recaídas, pois mais de 85% dos participantes das intervenções relataram terem realizado tentativas anteriores de cessação. Outra limitação foi também não ter explorado sobre o porque da maior porcentagem da amostra que ter sido composta pelo sexo feminino. Tal fato sugere que as mulheres buscam por mais informações e serviços de saúde do que os homens.

A principal contribuição do estudo é que seus resultados podem colaborar para a otimização da intervenção computadorizada Viva sem Tabaco e também ser ampliada para o contexto da Atenção Primária à Saúde, onde os pacientes no momento da consulta são questionados sobre o consumo de cigarros, os profissionais de saúde podem oferecer as estratégias como métodos auxiliares durante o processo de cessação. Além disso, os resultados também podem colaborar para estudos futuros.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, G. O. & SILVÉRIO-LOPES, S. M. **Tabagismo e tratamento com acupuntura auricular - estudos clínicos**. FIEP Bulletin, 79(special edition), 2009.
- BANKS, E. et al. **Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: Findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence**. BMC Med, 2015.
- BARAK, A. KLEIN, B. & PROUDFOOT, J. G. **Defining Internet-supported therapeutic interventions**. Annals of Behavioral Medicine, 38(1), 4-17, 2009. doi: 10.1007/s12160-009-9130-7.
- BARBOSA, A. F. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil (livro eletrônico): TIC Domicílios e Empresas 2012**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2013.
- BARBOSA, A. F. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros [livro eletrônico]: TIC domicílios 2015**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.
- BILANO, V. et al. **Global trends and projections for tobacco use 1990-2025: an analysis of smoking indicator from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control**. The Lancet, v.385, n 9972, p. 966-976, 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60264-1.
- BOCK et al. **Smoking cessation treatment on the Internet: Content, quality and usability**. Nicotine & Tobacco Research. 6(2), 207-21, 2004,
- BRAGA, J. E. F. et al. **Jogos cooperativos e relaxamento respiratório: efeito sobre craving e ansiedade**. Rev Bras Med Esporte, São Paulo, v.22, n. 5, p. 403-407, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância epidemiológica de fatores de risco de câncer: utilizando tabagismo como modelo**. Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS, na forma do Anexo I, e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina, na forma do Anexo II desta Portaria**. Diário Oficial União; Seção1:62, 2004.

- BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Decreto nº 5.658. **Divisão de Atos Internacionais**, 2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]. **A Anvisa na redução do tabagismo**. Brasília, Anvisa, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [VIGITEL] 2016**. Brasília, 2017.
- BROWN, J. **A review of the evidence on technology-based interventions for the treatment of tobacco dependence in college health**. World Views on Evidence-Based Nursing [Epub ahead of print], 10(3): 150-62, 2013. doi: 10.1111/wvn.12000.
- CAHILL, K. et al. **Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis**. Cochrane Database Syst Rev., 2013.
- CARGNELUTTI, T. **Estratégias motivacionais e o profissional de saúde na cessação do tabagismo**. [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Saúde Coletiva e da Família]. São Paulo. Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas, 2014.
- CIVLJAK, M. et al. **Internet-based interventions for smoking cessation**. Cochrane Database Syst Rev (Online), 2013.
- CLARK, M. M. et al. **Weight concerns among male smokers**. Addictive Behaviors, 29: 1637-41, 2004.
- COUTINHO, L. S. B, BRUN, S. R. M. & ARRUDA, M. P. **A motivação como estratégia para cessação do tabagismo**. [S.l.], v.9, n.32, p. 242-249, 2014.
- CUMMINGS, K. M. et al. **Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine?** Nicotine Tob Res; 6 Suppl 3:S333-40, 2004.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS-RURAIIS [DESER]. **A cadeia produtiva do fumo**. Ano III, Revista nº 4, Curitiba, 2003.
- DISHMAN, R. K. & O'CONNOR, P. J. **Lessons in exercise neurobiology: The case for endorphins**. Mental Health & Physical Activity, 2(1):4-9, 2009. doi: 10.3389/fpsy.2014.00066.
- DOLL, R. et al. **Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors**. BMJ, 328 (7455), 1519, 2004. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
- DÓREA, A. J. P. & BOTELHO C. **Fatores dificultadores da cessação do tabagismo**. J Bras Pneumol 2004 agosto;30(2):41-6.

- ECHER, I. C. **Fatores de sucesso no abandono do tabagismo** [Tese de doutorado em Ciências Médicas]. Porto Alegre. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- ECHER, I. C., MENNA BARRETO, S.S. & MOTTA, C.G.P. **Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 28(3): 350-8, 2007.
- ECHER, I. C., MENNA BARRETO, S.S. **Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.16, n. 3, p. 445-451, 2008.
- FAGERSTRÖM, K. O. & SCHNEIDER, N. G. **Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire**. J. Behav Med, 12(2), 159-182, 1989.
- GALLUS, S. et al. **Why do smokers quit?** Eur J Cancer Prev, 22:96-101, 2013.
- GARCIA, L. P. et al. **A política antitabagismo e a variação dos gastos das famílias brasileiras com cigarro: resultados das Pesquisas de Orçamentos Familiares, 2002/2003 e 2008/2009**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(9):1894-1906, 2015. doi: 10.1590/0102-311X00087814.
- GIBBONS, M. C. **eHealth solutions for healthcare disparities**. New York: Springer, 2008. doi: 10.1007/978-0-387-72815-5.
- GILLUM, R. F. **Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: The Third National Health and Nutrition Examination Survey**. Prev Med, 41(2):607-13, 2005.
- GIODA, A. & NETO, F.R.A. **Poluição química relacionada ao ar de interiores no Brasil**. Quim. Nova, Vol. 26, n. 3, 359-365, Rio de Janeiro, 2003.
- GLOBAL BURDEN DISEASE [GBD] 2015 RISK FACTORS COLLABORATORS. **Global, regional and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risk or clusters of risk, 1990-2025: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2015**. Lancet; 388:1659-724. 2016.
- GOMIDE, H. et al. **Development of an open-source web-based intervention for Brazilian smokers - Viva sem Tabaco**. BMC Medical Informatics and Decision Making. Juiz de Fora, Brasil, 2016.

HARTMANN-BOYCE, J. et al. **Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews.** *Addiction*, 108(10):1711-21, 2013.

HASSOVA, M. et al. **The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data.** *Addiction* 2013;108:26-37.

HASSOVA, M. et al. **The acute effects of physical activity on cigarette cravings: Exploration of potential moderators, mediators and physical activity attributes using individual participant data [IPD] meta-analyses.** *Psychopharmacology* 2014;231(7):1267-75.

HEAD, K. et al. **Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion. A meta-analysis.** *Social Science and Medicine*, 97:41-8, 2013. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.08.003.

HOFSTETTER, C. R. et al. **Does Church Participation Facilitate Tobacco Control? A Report on Korean Immigrant.** *J Immigrant Minority Health*. 2010; 12(2):187-97.

HUGHES, J. et al. **Antidepressants for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev.*, (1):CD000031, 2014. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica, uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre, Artmed (3 ed.), 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Pesquisa Especial de Tabagismo [PETab].** Rio de Janeiro, IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas.** Rio de Janeiro: Brasil, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA]. Coordenação de Prevenção e Vigilância [CONPREV]. **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001.** Rio de Janeiro, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA]. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer.** 2 ed. Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA]. **A situação do tabagismo no Brasil: dados do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009.** Rio de Janeiro; 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA]. **Você está querendo parar de fumar.** Rio de Janeiro, 2014.

JENSEN, J. A. et al. **Cigarette smoking decreases tissue oxygen.** Arch Surg. 126(9):1131-4, 1991.

KHURANA, S. et al. **Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore.** Respir Med, 97: 295-301, 2003. doi: 10.1053/rmed.2002.1443.

LEELARUNGRAYUB, D. et al. **Vernonia cinerea Less. supplementation and strenuous exercise reduce smoking rate: relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers.** Journal of the International Society of Sports Nutrition; 7:21, 2010.

LEVY, D., ALMEIDA, L.M. SZKLO, A. **The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation.** Plos Med; v.9: e1001336, 2012.

LINKE, S. E. et al. **Exercise-based smoking cessation interventions among women.** Women's Health 9(1): 69–84, 2013. doi:10.2217/whe.12.63.

LOPES, F. et al. **Padrão de consumo e expectativas em relação ao cigarro entre universitários.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 439-453, 2014.

MACEA, D. D. et al. **The efficacy of web-base cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis.** The Journal of Pain. v. 11. Issue 10. Pages 917-929, 2010.

MACKAY, J. & ERIKSEN, M. **The tobacco atlas.** Hong Kong: WHO, 2002.

McCAUL, K. D. et al. **Motivation to quit using cigarettes: a review.** Addictive Behaviors, v. 31(1):42-56, 2006.

MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.** New York: Guildford (1st ed., pp. 280–250), 1985.

MARLATT, G. A. & DONOVAN, D. M. **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press, (2nd ed.), 2005.

MARQUES, A. C. P. R. et al. **Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina**. Rev Bras Psiquiatr, v.23(4):200-14, 2001.

MEIRELLES, R. H. S. & GONÇALVES, C. M. C. **Abordagem Cognitivo-comportamental do fumante**. J Bras Pneumol; v.30(2):30-5, 2004.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people for change**. (2nd ed). New York. Guilford Press, 2002.

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(WHO), 85(7):527-534, 2007.

MONTILLO, S. et al. **Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials**. European Heart Journal, v.30(6), 718–730, 2009. doi: 10.1093/eurheartj/ehn552.

MUÑOZ, R. F. **Using evidence-based internet interventions to reduce health disparities worldwide**. J Med Internet Res, v.12(5):e60, 2010. doi: 10.2196/jmir.1463.

MUÑOZ, R. F. et al. **From online randomized controlled trials to participant preference studies: morphing the San Francisco StopSmoking site into a worldwide smoking cessation resource**. J Med Internet Res, v.14(3):e64, 2012.

MYUNG, S. et al. **Effects of web and computer-based smoking cessaion programs: meta-analysis of randomized controlled trials**. Arch Intern Med; 169(10): 919-937, 2009. doi: 10.1001/archinternmed.2009.109.

MINIWATTS MARKETING GROUP. **South America Internet Usage Stats, Population Statistics and Telecommunications Reports**. 2017.

NEPOMUCENO, T. B. & ROMANO, V. F. **Tabagismo e relações de poder na produção da saúde**. Saude Soc., São Paulo, v. 23, n.2, p. 701-710, 2014. doi: 10.1590/S0104-12902014000200028.

OLIVEIRA, H. F. et al. **Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo.** Rev Paul Pediatr. 28(2):200-7, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization.** WHO/NMH/TFI/01.4, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **WHO Framework Convention on Tobacco Control.** Geneva, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: The MPOWER package.** Geneva, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **WHO Report on the Tobacco Epidemic.** Spanish, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.** Geneva:World Health Organization, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE [OPAS]. **Tabaco e Pobreza: um ciclo vicioso.** Informativos. Brasília, 2004.

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 no município do RJ, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v.22(2), 439-444, 2006.

PERES, F. & MOREIRA, J. C. **Saúde e ambiente e sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 4:S612-S621, 2007.

PEREIRA, E. S. BARRETO, G. **Fatores associados à cessação do tabagismo sem ajuda.** Academus Revista Científica da Saúde, [S.l.], v. 2, n. 3. ISSN 1806-949, 2017.

PINTO, M. T. et al. **A carga de doença atribuível ao uso de tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos.** Documento Técnico IECS nº21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina, 2017.

- PORTES, L. H. & MACHADO, C. V. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina**. Rev Panam Salud Publica. v. 38(5):370-9, 2015.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Viena: R Foundation for Statistical Computing, 2016.
- RIPER, H. et al. **Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial**. Addiction, 103: 218–227, 2008. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02063.x.
- RIQUINHO, D. L. & HENNINGTON, H. A. **Cultivo do tabaco no Sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio Grande do Sul, 19(12):4797-4808, 2014. doi: 10.1590/1413-812320141912.19372013.
- ROBERTS, V. et al. **The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis**. Psychopharmacology. v 222(1):1-15, 2012. doi: 10.1007/s00213-012-2731-z.
- ROOKE, S. et al. **Computer delivered interventions for alcohol and tobacco use: A meta-analysis**. Addiction. v. 105 (8), 1381–1390, 2010. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02975.x.
- ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. Programa Estadual de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. São Paulo, 2004.
- RUSSELL, P. O., EPSTEIN, L. H. & ERICKSON, K. T. **Effects of acute exercise and cigarette smoking on autonomic and neuromuscular responses to a cognitive stressor**. Psychological Reports. v. 53:199-206, 1983.
- SARDINHA, A. et al. **Intervenção Cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.1(1), 83-89, 2005.
- SHAHAB, L. & McEWEN, A. **Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature**. Addiction, 104: 1792–1804, 2009. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02710.x.
- SILVA, L. V. E. R. et al. **Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários**. Rev Saúde Pública. 40(2):280-8, 2006.
- SIMAS, P., MARINHO, A. R. & DIAS, T. **Cessação tabágica e ganho ponderal: linhas de orientação**. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Cessação Tabágica e Ganho Ponderal – Linhas de Orientação, Lisboa, Portugal, 2015.

SORENSEN, G. et al. **Heavy smoking among a sample of employed women.** American Journal of Preventive Medicine. v. 8:207-14, 1992.

STEAD, L. F. & LANCASTER, T. **Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation.** John Wiley & Sons, Ltd., 1996. doi: doi/10.1002/14651858.CD008286.pub2/abstract.

STEAD, L. F. & LANCASTER, T. **Group behavior therapy programmes for smoking cessation.** Cochrane Database of Syst Rev., 2005. doi:10.1002/14651858.CD001007.pub2.

STEAD, L. F. et al. **Physician advice for smoking cessation.** Cochrane Database of Syst Rev., 2013. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.

STATISTA. **Brazil: number of internet users 2015-2021.** 2016a.

STATISTA. **Internet usage in Brazil: Statistics and facts on internet usage in Brazil.** 2016b.

SWARTZ, L. H. G. et al. **A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme.** Tobacco Control, 15(1):7-12, 2006. doi: 10.1136/tc.2003.006189.

TAYLOR, A. H., USSHER, M. H. & FAULKNER, G. **The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: A systematic review.** Addiction. 102:534-43, 2007. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01739.x.

TEO, A. A. et al. **Impact of exercise on changing food cravings in postmenopausal women during smoking cessation.** Proceedings of Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Conference, Seattle, USA, 2014.

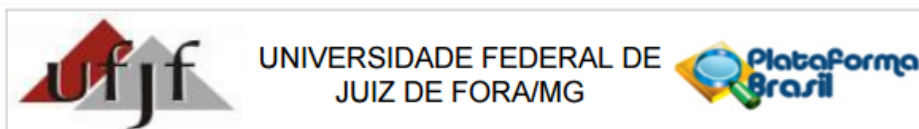
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES [USDHHS]. **Women and Smoking: A Report of the Surgeon General.** Rockville, MD: Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES [USDHHS]. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.** 2008.

- USSHER, M. H., TAYLOR, A. H. & FAULKNER, G. E. J. **Exercise interventions for smoking cessation.** Cochrane Database of Syst Rev, Issue 8. Art. No.: CD002295, 2014. doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
- VAN STRATEN, A., CUIJPERS, P. & SMITS, N. **Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety and stress: a randomized controlled trial.** J Med Res. v. 10(1):e7, 2008. doi: 10.2196/jmir.954.
- WEEKLEY, C. K., KLESGES, R. C. & REYLE, G. **Smoking as a weight-control strategy in a university population.** Addictive Behaviors. 17:259–71, 1992.
- ZUZULICH, M. S. P. et al. **Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior.** Invest Educ Enferm. 28(2): 233-9, 2010.

7 – ANEXOS

7.1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Viva sem Tabaco - Avaliação de uma intervenção mediada por internet para tabagistas.

Pesquisador: TELMO MOTA RONZANI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49855915.9.0000.5147

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.376.638

Apresentação do Projeto:

O(s) pesquisador(es) apresenta(m) titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

Objetivo da Pesquisa:

O objeto de estudo está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta

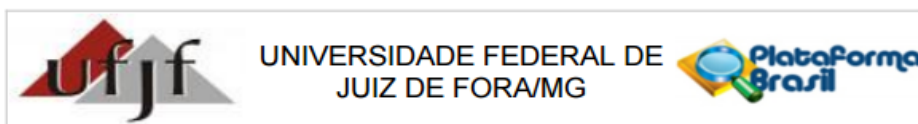
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São informados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia atende ao(s) objetivo(s) proposto(s) e informa:

- tipo de estudo;
- procedimentos que serão utilizados
- número de participantes
- critérios de inclusão e exclusão
- forma de recrutamento



Continuação do Parecer: 1.376.638

- modo de coleta de dados
- tipo de análise
- cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização

O cronograma mostra

- o agendamento das diversas etapas da pesquisa
- Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê

O orçamento

- Apesar de não listar a relação detalhada dos custos da pesquisa, já tem a aprovação de financiamento pelo CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

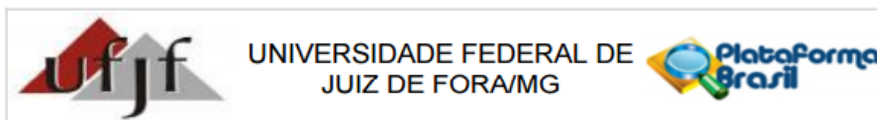
O TCLE

- Está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes
- Apresenta justificativa e objetivos
- Descreve suficientemente os procedimentos
- Apresenta campo para a identificação dos participantes
- Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue aos participantes.
- Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades
- Garante sigilo e anonimato
- Explicita
 - riscos e desconfortos esperados
 - ressarcimento de despesas
 - indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
 - forma de contato com o pesquisador
 - forma de contato com o CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada
- Declaração de infra-estrutura e de concordância apresentada e assinada

Recomendações:



Continuação do Parecer: 1.376.638

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional CNS 001/2013. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_547270.pdf	01/10/2015 17:01:44		Aceito
Declaração do Patrocinador	SHAFapemig1.doc	01/10/2015 16:56:46	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
Declaração do Patrocinador	SHAFapemig2.doc	01/10/2015 16:56:27	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
Declaração do Patrocinador	termosDeConcessao.pdf	01/10/2015 16:53:29	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoInfraestrutura.png	01/10/2015 16:46:10	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
Outros	anexos.pdf	01/10/2015 16:35:40	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetov14.pdf	01/10/2015 16:25:37	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/10/2015 16:24:10	TELMO MOTA RONZANI	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	12/08/2015 18:06:41		Aceito

Situação do Parecer:



Continuação do Parecer: 1.376.638

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 18 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

7.2 – Comprovante de submissão do artigo

17/05/2018

Gmail - [PsicolEstud] Agradecimento pela Submissão



Rafaela Russi <rafaelarussipsi@gmail.com>

[PsicolEstud] Agradecimento pela Submissão

1 mensagem

Marilda Gonçalves Dias Facci <revpsi@uem.br>

17 de maio de 2018 10:45

Para: Senhorita Rafaela Russi Ervilha <rafaelarussipsi@gmail.com>

Senhorita Rafaela Russi Ervilha,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Descrição e análise de estratégias que podem auxiliar e dificultar a cessação do tabagismo em usuários de uma intervenção mediada por internet." para Psicologia em Estudo. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

Endereço do Manuscrito:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/author/submission/42869>

Login: rafaelarussi

Siga o TUTORIAL com os passos para utilizar o sistema e acompanhar seu artigo.

<http://vivawebinternet.com.br/projetos/eduem.uem.br/downloads/AUTOR.pdf>

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos por considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Marilda Gonçalves Dias Facci
Psicologia em Estudo

Psicologia em Estudo<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud><http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud>