

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

BÁRBARA ANY BIANCHI BOTTARO DE ANDRADE

**BARREIRAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E CLÍNICAS PARA A
MANUTENÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA NO TRATAMENTO DE
USUÁRIOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA COM DOENÇAS CRÔNICAS**

JUIZ DE FORA

2016

BÁRBARA ANY BIANCHI BOTTARO DE ANDRADE

**BARREIRAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E CLÍNICAS PARA A
MANUTENÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA NO TRATAMENTO DE
USUÁRIOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Bárbara Any Bianchi Bottaro de Andrade.

Orientador: Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati

Juiz de Fora
2016

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

Andrade, Bárbara Any Bianchi Bottaro de.
Barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a manutenção da cessação tabélica no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas / Bárbara Any Bianchi Bottaro de Andrade. -- 2016.
109 p.

Orientador: Fernando Antonio Basile Colugnati
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

1. Tabagismo. 2. Cessação tabélica. 3. Avaliação. I. Colugnati, Fernando Antonio Basile, orient. II. Título.

Bárbara Any Bianchi Bottaro de Andrade

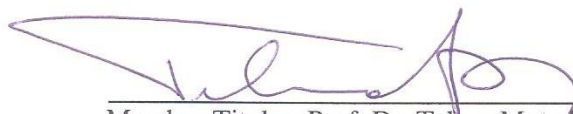
**BARREIRAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E CLÍNICAS PARA A MANUTENÇÃO DA
CESSAÇÃO TABÁGICA NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA
COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Bárbara Any Bianchi Bottaro de Andrade

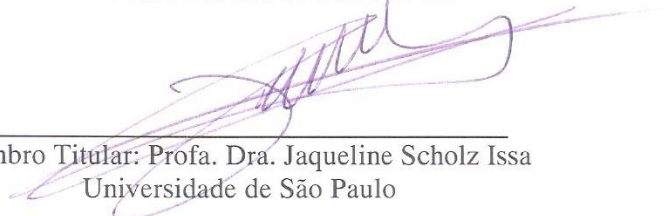
Dissertação defendida e aprovada em 23 de fevereiro de dois mil e dezesseis, pela banca constituída por:



Orientador: Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Jaqueline Scholz Issa
Universidade de São Paulo

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, pelo amor e pelo incentivo em mais essa etapa. À Isa, por compartilhar comigo todos os momentos e sempre dar um jeito de encher minha vida de cor, mesmo que a milhas de distância. Ao Jayro, por todo carinho e companheirismo. Eu amo vocês!

À minha família, por entender minhas ausências, mesmo sem saber muito bem “para que tanta reunião” e “o que é que eu tanto faço no computador”. Aos meus amigos, por compreenderem a ausência e a distância. À Aninha, Érika, Jéssica, Nathy, Rafa, Taynara e ao Henrique pela amizade que tornou esses dois anos mais divertidos.

À equipe UAI-T por me acolher. O que aprendi com vocês sobre trabalho em equipe, dedicação e comprometimento foi fundamental para meu crescimento, tanto profissional quanto pessoal. Em especial, à Arise, por todo apoio e pela confiança.

Aos pacientes da UAI-T, que acreditam no trabalho realizado e aceitam participar das pesquisas. Os depoimentos emocionados sobre as dificuldades enfrentadas e vencidas e os inúmeros gestos de gratidão incentivam, ensinam e inspiram. A maior recompensa é, sem dúvida, saber que ajudei a fazer diferença na vida de vocês.

Aos integrantes do Grupo de Estudos sobre o Tabagismo (GET) pela troca de conhecimentos. Somos um time e tanto!

Ao meu orientador, Fernando Antonio Basile Colugnati, por confiar em mim para a realização desse projeto. À professora Kimber Richter pelas contribuições que lapidaram o projeto. Aos professores Telmo Mota Ronzani e Jaqueline Scholz Issa por aceitarem fazer parte dessa etapa tão importante da minha formação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade e por tornar possível a realização da pesquisa.

RESUMO

A importância de cessar o tabagismo é amplamente divulgada, mas alcançar e manter a abstinência tabágica é um processo difícil. Para pacientes portadores de condições crônicas, o tabagismo acarreta danos ainda maiores, enquanto a cessação do consumo pode prevenir a morte prematura e auxiliar o processo de tratamento das doenças. A presente pesquisa teve como objetivos propor um modelo de registro eletrônico, descrever e explorar o tratamento do tabagismo em pacientes com doenças crônicas que participaram das reuniões na Unidade de Atenção Integral ao Tabagista (UAI-T) e analisar os potenciais preditores relacionados à cessação tabágica. Foi criado um registro eletrônico para armazenamento e gerenciamento dos dados da UAI-T e um questionário telefônico que será realizado em 6 e 12 meses após a 12ª semana do tratamento. Foram usados dados registrados nos prontuários de pacientes fumantes encaminhados para tratamento na Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (IMEPEN) e que participaram dos encontros do Grupo de Tabagismo realizados entre maio de 2012 e dezembro de 2013. Nesse período, participaram dos encontros 98 pacientes com múltiplas condições crônicas. A média de idade foi de 54,9 anos (DP=10,3), 41 eram homens e 57 eram mulheres. A partir dos dados presentes nas fichas, observou-se que foi alcançada uma taxa de cessação de 76,9% na 12ª semana do tratamento, sendo que os aderentes cessaram mais que os não aderentes. O questionário telefônico foi respondido por 62 participantes. Constatou-se que 27,4% são ex-fumantes, 44,4% permaneceram cerca de 6 meses sem fumar, e os que fumam atualmente diminuíram seu consumo diário de cigarros.

Palavras-chave: Tabagismo, Cessação tabágica, Avaliação

ABSTRACT

Tobacco cessation importance is widely reported, but achieving and maintaining abstinence is a difficult process. For patients suffering from chronic conditions, smoke can cause even more harm, while cessation may help treatment and prevent premature death. This study aims to create an electronic record model, describe and explore the smoking cessation in patients with chronic diseases who participated in treatment meetings of a smoking cessation unit, and to analyse the potential predictors related to smoking cessation. An electronic database was created to store and manage treatment data and a telephone questionnaire to be held 6 and 12 months after the 12 weeks of treatment was designed. Data from the records of smokers referred for treatment at IMEPEN and participated in the treatment meetings held between May 2012 and December 2013 were used in this study. During this period, 98 patients with multiple chronic conditions received treatment. The mean age was 54.9 years (SD=10.3), 41 were male and 57 were female. From the data analysed, it was observed that a 76.9% cessation rate was achieved at 12 weeks of treatment, and the adherents ceased more than non-adherents. The telephone questionnaire was completed by 62 of the participants. It was found that 27.4% are former smokers, 44.4% remained around 6 months without smoking, and those who currently smoke decreased their daily cigarette consumption.

Key-words: Tobacco, Tobacco cessation, Evaluation

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
1.1 Doenças Crônicas.....	14
Fatores de risco modificáveis	15
1.2 Tabagismo	16
Epidemiologia	16
Doenças tabaco relacionadas e benefícios da cessação	17
Dependência	18
Tratamento	20
1.3 Políticas no Brasil	22
1.4 O registro eletrônico.....	25
2. Objetivos.....	28
2.1 Objetivo Geral:	28
2.2 Objetivos Específicos:.....	28
3. Métodos.....	29
3.1 Delineamento da pesquisa.....	29
3.2 Participantes	29
3.3 O programa (UAI-T).....	29
3.4 Instrumentos contidos nas fichas:	31
3.5 Procedimentos	32
3.6 O REDCap.....	33

3.7 Desenvolvimento do registro eletrônico no REDCap.....	35
3.8 Desenvolvimento do questionário telefônico	36
3.9 Análises dos dados.....	37
3.10 Aspectos éticos	37
4. Resultados.....	38
4.1 Criação do registro eletrônico utilizando a plataforma REDCap	38
4.2 Descrição das características dos usuários atendidos pela UAI-T em seu primeiro ano de funcionamento	43
4.3 Avaliação das características relacionadas à aderência	51
4.4 Avaliação das características relacionadas à cessação tabágica	55
4.5 Desenvolvimento do questionário telefônico utilizando a plataforma REDCap.....	62
4.6 Descrição das características atuais relacionadas ao status de tabagismo dos usuários atendidos pela UAI-T em seu primeiro ano de funcionamento	65
4.7 Dados adicionais	68
5. Discussão.....	71
6. Considerações finais.....	79
7. Conclusão	80
Referências	81
ANEXOS.....	91
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	92
Anexo 2 – Termo de compromisso para a utilização de dados.....	95

Anexo 3 – RP em uso na qual a primeira versão do RE foi baseada.....	96
Anexo 4 – RP usada atualmente, reestruturada conforme o RE elaborado	98
Anexo 5 – Capturas de tela do RE desenvolvido no REDCap.....	100
APÊNDICE A- Aceite do trabalho para apresentação em pôster no encontro anual da Society for Research on Nicotine & Tobacco (SRNT) de 2016.....	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos centros de pesquisa que utilizam o REDCap (retirado do site do REDCap em 27/08/2015).....	35
Figura 2 – Fluxograma das informações coletadas durante as reuniões	41
Figura 3 – Frequência dos fatores de risco, condições crônicas, condições agudas e antecedentes psiquiátricos na amostra estudada.....	44
Figura 4 – Medicamentos usados pela amostra	46
Figura 5 – Número de medicamentos utilizados por paciente	46
Figura 6 – Fatores identificados como gatilhos para fumar	47
Figura 7 – Taxa de utilização de medicação por reuniões	50
Figura 8 – Taxa de cessação e número de cigarros consumidos por reunião a partir dos dados disponíveis nas fichas	61
Figura 9 – Tendência de cessação entre os aderentes e não aderentes na 4 ^a , 8 ^a e 12 ^a semana do tratamento.....	61
Figura 10 – Fluxograma representando a aplicação do questionário telefônico	64
Figura 11 – Taxa de cessação segundo o resultado do PHQ-2.....	69
Figura 12 – Taxa de cessação segundo resultado do FTND	69
Figura 13 – Taxa de cessação segundo grau de motivação	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra	43
Tabela 2 – Dados clínicos e de exames complementares	45
Tabela 3 – Dados referentes às reuniões dos grupos da UAI-T	49
Tabela 4 – Associação entre as variáveis sócio-demográficas e a aderência	52
Tabela 5 – Associação entre as variáveis da anamnese clínica e a aderência	53
Tabela 6 – Associação entre as variáveis da história tabágica e a aderência	54
Tabela 7 – Associação entre o resultado final dos testes e a aderência	54
Tabela 8 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e a cessação na 4 ^a , 8 ^a e 12 ^a semana	56
Tabela 9 – Associação entre as variáveis da anamnese clínica e a cessação na 4 ^a , 8 ^a e 12 ^a semana	58
Tabela 10 – Associação entre as variáveis da história tabágica e a cessação na 4 ^a , 8 ^a e 12 ^a semana	59
Tabela 11 – Associação entre o resultado final dos testes e a cessação na 4 ^a , 8 ^a e 12 ^a semana	60
Tabela 12 – Resultados obtidos com o questionário telefônico entre aqueles que cessaram o consumo do tabaco (n=17).....	66
Tabela 13 – Resultados obtidos com o questionário telefônico entre aqueles que fumam atualmente (n=45).....	66
Tabela 14 – Associação entre o status de fumo atual e participação no grupo de tratamento	67
Tabela 15 – Associação entre o resultado final do FNTD e do PHQ-2 e sexo	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CHM-JF	Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora
CQCT-OMS	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde
DCNTs	Doenças crônicas não-transmissíveis
FTND	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
Imepen	Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
PHQ-2	<i>Patient Helth Questionnaire</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RE	Registro eletrônico
REDCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RP	Registro em papel
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de reposição de nicotina
UAI-T	Unidade de Atenção Integral ao Tabagista
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
URICA	<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i>
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

1. Introdução

O tabagismo é considerado a principal causa evitável de morte e doenças no mundo (World Health Organization, 2011) e, juntamente com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e o sedentarismo, compõe o conjunto de fatores de risco passíveis de prevenção responsáveis por grande parte das doenças e mortes por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015).

Acredita-se que um terço da população mundial adulta seja fumante e que as mortes causadas pelo uso de tabaco tenham atingido 4,9 milhões de mortes anuais (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015). De acordo com a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), estimava-se que em 2011, no Brasil, 17,5% da população com mais de 15 anos de idade utilizassem o tabaco. Destes, 22% eram homens e 13,3% eram mulheres, e a faixa etária predominante de iniciação era de 17 a 19 anos (Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde, 2011). De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) publicada, estima-se que hoje 14,5% dos adultos sejam fumantes, sendo que a taxa ainda é maior entre o sexo masculino (14,7%) do que no feminino (11,0%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014).

Atualmente, a importância da cessação do tabagismo tem sido amplamente divulgada e defendida. Além das várias consequências negativas para a saúde, sabe-se que parar de fumar é apontado como uma forma eficaz de prevenir doenças e a mortalidade prematura (Figueiró et al., 2013; World Health Organization, 2008b), e pode auxiliar o processo de tratamento de várias doenças. Cessar o consumo de tabaco é recomendação que faz parte do tratamento de grande número de condições crônicas,

mesmo que ocorra após o estabelecimento de doenças tabaco relacionadas (Novello, 1990; Reichert et al., 2008; Russo & Azevedo, 2010).

Porém, de 70% dos fumantes que alegam ter interesse em parar de fumar, menos de 10% conseguem cessar o uso por conta própria (Renata Cruz Soares de Azevedo et al., 2009). Muitas tentativas de cessação fracassam prematuramente, e esse processo ainda não é bem compreendido (Figueiró et al., 2013). No entanto, seu entendimento é fundamental, podendo contribuir para o desenvolvimento de intervenções e estratégias que facilitem a cessação do consumo de tabaco.

Em estudo realizado no Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora (CHM-JF) (Campos et al., 2014), identificou-se que aproximadamente 10% da população assistida por esse serviço era fumante. Destes, a maioria apresentava mais de uma doença crônica, havendo ainda altos índices de baixa escolaridade e de depressão. Ao comparecerem para consulta no CHM-JF, os usuários tabagistas são convidados a participar dos grupos de tratamento oferecidos pela Unidade de Atenção Integral ao Tabagista (UAI-T). Esses grupos são realizados seguindo os padrões estabelecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001) e são coordenados por uma equipe multidisciplinar de saúde.

A realização desse trabalho se deve à necessidade percebida de uma avaliação do primeiro ano de funcionamento da UAI-T. Pretende-se descrever o tratamento realizado e os resultados obtidos no primeiro ano da implementação dos grupos de tratamento para o tabagismo. A partir dessa análise, será possível contribuir para o aprimoramento do serviço e sugerir mudanças de estratégias terapêuticas a serem implementadas na realização de tratamentos para o tabagismo, possibilitando aumentar sua eficácia e melhorar a qualidade de vida do paciente.

1.1 Doenças Crônicas

Nas últimas décadas tem sido observada mudança nos padrões epidemiológicos mundiais. Houve uma redução no número de doenças infecciosas e aumento da prevalência das DCNTs (Casado, Vianna, & Thuler, 2009). Doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes são as que mais matam no mundo (World Health Organization, 2008a).

No Brasil, essa transição epidemiológica é refletida no desenvolvimento de estratégias de saúde pública para o controle das DCNTs. Para o monitoramento dos fatores de risco, desde 2006 é realizado nas capitais brasileiras o VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico) (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015), que amplia o conhecimento sobre as DCNTs no país e auxilia a elaboração e implantação de políticas públicas. Em 2011, as DCNT foram causadoras de 72,7% do total dos óbitos no Brasil. Desses, as doenças do sistema circulatório, as neoplasias, o diabetes e as doenças respiratórias foram responsáveis, respectivamente, por 30,4%, 16,4%, 5,3% e 6,0% das mortes (Brasil, 2015).

Há vários fatores de risco para as DCNTs. Alguns, como sexo, idade e hereditariedade não podem ser modificados, mas há outros, de natureza comportamental, que contribuem fortemente para o desenvolvimento dessas doenças e que são passíveis de modificação. Dentre eles, o consumo de álcool, o sedentarismo, a dieta inadequada e o consumo de tabaco são considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) os principais fatores de risco modificáveis (World Health Organization, 2008a). Com a adoção de medidas para a prevenção desses fatores de risco, o número de mortes em consequência das DCNTs pode ser significativamente reduzido.

Fatores de risco modificáveis

Estima-se que o consumo abusivo de álcool tenha sido responsável, em 2012, por 3,3 milhões de mortes no mundo. Mais da metade dessas mortes ocorreram devido a DCNTs. Há uma relação entre o consumo de álcool e a morbimortalidade associada a doenças cardiovasculares, câncer e doenças do fígado (Brasil. Ministério da Saúde, 2011; World Health Organization, 2014).

Em pessoas sedentárias, o risco de mortalidade aumenta entre 20% e 30%. A realização de atividade física regular diminui o risco de doenças circulatórias, hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon e de depressão (Brasil. Ministério da Saúde, 2011)

A alimentação rica em sal e gorduras saturadas está aumentando rapidamente, ainda que esses hábitos aumentem os riscos do desenvolvimento de hipertensão, doenças cardiovasculares. Uma dieta adequada, rica em frutas, verduras e legumes, pode reduzir os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal. (Brasil. Ministério da Saúde, 2011)

O tabagismo é principal fator de risco modificável das causas de doenças e mortalidade no mundo (World Health Organization, 2011) e o mais responsivo às políticas públicas (Bilano et al., 2015). O consumo de tabaco permanece sendo a causa de 6 milhões de mortes por ano (World Health Organization, 2014). Não há produto de tabaco ou nível de consumo seguro. Para prevenir as doenças e as mortes tabaco relacionadas, é necessário cessar o consumo e evitar sua inicialização (Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh, & Drope, 2015).

A nicotina presente no cigarro acarreta alterações em todo o organismo. No sistema cardiovascular, essas alterações são importantes e podem aumentar

significativamente o risco de doenças coronarianas, sendo o consumo de tabaco a maior causa de infarto agudo do miocárdio no Brasil (Hocayen & Malfatti, 2011; Lanas et al., 2007). Além disso, o consumo de tabaco desregula a liberação de insulina pelo pâncreas, o que torna os usuários mais propensos ao desenvolvimento do diabetes e ao mal controle das doenças já existentes (Cena et al., 2013). A associação do tabagismo com as doenças renais ainda não é bem compreendida. Contudo, sabe-se que é necessário cessar o consumo de tabaco antes da falência total do rim e a posterior realização do transplante, uma vez que o tabagismo é uma das maiores causas da perda do órgão transplantado e da mortalidade dos pacientes com doenças renais (Hurst et al., 2011).

Com a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde (CQCT-OMS), a adoção de medidas para o controle do tabagismo foi realizada em diversos países, mas ainda há muito o que se fazer (World Health Organization, 2014). A meta de redução da prevalência do tabagismo para 30% até 2020 colocada pela OMS foi necessária para estimular a adoção de medidas efetivas de controle dos produtos de tabaco. Contudo, quando alcançada, os países signatários devem tentar reduzir ainda mais os índices de fumantes em sua população (Bilano et al., 2015).

1.2 Tabagismo

Epidemiologia

Estima-se que cerca de 820 milhões de homens maiores de 15 anos são tabagistas. Entre as mulheres, estima-se que cerca de 176 milhões sejam tabagistas. Embora entre as mulheres o consumo de tabaco seja maior entre aquelas que possuem alta renda, grupos de renda baixa ou muito baixa geralmente fumam mais, tanto em países de alta renda quanto em países de baixa e média renda (Eriksen et al., 2015).

Com a adoção da CQCT-OMS e a implementação das medidas de controle, entre 2000 e 2010, 72% dos países apresentaram alguma redução na prevalência de homens fumantes e 87% apresentaram alguma redução na prevalência de mulheres. Porém, se as tendências permanecerem, apenas 2% dos países para os homens, e 12% para as mulheres, têm alta chances de cumprir a meta de reduzir o percentual de fumantes para 30% até 2025 (Bilano et al., 2015).

Na região das Américas, a prevalência de consumo de tabaco é de 22% entre os adultos, apesar da diminuição do consumo observada em vários países. O que diferencia o tabagismo nas Américas das outras regiões do mundo é a diminuição da diferença entre a prevalência de homens e mulheres fumantes, tanto entre os adultos quanto entre as faixas etárias mais jovens. Na América do Sul, a taxa de fumantes é a mais alta das Américas, onde atingem 44% no sexo masculino e 30% no sexo feminino (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2012).

Segundo a PNS (IBGE, 2014), a prevalência de usuários maiores de 18 anos de produtos derivados do tabaco no Brasil é de 15,0%, sendo que, destes, 19,2% são homens e 11,2% são mulheres. A prevalência na região sudeste é bastante parecida com a nacional (15,1% de fumantes, 19,2% do sexo masculino e 11,6% do sexo feminino), mas em Minas Gerais os números são um pouco maiores. No estado, 18,1% das pessoas maiores de 18 anos consomem produtos derivados do tabaco, sendo a prevalência de homens 23,8%, e de mulheres 13,1%.

Doenças tabaco relacionadas e benefícios da cessação

Entre pessoas de meia idade, o tabagismo é o principal fator de risco para mortes prematuras para os homens e está apenas atrás da pressão alta para as mulheres. O tabaco provoca doenças e incapacidades a quase todos os órgãos do corpo, e seu consumo

aumenta o risco de morte em várias doenças. Não há doses seguras de consumo de tabaco. Por isso, a melhor estratégia para evitar doenças tabaco-relacionadas, é não começar a fumar e, para aqueles que já fumam, cessar o uso (Eriksen et al., 2015).

Com a cessação, diversos benefícios para a saúde são notados. Alguns, como a melhora das funções pulmonar e circulatória e a maior resistência a exercícios podem ser percebidos em poucas semanas. Um ano após parar de fumar, o risco de doenças coronarianas cai pela metade, e em dez anos o risco de desenvolvimento de câncer também cai em comparação com aqueles que ainda fumam. (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001; Schroeder, 2005).

Parar de fumar é benéfico em qualquer idade, mas quanto mais cedo uma pessoa para de fumar, maiores são os benefícios alcançados em termos de quantidade de anos ganhos. Pacientes com doenças tabaco-relacionadas que continuam fumando apresentam riscos maiores de morrer do que aqueles que nunca fumaram ou que pararam de fumar após o diagnóstico. Aqueles que cessam o uso aos 65 anos, por exemplo, ganham cerca de quatro anos de vida em relação àqueles que não deixaram de fumar (Eriksen et al., 2015; Schroeder, 2005).

Dependência

Parar de fumar é um processo difícil e requer tempo e esforço (DiClemente et al., 1991). A dependência de nicotina, por exemplo, exige um alto grau de motivação para cessar o uso. A literatura aponta que os primeiros dias após a retirada do tabaco são os mais difíceis. Contudo, esses sintomas são estabilizados com o tempo (Figueiró et al., 2013; Tomson, Toftgård, Gilljam, & Helgason, 2006), e aqueles que conseguem permanecer abstinentes nesses primeiros dias tendem a ter menos lapsos e recaídas (Ferguson, Gitchell, Shiffman, & Sembower, 2009) e a obter sucesso a longo prazo (Figueiró et al., 2013).

Pesquisas realizadas no Brasil e nos Estados Unidos (E. A. Carlini (supervisão), 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2000) apontam que 70% dos fumantes alegam estar interessados a parar de fumar, embora a maioria deles continue fumando. Sabe-se também que 95% das tentativas de cessação falham dentro de um ano (Figueiró et al., 2013). Os sintomas de abstinência da nicotina têm sido apontados como os principais responsáveis pela falha na tentativa de parar de fumar. O fumante que procura tratamento raramente conseguiu ficar mais de algumas semanas sem fumar, sendo que grande parte das tentativas de cessação realizadas sem orientação das equipes de saúde falham dentro da primeira semana de abstinência (R. Azevedo & Fernandes, 2011; Jain, 2003).

Três mecanismos relacionados à dependência de nicotina são citados na literatura como complicadores nas tentativas de cessar o consumo de tabaco: o reforço positivo, referente à ação da nicotina no sistema nervoso central; o reforço negativo, relacionado à continuidade do uso para evitar os sintomas da síndrome de abstinência; e o condicionamento, que é desencadeado por estímulos ambientais e emocionais ligados ao hábito de fumar (R. Azevedo & Fernandes, 2011; Russo & Azevedo, 2010).

Os sintomas da síndrome de abstinência são desagradáveis e geralmente persistem por algumas semanas (Aveyard & Raw, 2012; Hughes, 2007). Assim, a recaída é, reconhecidamente, algo que ocorre com muitas pessoas em processo de cessação tabágica. De acordo com estudos, a cessação ocorre com êxito apenas depois de cinco a sete tentativas (Melo, Oliveira, & Ferreira, 2006; Russo & Azevedo, 2010; Schroeder, 2005).

Os participantes da pesquisa realizada por Uppal, Shahab, Britton e Ratschen (2013), identificaram como barreiras para a cessação o prazer em fumar, o tédio, a força do hábito, a dependência, o estresse, ver outros fumando e a associação com o álcool.

Todos os que participaram da pesquisa se consideravam dependentes do tabaco de alguma forma, sendo que a maioria julgava ser psicologicamente dependente do hábito de fumar.

Em seu estudo, Gollust, Schroeder e Warner (2008), apontam que há diferentes razões para que os fumantes evitem os serviços que visam a cessação do tabagismo. Dentre elas, os autores citam a crença de que esses serviços não são eficazes, de que o tratamento não é seguro e a preferência por parar por conta própria (DiClemente et al., 1991). Apesar disso, estudos apontam que a maioria dos pacientes da atenção primária participariam desse tipo de programa caso tivessem oportunidade (Fiore et al., 2004), e grande parte deles gostariam que seus médicos abordassem mais esse assunto (Stevens et al., 2005).

Tratamento

A cessação do tabagismo, em qualquer idade, beneficia a saúde. Muitos fumantes tentam parar de fumar, e, para aumentar as taxas de sucesso, recursos que auxiliem o processo de cessação devem ser acessíveis. Porém, das 100 maiores cidades do mundo, apenas 22 oferecem o apoio apropriado àqueles que desejam parar de fumar. Isso significa que, de 460 milhões de pessoas, apenas cerca de 104 milhões são beneficiadas com esse tipo de ajuda (World Health Organization, 2015).

O tratamento para o tabagismo apresenta um dos melhores custo-benefício entre as intervenções médicas (Azevedo et al., 2009; Jain, 2003), e os níveis de sucesso das tentativas realizadas com auxílio de profissionais de saúde são elevados (Schroeder, 2005). A orientação para parar de fumar, além de ser a intervenção mais importante que os médicos podem oferecer, é uma intervenção simples e pode ser feita nas consultas de rotina (Aveyard & Raw, 2012; Schroeder, 2005).

Após sensibilizar o paciente para a necessidade da cessação do consumo de tabaco, e este manifestar o desejo de parar de fumar, o papel do profissional de saúde torna-se ainda mais importante (Russo & Azevedo, 2010). O profissional é capaz de orientar seu paciente na busca pela abstinência, sendo que estudos indicam que programas que fornecem instruções detalhadas sobre formas de reduzir o consumo de tabaco obtém mais sucesso do que instruções gerais sobre essa redução (Aveyard & Raw, 2012).

Existem duas principais abordagens para o auxílio da cessação: a farmacoterapia e o suporte comportamental. A farmacoterapia é utilizada para reduzir os sintomas da retirada da nicotina, melhorar os sintomas adversos e reduzir a necessidade de fumar, enquanto o apoio comportamental visa ajudar o paciente a elaborar estratégias de para evitar fumar e aumentar a motivação para resistir à fissura (Aveyard & Raw, 2012).

Atualmente, as farmacoterapias mais utilizadas para o tratamento do tabagismo são a terapia de reposição da nicotina (TNR), a bupropiona e a varenicilina. A NRT atua liberando nicotina no organismo para substituir a necessidade de utilizar o cigarro para fazer essa liberação. A bupropiona é um antidepressivo utilizado para melhorar o humor relacionado aos sintomas de abstinência, e a varenicilina é usada para bloquear os receptores da nicotina no cérebro, impedindo que esta estimule os mecanismos de recompensa relacionados ao uso de cigarros (Aveyard & Raw, 2012).

Se o tabagismo fosse causado pela dependência à nicotina, estratégias como a NRT seriam suficientes para tornar a cessação mais fácil. Porém, sabe-se que vários outros fatores interferem nesse tipo de dependência. Por isso, o apoio comportamental, devido a seus múltiplos componentes, é importante para aumentar a abstinência (Aveyard & Raw, 2012). Assim, para que haja maior chance de eficácia do tratamento, a combinação da farmacoterapia com o apoio comportamental tem sido indicada (Fiore et

al., 2008), principalmente para aqueles que têm um alto grau de dependência à nicotina (Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2001).

Um dos objetivos do apoio comportamental é trabalhar a motivação do tabagista para parar de fumar e para resistir à necessidade de fumar (Aveyard & Raw, 2012). A motivação é modificada com o tempo e pode ser influenciada por outras pessoas, pelo ambiente, pela presença de gatilhos comportamentais que geram a vontade de fumar e pelo grau de dependência da nicotina (Russo & Azevedo, 2010; West, 2004).

Na pesquisa de Russo e Azevedo (2010), foram apontados como os principais fatores que contribuem para a decisão de parar de fumar a preocupação com a saúde e razões sociais, como o constrangimento por fumar. Além dessas razões, em outra pesquisa (Uppal et al., 2013) preocupações financeiras, gravidez, surgimento de efeitos prejudiciais à saúde foram apontadas, bem como a vontade suficiente de parar de fumar.

Uppal et al. (2013) também identificaram que aqueles fumantes que apresentaram baixa motivação notaram que a vontade de parar de fumar não era maior do que a vontade de fumar. Para que haja iniciativa por parte do fumante e maior sucesso na cessação, a motivação é um aspecto que não pode ser desconsiderado. A adequação da abordagem ao estágio motivacional e a utilização de estratégias motivacionais antes mesmo da tentativa de parar de fumar é recomendada (Azevedo et al., 2009; Russo & Azevedo, 2010).

1.3 Políticas no Brasil

O controle do tabagismo no Brasil começou a ser organizado na década de 1970. No final da década de 1980, organizar as ações com esse fim de forma continuada e abrangente passou a ser papel do Ministério da Saúde, por meio do INCA. Foi então criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com ações voltadas para

a prevenção da iniciação do tabagismo e para a cessação desse hábito (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001).

Em 2003, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde (CQCT-OMS) foi proposta para globalizar as políticas de controle do tabaco (Organização Mundial de Saúde, 2003). Posteriormente, em 2008, foi apresentado o MPOWER, pacote de medidas para o controle do tabaco com relação custo-efetividade comprovada que visa auxiliar a implementação da CQCT-OMS. As medidas sugeridas são: monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção; proteger as pessoas da fumaça do tabaco; oferecer ajuda para cessação; alertar sobre os perigos do tabagismo; fiscalizar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio pela indústria do tabaco; e aumentar os impostos sobre o tabaco (World Health Organization, 2008b).

O Brasil é um país líder no combate ao tabagismo (Nunes & Castro, 2011; Silva, Martins, Faria, & Cotta, 2014). Em 1996, tornou-se parte da World Health Organization Collaborating Center for the Tobacco or Helath Program, salientando seu pioneirismo nas ações preventivas relacionadas ao controle do tabagismo (Levy, Almeida, & Szklo, 2012). O INCA e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizam no país diversas ações para o controle do tabaco, incluindo legislação, capacitação de profissionais e pesquisa. Devido a várias medidas tomadas desde 1989, como aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco, advertências nos maços de cigarro e proibição de propaganda, a prevalência do tabagismo no Brasil tem mostrado uma tendência decrescente.

Em 1989, a prevalência de tabagistas no país era de 33%. Esse número caiu para 17% em 2008, quando foi realizada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS & Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2012). Os resultados apresentados no último VIGITEL, mostram que, nas

capitais, a frequência de adultos fumantes foi de 10,8% (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015). Embora com diferenças metodológicas, esses inquéritos nacionais evidenciam a queda na prevalência do tabagismo.

Levy, Almeida e Szklo (2012) usaram um modelo para estimar o impacto das políticas públicas brasileiras sobre a prevalência de fumantes. Esse estudo mostrou que 46% da redução pode ser atribuída ao aumento das taxas sobre os produtos de tabaco, 14% à implementação dos ambientes livres de tabaco, 14% à restrição de publicidade relacionada a esse tipo de produto, 8% às advertências relativas à saúde nas embalagens, 6% às campanhas contra o tabagismo na mídia e 10% aos programas de tratamento.

O ato de fumar, anteriormente considerado elegante, passou a ser um comportamento indesejável. Também em 1996, foi criado programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, com a intenção de capacitar os profissionais de saúde para aumentar a eficácia da abordagem dos pacientes tabagistas. Esse programa utiliza a abordagem cognitivo-comportamental, com foco no reconhecimento de que o aspecto mais importante da cessação do tabagismo é a mudança de comportamento. Os medicamentos, segundo esse programa, devem atuar apenas para facilitar a incorporação dessa mudança na vida diária, minimizando os sintomas da síndrome de abstinência (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001).

O Artigo 14 da CQCT-OMS, diz respeito de medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (Organização Mundial de Saúde, 2003). Para buscar atender a esse artigo, o INCA recomenda a realização de grupos para cessação de tabagismo na atenção primária e secundária à saúde. Recomenda-se que os grupos sejam compostos por 10 a 15 participantes, tenham cerca de uma hora e meia de duração, e sejam conduzidos por equipe multidisciplinar. O tratamento é realizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que fornece medicação (bupropiona e adesivos de

nicotina) e material para orientar as reuniões (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001).

O programa do INCA orienta que, na abordagem específica/intensiva, sejam feitas quatro reuniões semanais de cerca de 90 minutos, e para guiar cada uma foram criadas as publicações “Deixando de fumar sem mistérios” (Instituto Nacional de Câncer & Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev, 2004). Cada reunião aborda um tema diferente. Na primeira, o objetivo é fazer com que os participantes entendam por que se fuma e como isso pode afetar a saúde; na segunda, são discutidos os sintomas e as situações que podem ocorrer nos primeiros dias sem fumar; a terceira aborda obstáculos que devem ser enfrentados no intuito de manter a abstinência; e a quarta apresenta os benefícios obtidos após parar de fumar.

Após o primeiro mês, sugere-se que sejam feitas reuniões de acompanhamento. O INCA indica que elas ocorram após 15, 30, 60, 90, 180 dias e 12 meses, totalizando dez reuniões durante o programa. (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2001).

1.4 O registro eletrônico

A utilização de questionários impressos é a forma tradicional de se coletar dados em pesquisas. Contudo, para que os dados coletados possam ser analisados, tanto cientificamente quanto gerencialmente, é preciso codificá-los, digitá-los e organizá-los em bancos de dados que possibilitem as análises desejadas, uma vez que os dados estarão sistematizados, indexados e padronizados (Pavlović, Kern, & Miklavčič, 2009; Thriemer et al., 2012; Weber, Yarandi, Rowe, & Weber, 2005).

Atualmente, avanços tecnológicos como telas sensíveis ao toque, o acesso à internet, transferência criptografada de dados e a facilidade de transporte e utilização de

tablets e *PCs* permitem a utilização de questionários computadorizados para proceder a coleta dos dados necessários nos mais diversos locais de pesquisa (Musick et al., 2011; Weber et al., 2005). Em comparação com o método tradicional, esses questionários apresentam vantagens que favorecem sua utilização. A principal vantagem, apontada por diversos estudos (Musick et al., 2011; Pavlović et al., 2009; Thriemer et al., 2012; Weber et al., 2005), é a qualidade dos dados obtidos com a coleta computadorizada. Com opções de alertas para preenchimento de campos obrigatórios, restrição de valores nos campos a serem preenchidos e validação em tempo real, a utilização de meios eletrônicos evita erros na entrada dos dados, garantindo maior integralidade desses.

Outra vantagem é a facilidade de gerenciamento dos dados e a visão contínua e em tempo real do processo de coleta (Musick et al., 2011). Os pesquisadores possuem, dessa forma, máximo controle sobre o andamento da pesquisa e sobre os dados coletados. A segurança também é uma característica destacada como ponto positivo dos formulários eletrônicos (Musick et al., 2011; Weber et al., 2005), uma vez que apenas aqueles que possuem autorização e senha conseguem acessar os dados armazenados. Além disso, com a utilização de plataformas com acesso à internet, a entrada dos dados pode ser realizada em qualquer local e horário e é armazenada em uma localização central, o que facilita a realização de pesquisas multicêntricas (Musick et al., 2011).

Thriemer et al. (2012), ao realizar uma pesquisa em um ambiente rural da África Subsaariana, concluiu que a utilização de um sistema de eletrônico de coleta de dados foi mais rápida e 25% mais barata do que a coleta de dados através de formulários de papel. Além disso, os dados foram mais precisos (7% de erros encontrados na forma tradicional e 1% de erros na forma eletrônica) e não houve omissão de dados na coleta eletrônica, enquanto 6% dos dados foram omitidos na forma tradicional. Com esses dados, os autores apontam a viabilidade e de se usar esse tipo de tecnologia de coleta de dados em locais

com poucos recursos e concluem que seus resultados apoiam a literatura que indica que a coleta eletrônica de dados se tornará cada vez mais popular.

De forma semelhante, Pavlović et al. (2009) identifica economia ao comparar a coleta eletrônica de dados com a forma tradicional, principalmente em estudos com grandes amostras, e aponta que o maior benefício está na redução dos custos de monitoramento e gerenciamento dos dados. Uhlig, Seitz, Eter, Promesberger e Busse (2014) também apontam que os formulários digitais são mais tempo e custo eficientes por poderem ser acessados por mais participantes do que os formulários não-digitais.

Apesar dessas vantagens, há barreiras para a implementação da coleta de dados computadorizada, como o alto custo inicial do desenvolvimento de sistemas específicos para esse fim, a relutância dos pesquisadores a adotar e incorporar essa tecnologia em suas pesquisas, e a mudança organizacional que a utilização do processo computadorizado acarreta (Pavlović et al., 2009). O investimento inicial no desenvolvimento do software ou formulário e nos instrumentos necessários para a realização da coleta dos dados pode ser parecer alto, mas os custos podem ser reduzidos ao se utilizar os mesmos aparelhos e softwares para outras pesquisas (Thriemer et al., 2012). Weber et al. (2005) ressalta que a resistência dos pesquisadores está principalmente relacionada às ideias errôneas sobre a dificuldade da utilização dos sistemas e descrença quanto a segurança dos dados.

Alguns fatores, no entanto, podem de fato dificultar a utilização de sistemas eletrônicos para coleta de dados, principalmente daqueles baseados na internet. Pavlović et al. (2009) aponta, por exemplo, restrições de hardware e de rede, tais como firewall, rede lenta ou baixa ou nenhuma disponibilidade de conexão. Nesses casos, são necessários softwares que permitam a coleta de dados off-line e posterior sincronização com o sistema.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Descrever e explorar indicadores psicossociais e clínicos no tratamento do tabagismo em pacientes com doenças crônicas em acompanhamento na atenção secundária e avaliar os resultados do tratamento quanto à adesão e cessação tabágica.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Elaborar um registro eletrônico utilizando a plataforma REDCap (*Research Eletronic Data Capture*) (Harris et al., 2009) a partir das fichas utilizadas nos grupos da UAI-T;
2. Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos participantes dos grupos formados no primeiro ano de funcionamento da UAI-T;
3. Avaliar as principais características que diferem aqueles que aderiram e os que não aderiram ao programa;
4. Avaliar as principais características que diferem aqueles que conseguiram e não conseguiram alcançar a abstinência no prazo de 12 semanas;
5. Desenvolver um questionário telefônico a ser realizado após o término da participação nos grupos da UAI-T para acompanhamento dos usuários em 6 e 12 meses após a 12ª reunião;
6. Avaliar criticamente os processos e resultados do tratamento no primeiro ano de funcionamento da UAI-T.

3. Métodos

3.1 Delineamento da pesquisa

Estudo descritivo e exploratório do serviço da Unidade de Atenção Integral ao Tabagista (UAI-T) com base em registros ambulatoriais e segmento dos cessantes através de inquérito telefônico em período após 24 a 36 meses após a participação nos grupos.

3.2 Participantes

Foram usados dados registrados nos prontuários de usuários fumantes hipertensos e/ou diabéticos e/ou portadores de doença renal crônica de alto e muito alto risco cardiovascular, que participaram dos encontros da Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T) realizados entre maio de 2012 e dezembro de 2013. Nesse período, participaram dos encontros 98 pacientes e não faltou medicação.

3.3 O programa (UAI-T)

A UAI-T foi implementada pela Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (Imepen) em 2012, com o objetivo de atender aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e/ou portadores de doença renal crônica de alto e muito alto risco cardiovascular do CHM-JF e dos centros de especialidades da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora que assistem usuários de igual perfil. O intuito da UAI-T é contribuir para o tratamento desses pacientes ajudando-os a parar de fumar.

Ao comparecerem para consulta nos centros de especialidades, os pacientes tabagistas são convidados a participar do grupo de tabagismo, realizado semanalmente e coordenado por uma equipe multidisciplinar de saúde. Os grupos são realizados seguindo os padrões estabelecidos pelo INCA (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do

Câncer - INCA., 2001). Nos quatro encontros iniciais são abordados temas diversificados relacionados ao tabagismo e à importância da cessação e, nos encontros seguintes, os pacientes compartilham suas experiências em busca da abstinência e têm suas dificuldades assistidas por outros pacientes e pela equipe de saúde.

A primeira reunião realizada, com o nome de “Sensibilização”, é usada para apresentar a equipe de saúde aos pacientes, explicar como o tratamento funciona, motivá-los, para completar as fichas de cada um e aplicar os testes necessários. Atualmente, preenche-se a ficha de atendimento, que contém o Teste de Fagerstrom (Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro, & Crippa, 2009), o Escore de consumo situacional Issa (Issa, 2012), o PHQ-2 (Meneses-Gaya, 2011) e a URICA (Szupszynski & Oliveira, 2008), colhe-se as assinaturas do TCLE para que os dados possam ser usados em pesquisas, e procede-se a aplicação do questionário de Berlin (Vaz et al., 2011), AUDIT-C (Meneses-Gaya, 2011) e MoCA (Nasreddine et al., 2005). Esses três últimos testes foram acrescentados ao protocolo de atendimento recentemente. Dados referentes a eles, portanto, não serão apresentados nesse trabalho.

Em seguida, é seguido o modelo proposto pelo INCA (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001), com o acréscimo de reuniões de acompanhamento. A primeira reunião é realizada pelos profissionais de enfermagem, a segunda, da psicologia, a terceira da nutrição, e a quarta, da medicina. Apesar dessa divisão, todos os profissionais da UAI-T frequentam as reuniões, bem como acadêmicos de medicina da UFJF. Após esse período de reuniões semanais, são realizadas quatro reuniões quinzenais, e então reuniões mensais por mais nove meses, totalizando 17 encontros durante o programa. Essas reuniões de manutenção têm como objetivo acompanhar o paciente no período inicial da abstinência, oferecendo apoio nessa fase

delicada em que as mudanças no comportamento ainda não estão consolidadas, visando aumentar a probabilidade de cessação.

3.4 Instrumentos contidos nas fichas:

- Questionário sociodemográfico – foram utilizadas para a caracterização dos participantes da pesquisa as variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão, status profissional.
- Questionário de história tabágica – foram utilizadas as variáveis: tempo do vício, número de cigarros por dia, quantas tentativas de cessação já foram feitas, há quanto tempo foram feitas essas tentativas, quais foram os recursos utilizados, quanto tempo já ficou sem fumar, motivo da recaída, gatilhos para fumar e tratamentos prévios realizados para o tabagismo.
- *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND, Questionário Fagerström para dependência de nicotina) – consiste de 6 itens que possibilitam classificar a dependência à nicotina muito baixa, baixa, moderada, alta e muito alta (I. C. de Meneses-Gaya et al., 2009). Aplicado desde o primeiro grupo realizado.
- *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2) – instrumento ultra breve de rastreio de depressão (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003; Meneses-Gaya, 2011). Aplicado desde o primeiro grupo realizado.
- Régua de motivação – técnica analógico-visual de fácil aplicação na qual o paciente indica o quão pronto está para mudar seu comportamento (Oliveira, Calheiros, & Andretta, 2006). Começou a ser aplicada a partir do grupo 8.
- Escala de motivação (*University of Rhode Island Change Assessment Scale* – URICA) – como indicado pelo INCA (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001), a escala é usada pelos profissionais para

identificar o estágio de prontidão para mudança de seus pacientes (DiClemente et al., 1991). Aplicada desde o primeiro grupo realizado.

- Escore de consumo situacional Issa – é utilizada em pessoas que fumam até 10 cigarros por dia para determinar o grau de dependência (Issa, 2012). Apesar de ser destinado a pessoas que fumam até 10 cigarros por dia, foi aplicado em todos os pacientes desde sua inclusão na ficha dos pacientes a partir do grupo 9, conforme orientado pela criadora do escore em visita à UAI-T (março/2013).
- Questionário Telefônico - questionário de acompanhamento desenvolvido pela equipe da UAI-T. Visa obter informações sobre o status de tabagismo do participante do grupo 6 e 12 meses após a 12ª semana do tratamento.

3.5 Procedimentos

A partir da ficha individual usada pela UAI-T, foi desenvolvido um modelo de RE no REDCap. A ficha sofreu várias modificações ao longo do primeiro ano, sendo que para o RE foram fechadas versões que contemplassem estas diferentes formas de coleta de informação, conforme será descrito adiante em Resultados.

A ideia da criação de um questionário telefônico surgiu a partir da percepção da necessidade de acompanhamento dos pacientes após sua participação nos grupos. O inquérito telefônico foi então desenvolvido em conjunto com a equipe da UAI-T e, posteriormente adaptado para um modelo no REDCap. Este questionário será, na prática do ambulatório, utilizado em seguimentos de 6 e 12 meses após a 12ª semana do tratamento. Neste trabalho, a coleta foi realizada entre 24 e 36 meses após a cessação

Após a aprovação do comitê de ética e a autorização para o acesso às fichas dos participantes dos grupos de tabagismo, os dados foram digitados no REDCap para que pudessem ser analisados. Após a digitação dos dados constantes na ficha dos pacientes

que participaram do grupo de tratamento para cessação entre maio de 2012 a dezembro de 2013, iniciou-se a fase de aplicação do inquérito telefônico.

A realização desse inquérito no presente trabalho teve como objetivo testar o questionário elaborado para que eventuais modificações pudessem ser realizadas antes que este questionário fosse adotado como protocolo pela equipe da UAI-T, de modo a adequá-lo às necessidades do serviço.

A aplicação do questionário telefônico possui um procedimento descrito para sua aplicação, que garanta a padronização da aplicação do mesmo, independente do entrevistador (fluxograma apresentado na sessão 4. 5 dos Resultados). Foram realizadas três tentativas de contato com o paciente através dos números telefônicos fornecidos por eles durante a participação nas reuniões da UAI-T. O nome daqueles com os quais o contato não havia sido estabelecido foi anotado para que pudéssemos buscar outro número no cadastro da Fundação Imepen. Foram realizadas mais três tentativas de contato e aqueles pacientes que não foram encontrados foram excluídos das análises do inquérito telefônico.

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados REDCap e exportados para o Stata para a realização das análises estatísticas.

3.6 O REDCap

O Research Electronic Data Capture (REDCap) é uma ferramenta segura para criação e gerenciamento de pesquisas e banco de dados por meio da internet. Desenvolvido e implementado inicialmente na Universidade de Vanderbilt, atualmente é utilizado em 92 países e conta com 1.573 instituições parceiras ativas, que somam 191.000 projetos em execução e mais de 263.000 usuários (dados do site do REDCap em 27/08/2015). Neste trabalho, utilizamos a plataforma através da licença para acesso

concedida ao Núcleo Interdisciplinar de Ensino e Pesquisas em Nefrologia - NIEPEN, do PPG Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da UFJF.

De acordo com Harris et al. (2009), são identificadas 11 características centrais que possibilitam apoiar diferentes projetos de pesquisa. São elas: 1) acesso colaborativo aos dados entre departamentos e instituições; 2) autenticação do usuário; 3) formulários intuitivos; 4) mecanismos para garantir a qualidade dos dados, como validação em tempo real; 5) recursos de atribuição de dados e auditoria; 6) armazenamento e compartilhamento de documentos de protocolo; 7) backups e armazenamento de dados centralizado; 8) exportação dos dados para pacotes estatísticos comuns; 9) função de importação de dados de outros sistemas; 10) capacidade de acomodar vários projetos simultâneos; e 11) capacidade de atender às necessidades de coleta de dados de diversos tipos de pesquisa.

O REDCap está disponível em várias línguas e oferece um sistema de auditoria pelo qual é possível rastrear a atividade de cada usuário e a manipulação de dados em cada projeto. Além disso, são disponibilizados um calendário relacionado a cada novo projeto criado, módulo de agendamento para aplicação de instrumentos, ferramentas de relatórios *ad hoc* e recursos como “*branching logic*” (ramos lógicos em questionários), *upload* de arquivos e campos calculados automaticamente. A interface do usuário fornece um método fácil e intuitivo para a criação dos formulários de pesquisa e de entrada de dados. Os requisitos de hardware e software são modestos, e o processo de criação dos projetos depende da definição de um plano de coleta de dados e criação dos formulários, o que pode ser feito em menos de um dia ou em meses de trabalho, de acordo com a disponibilidade e motivação da equipe de pesquisa (Harris et al., 2009).

Recentemente foi lançada a versão compatível com smartphones e tablets dos sistemas operacionais Android e iOS. Essa nova funcionalidade torna a plataforma mais completa, possibilitando a coleta de dados ainda que não haja uma conexão com a internet

ou a conexão existente seja ruim. Para utilizar o aplicativo é necessário possuir licença para utilização do REDCap e a versão instalada na instituição deve ser igual ou acima da 6.5.0. O aplicativo é projetado para a coleta de dados *off-line* e permite a sincronização desses dados com projetos já existentes na plataforma, não sendo possível a criação de desenvolvimento de novos projetos diretamente do aplicativo (site do REDCap em 27/08/2015).

O processo de exportação dos dados pode ser realizado a qualquer momento. É possível baixar os dados para formatos de arquivos como Excel e PDF e para pacotes estatísticos como o SPSS, SAS, Stata e R.



Figura 1 – Mapa dos centros de pesquisa que utilizam o REDCap (retirado do site do REDCap em 27/08/2015)

3.7 Desenvolvimento do registro eletrônico no REDCap

Devido à constituição da Fundação Imepen e a parceria com a UFJF, os serviços assistenciais oferecidos à população são atrelados a pesquisas. Os dados coletados dos

pacientes, mediante devida autorização dos mesmos, são utilizados em pesquisas de diversas áreas, desde pesquisa básica, epidemiologia até pesquisas clínicas.

A UAI-T, enquanto um dos serviços oferecidos, foi criada para ajudar os pacientes com múltiplas condições crônicas e alto risco cardiovascular a parar de fumar, além de realizar pesquisas que visam conhecer as características específicas dessa população. Dessa forma, o tratamento fornece os dados para pesquisas que buscam compreender melhor os usuários desse serviço e o próprio processo de tratamento, o que pode apontar mudanças necessárias, levando a realizações de melhorias e maior eficácia das intervenções realizadas.

Para a realização dessas pesquisas, os dados das fichas dos pacientes utilizadas durante as reuniões do grupo de tratamento são digitados em bancos de dados separados para cada projeto. No intuito de facilitar e agilizar esse processo, surgiu a ideia de criar um registro eletrônico (RE) para o gerenciamento desses dados em um banco de dados único, completo e seguro.

O desenvolvimento do RE foi, portanto, uma forma de aliar novas tecnologias às práticas clínica e de pesquisa, para facilitar e potencializar o processo de coleta e manutenção de dados para pesquisas futuras. Uma vez que os dados são transferidos do registro em papel (RP) das fichas individuais dos usuários para o RE, eles já estão prontos para serem utilizados e analisados.

3.8 Desenvolvimento do questionário telefônico

O desenvolvimento do questionário telefônico foi motivado pela percepção da necessidade de acompanhamento dos usuários que já haviam deixado de frequentar os grupos de tratamento. A equipe da UAI-T notou que havia uma queda na participação dos pacientes após as 4 reuniões iniciais, sendo que muitos não voltavam para o seguimento

de manutenção após os três primeiros meses do tratamento, o que acarreta a perda de contato e interrupção do processo.

Para suprir a falta de contato e incentivar os usuários a continuar o tratamento, desenvolveu-se o questionário telefônico eletrônico que será adotado como procedimento de rotina para coleta de dados diretamente no REDCap seis e doze meses após a 12ª semana do tratamento. Esse questionário foi desenvolvido em conjunto pela equipe UAI-T, abordando perguntas sobre o status atual de fumo e, de acordo com as respostas, perguntas mais específicas sobre a abstinência ou sobre os hábitos tabágicos atuais. A aplicação desse questionário no presente estudo foi realizada como estratégia para identificar eventual necessidade de mudanças antes de sua implantação efetiva como parte da rotina da UAI-T. Para tanto, foram efetuadas ligações para os participantes dos 12 grupos consecutivos realizados no primeiro ano de funcionamento da UAI-T.

3.9 Análises dos dados

Análises descritivas foram utilizadas para descrever a amostra do ambulatório. Foram utilizados percentuais, médias, medianas e desvios padrão, dependendo da natureza da variável. Testes qui-quadrado para associações entre variáveis categóricas foram aplicados para se avaliar fatores associados à aderência e cessação.

3.10 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/FCMS/FJ/SUPREMA, através do parecer nº 1.103.000 em 26/05/2015 (Anexo 1). A pesquisa teve início após a liberação do acesso aos prontuários necessários por parte da direção da Fundação Imepen e dos profissionais responsáveis pelo grupo de tratamento para o tabagismo (Anexo 2).

4. Resultados

4.1 Criação do registro eletrônico utilizando a plataforma REDCap

O processo de criação do RE começou com o acesso ao registro em papel (RP) que estava sendo utilizada pela equipe da UAI-T em julho de 2014 (anexo 3) e o levantamento das variáveis e informações nele contidas. De posse dessas informações, e com o acesso ao REDCap garantido, os recursos de treinamento disponíveis no site do REDCap foram usados para aprender a utilizar as ferramentas disponíveis para a criação de formulários. Essa etapa foi importante para a concepção de um esquema geral de como seria o RE que pudesse atender tanto às necessidades do cotidiano do serviço quanto das pesquisas realizadas.

Em seguida, foi definido que a primeira versão do RE seria completamente baseada no RP em uso, e que mudanças e adaptações seriam feitas posteriormente com o consentimento da equipe. Com isso, procedeu-se a criação do RE. Cada sessão da ficha dos pacientes foi transformada em um instrumento de coleta de dados, totalizando 9 instrumentos por registro, sendo eles: Sociodemográfico, Anamnese, História Tabágica, FTND, PHQ-2, URICA, Escore Issa, Régua de Motivação e Abordagem Individual.

Nessa primeira versão do RE, os campos de preenchimento das variáveis foram basicamente configurados como campos de texto, campos de única e múltipla escolha e campos de resposta sim ou não. Para o FTND, o PHQ-2 e o Escore Issa foram usados campos de cálculo automático para a obtenção do resultado de cada um dos testes. Na abordagem individual, havia o campo para anotação do número de cigarros fumados por dia, a régua de motivação e um espaço para as observações feitas durante as reuniões.

Na elaboração dessa primeira versão, notou-se que havia variáveis repetidas nas fichas que poderiam ser combinadas para garantir maior fluidez no preenchimento. Na parte da Anamnese, por exemplo, o paciente era perguntado sobre a presença de ansiedade

e depressão tanto na seção da anamnese clínica como na seção dos antecedentes psiquiátricos. A parte da História tabágica também estava confusa, e as perguntas sobre as tentativas anteriores de cessação e o período de tempo que conseguiu se manter abstinente eram encontradas duas vezes. Essa observação levou a uma reorganização da ficha de papel usada nas reuniões. Mantivemos o questionamento sobre a presença de ansiedade e depressão nos antecedentes psiquiátricos, acrescentamos a opção “outras drogas” na anamnese clínica e reorganizamos a parte da história tabágica.

Em seguida, procedeu-se o início da digitação dos dados das fichas dos 12 primeiros grupos consecutivos que formaram a amostra desse estudo. Durante a digitação, novas alterações foram feitas no RE, acarretando mudanças também nas fichas de papel. Foi observado que dados sobre a contribuição para a previdência eram raramente preenchidos, o que levou à retirada dessas perguntas. Notou-se ainda que a pergunta sobre o status de fumo dos pacientes era redundante, uma vez que todos aqueles que frequentam o grupo fumam e estão em busca da cessação, e essa pergunta também foi retirada. Da mesma forma, percebeu-se que a régua de motivação que constituía o oitavo instrumento de coleta de dados era repetida na abordagem individual da sensibilização. Assim, optou-se por manter todas as régua de motivação em “Atendimento individual” e eliminar o instrumento independente.

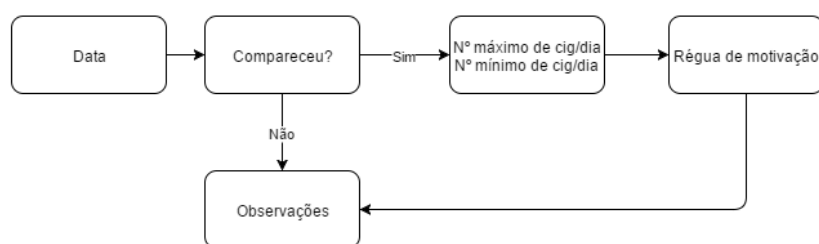
Além disso, notou-se que os pacientes muitas vezes definiam um intervalo, e não um número inteiro, para o número de cigarros fumados por dia (ex.: “fumo de 10 a 15 cigarros por dia”). Isso levou à divisão do campo “número de cigarros/dia” em dois campos, “número máximo de cigarros fumados por dia” e “número mínimo de cigarros fumados por dia”, para que fosse possível a realização de análises posteriores sem a necessidade de transformar essa variável em uma variável categórica. Ainda na “História tabágica”, percebeu-se que alguns gatilhos que não estavam discriminados como opções

de múltipla escolha, como ir ao banheiro e alimentar-se, se repetiam com frequência. Eles foram, então, acrescentados à lista para diminuir a necessidade de respostas abertas no questionário.

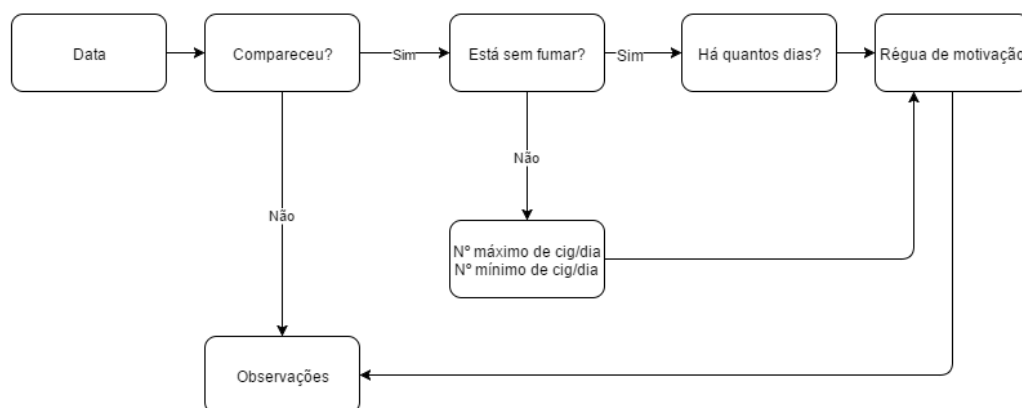
No intuito de tornar o RE mais conciso e fechado, criou-se a opção de marcar as classes de medicamentos usadas por cada paciente. Com base nos medicamentos presentes nas fichas analisadas, foi decidido que eles seriam classificados em antihipertensivos, antidiabéticos, antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, estatinas, fibratos, antiagregantes plaquetários, sedativos, antiepiléticos, antipsicóticos, vasodilatadores periféricos, broncodilatadores de curta, LABA, CI, LABA+CI, outros e vitaminas. Os campos para os resultados dos exames de pulmões, abdome, MMII, Rx torax, espirometria e ITB também foram categorizados.

Foi realizada ainda uma reestruturação na “Abordagem individual”. Foram acrescentados espaços para as reuniões de manutenção quinzenais e mensais, os dados importantes foram sistematizados, e o campo de observações ficou destinado a anotações como falas e sentimentos relatados pelo paciente durante a reunião (*Figura 2*). Assim, foram acrescentados em todas as reuniões os campos “está sem fumar”, seguido de “há quantos dias” está sem fumar, caso a resposta à pergunta anterior for afirmativa, e “número máximo e número mínimo de cig/dia, caso a resposta seja negativa. A partir da terceira reunião, foi acrescentado o campo “está tomando medicamento?” e, caso a resposta for sim, os campos “bupropiona” e “TRN”, que são os medicamentos disponibilizados para o tratamento. Na quarta, oitava e décima-segunda reuniões foram acrescentados ainda campos para a anotação do resultado do teste de monóxido de carbono exalado.

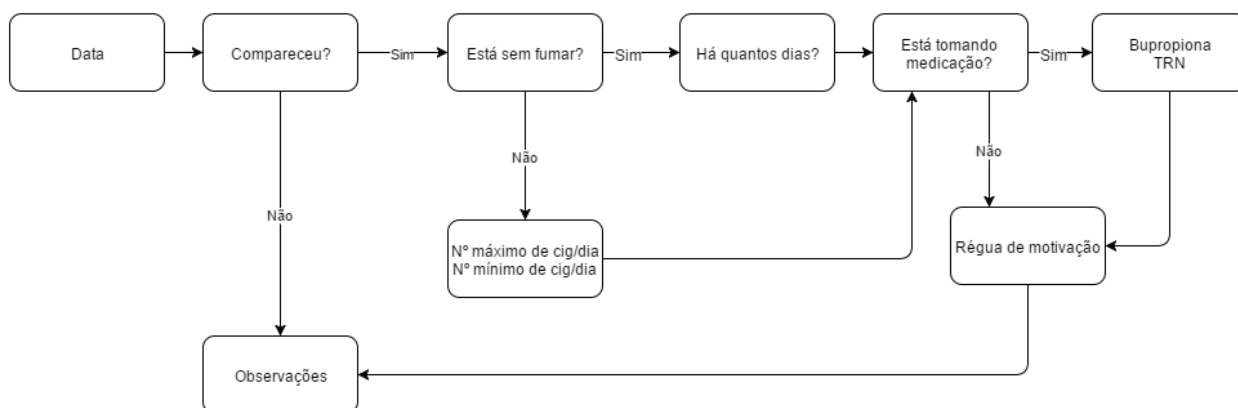
Sensibilização



1ª e 2ª reuniões



3ª reunião, retornos xxxx



4ª reunião, retornos xxxx

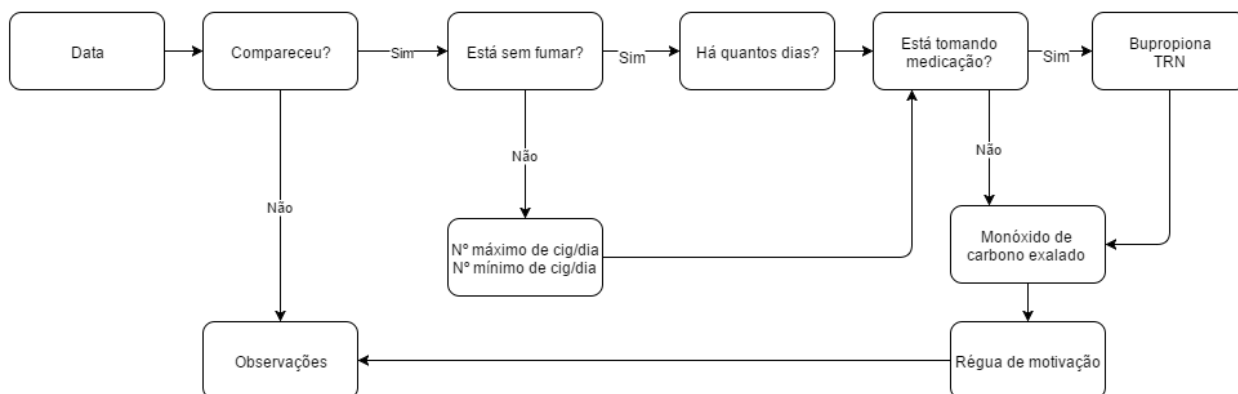


Figura 2 – Fluxograma das informações coletadas durante as reuniões

Onde: cig = cigarros

Esse processo de criação do RE gerou uma reflexão sobre o RP utilizado durante a realização dos grupos e culminou em sua alteração para que a digitação dos dados se torne um processo fácil e intuitivo, resultando na criação de uma nova versão do RP usada atualmente (Anexo 4). Além dos limitadores definidos durante a criação dos campos no REDCap, foi criado ainda um *codebook* de digitação, para assegurar que todos os digitadores preencham o PE da mesma forma. A criação do RE foi um importante passo para pesquisas sobre o serviço (Anexo 5).

4.2 Descrição das características dos usuários atendidos pela UAI-T em seu primeiro ano de funcionamento

A média de idade dos pacientes que frequentaram a UAI-T em seu primeiro ano de funcionamento foi de $54,9 \pm 10,3$ anos. A maioria (58,2%) era feminina, 40,8% da amostra alegaram ser casados e 65,3% alegaram morar em residência própria. Com relação à escolaridade, 51,0% alegaram ser analfabetos ou não terem completado o ensino fundamental. Quanto à situação profissional, 57,1% não trabalham e, destes, 43,9% estão aposentados. As características sociodemográficas mais detalhadas da amostra estão apresentadas na *Tabela 1*.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

Variáveis		Frequência (%)	Média (DP)
Sexo	Masculino	41 (41,8)	
	Feminino	57 (58,2)	
Idade			54,9 (10,3)
Faixa etária	15 a 24 anos	1 (1,0)	
	25 a 34 anos	2 (2,0)	
	35 a 44 anos	10 (10,2)	
	45 a 54 anos	25 (25,5)	
	55 a 64 anos	37 (37,8)	
	65 anos ou mais	14 (14,3)	
Estado Civil	Solteiro (a)	23 (25,5)	
	Casado (a)	40 (40,8)	
	Viúvo (a)	13 (13,3)	
	União estável	5 (5,1)	
	Separado/divorciado	10 (10,2)	
Moradia	Própria	64 (65,3)	
	Alugada	12 (12,2)	
	Cedida	3 (3,1)	
	Outros	2 (2,0)	
Escolaridade	Analfabeto	14 (14,3)	
	Fundamental Incompleto	36 (36,7)	
	Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	27 (27,6)	
	Ensino Médio Completo ou mais	15 (15,3)	
Trabalha	Sim	27 (27,6)	
	Não	56 (57,1)	
Aposentado	Sim	43 (43,9)	
	Não	39 (39,8)	

Os dados da anamnese clínica estão apresentados na *Figura 3*. Nota-se que o fator de risco mais presente foi o sedentarismo. Entre as condições crônicas mais prevalentes na amostra, nota-se uma elevada taxa de HAS (91,8%), seguida por DM (52,0%), DRC (30,6%) e IAM/ICO (29,6%). Entre os antecedentes psiquiátricos, o mais frequentemente alegado foi a ansiedade. As médias dos exames laboratoriais estão apresentados na *Tabela 2*. Quanto ao estado nutricional, com base no cálculo do IMC, 43,9% estão obesos e 33,7% apresentam sobrepeso. Nas *Figura 4* e *Figura 5* estão apresentadas as classes de medicamentos consumidos pela amostra e o número de medicamentos consumidos simultaneamente.

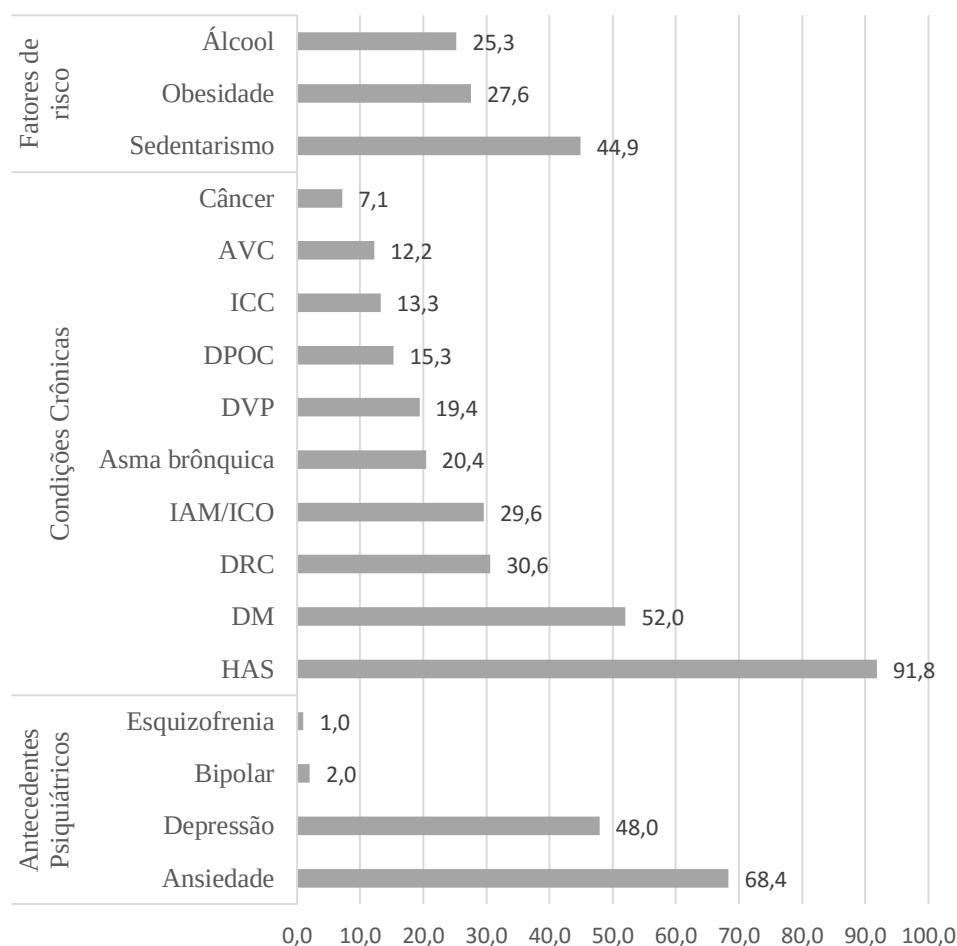


Figura 3 – Frequência dos fatores de risco, condições crônicas, condições agudas e antecedentes psiquiátricos na amostra estudada

Onde: DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica; DRC = Doença renal crônica; DM = Diabetes mellitus; HAS = Hipertensão arterial sistêmica; AVC = Acidente vascular cerebral; ICC = Insuficiência cardíaca congestiva; DVP = Doença vascular periférica; IAM/ICO = Infarto agudo do miocárdio / insuficiência coronariana.

Tabela 2 – Dados clínicos e de exames complementares

Exame	Média (DP)	Frequência (%)
Altura (cm)	160,6 (19,1)	
Peso (Kg)	76,8 (18,1)	
IMC (Kg/m ²)	30,9 (11,8)	
Baixo Peso		1 (1,0)
Eutrófico		21 (21,4)
Sobrepeso		33 (33,7)
Obeso		43 (43,9)
Circunferência Abdominal (cm)	101,1 (14,7)	
CA feminina aumentada		90 (91,8)
CA masculina aumentada		77 (78,6)
PAS (mmHg)	132,6 (21,1)	
PAD (mmHg)	82,8 (15,6)	
FC (bpm)	92,7 (128,7)	
HG (g/%)	17,4 (18,5)	
HTC (%)	42,7 (7,2)	
Glicose (mg/dL)	138,4 (67,4)	
HG gli (%)	7,8 (2,8)	
Creatinina (mg/dL)	1,2 (0,6)	
TFG (ml/min)	63,1 (27,7)	
Colesterol total (mg/dL)	191,6 (42,4)	
HDL (mg/dL)	47,1 (14,6)	
LDL (mg/dL)	119,8 (31,3)	
TG (mg/dL)	192,9 (128,0)	
Ácido úrico (mg/dL)	5,7 (2,0)	
TSH (mcg/dL)	1,7 (0,9)	
RACU	6,1 (20,5)	
Proteinúria 24h (mg/24h)	284,7 (548,7)	

Onde: IMC = Índice de massa corporal; CA = Circunferência abdominal; PAS = Pressão arterial sistólica; PAD = Pressão arterial diastólica; FC = Frequência cardíaca; HG = Hemoglobina; HTC = Hematócrito; HG gli = Hemoglobina glicada; TFG = Taxa de filtração glomerular medida pela fórmula MDRD; HDL = HDL colesterol; LDL = LDL colesterol; TG = Triglicérides; TSH = Hormônio tireoestimulante; RACU = Relação albumina creatinina urinária (mg de albumina/g de creatinina)

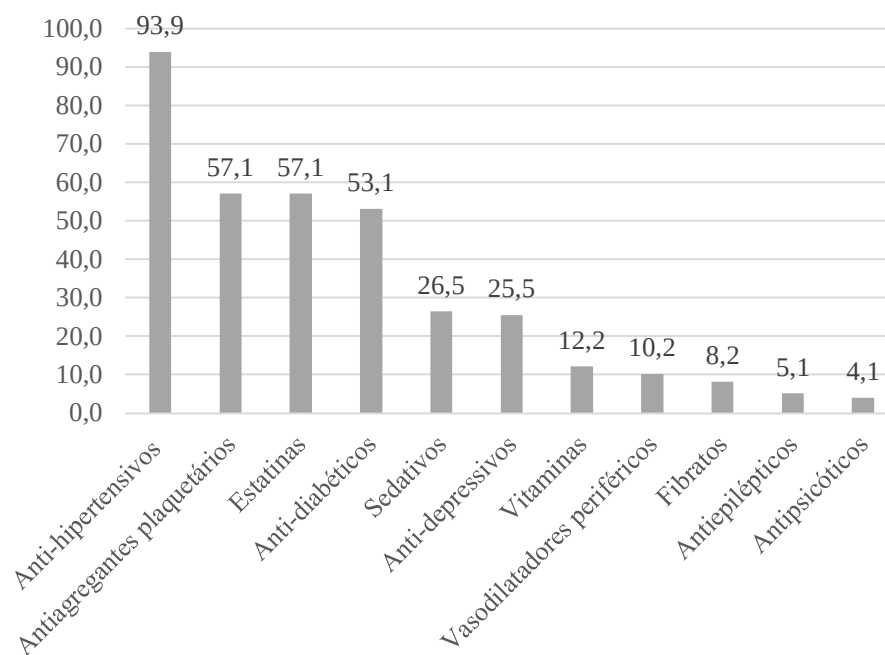


Figura 4 – Medicamentos usados pela amostra

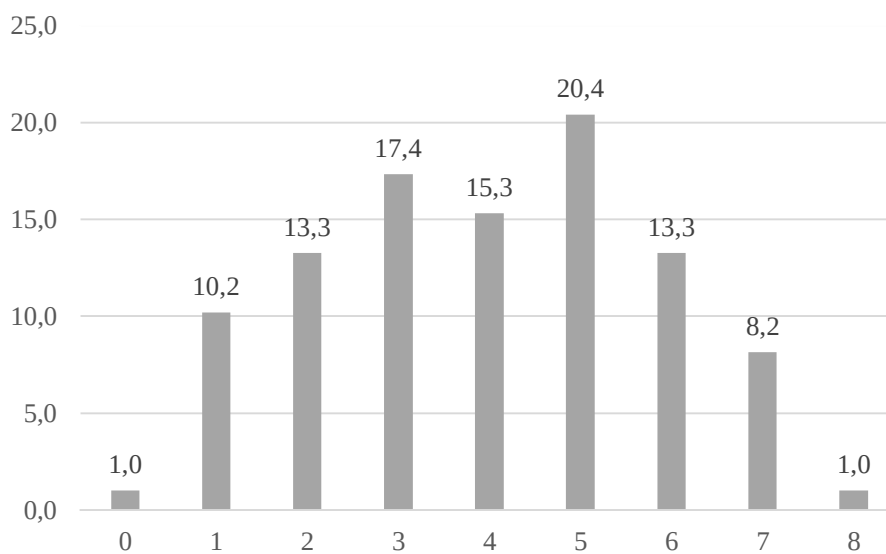


Figura 5 – Número de medicamentos utilizados por paciente

Na análise da história tabágica, notou-se que o tempo médio de consumo de cigarros foi de 35,9 anos (DP=12,8), sendo que a idade média da iniciação do consumo foi aos 18,9 anos (DP=9,2). Os participantes alegaram fumar por dia uma média de 20,75 (DP= 12,9) a 21,2 (DP=13,0) cigarros por dia. Os fatores identificados como gatilhos para fumar podem estão representados na *Figura 6*. Quando perguntados se já haviam tentado parar de fumar, 67,4% responderam afirmativamente, e a média de tentativas foi de 1,2 vezes (DP=2,6). Desses, 9,2% alegaram ter feito algum tipo de tratamento.

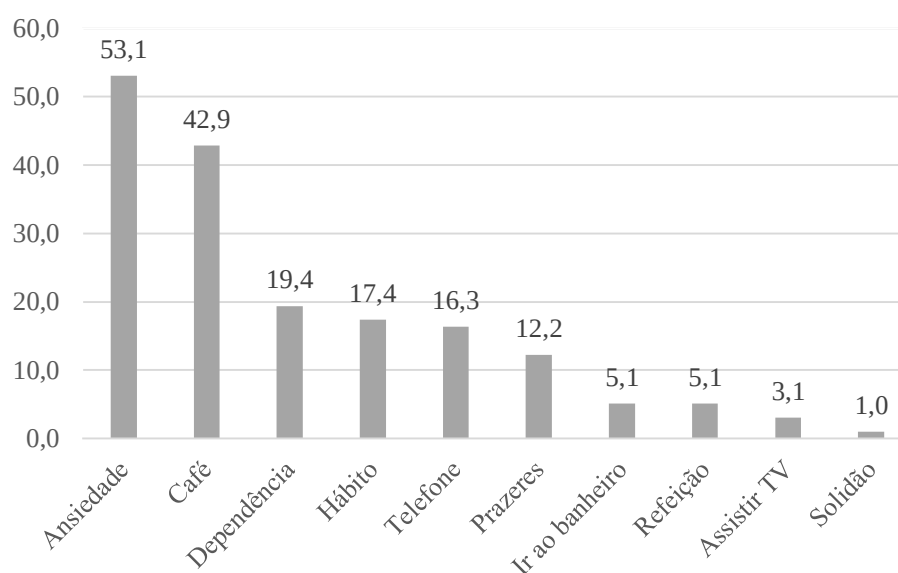


Figura 6 – Fatores identificados como gatilhos para fumar

O TFND foi completado por 93 participantes, e a média de pontos foi de 6,1 (DP=2,3). Na classificação do escore final, 37,6% apresentaram nível elevado de dependência da nicotina e 30,1% apresentaram níveis muito elevados, totalizando 67,7% do total da amostra. O PHQ-2 foi completado por 95 participantes. A média de pontos foi 2,6 (DP=2,2), e 34,7% pontuaram positivamente no rastreio de depressão.

A URICA foi preenchida para 80 pacientes. Desses, 42,5% foram classificados no estágio de pré-contemplação, 42,5%, no estágio de contemplação, 2,5% no estágio de

preparação e, por fim, 12,5% no estágio de ação. Já o Escore Issa foi completado em 23 pacientes, e a média de pontos foi 2,8 (DP=1,4). O escore final apontou que 21,7% apresentam baixa dependência, 34,8% apresentam dependência moderada, e 43,5% apresentam alta dependência.

Os dados obtidos nas reuniões estão apresentados na *Tabela 3*. Nota-se que a taxa de pacientes presentes cai durante as semanas, assim como a porcentagem de fumantes e a média do monóxido de carbono exalado. O número de cigarros fumados por dia também cai continuamente até a oitava semana do tratamento, aumenta na décima e volta a cair na 12ª semana do tratamento. De forma inversa, a porcentagem de abstinentes aumenta continuamente até a 10ª semana e cai na 12ª. Na *Figura 7* estão representadas as taxas de consumo de terapia medicamentosa para a cessação por reuniões.

Tabela 3 – Dados referentes às reuniões dos grupos da UAI-T

	Sensibilização	1ª reunião	2ª reunião	3ª reunião	4ª reunião	6ª semana	8ª semana	10ª semana	12ª semana
Compareceu	95,9 (94)	79,6 (62)	63,3 (62)	60,2 (59)	55,1 (54)	50,0 (49)	43,88 (43)	36,73 (36)	28,6 (28)
Fuma ^a	100,0 (94)	88,2 (30)	41,9 (26)	59,3 (35)	79,1 (34)	23,3 (31)	41,9 (18)	23,5 (8)	23,1 (6)
Nº máx. cigarros/dia	21,8 ± 13,3	15,8 ± 8,3	13,2 ± 7,6	12,9 ± 8,4	11,1 ± 8,5	8,5 ± 5,4	6,9 ± 4,7	8,3 ± 6,8	3 ± 2
Nº mín. cigarros/dia	21,0 ± 13,2	15,5 ± 8,4	12,5 ± 7,2	12,2 ± 7,4	10,94 ± 8,57	8,46 ± 5,44	6,66 ± 4,63	6,71 ± 7,36	2,4 ± 2,07
Não fuma ^a	-	11,7 (4)	4,8 (3)	8,5 (5)	20,9 (9)	32,7 (16)	58,1 (25)	76,5 (26)	76,9 (20)
Dias sem fumar	-	4 ± 1,73	5 ± 1,73	9,4 ± 5,77	12,77 ± 8,49	15,80 ± 14,67	37,82 ± 54,37	49,40 ± 70,24	60,10 ± 89,94
Sem informação ^b		56,4 (44)	53,2 (33)	32,2 (19)	20,4 (11)	4,1 (2)	0,0	5,6 (2)	7,4 (2)
Monóx. Ppm	12.36 ± 7.31	-	-	-	10,94 ± 6,85	-	-	-	-
Monóx. CoHb	2,70 ± 1,18	-	-	-	2,42 ± 1,06	-	-	-	-
Régua	9,18 ± 1,54	9,29 ± 1,58	9 ± 2	9,03 ± 1,72	9,18 ± 1,32	-	-	-	-

^a Percentual de fumantes e não fumantes calculado a partir do total de comparecimento em cada reunião

^b Percentual de dados faltantes sobre o status de tabagismo calculado a partir do comparecimento em cada reunião

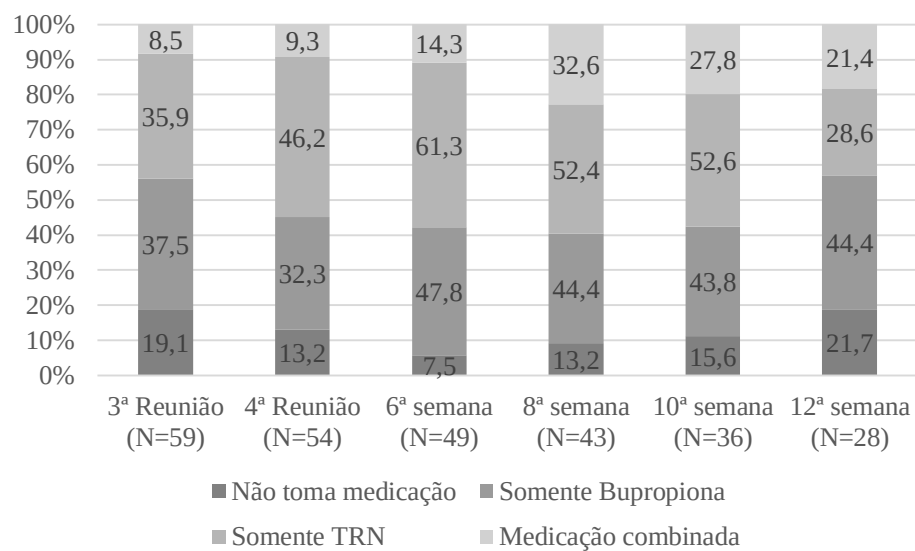


Figura 7 – Taxa de utilização de medicação por reuniões

Onde TRN = Terapia de reposição de nicotina

4.3 Avaliação das características relacionadas à aderência

Para a fins de análise e conforme o que é estabelecido pelo INCA (2001), consideramos aderentes aqueles que estiveram presentes em pelo menos 75% das 4 primeiras reuniões dos grupos de tratamento. Como na UAI-T é realizada uma reunião inicial (sensibilização) que não faz parte do programa do INCA, o comparecimento nessa reunião não foi considerado na análise da aderência. Também para fins de análises, devido ao número reduzido da amostra estudada, a classificação dos resultados das escalas utilizadas foi agrupada para que fosse alcançado maior grau de consistência.

Na amostra analisada, 59,2% (n=58) dos pacientes foram aderentes. Na *Tabela 4* estão apresentados os resultados das análises das variáveis sociodemográficas. Talvez devido ao tamanho da amostra, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre essas variáveis e a aderência ao tratamento. Na *Tabela 5*, entre as variáveis da anamnese clínica, apenas o relato de IAM/ICO apresentou significância ($p=0,016$), sendo que 45% dos não aderentes alegaram haver sofrido infarto e apenas 19% dos aderentes alegaram o mesmo.

Tabela 4 – Associação entre as variáveis sócio-demográficas e a aderência

Variáveis	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	p-valor
Sexo			0,598
Masculino	23 (39,7)	18 (45,0)	
Feminino	35 (60,3)	22 (55,0)	
Faixa etária			0,683
15 a 24 anos	0 (0,0)	1 (2,5)	
25 a 34 anos	1 (1,7)	1 (2,5)	
35 a 44 anos	8 (13,8)	2 (5,0)	
45 a 54 anos	15 (25,9)	10 (25,0)	
55 a 64 anos	20 (34,5)	17 (42,5)	
65 anos ou mais	8 (13,8)	6 (15,0)	
Estado civil			0,789
Solteiro (a)	12 (22,6)	11 (29,0)	
Casado (a)	24 (45,3)	16 (42,1)	
Viúvo (a)	8 (15,1)	5 (13,2)	
União estável	4 (7,6)	1 (2,6)	
Separado/divorciado	5 (9,4)	5 (13,2)	
Moradia			0,449
Própria	36 (76,6)	28 (82,4)	
Alugada	8 (17,0)	4 (11,8)	
Cedida	1 (2,1)	2 (5,9)	
Outros	2 (4,3)	0 (0,0)	
Escolaridade			0,752
Analfabeto	10 (18,5)	4 (10,5)	
Fundamental Incompleto	20 (37,0)	16 (42,1)	
Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	15 (27,8)	12 (31,6)	
Ensino Médio Completo ou mais	9 (16,7)	6 (15,8)	
Trabalha	17 (35,4)	10 (28,6)	0,511
Aposentado	23 (51,1)	20 (54,1)	0,791

*Teste qui-quadrado

Tabela 5 – Associação entre as variáveis da anamnese clínica e a aderência

Variáveis	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	p-valor
HAS	53 (91,4)	37 (92,5)	0,703
DM	29 (50,0)	22 (55,0)	0,837
DRC	20 (34,5)	10 (25,0)	0,597
Asma Brônquica	9 (15,5)	11 (27,5)	0,195
DPOC	7 (21,1)	8 (20,0)	0,532
Câncer	6 (10,3)	1 (2,5)	0,227
Sedentarismo	26 (44,8)	18 (45,0)	0,643
Obesidade	15 (25,9)	12 (30,0)	0,862
Álcool	16 (28,1)	8 (21,1)	0,509
IAM/ICO	11 (19,0)	18 (45,0)	0,016*
DVP	10 (17,2)	9 (22,5)	0,262
ICC	7 (12,1)	6 (15,0)	0,607
AVC	6 (10,3)	6 (15,0)	0,406
Depressão	28 (48,3)	33 (57,5)	0,369
Ansiedade	20 (34,5)	11 (27,5)	0,465
Bipolar	56 (96,6)	40 (100,0)	0,235
Esquizofrenia	58 (100,0)	39 (97,5)	0,226
Estado nutricional			0,132
Baixo Peso	1 (1,7)	0 (0,0)	
Eutrófico	15 (25,9)	6 (15,0)	
Sobrepeso	22 (37,9)	11 (27,5)	
Obeso	20 (34,5)	23 (57,5)	

Teste qui-quadrado; *Valor estatisticamente significativo

Onde: HAS = Hipertensão arterial sistêmica; DM = Diabetes mellitus; DRC = Doença renal crônica; DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica; IAM/ICO = Infarto agudo do miocárdio / insuficiência coronariana; DVP = Doença vascular periférica; ICC = Insuficiência cardíaca congestiva; AVC = Acidente vascular cerebral.

Na avaliação da história tabágica (*Tabela 6*), nota-se que tentativas anteriores de parar de fumar estão associadas com a aderência ($p=0,044$), sendo que 80% dos não aderentes já fizeram alguma tentativa enquanto 60,7% dos aderentes o fizeram. Nota-se também que, entre os aderentes, 62,1% disseram que sentir-se ansioso era um gatilho para fumar. Esse gatilho também se apresentou associado com a aderência ou não aderência dos pacientes ($p=0,031$). Os resultados finais dos testes (*Tabela 7*) não apresentaram associações estatisticamente significativas com a aderência.

Tabela 6 – Associação entre as variáveis da história tabágica e a aderência

Variáveis	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	p-valor
Já tentou parar de fumar	34 (60,7)	32 (80,0)	0,044*
Abstinência severa	11 (54,4)	7 (43,8)	0,603
Ganho ponderal	5 (33,3)	6 (50,0)	0,381
Lapsos	7 (70,0)	5 (62,5)	0,737
Já fez tratamento	5 (9,3)	4 (11,1)	0,774
Dependência	14 (24,1)	5 (12,5)	0,152
Hábito	12 (20,7)	5 (12,5)	0,293
Prazeres	9 (15,5)	3 (7,5)	0,234
Café	27 (46,6)	15 (37,5)	0,373
Telefone	10 (17,2)	6 (15,0)	0,768
Ansiedade	36 (62,1)	16 (40,0)	0,031*
Solidão	1 (1,7)	0 (0,0)	0,404
Assistir	1 (1,7)	2 (5,0)	0,355
Ir ao banheiro	2 (3,5)	3 (7,5)	0,370
Refeição	4 (6,9)	1 (2,5)	0,331

Teste qui-quadrado; *Valores estatisticamente significativos

Tabela 7 – Associação entre o resultado final dos testes e a aderência

Variáveis	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	p-valor
Fagerstrom			0,708
Muito Baixo, Baixo ou Moderado	19 (32,8)	11 (27,5)	
Elevado	22 (37,9)	13 (32,5)	
Muito Elevado	14 (24,1)	14 (35,0)	
PHQ-2			0,613
Negativo	38 (65,5)	24 (60,0)	
Positivo	19 (32,8)	14 (35,0)	
Motivação			0,837
Pré-contemplação	20 (40,0)	14 (46,7)	
Contemplação	22 (44,0)	12 (40,0)	
Preparação ou Ação	8 (16,0)	4 (13,3)	
Escore Issa			0,341
Baixa ou Moderada	10 (17,2)	3 (7,5)	
Alta	5 (8,6)	5 (12,5)	

Teste qui-quadrado;

4.4 Avaliação das características relacionadas à cessação tabágica

A cessação na 4ª semana de tratamento foi analisada em relação àqueles que compareceram na 4ª reunião do grupo de tratamento (n=54). Na análise da cessação nessa semana, as variáveis sociodemográficas (*Tabela 8*) não apresentaram grau de significância estatística. Apesar disso, o percentual do sexo feminino de não fumantes na 4ª reunião é bastante inferior ao percentual de não fumantes do sexo masculino (22,2% e 77,8% respectivamente).

A cessação na 8ª semana de tratamento foi analisada em relação àqueles que compareceram no 2º retorno quinzenal do grupo de tratamento (n=43). Entre as variáveis sociodemográficas analisadas (*Tabela 8*), apenas estar aposentado apresentou relação significativa com a cessação nessa semana ($p=0,006$), sendo que a maioria dos que estavam sem fumar na 8ª semana não eram aposentados. A cessação na 12ª semana de tratamento foi analisada em relação àqueles que compareceram no 4º retorno quinzenal do grupo de tratamento (n=28). Nessa semana, nenhuma variável sociodemográfica (*Tabela 8*) esteve relacionada com a cessação.

Tabela 8 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e a cessação na 4ª, 8ª e 12ª semana

Variáveis	4ª semana		p-valor	8ª semana		p-valor	12ª semana		p-valor
	Não fuma n (%)	Fuma n (%)		Não fuma n (%)	Fuma n (%)		Não fuma n (%)	Fuma n (%)	
Sexo			0,072			0,234			0,352
Masculino	7 (77,8)	15 (44,1)		8 (32,0)	9 (50,0)		11 (55,0)	2 (33,3)	
Feminino	2 (22,2)	19 (55,9)		17 (68,0)	9 (50,0)		9 (45,0)	4 (66,7)	
Faixa etária			0,301			0,662			0,530
25 a 34 anos	0 (0,0)	1 (2,9)		1 (4,0)	1 (5,6)		1 (5,0)	0 (0,0)	
35 a 44 anos	2 (22,2)	3 (8,8)		4 (16,0)	2 (11,1)		2 (10,0)	1 (16,7)	
45 a 54 anos	0 (0,0)	7 (20,6)		5 (20,0)	5 (27,8)		4 (20,0)	3 (50,0)	
55 a 64 anos	4 (44,4)	16 (47,1)		8 (32,0)	4 (22,2)		6 (30,0)	0 (0,0)	
65 anos ou mais	3 (33,3)	4 (11,8)		3 (12,0)	5 (27,8)		5 (25,0)	1 (16,7)	
Estado civil			0,900			0,396			0,537
Solteiro (a)	4 (44,4)	9 (29,0)		5 (23,8)	4 (26,7)		3 (16,7)	0 (0,0)	
Casado (a)	3 (33,3)	14 (45,2)		7 (33,3)	9 (60,0)		10 (55,6)	3 (75,0)	
Viúvo (a)	1 (11,1)	4 (12,9)		4 (19,1)	1 (6,7)		1 (5,6)	1 (25,0)	
União estável	1 (11,1)	3 (9,7)		1 (4,8)	0 (0,0)		1 (5,6)	0 (0,0)	
Separado/divorciado	0 (0,0)	1 (3,2)		4 (19,1)	1 (6,7)		3 (16,7)	0 (0,0)	
Moradia			0,688			0,652			1,000
Própria	7 (87,5)	22 (75,9)		14 (73,7)	12 (85,7)		12 (80,0)	4 (80,0)	
Alugada	1 (12,5)	5 (17,2)		3 (15,8)	2 (14,3)		3 (20,0)	1 (20,0)	
Cedida	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (5,3)	0 (0,0)				
Outros	0 (0,0)	2 (6,9)		1 (5,3)	0 (0,0)				
Escolaridade			0,588			0,699			0,365
Analfabeto	2 (22,2)	6 (18,2)		6 (27,3)	2 (13,3)		5 (29,4)	0 (0,0)	
Fundamental Incompleto	5 (55,6)	13 (39,4)		8 (36,4)	8 (53,3)		7 (41,2)	2 (40,0)	
Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	2 (22,2)	9 (27,3)		5 (22,7)	3 (20,0)		2 (11,8)	2 (40,0)	
Ensino Médio Completo ou mais	0 (0,0)	5 (15,2)		3 (13,6)	2 (13,3)		3 (17,7)	1 (20,0)	
Trabalha	2 (25,0)	8 (26,7)	0,924	6 (31,6)	5 (35,7)	0,803	6 (37,5)	3 (75,0)	0,178
Aposentado	5 (62,5)	15 (51,7)	0,588	5 (29,4)	11 (78,6)	0,006*	7 (50,0)	1 (25,0)	0,375

Teste qui-quadrado; * Valor estatisticamente significativos

Com relação às variáveis da anamnese clínica (*Tabela 9*), as análises de associação com a cessação na 4ª e na 12ª semana não apresentaram grau de significância estatística. Na 8ª semana, ter antecedentes psiquiátricos de depressão e ansiedade foram associados com a cessação ($p=0,030$ e $p=0,038$, respectivamente). Entre aqueles que alegaram ter antecedentes de depressão, 72% estavam sem fumar, e entre os que possuíam antecedentes de ansiedade, 80%.

Na relação entre a cessação na 4ª semana e a história tabágica (*Tabela 10*), apenas a ansiedade como um gatilho para fumar apresentou valor de associação significativo ($p=0,034$). A avaliação do resultado final dos testes (*Tabela 11*) revelou que o estágio motivacional no início do tratamento está relacionado com a cessação na 4ª semana ($p=0,052$), sendo que entre aqueles que pararam de fumar, 77,8% estavam em estado de pré-contemplação. Tanto as variáveis da história tabágica quanto os resultados finais dos testes não apresentaram resultados estatisticamente significativos quando associados à cessação na 8ª semana.

Entre as variáveis da história tabágica, apenas ter feito alguma tentativa de cessação anteriormente esteve relacionada com a cessação na 12ª semana. Dos pacientes que estavam sem fumar, 70% alegou já ter realizado tentativas de cessação anteriormente. Os resultados finais dos testes não apresentaram resultados estatisticamente significativos quando associados à cessação na 12ª semana.

A **Figura 8** apresenta a taxa de cessação de acordo com os dados presentes na ficha e o número de cigarros fumados por dia durante o tratamento. Observa-se que a taxa de cessação aumenta e o número de cigarros diminui significativamente entre aqueles que continuam fumando. A **Figura 9** apresenta a tendência de cessação na 4ª, 8ª e 12ª semanas entre aqueles que aderiram e não aderiram ao tratamento, sendo que os aderentes apresentaram maior taxa de cessação ao final das 12 semanas do tratamento.

Tabela 9 – Associação entre as variáveis da anamnese clínica e a cessação na 4ª, 8ª e 12ª semana

Variáveis	4ª semana		p-valor	8ª semana		p-valor	12ª semana		p-valor
	Não fuma	Fuma		Não fuma	Fuma		Não fuma	Fuma	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
HAS	8 (88,9)	32 (94,1)	0,520	23 (92,0)	18 (100,0)	0,219	18 (90,0)	6 (100,0)	0,420
DM	6 (66,7)	16 (47,1)	0,542	15 (60,0)	8 (44,4)	0,313	12 (60,0)	1 (16,7)	0,063
DRC	2 (22,2)	14 (41,)	0,469	7 (28,0)	9 (50,0)	0,141	8 (40,0)	3 (50,0)	0,664
Asma Brônquica	0 (0,0)	4 (11,8)	0,397	6 (24,0)	3 (16,7)	0,559	5 (25,0)	2 (33,3)	0,686
DPOC	1 (11,1)	2 (5,9)	0,503	7 (28)	3 (16,7)	0,278	3 (15,0)	0 (0,0)	0,492
Câncer	0 (0,0)	3 (8,8)	0,558	3 (12,0)	1 (5,6)	0,518	2 (10,0)	0 (0,0)	0,420
Sedentarismo	3 (33,3)	14 (41,2)	0,644	10 (40,0)	10 (55,6)	0,089	10 (50,0)	2 (33,3)	0,164
Obesidade	1 (11,1)	9 (26,5)	0,408	7 (28,0)	6 (33,3)	0,434	5 (25,0)	3 (50,0)	0,245
Álcool	4 (44,4)	6 (18,2)	0,242	5 (20,0)	3 (18,8)	0,922	4 (21,1)	2 (33,3)	0,539
IAM/ICO	1 (11,1)	6 (17,7)	0,637	6 (24,0)	8 (44,4)	0,148	6 (30,0)	2 (33,3)	0,163
DVP	0 (0,0)	3 (8,8)	0,130	4 (16,0)	2 (11,1)	0,474	4 (20,0)	0 (0,0)	0,310
ICC	1 (11,1)	4 (11,8)	0,997	4 (16,0)	2 (11,1)	0,624	3 (15,0)	0 (0,0)	0,492
AVC	0 (0,0)	5 (14,7)	0,331	1 (4,0)	3 (16,7)	0,271	3 (15,0)	0 (0,0)	0,313
Depressão	4 (44,4)	17 (50,0)	0,767	18 (72,0)	7 (38,9)	0,030*	9 (45,0)	3 (50,0)	0,829
Ansiedade	6 (66,7)	23 (67,7)	0,955	20 (80,0)	9 (50,0)	0,038*	10 (50,0)	5 (83,3)	0,147
Bipolar	0 (0,0)	2(5,9)	0,456	1 (4,0)	0 (0,0)	0,391	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Esquizofrenia	1 (11,1)	0 (0,0)	0,049*	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Estado nutricional			0,577			0,098			0,234
Baixo Peso	0 (0,0)	1 (2,9)		1 (4,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Eutrófico	3 (33,3)	5 (14,7)		9 (36,0)	2 (11,1)		7 (35,0)	0 (0,0)	
Sobrepeso	4 (44,4)	16 (47,1)		4 (16,0)	8 (44,4)		6 (30,0)	3 (50,0)	
Obeso	2 (22,2)	12 (35,3)		11 (44,0)	8 (44,4)		7 (35,0)	3 (50,0)	

Teste qui-quadrado; *Valores estatisticamente significativos

Onde: HAS = Hipertensão arterial sistêmica; DM = Diabetes mellitus; DRC = Doença renal crônica; DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica; IAM/ICO = Infarto agudo do miocárdio / insuficiência coronariana; DVP = Doença vascular periférica; ICC = Insuficiência cardíaca congestiva; AVC = Acidente vascular cerebral.

Tabela 10 – Associação entre as variáveis da história tabágica e a cessação na 4ª, 8ª e 12ª semana

Variáveis	4ª semana		p-valor	8ª semana		p-valor	12ª semana		p-valor
	Não fuma n (%)	Fuma n (%)		Não fuma n (%)	Fuma n (%)		Não fuma n (%)	Fuma n (%)	
Já tentou parar de fumar	4 (44,4)	16 (48,5)	0,830	15 (62,5)	11 (61,1)	0,927	14 (70,0)	1 (16,7)	0,020
Abstinência severa	2 (66,7)	5 (50,0)	0,612	5 (50,0)	4 (50,0)	1,000	4 (36,4)	1 (100,0)	0,217
Ganho ponderal	0 (0,0)	3 (50,0)	-	4 (57,1)	3 (60,0)	0,921	2 (28,6)	0 (0,0)	-
Lapsos	0 (0,0)	2 (50,0)	0,361	5 (71,4)	1 (50,0)	0,571	5 (83,3)	0 (0,0)	-
Já fez tratamento	1 (11,1)	3 (9,1)	0,855	22 (95,7)	15 (88,2)	0,379	0 (0,0)	1 (16,7)	0,077
Dependência	3 (33,3)	8 (23,5)	0,549	6 (24,0)	3 (16,7)	0,560	5 (25,0)	1 (16,7)	0,671
Hábito	1 (11,1)	7 (20,6)	0,516	5 (20,0)	3 (16,7)	0,782	5 (25,0)	1 (16,7)	0,671
Prazeres	2 (22,2)	6 (17,7)	0,754	1 (4,0)	2 (11,1)	0,367	0 (0,0)	1 (16,7)	0,063
Café	2 (22,2)	16 (47,1)	0,179	9 (36,0)	9 (50,0)	0,359	8 (40,0)	2 (33,3)	0,768
Telefone	1 (11,1)	6 (17,7)	0,637	3 (12,0)	3 (16,7)	0,663	2 (10,0)	2 (33,3)	0,165
Ansiedade	2 (22,2)	21 (61,8)	0,034	16 (64,0)	10 (55,6)	0,576	13 (65,0)	4 (66,7)	0,940
Solidão	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	1 (5,6)	0,233	1 (5,0)	0 (0,0)	0,576
Assistir	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	1 (5,6)	0,233	1 (5,0)	0 (0,0)	0,576
Ir ao banheiro	0 (0,0)	2 (5,9)	0,456	0 (0,0)	2 (11,1)	0,088	1 (5,0)	1 (16,7)	0,347
Refeição	1 (11,1)	2 (5,9)	0,584	2 (12,0)	1 (5,6)	0,473	2 (10,0)	0 (0,0)	0,420

Teste qui-quadrado; *Valores estatisticamente significativos

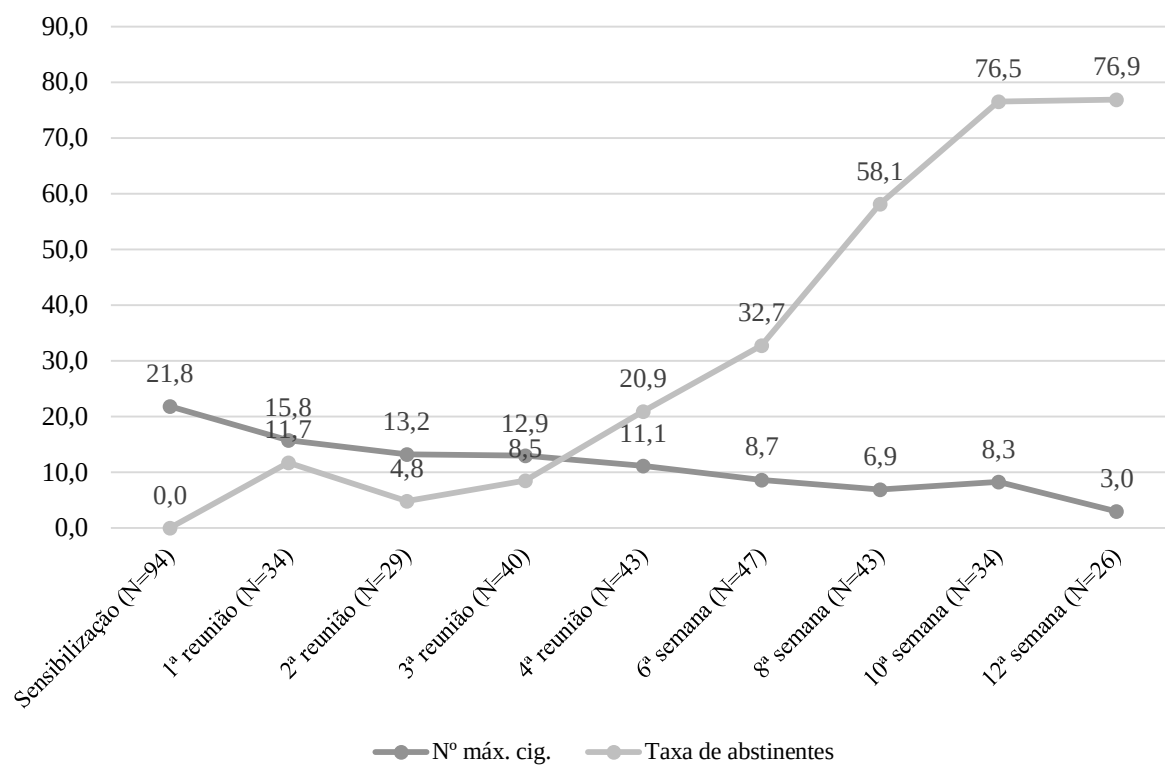


Figura 8 – Taxa de cessação e número de cigarros consumidos por reunião a partir dos dados disponíveis nas fichas

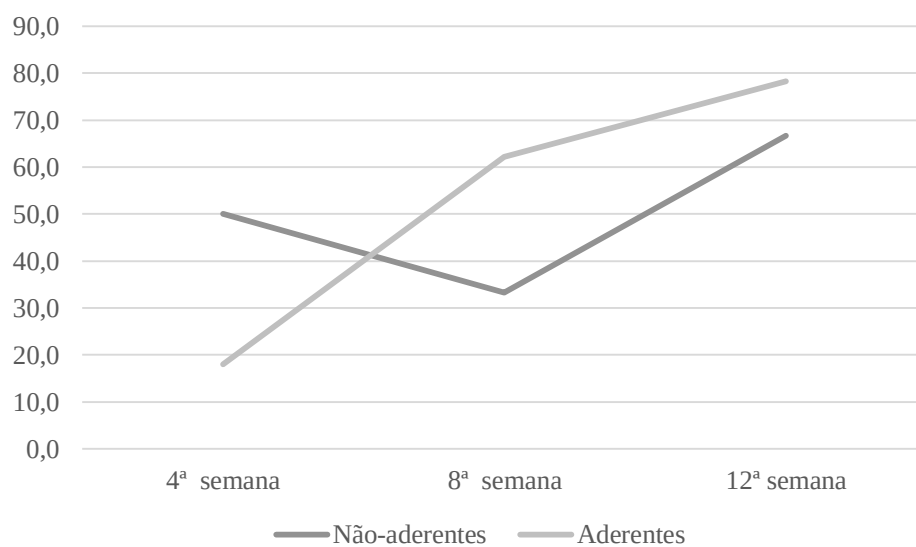


Figura 9 – Tendência de cessação entre os aderentes e não aderentes na 4ª, 8ª e 12ª semana do tratamento

4.5 Desenvolvimento do questionário telefônico utilizando a plataforma REDCap

O questionário telefônico foi desenvolvido para suprir a necessidade de um seguimento presencial sobre a manutenção da cessação. Em reunião com a equipe UAI-T, desenvolvemos o questionário para saber se os pacientes que frequentam os grupos estão realmente deixando de fumar. A ideia é realizar ligações telefônicas para os pacientes 6 e 12 meses após sua participação no grupo, fazendo perguntas sobre seu status de tabagismo (fumante ou ex-fumante) e, de acordo com sua resposta, perguntas mais específicas sobre seus hábitos de tabagismo atuais ou sobre a abstinência.

O fluxo do questionário está representado na *Figura 10*. Caso o paciente respondesse que não fuma, perguntava-se há quanto tempo ele estava abstinente e seguiam-se perguntas a respeito da utilização de medicação, da importância percebida da equipe multidisciplinar e da motivação no tratamento. Perguntou-se também se foi possível identificar algum benefício desde que deixou de fumar, como melhora na respiração e na fadiga, se apresentou algum ganho de peso ao parar de fumar e se houve algum lapso ou recaída.

Se o paciente respondesse que ainda fuma, perguntou-se se ele ficou algum tempo sem fumar. Caso a resposta fosse negativa, perguntou-se se gostaria de voltar a participar das reuniões da UAI-T, e finalizou-se o questionário. Se o paciente afirmasse ter ficado algum tempo sem fumar, perguntou-se a quantidade de tempo, há quanto tempo voltou a fumar e o que fez com que ele recaísse. Perguntou-se ainda se ele tem vontade de parar, qual a sua motivação para parar através da régua de motivação e se ele gostaria de voltar para a UAI-T.

Com a análise dos dados obtidos no decorrer da implementação desse questionário como protocolo padrão, espera-se obter informações que possam enriquecer a intervenção

realizada, principalmente no que diz respeito às dificuldades enfrentadas pelos pacientes atendidos no processo de se manter abstinente

Figura 10 – Fluxograma representando a aplicação do questionário telefônico

4.6 Descrição das características atuais relacionadas ao status de tabagismo dos usuários atendidos pela UAI-T em seu primeiro ano de funcionamento

O questionário telefônico desenvolvido neste trabalho foi aplicado nos pacientes que participaram dos 12 primeiros grupos da UAI-T. Para esse follow-up, foram realizadas três tentativas de contato com os pacientes da amostra estudada através do número de telefone fornecido por eles na época de sua participação nos grupos. Dos 98 participantes, 63 (64,3%) atenderam o telefonema e apenas um (1,6%) se recusou a responder às perguntas. Assim, a amostra final do questionário telefônico foi de 62 pacientes, dos quais 38,7% (24) do sexo masculino e 61,3% (38) do sexo feminino.

Na amostra, 27,4% (17) alegaram ser ex-fumantes e 72,6% (45) ainda fumam. Os 27,4% da amostra que alegaram estar abstinentes estão em média 25,1 (DP=7,71) meses sem fumar e apenas 11,8% alegaram ter sofrido lapsos/recaídas durante esse período (*Tabela 12*). Quando questionados sobre o tratamento, 70,6% relataram uso de medicação, sendo que a medicação combinada (TRN e bupropiona) foi usada por 35,3%, a TRN foi usada por 17,7% e a bupropiona foi usada também por 17,7%.

Entre os fumantes (*Tabela 13*), 44,4% alegaram ter permanecido em média 6,4 meses (DP= 5,25) sem fumar e o principal motivo que levou à recaída foi estresse/ansiedade (90%). Apesar de ainda estarem fumando, o consumo de cigarros por dia diminuiu de 21,8 (DP=13,3) no início do tratamento para 14,7 (DP=8,44). Quando questionados se desejavam parar de fumar, 93,3% responderam afirmativamente. A maioria (86,7%) afirmou desejar voltar para um grupo de tratamento, e os 57,9% que não voltariam para a UAI-T alegaram que o dia e horário das reuniões eram inviáveis, o local de realização dos grupos é distante ou que já receberam alta médica e não realizam mais acompanhamento no serviço.

Tabela 12 – Resultados obtidos com o questionário telefônico entre aqueles que cessaram o consumo do tabaco (n=17)

Variáveis	Frequência (%)	Média (DP)
Desde quando está sem fumar (meses)		25,1 (7,7)
Usou medicação	12 (70,7)	
Medicação usada		
Adesivos	3 (17,7)	
Bupropiona	3 (17,7)	
Medicação combinada	9 (35,3)	
Quando parou de fumar		
Durante a medicação	7 (58,3)	
Após a medicação	5 (41,7)	
Parou de fumar ao final das 4 reuniões	16 (94,1)	
Participou das 4 reuniões	17 (100,0)	
Acha importante a ajuda de uma equipe de saúde	17 (100,0)	
Importância da motivação no processo		9,5 (1,1)
Identificou algum benefício para a saúde	14 (82,4)	
Benefícios percebidos		
Melhora na respiração	14 (100,0)	
Melhora na fadiga	14 (100,0)	
Melhora no olfato	14 (100,0)	
Melhora do paladar	12 (85,7)	
Ganhou peso ao deixar de fumar	16 (94,1)	
Quanto kg aproximadamente		8,6 (6,5)
Teve recaídas	2 (11,8)	

Tabela 13 – Resultados obtidos com o questionário telefônico entre aqueles que fumam atualmente (n=45)

Variáveis	Frequência (%)	Média (DP)
Número de cigarros por dia		14,7 (8,4)
Parou de fumar ao final das 4 reuniões	5 (11,1)	
Participou das 4 reuniões	16 (35,6)	
Ficou algum tempo sem fumar	20 (44,4)	
Quanto tempo (meses)		6,4 (5,3)
Há quanto tempo voltou a fumar (meses)		14,3 (9,0)
Gatilhos que fizeram recair		
Estresse/ansiedade	18 (90,0)	
Perda	6 (30,0)	
Problema financeiro	6 (30,0)	
Doença/morte na família	6 (30,0)	
Algum sintoma de abstinência	9 (45,0)	
Hábitos do dia-a-dia	7 (35,0)	
Influência de outras pessoas	1 (5,0)	
Ganho de peso	2 (10,0)	
Tem vontade de parar de fumar	42 (93,3)	
Régua de motivação para parar		7,8 (2,3)
Gostaria de voltar para um grupo de tratamento	39 (86,7)	
Gostaria de voltar para a UAI-T	16 (42,1)	

Devido ao tamanho reduzido da amostra, as análises de correlação entre as variáveis sociodemográficas, a anamnese clínica, a história tabágica e o resultado final dos testes não apresentaram valores estatisticamente significativos. A *Tabela 14* apresenta as associações que apresentaram significância.

Tabela 14 – Associação entre o status de fumo atual e participação no grupo de tratamento

Variáveis	Ex-fumante n (%)	Fumante n (%)	p valor
Parou de fumar ao final das 4 reuniões	16 (94,1)	5 (17,9)	<0,001
Participou de todas as 4 reuniões	17 (100,0)	16 (53,3)	0,001
Aderentes	17 (100,0)	28 (62,2)	0,003

Teste qui-quadrado

4.7 Dados adicionais

Algumas análises adicionais foram realizadas. Na *Tabela 15* estão apresentados os resultados estatisticamente significativos da associação entre os resultados finais dos testes e o sexo. Foram significativos apenas resultados do FNTD e do PHQ-2, no qual ser do sexo masculino parece relacionado com o resultado negativo para o rastreio da depressão.

Nas *Figura 11*, *Figura 12* e *Figura 13* estão apresentadas a tendência da taxa de cessação segundo o resultado do PHQ-2, do FTND e da URICA, respectivamente. Pode-se notar que aqueles que obtiveram resultados negativos para o rastreio de depressão segundo o PHQ-2 apresentaram maior taxa de cessão ao final das 12 semanas de tratamento. Aqueles que pontuaram níveis de dependência muito baixo, baixo ou moderaram apresentaram menor cessação ao final das duas semanas, sendo que aqueles com pontuação muito elevada foram os que mais cessaram. Com relação ao resultado da URICA, quem obteve maior taxa de cessação foram aqueles que iniciaram o tratamento em estágio de contemplação, seguido de pré-contemplação e preparação/ação.

Tabela 15 – Associação entre o resultado final do FNTD e do PHQ-2 e sexo

Teste	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p-valor
Fagerstrom			0,026
Muito Baixo, Baixo ou moderado	18 (43,9)	12 (12,1)	
Elevado	11 (26,8)	24 (42,1)	
Muito Elevado	12 (29,3)	16 (28,1)	
PHQ-2			0,001
Negativo	35 (85,4)	27 (47,4)	
Positivo	5 (12,2)	28 (49,1)	

Teste qui-quadrado

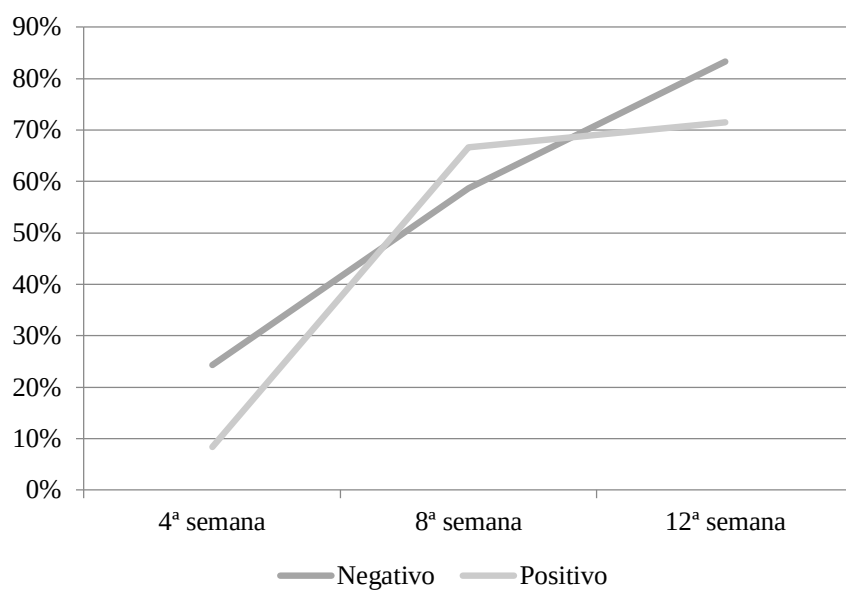


Figura 11 – Taxa de cessação segundo o resultado do PHQ-2

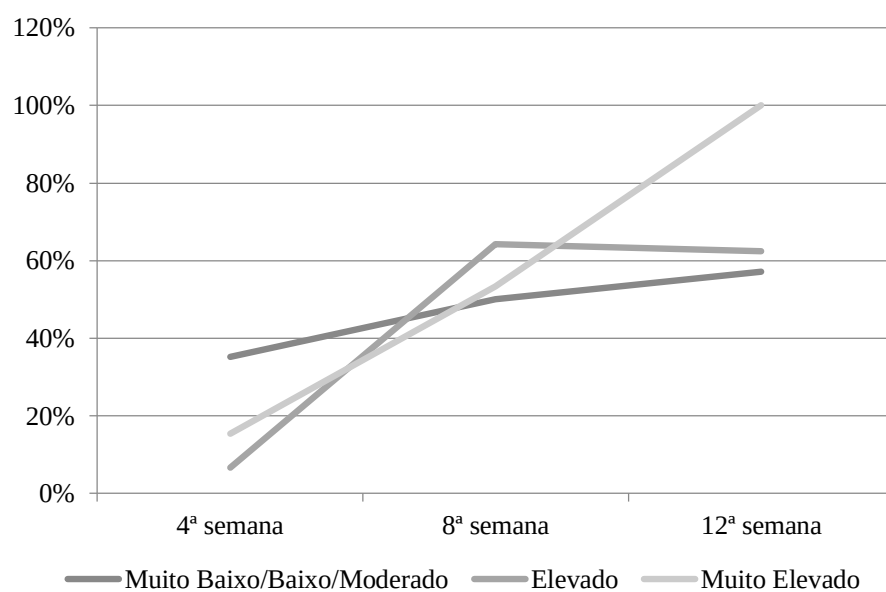


Figura 12 – Taxa de cessação segundo resultado do FTND

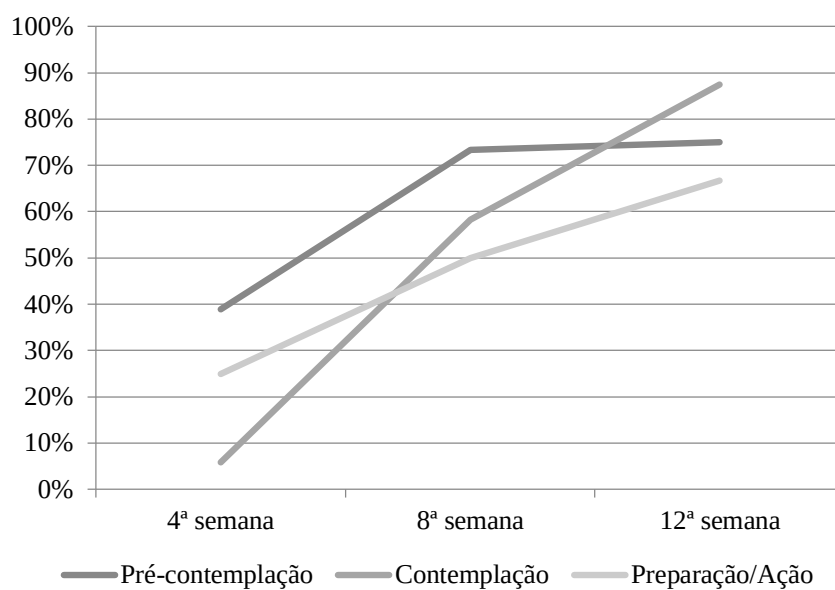


Figura 13 – Taxa de cessação segundo grau de motivação

5. Discussão

Um programa como o da UAI-T na atenção secundária é de grande importância. Pacientes com múltiplas condições crônicas, por exemplo, apresentam melhora na saúde geral e no controle de suas condições após a cessação do consumo do tabaco. Além disso, o tratamento é uma intervenção com bom custo-benefício, e parar de fumar é parte do tratamento de várias doenças (Azevedo et al., 2009; West et al., 2015). O desenvolvimento de um programa como esse em um centro especializado que atende pacientes pelo SUS proporciona acesso a ajuda de equipe multidisciplinar e incentivo para buscar a cessação àqueles que não têm conhecimento da existência do tratamento para o tabagismo, ou ainda não entendem a importância de parar de fumar.

Devido ao tamanho reduzido da amostra, foram realizadas análises descritivas para caracterização dos participantes dos grupos de tratamento e avaliação dos atendimentos realizados no primeiro ano de funcionamento da UAI-T. As análises de associação apresentadas nesse trabalho são apenas de caráter exploratório.

Esse estudo indicou que, à despeito do inquérito telefônico ter sido realizado com a amostragem inicial de pacientes, onde o programa ainda passava por adaptações, alcançou-se uma alta taxa de abstinência. Aos seis meses de acompanhamento, obteve-se 44,4% de abstenhos, dado extremamente valioso quando analisamos a população estudada em suas características de alto e muito alto risco cardiovascular. Apesar da diferença entre as populações pesquisadas, Azevedo e Fernandes (2011) alcançaram 35% de cessação nesse mesmo período, enquanto Faseru et al (2013) e Cox et al (2011) obtiveram 21,0% e 15,9%, respectivamente.

No Brasil, são considerados ex-fumantes aquelas pessoas que permaneceram sem fumar por 12 meses. Segundo a PNS de 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014), naquele ano, a estimativa de ex-fumantes no país foi de 17,5%.

Em nossa amostra, através do questionário telefônico, identificou-se que 27,5% da amostra permanece abstinente cerca de 25,1 (DP=7,7) meses após a participação nos grupos de tratamento, resultado acima da estimativa nacional e semelhante ao encontrado por Cox et al. (2011) aos 24 meses, apesar da diferença entre as amostras analisadas. Esse resultado aponta para a eficácia da abordagem adotada no tratamento ainda em seu período de implantação. Espera-se que, com as mudanças realizadas e as melhorias implementadas ao longo dos três anos de funcionamento, os resultados obtidos com a análise dos novos dados sejam ainda melhores.

Ter diagnóstico psiquiátrico de ansiedade ou depressão esteve associado com não estar fumando na 8ª reunião, embora não tenha apresentado essa associação na 4ª e 12ª semana. Depressão e ansiedade são apontadas como barreiras para a cessação, embora estudo com amostra brasileira não tenha conseguido demonstrar a associação dessas comorbidades psiquiátricas com o fracasso na tentativa de cessação (Azevedo & Fernandes, 2011; Figueiró et al., 2013).

Embora a dependência da nicotina seja um dos principais fatores que dificultam a cessação (Aveyard & Raw, 2012; DiClemente et al., 1991; Figueiró et al., 2013), nesse estudo, aqueles com grau de dependência de nicotina muito elevado segundo o TFDN obtiveram maior taxa de cessação ao final das 12 semanas do tratamento, enquanto aqueles com grau de dependência de muito baixo a moderado foram os que menos cessaram. A partir dos relatos em reunião, parece que esse resultado se deva à dificuldade do paciente compreender que, mesmo que ele esteja fumando apenas um ou dois cigarros por dia, ele continua tabagista e os riscos de doenças e complicações relacionadas a essa condição não diminuem.

O cigarro é uma das causas principais de doença cardíaca coronária, aneurisma, acidente vascular cerebral da aorta, e doença vascular periférica. O risco se manifesta

como um risco aumentado de trombose dos vasos estreitados e como um maior grau de aterosclerose nos vasos. Os riscos cardiovasculares, devido ao tabaco, aumentam tanto com a quantidade de cigarros fumada quanto pela duração do vício, e a cessação do tabagismo reduz os riscos de doenças, embora estes possam permanecer elevados por uma década ou mais após a cessação (Burns, 2003). Ainda que o tabagismo seja um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e coronarianas, e a principal causa de IAM no Brasil (Lanas et al., 2007), na amostra estudada, houve associação entre o relato de IAM/ICO e a aderência, onde aqueles que apresentam histórico dessas doenças revelaram ser menos aderentes ao tratamento.

Nesse estudo, a amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres e pessoas com baixa escolaridade. Apesar do percentual de tabagismo no Brasil ser maior entre os homens, as mulheres tendem a procurar mais tratamento, justificando sua maioria na amostra (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015; Santos, Gonçalves, Leitão Filho, & Jardim, 2008; Sattler & Cade, 2013). Com relação à escolaridade, de forma semelhante a pesquisas nacionais, observamos que a baixa escolaridade está associada a maior consumo de cigarros (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015; Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde, 2011).

O tempo médio de consumo de tabaco ($35,9 \pm 12,8$ anos), indica que a idade de iniciação se deu por volta dos 18,8 anos. Esse resultado pode ser indicador da necessidade de promoção de estratégias de prevenção voltada para o público jovem. De acordo com Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009), uma forma de ajudar a reduzir a incidência de tabagismo é promover em ambientes escolares a conscientização dos jovens a respeito dos malefícios do tabagismo, bem como desenvolver suas habilidades para lidar com dificuldades emocionais.

Com a análise da história tabágica, percebeu-se que 63,4% da amostra já havia tentado parar de fumar, mas que, desses, 82,7% não havia feito nenhum tipo de tratamento antes de participar da UAI-T. Há vários fatores que podem explicar essa pequena busca por tratamento. Ainda é comum, por exemplo, não tratar o tabagismo como uma dependência ou como uma doença. Muitas pessoas, portanto, ainda desconhecem a existência do tratamento e, quando conhecem, não sabem onde procurar por ele ou a quem recorrer. Esse resultado aponta para a necessidade de voltar a atenção para a capacitação de profissionais da saúde, principalmente da atenção primária, para que o tabagismo seja abordado mais frequentemente durante as consultas de rotina, uma vez que ter ajuda no processo de cessação dobra as chances de sucesso (Azevedo et al., 2008; Jain, 2003; Li, Lee, Chen, Jeng, & Chen, 2014).

O resultado do FTND esteve positivamente relacionado com o sexo ($p=0,008$), onde ser do sexo feminino indicou maior grau de dependência. De forma semelhante, o resultado positivo para rastreio de depressão segundo o PHQ-2 também pareceu estar relacionado com o sexo feminino ($p=0,001$). Além disso, a análise do questionário telefônico aponta que 52,94% daqueles que pararam de fumar eram homens e 47,06% eram mulheres. Essa diferença não foi estatisticamente significativa, mas está de acordo com estudos que apontam que as mulheres têm mais dificuldade de parar de fumar e obtém menor sucesso quando comparadas aos homens (Fiore et al., 2008; Nunes & Castro, 2011; Santos et al., 2008).

Observando-se o número de participantes nas reuniões, é notória a diferença entre a Sensibilização e a 12ª semana. Essa diminuição na participação dos grupos pode estar relacionada a diferentes fatores. Alguns pacientes, ao comparecerem na reunião de sensibilização, estão em busca de tratamento medicamentoso imediato para o tabagismo. Esses pacientes tendem a não comparecer nas reuniões seguintes ao perceberem que a

prescrição de medicação é realizada a partir de critérios específicos e avaliação individual realizada pelas médicas da equipe (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA., 2001; Nunes & Castro, 2011). Ainda assim, 59,2% dos participantes aderiram ao tratamento, taxa bastante alta, diferentemente do que o relatado em outras pesquisas (Azevedo et al., 2008; Azevedo & Fernandes, 2011).

Outro motivo pelo qual pacientes tendem a deixar de frequentar o grupo é a vergonha de ter recaído. Durante a realização das ligações do questionário telefônico, observou-se que a principal causa de recaída foi sentir-se estressado/ansioso, assim como em outra pesquisa na área (Buczkowski, Marcinowicz, Czachowski, & Piszczek, 2014). O retorno após a recaída causa constrangimento para alguns, embora seja salientado em todo grupo realizado que os lapsos e recaídas fazem parte do processo de cessação, e que geralmente são necessárias em torno de 5 a 7 tentativas até alcançar a abstinência (Jain, 2003).

Como esperado, o número de cigarros fumados por dia cai durante as reuniões. Embora alguns pacientes não deixem de fumar, a média de cigarros consumidos cai drasticamente, de 21,8 (DP=13,3) na sensibilização para 3 (DP=2) na 12ª reunião. De forma semelhante, corroborando o estudo de Sattler e Cade (2013), foi constatado no questionário telefônico que, embora alguns pacientes tenham recaído e voltado a fumar regularmente após o tratamento, eles fumam atualmente menos do que fumavam na época em que frequentaram o grupo ($14,7 \pm 8,4$ cigarros por dia). No entanto, ainda que a diminuição do consumo seja um resultado positivo, é recomendável a cessação do hábito de fumar, principalmente nos pacientes dessa amostra, uma vez que apenas a redução do consumo não é suficiente para impactar na melhoria da saúde (Cox et al., 2011; Eriksen et al., 2015).

Apesar da amostra pequena, observou-se associação entre a aderência e a manutenção da cessação até a data do questionário telefônico ($p=0,003$), e entre haver participado das 4 reuniões iniciais e a cessação ($p=0,001$). A maior taxa de aderentes entre os ex-fumantes também foi observada por Azevedo e Fernandes (2011), e pode estar relacionada com o acúmulo de informações e de estratégias aprendidas no decorrer do tratamento que ajudam o paciente a lidar com o processo de parar de fumar e com os sintomas de abstinência dele decorrentes. Ter parado de fumar ao final da 4ª reunião também esteve associado com a manutenção da cessação ($p<0,001$).

A motivação é um aspecto reconhecidamente importante no tratamento do tabagismo. Sabe-se que a motivação é um pré-requisito para a tentativa de cessação, embora seus mecanismos sejam pouco conhecidos (Buczkowski et al., 2014; Figueiró et al., 2013; Jardin et al., 2014; Russo & Azevedo, 2010). Nesse estudo, a motivação avaliada pela URICA durante a reunião de sensibilização esteve associada apenas com a cessação na 4ª semana, onde entre os que haviam cessado a maioria iniciou o tratamento no estágio de pré-contemplação. Na décima-segunda semana, a maior frequência de não-fumantes estava entre aqueles que iniciaram o tratamento no estágio de contemplação, embora a associação entre motivação e cessação não tenha sido estatisticamente significativa.

No questionário telefônico, apesar de 93,3% dos fumantes alegarem desejar parar de fumar, a média de motivação, em uma escala de 0 a 10, foi de 7,8 ($\pm 2,34$), inferior à motivação relatada no início do primeiro tratamento realizado na UAI-T. Entre os ex-fumantes, a importância atribuída à motivação durante o processo de cessação foi 9,5 ($\pm 1,1$). Sabe-se que os estágios de motivação são dinâmicos e influenciados pelas experiências vividas (Jardin et al., 2014). Dessa forma, a equipe ou profissional de saúde que coordena as reuniões dos grupos de tratamento deve se dedicar para identificar o

estágio motivacional em que cada participante se encontra, afim de trabalhar aspectos que podem aumentar a motivação e levar à mudança de comportamento.

Outro ponto levantado pelo questionário telefônico foi a relevância da equipe multidisciplinar no tratamento. Todos os ex-fumantes afirmaram que a ajuda de uma equipe de saúde durante o processo de cessação foi importante. No caso da UAI-T, essa é uma característica essencial, uma vez que cada especialidade é responsável por conduzir uma reunião, explicando a relação entre sua área de conhecimento e o tabagismo, e apresentando formas de lidar com os sintomas de abstinência que surgem durante o processo de cessação. A grande vantagem de trabalhar com uma equipe multidisciplinar é que os saberes se complementam, oferecendo um leque maior de conhecimento para aqueles que buscaram o tratamento.

A sistematização do RP realizada, transformando os dados qualitativos em dados quantitativos é uma melhoria para o processo de coleta dos dados das pesquisas futuras, possibilitando que os dados sejam facilmente gerenciados e prontos para serem analisados. Além disso, com a utilização do REDCap para criação do RE e armazenamento dos dados, é possível alterar os instrumentos e acrescentar variáveis quando for necessário, de modo a manter o RE fiel ao RP utilizado durante as reuniões.

Durante a transcrição dos dados para o RE, foi possível notar grande variação na forma de registrar os dados no RP. Isso algumas vezes ocorre devido às diferenças de emissão de resultados de exames, o que dificulta a transcrição dos dados por pessoas que não tem formação em áreas médicas. A falta de algumas informações importantes, como o status de fumo dos pacientes, também foi observado nos RP estudados. Porém, a fase inicial de implantação da UAI-T justifica esse fato, visto que os RP usados em 2012 e 2013 ainda estavam em fase de elaboração. Atualmente, o RP usado durante as reuniões

é uma versão já aprimorada com base no RE, o que facilita a digitação e evita dados faltantes, uma vez que há locais específicos para a anotação das informações essenciais.

O questionário telefônico eletrônico elaborado supre a necessidade de uma estratégia para manter contato com os pacientes e acompanhar o processo de cessação. Além disso, os dados obtidos podem ser usados para melhorar o serviço oferecido a partir das informações colhidas sobre as dificuldades daqueles que deixaram de frequentar as reuniões, daqueles que permaneceram algum tempo abstinentes mas recaíram, e daqueles que seguem sem fumar. O questionário telefônico é uma forma de mensurar os resultados a médio e longo prazo das intervenções realizadas.

Os resultados encontrados no presente estudo nos levam a reiterar a necessidade de investigações relacionadas ao consumo de tabaco na população portadora de doenças crônicas. Apesar do hábito de fumar ser considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento e morbimortalidade desse tipo de doença, foram encontrados índices altos de consumo (média de $21,2 \pm 13,0$ cigarros por dia) e de dependência nicotínica elevada ou muito elevada de acordo com o TFDN (67,7% da amostra). O conhecimento das características da população atendida pela UAI-T é indispensável para orientar a adaptação do tratamento às necessidades específicas dos pacientes com múltiplas doenças crônicas com alto ou muito alto risco cardiovascular.

6. Considerações finais

O presente estudo tem como ponto forte oferecer um modelo de RE de fácil utilização que cria automaticamente um banco de dados. Esse banco de dados pode ser alimentado continuamente e dispensa a necessidade de digitação dos dados diversas vezes para pesquisas diferentes. Além disso, é possível atualizar o modelo de RE criado sempre que for necessário modificar a ficha dos pacientes para englobar novas variáveis e instrumentos.

Além disso, os resultados das análises realizadas com as informações do primeiro ano de funcionamento da UAI-T são bastante animadores. Em seu primeiro ano, o serviço ainda estava em fase de estruturação, mas os resultados alcançados apontam para eficácia do tratamento, mesmo após 2 anos. Com a estruturação do serviço e maior controle nas reuniões da fase de manutenção, espera-se que os novos dados apontem sucesso ainda maior do tratamento.

A principal limitação do estudo foi a utilização dos dados que estavam disponíveis nas fichas dos pacientes. Por se tratar do primeiro ano de funcionamento da unidade, as fichas foram modificadas algumas vezes, e alguns instrumentos não estavam presentes em todas elas. Outra limitação foi o número reduzido da amostra estudada, o que permitiu apenas a realização de testes exploratórios para conhecimento da população atendida pelo serviço. Além disso, não foi possível validar a informação sobre a abstinência dada pelos participantes no questionário telefônico por meio de exames que comprovassem a cessação.

7. Conclusão

Apesar de ser um estudo com amostra reduzida e para avaliação dos resultados obtidos no primeiro ano de implantação da UAI-T, os resultados obtidos são promissores. Foram observadas altas taxas de cessação em 12 semanas, 6 meses e mais de 12 meses, e grande diminuição no número de cigarros consumidos por dia naqueles que não pararam de fumar, o que indica a eficácia da abordagem realizada, e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular, a redução de agravos. Espera-se que com a utilização do RE e do questionário telefônico desenvolvido contribuam para o melhor gerenciamento do tratamento e realização de novos estudos para melhor entendimento dos fatores envolvidos nesse tratamento.

Mais pesquisas sobre a cessação do tabagismo são necessárias para aumentar a compreensão do processo de dependência, cessação, recaída e manutenção da abstinência. Pesquisas com amostras de populações especiais, como portadores de condições crônicas de alto e muito alto risco cardiovascular abordados nesse estudo, devem ser realizadas para que o tratamento possa ser adaptado para melhor atender às necessidades específicas e propiciar maior índice de cessação.

Referências

- Aveyard, P., & Raw, M. (2012). Improving smoking cessation approaches at the individual level. *Tobacco control*, 21(2), 252–7. <http://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050348>
- Azevedo, R. C. S. de, Higa, C. M. H., Assumpção, I. S. A. M. de, Fernandes, R. F., Boscolo, M. M., Frazatto, C. R. G., & Goulart, W. (2008). Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 353–355.
- Azevedo, R. C. S. de, Higa, C. M. H., Assumpção, I. S. M. A. de, Frazatto, C. R. G., Fernandes, R. F., Goulart, W., ... Sartori, R. M. (2009). Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras*, 55(5), 593–596.
- Azevedo, R., & Fernandes, R. (2011). Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *Sao Paulo Medical Journal*, 129(6), 380–6. <http://doi.org/10.1590/S1516-31802011000600003>
- Bilano, V., Gilmour, S., Moffiet, T., D’Espaignet, E. T., Stevens, G. a, Commar, A., ... Shibuya, K. (2015). Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *The Lancet*, 385(9972), 966–976. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60264-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60264-1)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011/2022*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2001). *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2015). *Vigitel Brasil*

2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde.

- Buczkowski, K., Marcinowicz, L., Czachowski, S., & Piszczek, E. (2014). Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient preference and adherence*, 8, 1353–63. <http://doi.org/10.2147/PPA.S67767>
- Burns, D. M. (2003). Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(1), 11–29. [http://doi.org/10.1016/S0033-0620\(03\)00079-3](http://doi.org/10.1016/S0033-0620(03)00079-3)
- Campos, T. D. S., Richter, K. P., Cupertino, A. P., Galil, A. G. S., Banhato, E. F. C., Colugnati, F. A. B., & Bastos, M. G. (2014). Cigarette smoking among patients with chronic diseases. *International Journal of Cardiology*, 174(3), 808–10. <http://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.04.150>
- Casado, L., Vianna, L. M., & Thuler, L. C. S. (2009). Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil : uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 379–388.
- Cena, H., Tesone, A., Niniano, R., Cerveri, I., Roggi, C., & Turconi, G. (2013). Prevalence rate of Metabolic Syndrome in a group of light and heavy smokers. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 5(1), 28. <http://doi.org/10.1186/1758-5996-5-28>
- Cox, L. S., Wick, J. A., Nazir, N., Cupertino, A. P., Mussulman, L. M., Ahluwalia, J. S., & Ellerbeck, E. F. (2011). Predictors of early versus late smoking abstinence within a 24-month disease management program. *Nicotine Tob Res*, 13(3), 215–220. <http://doi.org/10.1093/ntr/ntq227>
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M.,

- & Rossi, J. S. (1991). The Process of Smoking Cessation: an Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *J Consult Clin Psychol.*, 59(2), 295–304.
- E. A. Carlini (supervisão). (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas.
- Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, F. I., & Drope, J. (2015). *The Tobacco Atlas* (5^o ed). Atlanta, GA: American Cancer Society, Inc. Recuperado de <http://www.tobaccoatlas.org>
- Faseru, B., Nollen, N. L., Mayo, M. S., Krebill, R., Choi, W. S., Benowitz, N. L., ... Cox, L. S. (2013). Predictors of cessation in African American light smokers enrolled in a bupropion clinical trial. *Addict Behav.*, 38(3), 1796–1803. <http://doi.org/10.1016/j.micinf.2011.07.011>
- Ferguson, S. G., Gitchell, J. G., Shiffman, S., & Sembower, M. a. (2009). Prediction of abstinence at 10 weeks based on smoking status at 2 weeks during a quit attempt: secondary analysis of two parallel, 10-week, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of 21-mg nicotine patch in adult smokers. *Clinical therapeutics*, 31(9), 1957–65. <http://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.08.029>
- Figueiró, L. R., Bortolon, C. B., Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Ferigolo, M., Barros, H. M. T., & Dantas, D. C. M. (2013). Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. *Trends in Psychiatry and Psychology*, 35(3), 212–220.
- Fiore, M. C., Croyle, R. T., Curry, S. J., Cutler, C. M., Davis, R. M., Gordon, C., ... Baker, T. B. (2004). Preventing 3 million premature deaths and helping 5 million

- smokers quit: a national action plan for tobacco cessation. *American journal of public health*, 94(2), 205–10. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1448229&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... Wewers, M. E. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update Guideline Panel*.
- Gollust, S. E., Schroeder, S. a, & Warner, K. E. (2008). Helping smokers quit: understanding the barriers to utilization of smoking cessation services. *The Milbank quarterly*, 86(4), 601–27. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2008.00536.x>
- Harris, P. a, Ph, D., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research Electronic Data Capture (REDCap) - a metadata driven methodology and workflow process for providing translational research informatict support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377–381. <http://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>.Research
- Hocayen, P., & Malfatti, C. (2011). Tabagismo em pacientes diabéticos: Predisposição Às doenças crônico-degenerativas e neoplasia. *Cinergis*, 10(2), 19–25. Recuperado de <http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/2056>
- Hughes, J. R. (2007). Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 9(3), 315–27. <http://doi.org/10.1080/14622200701188919>
- Hurst, F. P., Altieri, M., Patel, P. P., Jindal, T. R., Guy, S. R., Sidawy, A. N., ... Jindal, R. M. (2011). Effect of smoking on kidney transplant outcomes: analysis of the United States Renal Data System. *Transplantation*, 92(10), 1101–7. <http://doi.org/10.1097/TP.0b013e3182336095>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. (2011). *Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab: relatório Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer, & Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. (2004). *Deixando de fumar sem mistérios*. Rio de Janeiro: MS/INCA.
- Issa, J. S. (2012). Um novo escore para dependência a nicotina e uma nova escala de conforto do paciente durante o tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38(6), 761–765. <http://doi.org/10.1590/S1806-37132012000600012>
- Jain, A. (2003). Treating nicotine addiction. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7428), 1394–5. <http://doi.org/10.1136/bmj.327.7428.1394>
- Jardin, B. F., Cropsey, K. L., Wahlquist, A. E., Gray, K. M., Silvestri, G. A., Cummings, K. M., & Carpenter, M. J. (2014). Evaluating the effect of access to free medication to quit smoking: a clinical trial testing the role of motivation. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 16(7), 992–9. <http://doi.org/10.1093/ntr/ntu025>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, 41(11), 1284–1292. <http://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Lanas, F., Avezum, A., Bautista, L. E., Diaz, R., Luna, M., Islam, S., & Yusuf, S. (2007). Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American study. *Circulation*, 115(9), 1067–74. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.633552>

- Lawrence, D., Mitrou, F., & Zubrick, S. R. (2009). Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC public health*, 9, 285. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-285>
- Levy, D., Almeida, L. M. de, & Szklo, A. (2012). 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 Medicine*, 9(11). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>
- Li, I.-C., Lee, S.-Y. D., Chen, C.-Y., Jeng, Y.-Q., & Chen, Y.-C. (2014). Facilitators and barriers to effective smoking cessation: counselling services for inpatients from nurse-counsellors' perspectives--a qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 11(5), 4782–98. <http://doi.org/10.3390/ijerph110504782>
- Melo, W. V., Oliveira, M. D. S., & Ferreira, E. A. (2006). Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia* (Qualis/CAPES: A2), 10(1), 91–99. <http://doi.org/10.5380/psi.v10i1.5769>
- Meneses-Gaya, C. de. (2011). *Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco*. Universidade de São Paulo.
- Meneses-Gaya, I. C. de, Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. de S. (2009). Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 73–82. <http://doi.org/10.1590/S1806-37132009000100011>
- Musick, B. S., Robb, S. L., Burns, D. S., Stegenga, K., Yan, M., McCorkle, K. J., & Haase, J. E. (2011). Development and use of a web-based data management system

- for a randomized clinical trial of adolescents and young adults. *Computers, informatics, nursing: CIN*, 29(6), 337–343.
<http://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181fcbc95>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–9. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Novello, A. C. (1990). Surgeon General's Report on the Benefits of Smoking Cessation. *Public Health Rep.*, 105(6), 545–548.
- Nunes, S. O. V., & Castro, M. R. P. de. (2011). *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*. (S. O. V. Nunes & M. R. P. de Castro, Orgs.). Londrina: EDUEL.
 Recuperado de <http://books.scielo.org>
- Oliveira, M. da S., Calheiros, P. R. V., & Andretta, I. (2006). Motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In B. S. G. Werlang & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Temas em Psicologia Clínica* (p. 115–124). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Geneva: World Health Organization.
- Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. (2012). *Saúde nas Américas: edição de 2012*. Washington, DC. Recuperado de <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7307>
- Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, & Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2012). *Respira Brasil: As Legislações de Ambientes Livres de Fumo das Cinco Regiões do Brasil*. Brasília, DF.
- Pavlović, I., Kern, T., & Miklavčič, D. (2009). Comparison of paper-based and electronic data collection process in clinical trials: Costs simulation study. *Contemporary*

- Clinical Trials*, 30(4), 300–316. <http://doi.org/10.1016/j.cct.2009.03.008>
- Reichert, J., Araújo, A. J. De, Gonçalves, C. M. C., Godoy, I., Chatkin, J. M., Sales, M. da P. U., & Santos, S. R. R. de A. (2008). Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(10), 845–880. <http://doi.org/10.1590/S1806-37132008001000014>
- Russo, A. C., & Azevedo, R. C. S. De. (2010). Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol*, 36(5), 603–611.
- Santos, S. R., Gonçalves, M. S., Leitão Filho, F. S. S., & Jardim, J. R. (2008). Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(9), 695–701. <http://doi.org/10.1590/S1806-37132008000900010>
- Sattler, A. C., & Cade, N. V. (2013). Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 253–264.
- Schroeder, S. A. (2005). What to do with a patient who smokes. *JAMA*, 294(4), 482–7. <http://doi.org/10.1001/jama.294.4.482>
- Silva, S. T. da, Martins, M. C., Faria, F. R. de, & Cotta, R. M. M. (2014). Combate ao Tabagismo no Brasil: a importancia estrategica das acoes governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 539–552. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>
- Stevens, V. J., Solberg, L. I., Quinn, V. P., Rigotti, N. a, Hollis, J. a, Smith, K. S., ... Boyle, R. G. (2005). Relationship between tobacco control policies and the delivery of smoking cessation services in nonprofit HMOs. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 97227(35), 75–80. <http://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgi042>

- Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. da S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuáries de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31–39. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712008000100005&script=sci_arttext&tlng=es
- Thriemer, K., Ley, B., Ame, S. M., Puri, M. K., Hashim, R., Chang, N. Y., ... Ali, M. (2012). Replacing paper data collection forms with electronic data entry in the field: findings from a study of community-acquired bloodstream infections in Pemba, Zanzibar. *BMC Research Notes*, 5(1), 113. <http://doi.org/10.1186/1756-0500-5-113>
- Tomson, T., Toftgård, M., Gilljam, H., & Helgason, A. R. (2006). Symptoms in smokers trying to quit. *Tobacco Induced Diseases*, 3(1), 61. <http://doi.org/10.1186/1617-9625-3-61>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia.
- Uppal, N., Shahab, L., Britton, J., & Ratschen, E. (2013). The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting, and tobacco control policies among continuing smokers. *BMC public health*, 13, 432. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-432>
- Vaz, A. P., Drummond, M., Caetano Mota, P., Severo, M., Almeida, J., & Carlos Winck, J. (2011). Tradução do Questionário de Berlim para língua Portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 17(2), 59–65. [http://doi.org/10.1016/S0873-2159\(11\)70015-0](http://doi.org/10.1016/S0873-2159(11)70015-0)
- Weber, B. a., Yarandi, H., Rowe, M. a., & Weber, J. P. (2005). A comparison study: Paper-based versus web-based data collection and management. *Applied Nursing*

- Research*, 18(3), 182–185. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.11.003>
- West, R. (2004). Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*, 328(February), 338–339.
- West, R., Raw, M., McNeill, A., Stead, L., Aveyard, P., Bitton, J., ... Borland, R. (2015). Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction*, 110(9), 1388–1403. <http://doi.org/10.1111/add.12998>
- World Health Organization. (2008a). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf
- World Health Organization. (2008b). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco* (Vol. 152). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva.
- World Health Organization. (2015). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco*. Luxembourg. Recuperado de www.who.int/tobacco

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DE
JUIZ DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fortalezas e barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a cessação tabágica e sua manutenção no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas

Pesquisador: Fernando Antonio Basile Colugnati

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45060014.2.0000.5103

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO INST MINEIRO DE EST E PESQUISAS EM NEFROLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.103.000

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Fortalezas e barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a cessação tabágica e sua manutenção no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas.

O projeto está bem apresentado e consta toda a documentação necessária para a avaliação do mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Identificar as fortalezas e barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a cessação tabágica e sua manutenção em usuários portadores de múltiplas condições crônicas e de alto risco cardiovascular.

Específicos:

- Identificar o perfil biopsicossocial dos usuários em tratamento na UAIT
- Avaliar o impacto do grau de motivação relatado durante o tratamento para a cessação na redução do consumo de tabaco.
- Identificar as taxas de aderência e de abandono durante o tratamento
- Comparar as taxas de aderência, abandono e de cessação por tipo de doença crônica.

Endereço: BR 040, Km 796

Bairro: Salvaterra

CEP: 36.045-410

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2101-5055

Fax: (32)2101-5046

E-mail: cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DE
JUIZ DE



Continuação do Parecer: 1.103.000

- Avaliar a relação entre grau de dependência de nicotina (Fagerström) e motivação para parar de fumar.
- Identificar as estratégias de enfrentamento presentes nos usuários com doenças crônicas para a cessação e manutenção desta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será do tipo longitudinal, contendo uma coorte retrospectiva, de base histórica de registros ambulatoriais dos grupos já concluídos, bem como de uma coorte prospectiva, formada pelo grupo de usuários que iniciarão o tratamento a partir de Maio de 2015. Ao comparecerem para consulta no Centro Hiperdia, os usuários tabagistas são convidados a participar das atividades da UAIT, realizado semanalmente e coordenado por uma equipe multidisciplinar de saúde. Serão aplicados questionários nos grupos.

Com a pesquisa, pretende-se identificar fatores que atuem como fortalezas e barreiras para a cessação tabágica e para a manutenção da abstinência, bem como aqueles que contribuem aumentando a motivação dos pacientes para parar de fumar. A identificação desses fatores é de fundamental importância para que melhorias possam ser implementadas na realização de tratamentos para o tabagismo, possibilitando aumentar sua eficácia e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam Todos Termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as exigências: TCLE e TCUD.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BR 040, Km 796
Bairro: Salvador CEP: 36.045-410
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2101-5055 Fax: (32)2101-5046 E-mail: cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DE
JUIZ DE



Continuação do Parecer: 1.103.000

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 11 de Junho de 2015

Assinado por:
Soraida Sozzi Miguel
(Coordenador)

Endereço: BR 040, Km 796
Bairro: Salvação CEP: 36.045-410
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2101-5055 Fax: (32)2101-5046 E-mail: cep@suprema.edu.br

Anexo 2 – Termo de compromisso para a utilização de dados

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Marcus Gomes Bastos, diretor técnico da Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (IMEPEN) autoriza o pesquisador Fernando Antonio Basile Colugnati a realizar projeto de pesquisa intitulado “Fortalezas e barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a cessação tabágica e sua manutenção no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas”, utilizando dados dos prontuários dos usuários da Unidade de Atenção Integrada ao Tabagista (UAI-T). A pesquisa tem o objetivo de identificar fatores que atuem como fortalezas e barreiras para a cessação tabágica e para a manutenção da abstinência, bem como aqueles que contribuem aumentando a motivação dos pacientes para parar de fumar. A identificação desses fatores é de fundamental importância para que melhorias possam ser implementadas na realização de tratamentos para o tabagismo, possibilitando aumentar sua eficácia e melhorar a qualidade de vida do paciente.

O pesquisador responsável se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização dos pacientes, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015.

 Dr. Marcus G. Bastos
CRM 9931

Marcus Gomes Bastos

Diretor Executivo da Fundação IMEPEN



Fernando Antonio Basile Colugnati

Pesquisador Responsável

Anexo 3 – RP em uso na qual a primeira versão do RE foi baseada

FICHA INDIVIDUAL - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AO TABAGISTA CENTRO HIPERDIA JF									
Nome:					Data:		Sexo:		DN:
Endereço:					Tel:		Naturalidade:		
Cor: Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena () Não informou ()					Moradia: Própria () Alugada () Cedida () Outros ()				
Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () União estável () Separado/ divorciado ()					Tem filhos? Sim () não () Quantos?				
Escolaridade: Analfabeto () Fund. Incomp. () Fund. Compl. () Ens. médio incomp. () Ens. médio compl. () Nível superior incomp. () Nível superior compl. () Pós-grad ()									
Situação profissional: Trabalha? S () N () Profissão:					Contribui Previdência social? S () N () Como?		É beneficiário programa social? S () N ()		
Aposentado? Sim () não () Está em auxílio doença? Sim () Não () Já esteve em auxílio doença? Sim () Não () Possui outra forma de renda? Sim () Não () Qual?									
Status:		Fumante:		Ex-fumante		Em cessação		Passivo	
Anamnese (Sim=1/Não=0)			Antec. Psiq. (Sim=1/Não=0)			Medicamentos em uso:			
Hist. Fam DAC		Depressão							
Sedentarismo		Ansiedade							
Obesidade		Bipolar							
HAS		Esquizofrenia							
DM		Outros							
DRC		Se mulher (Sim=1/Não=0)							
IAMICO		Gravidez atual							
ICC		Abortos							
AVC		Contraceptivo				Exames complementares		ECG	
DVP		Repos. Horm.				Laboratório		Outros:	
Arritmia		Nº gestações				Hg/HTC		Ritmo sinusal () FA () Marcapasso ()	
Alt. Tireoideana		Exame físico				Glicose		SAE () SAD () HVE () HVD () ADRV ()	
DPOC		Altura				Hg gli		BRD () BRE () área inativa () área isqu ()	
Asma brônquica		Peso				Crea		Ectopias supravent () Ectopias ventriculares ()	
Câncer		IMC				MDRD		PR: BAV 1º grau () 2º grau () 3º grau ()	
Dispepsia		Circ abdom.				Col		ECG:	
RGE		PAS				HDL		AE () DD () DS () SIV () PP ()	
ulceras boca		PAD				LDL		FE () Normal () HVE ()	
gingivites		FC				TG		Hipocinesia: sim () não ()	
Periodontite		Pulmões				Ac. Urico		Outros:	
Epilepsia		Abdome				TSH		Rx torax:	
Alcool		MMII edema				Urina		Monóxido carbono:	
Cocaína		MMII pulsos				RACu		Espirometria:	
		Outros				Proteinúria 24 h		VEF1 () CvF () CV () IT ()	
								ITB: Dir () Esq ()	
Obs:									

História Tabágica:		Avaliação do grau de dependência		PHQ-2 (Patient Health Questionnaire)					
Tempo vício		1. Qto tempo após acordar vc fuma o 1º cigarro?		Ao longo das 2 últimas semanas com que frequência vc foi incomodado por algum dos seguintes problemas					
Nº cig/dia		Dentro 5 min		3					
Tentativas cessar		6 a 30 min		2					
Qto tempo já ficou sem fumar		31 a 60 min		1					
Motivo recaída:		> 60 min		0					
Abstin severa		2. Qtos cigarros vc fuma/dia?		Mais da metade dos dias (2)					
Ganho ponderal		<10 cig		0					
Lapsos		11 a 20 cig		1					
Outros:		21 a 30 cig		2					
Gatilhos:		> 30 cig		3					
Dependência		3. Qual o cigarro do dia lhe traz mais satisfação?		Mais da metade dos dias (2)					
Hábitos		O 1º?		1					
Prazeres (álcool)		Os outros		0					
Café		4. Acha difícil não fumar em locais proibidos?		Score:					
Tentativas cessação:		Sim		1					
Quantas vezes?		Não		0					
Qto tempo sem fumar?		5. Vc fuma mais frequentemente pela manhã?		Preparação					
Há qto tempo?		Sim		1					
Recursos usados:		Não		0					
		6. Vc fuma mesmo doente?		Ação					
Tratamentos prévios		Sim		1					
		Não		0					
		Grau de dependência:		Manutenção					
		0-2 pontos		muito baixo					
		3-4 pontos		baixo					
		5 pontos		médio					
		6-7 pontos		elevado					
		8-10 pontos		mto elevado					
Dados adicionais:				Escore Issa (até 10 cigarros/dia)					
				1. Necessita fumar para melhorar sua atenção, concentração, e produção					
				sim () não ()					
				2. Necessita fumar quando está ansioso, tenso ou preocupado					
				sim () não ()					
				3. Necessita fumar quando está triste ou aborrecido?					
				sim () não ()					
				4. Necessita fumar qdo está tomando bebida alcoólica, após refeição ou quando está em ambientes festivos?					
				sim () não ()					
				cada sim = 1 ponto. Até 1 ponto = baixa dependência;					
				2-3 pntos = moderada dependência; 4 pontos = alta dependência					
				Escore:					
Escala de Motivação em parar de fumar e de confiança que vai conseguir parar!									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 4 – RP usada atualmente, reestruturada conforme o RE elaborado

FICHA INDIVIDUAL - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AO TABAGISTA CENTRO HIPERDIA JF				Grupo:	REDCap:
				Data: / /	
				Cartão SUS:	
Nome:				DN: / /	Naturalidade
Endereço:				Tel.: / /	Sexo
Cor: Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena () Não informou ()				Moradia: Própria () Alugada () Cedida () Outros ()	
Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () União estável () Separado/ divorciado ()				Tem filhos? Sim () não ()	Quantos?
Escolaridade: Analfabeto () Fund. Incomp. () Fund. Compl. () Ens. médio incomp. () Ens. médio compl. ()				Nível superior incomp. () Nível superior compl. ()	Pós-grad ()
Trabalha? S () N ()				Profissão	
Aposentado? S () N ()				Possui outra forma de renda? S () N ()	Qual?
Anamnese (Sim=1/Não=0/Não sabe=2)		Antec. Psiq. (Sim=1/Não=0/Não sabe=2)		Medicamentos em uso:	
Hist. Fam DAC		Depressão			
Sedentarismo		Ansiedade			
Obesidade		Bipolar			
HAS		Esquizofrenia			
DM		Outros			
DRC		Se mulher (Sim=1/Não=0)			
IAMI/CO		Gravidez atual			
ICC		Abortos			
AVC		Contraceptivo			
DVP		Repos. Horm.			
Arritmia		Nº gestações			
Alt. Tireoideana		Exame físico			
DPOC		Altura			
Asma brônquica		Peso			
Câncer		IMC			
Dispepsia		Circ. abdom.			
RGE		PAS			
Úlceras boca		PAD			
Gengivites		FC			
Periodontite		MMII edema () Sim () Não			
Epilepsia		MMII pulsos () Sim () Não			
Alcool		Pulmões:			
Cocaína		Murmúros vesiculares () Normal () Reduzido			
Outras drogas		() Roncos () Sibilos () Estertores crepitantes			
		Abdome: () Plano () Globoso () Hepatomegalia () Sopro sistólico de carótida			
Obs.:				VEF1 () CVF () CV () IT ()	
				ITB normal? Sim () Não ()	
				Se não, obstrução: Leve () Moderada () Grave ()	
				Se alterado: () Aum. área cardíaca () Hiperinsuflação pulmonar () Ectasia da aorta	
				Monóxido carbono: ppm. %COHb	
				Espirometria: () Normal () Alterada	
				Se alterada: Leve () Moderada () Severa	
				Obstrutiva () Restritiva () Inespecífica ()	
				Se não, obstrução: Leve () Moderada () Grave ()	

História Tabágica	Avaliação do grau de dependência	PHQ-2 (Patient Health Questionnaire)
Tempo vício	1. Qto tempo após acordar vc fuma o 1º cigarro?	Ao longo das 2 últimas semanas com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas:
Nº cig/dia	Dentro 5 min 3	1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas:
Gatilhos:	6 a 30 min 2	Nenhuma vez (0)
() Dependência () Café	31 a 60 min 1	Vários dias (1)
() Hábitos () Telefone	> 60 min 0	Mais da metade dos dias (2)
() Prazeres (álcool) () Ansiedade	2. Quantos cigarros você fuma/dia?	Quase todos os dias (3)
() Outros	<10 cig 0	2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança:
	11 a 20 cig 1	Nenhuma vez (0)
Tentativas cessação:	21 a 30 cig 2	Vários dias (1)
Já tentou parar de fumar? () Sim () Não	> 30 cig 3	Mais da metade dos dias (2)
Quantas vezes?	3. Qual o cigarro do dia lhe traz mais satisfação?	Quase todos os dias (3)
Recursos usados:	O 1º? 1	Score:
Qual foi o maior tempo sem fumar?	Os outros 0	Motivação
Há qto tempo foi a última tentativa?	4. Acha difícil não fumar em locais proibidos?	Pré-contemplação
Motivo recaída:	Sim 1	Contemplação
() Abstin severa	Não 0	Preparação
() Ganho ponderal	5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Ação
() Lapsos	Sim 1	Mantenção
() Outros:	Não 0	Escore Issa
Tratamentos prévios	6. Você fuma mesmo doente?	1. Necessita fumar para melhorar sua atenção, concentração, e produção
	Sim 1	() Sim () Não
	Não 0	2. Necessita fumar quando está ansioso, tenso ou preocupado
	Grau de dependência:	() Sim () Não
	0-2 pontos Muito baixo	3. Necessita fumar quando está triste ou aborrecido?
	3-4 pontos Baixo	() Sim () Não
	5 pontos Médio	4. Necessita fumar quando está tomando bebida alcoólica, após refeição ou quando está em ambientes festivos?
	6-7 pontos Elevado	() Sim () Não
	8-10 pontos Muito elevado	Score:
Dados adicionais		Cada sim = 1 ponto. Até 1 ponto = baixa dependência; 2-3 pontos = moderada dependência; 4 pontos = alta dependência
Questionário de Berlin () presente () ausente	Berlin: 2 ou mais categorias positivas = SAOS	
Audit-c: _____ pontos	Audit-c: ≥ 5pts = uso abusivo de álcool	
MoCA: _____ pontos	MoCA: <26 pts = distúrbio cognitivo	

Abordagem individual:										
Datas	Ações									
	Sensibilização:									
	Nº cigarros fumados/ dia:									
	Escala de Motivação em parar de fumar:									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1ª reunião:									
	Nº cigarros fumados/ dia:									
	Escala de Motivação em parar de fumar:									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2ª reunião:									
	Nº cigarros fumados/ dia:									
	Escala de Motivação em parar de fumar:									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	3ª reunião:									
	Nº cigarros fumados/ dia:									
	Escala de Motivação em parar de fumar:									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	4ª reunião:									
	Nº cigarros fumados/ dia:					Monóxido carbono:				
	Escala de Motivação em parar de fumar:									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Data	Manutenção	
	6ª semana	
	Sem fumar? Sim () Não () Quantos cigarros?	
	Medicação?	
	8ª semana	
	Sem fumar? Sim () Não () Quantos cigarros?	Sintomas de abstinência: () Fissura () Irritabilidade () Ansiedade () Insônia
	Medicação? Não () Bup () TRN () Outra ()	() Agitação () Dificuldade de concentração () Dormência nas mãos e nos pés
	Peso: Circ. Abdom.: () Pesadelos () Depressão () Tremores () Tonteadas () Cefaléia () Sudorese	
	10ª semana	
	Sem fumar? Sim () Não () Quantos cigarros?	
	Medicação?	
	12ª semana	
	Sem fumar? Sim () Não () Quantos cigarros?	Sintomas de abstinência: () Fissura () Irritabilidade () Ansiedade () Insônia
	Medicação? Não () Bup () TRN () Outra ()	() Agitação () Dificuldade de concentração () Dormência nas mãos e nos pés
	Peso: Circ. Abdom.: () Pesadelos () Depressão () Tremores () Tonteadas () Cefaléia () Sudorese	
	Monóxido carbono:	

Anexo 5 – Capturas de tela do RE desenvolvido no REDCap

REDCap™

Log In

UFJF UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Você está acessando o RedCap do Núcleo Interdisciplinar de Ensino e Pesquisas em Nefrologia - NIEPEN, do PPG Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da UFJF.
Entre com seu login e senha para ter acesso ao seu projeto.
Em caso de dúvidas entre em contato pelo e-mail fcolognati@gmail.com.

Please log in with your user name and password. If you are having trouble logging in, please contact [Fernando Colugnati](#).

Username:

Password:

[Forgot your password?](#)

Welcome to REDCap!

REDCap is a secure, web-based application for building and managing online

REDCap Features

REDCap™

AnaliseUAIT

Sociodemográfico

VIDEO: Basic data entry (16 min)

Download PDF of [select PDF download option]

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Grupo de tabagismo Identificação do grupo no qual participou

Participante da amostra da Marilda? ☐ Yes ☐ No reset

Nome Nome do paciente (primeira letra maiúscula e com acentuação)

Data de nascimento D-M-Y

Número do cartão SUS D-M-Y

Data do início D-M-Y

Endereço Expand

Telefone

Telefone 2

Save Record
Save and Continue
Save and go to Next Form

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese**
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Para De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

Anamnese [Share this instrument](#) [VIDEO: Basic data entry \(16 min\)](#)

Download PDF of [- select PDF download option -](#)

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Anamnese

	Sim	Não	Não sabe	
Hist. Fam. DAC	☐	☐	☐	reset
Sedentarismo	☐	☐	☐	reset
Obesidade	☐	☐	☐	reset
HAS	☐	☐	☐	reset
DM	☐	☐	☐	reset
DRC	☐	☐	☐	reset
IAMICO	☐	☐	☐	reset
ICC	☐	☐	☐	reset
AVC	☐	☐	☐	reset
OUTRO	☐	☐	☐	

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica**
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Para De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

História Tabágica [Share this instrument](#) [VIDEO: Basic data entry \(16 min\)](#)

Download PDF of [- select PDF download option -](#)

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

História Tabágica

Tempo de vício

Em anos

Nº máximo cigarros/dia

Se for relatado um número específico de cigarros fumados por dia, repetir este número no nº mínimo de cigarros por dia

Nº mínimo de cigarros por dia

Se for relatado um número específico de cigarros fumados por dia, repetir o número do nº máximo de cigarros por dia

Tentativas de cessação

Já tentou parar de fumar?

☐ Yes ☐ No

Gatilhos

☐ Dependência ☐ Hábito ☐ Prazeres ☐ Café ☐ Telefone ☐ Ansiedade ☐ Solidão ☐ Outros

☐ Assistir TV ☐ Ir ao banheiro ☐ Refeição

Já fez algum tratamento para o tabagismo?

☐ Yes ☐ No

segunda-feira, 18 de janeiro de 2016

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)**
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Pare De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom) [Share this instrument](#)

VIDEO: Basic data entry (16 min)

Download PDF of [- select PDF download option -](#)

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

☐ Dentro de 5 min ☐ 6 a 30 min ☐ 31 a 60 min ☐ > 60 min [reset](#)

Quantos cigarros você fuma por dia

☐ < 10 cig ☐ 11 a 20 cig ☐ 21 a 30 cig ☐ > 30 cig [reset](#)

Qual o cigarro do dia lhe traz maior satisfação?

☐ O primeiro ☐ Os outros [reset](#)

Acha difícil não fumar em locais proibidos?

☐ Sim ☐ Não [reset](#)

Você fuma mais frequentemente pela manhã?

☐ Sim ☐ Não [reset](#)

Você fuma mesmo doente?

[Save Record](#)
[Save and Continue](#)
[Save and go to Next Form](#)

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2**
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Pare De Fumar

Applications

- Calendar

AnaliseUAIT

PHQ-2 [Share this instrument](#)

VIDEO: Basic data entry (16 min)

Download PDF of [- select PDF download option -](#)

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Ao longo das 2 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas:

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	☐	☐	☐	☐	reset
Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	☐	☐	☐	☐	reset
total PHQ-2					View equation Disclaimer

Form Status

Complete? [Incomplete](#)

[Save Record](#)
[Save and Continue](#)
[Save and go to Next Form](#)
[Cancel](#)

187.16.185.182/redcap/redcap_v5.4.2/DataEntry/index.php?pid=25&page=motivao_incaprochaska&id=18&event_id=52

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)**
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Para De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

Motivação (INCA/Prochaska) [Share this instrument](#) [VIDEO: Basic data entry \(16 min\)](#)

[Download PDF of](#) - select PDF download option -

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Motivação

☐ Pré-contemplação ☐ Contemplação ☐ Preparação ☐ Ação ☐ Manutenção

campo preenchido pela equipe de saúde

Form Status

Complete?

Save Record
Save and Continue
Save and go to Next Form

Cancel

AnaliseUAIT | REDCap

187.16.185.182/redcap/redcap_v5.4.2/DataEntry/index.php?pid=25&page=escore_issa&id=1&event_id=52

Most Visited | Save to Mendeley | Getting Started | Macmillan Dictionary | AnaliseUAIT | REDCap | My Drive - Google Drive | Programa de Pós-Grad... | UFJF/SIGA - Sistema In... | Global Tobacco Contr...

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa**
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Para De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

Escore Issa [Share this instrument](#) [VIDEO: Basic data entry \(16 min\)](#)

[Download PDF of](#) - select PDF download option -

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Escore de consumo situacional ISSA

	não	sim	
Necessita fumar para melhorar sua atenção, concentração e produção?	☐	☐	reset
Necessita fumar quando está ansioso, tenso ou preocupado?	☐	☐	reset
Necessita fumar quando está triste ou aborrecido?	☐	☐	reset
Necessita fumar quando está tomando bebida alcoólica, após refeição ou quando está em ambientes destivos?	☐	☐	reset

Total Issa

Até 1 ponto = baixa dependência; 2-3 pontos = moderada dependência; 4 pontos = alta dependência

Form Status

Complete?

Save Record
Save and Continue
Save and go to Next Form

187.16.185.182/redcap/redcap_v5.4.2/DataEntry/index.php?pid=25&page=questionario_telefonico&id=1&event_id=52

Pesquisar na Web e no Windows

15:16
18/01/2016

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos**
- Questionário Telefônico
- Questionário De 8 Semanas Pare De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

Abordagem Individual Após os Grupos [Share this instrument](#) [VIDEO: Basic data entry \(16 min\)](#)
Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Sensibilização

Data sensibilização Today D-M-Y

Compareceu? ☐ Yes ☐ No [reset](#)
* must provide value

1ª Reunião

Data 1ª Reunião Today D-M-Y

Compareceu? ☒ Yes ☐ No [reset](#)

Está sem fumar? ☐ Yes ☐ No [reset](#)

Escala de motivação em parar de fumar

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 [reset](#)

Observações [Expand](#)

Save Record
Save and Continue
Save and go to Next Form

AnaliseUAIT | REDCap

Logged in as Barbara | Log out

My Projects
Project Home
Project Setup
Project status: **Production**

Data Collection

Record Status Dashboard
Add / Edit Records

Identificação 1 [Select other record](#)

Data Collection Instruments:

- Sociodemográfico
- Anamnese
- História Tabágica
- Avaliação do Grau de Dependência (Fagerstrom)
- PHQ-2
- Motivação (INCA/Prochaska)
- Escore Issa
- Abordagem Individual Após os Grupos
- Questionário Telefônico**
- Questionário De 8 Semanas Pare De Fumar

Applications

- Calendar
- Data Export Tool

AnaliseUAIT

Questionário Telefônico [Share this instrument](#) [VIDEO: Basic data entry \(16 min\)](#)
Download PDF of - select PDF download option -

Editing existing Identificação 1

Identificação 1

Bom dia!
Meu nome é _____. Faça parte da equipe de tabagismo da UAIT. Centro Hiperdia.
Estou fazendo contato para saber algumas informações dos pacientes que participaram do tratamento
Caso o participante não possa atender, perguntar qual é o melhor horário para retornar.
Caso o número de telefone esteja errado, solicitar outro número em que seja possível falar com o participante.

Data Today D-M-Y

O participante atendeu à ligação? ☐ Yes ☐ No [reset](#)

Observações [Expand](#)

Form Status

Complete? ☐ Incomplete [Save Record](#)
Save and Continue

Save Record
Save and Continue
Save and go to Next Form

APÊNDICE A- Aceite do trabalho para apresentação em pôster no encontro anual da Society for Research on Nicotine & Tobacco (SRNT) de 2016

