

Artigo Original

Open Access

Grupos antitabagismo em Balneário Camboriú (Santa Catarina, Brasil): fatores preditivos de cessação a curto e a longo prazo

Fernanda Alberton FRONZA¹, Ericks Sousa SOARES² , Thiago Mamôru SAKAE³ , Helena Iturvides CIMAROSTI² 

¹Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú, Secretaria Municipal de Saúde, Balneário Camboriú, Santa Catarina, Brasil; ²Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil; ³Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde e de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

Autor correspondente: Cimarosti HI, helena.cimarosti@ufsc.br

Submetido em: 29-07-2022 Reapresentado em: 11-01-2023 Aceito em: 16-01-2023

Revisão por pares: revisores cegos

Resumo

Resumo

Introdução: O tabagismo é responsável por milhões de mortes anualmente e é um fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis, com significativo impacto socioeconômico no mundo inteiro. No Brasil, o atendimento aos pacientes tabagistas nos serviços de atenção básica inclui abordagens cognitivo-comportamentais e tratamento farmacológico oferecidos por meio de grupos antitabagismo. **Objetivo:** Considerando a importância dos grupos antitabagismo, bem como a necessidade de mais estudos sobre eles, o presente estudo teve como objetivo determinar a taxa de cessação tabágica, tanto imediata quanto a longo prazo, de participantes de grupos antitabagismo nas unidades de saúde do município de Balneário Camboriú, Santa Catarina, e verificar a existência de variáveis associadas ao sucesso na cessação. **Método:** Foram analisados dados de 256 participantes entre 2015 e 2016 e a cessação tabágica a longo prazo foi investigada a partir da aplicação de questionários a 152 participantes que aceitaram participar do estudo. **Resultados:** As taxas de cessação imediata e a longo prazo foram de 59,4% e 32,9%, respectivamente. A análise do uso de medicamentos mostrou que o tratamento com cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica, em associação, eleva em quase três vezes a chance de um paciente alcançar sucesso imediato na cessação, enquanto que a adesão aos quatro encontros eleva esta chance em sete vezes mais. **Conclusão:** Apesar de as variáveis analisadas a longo prazo não terem sido associadas significativamente com a manutenção do status do paciente como não-fumante, fica evidenciada a importância dos grupos antitabagismo para o início de um longo caminho de sucesso na cessação do tabagismo.

Palavras-chave: abandono do uso de tabaco, prevenção do hábito de fumar, tabagismo.

Anti-tobacco groups in Balneario Camboriu (Santa Catarina, Brazil): immediate and long-term tobacco smoking cessation rate

Abstract

Introduction: Tobacco smoking causes millions of deaths every year and is a risk factor for chronic non-communicable diseases, leading to a significant socioeconomic impact worldwide. In Brazil, the primary healthcare services for smokers include cognitive-behavioural approaches and pharmacological treatment offered through anti-tobacco groups. **Objective:** Considering the importance of the anti-tobacco groups and the need for more studies about them, this study aimed to determine the immediate and long-term tobacco smoking cessation rate of anti-tobacco groups in the city of Balneário Camboriu, Santa Catarina (Brazil), and to verify the existence of variables associated with successful smoking cessation. **Method:** Data from 256 participants were analysed, between 2015 and 2016, and the tobacco smoking cessation rate was investigated by applying questionnaires to 152 participants who accepted to participate. **Results:** The immediate and long-term cessation tobacco smoking cessation rates were 59.4% and 32.9%, respectively. When analysing the medication use, we observed that the bupropion hydrochloride and transdermal nicotine combined treatment increased almost three times more the chance of immediate cessation success, while attending the four group meetings increased this chance by seven times more. **Conclusion:** Although the analysed long-term variables did not present an association with the maintenance of a non-smoking status, our findings show the importance of anti-tobacco groups to achieve success and stop tobacco smoking.

Keywords: anti-smoking campaign, smoking prevention, tobacco use cessation, tobacco smoking.



Introdução

Mundialmente, o tabagismo é responsável por aproximadamente 6 milhões de mortes todos os anos, sendo considerado um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, diabetes e doenças respiratórias¹. No Brasil, as DCNTs causam 72% das mortes² e 13% do total de mortes são atribuíveis ao tabagismo³, que diminui a expectativa de vida em aproximadamente 5 anos⁴.

A fim de diminuir a morbimortalidade e custos (despesas médicas e incapacitação para o trabalho), diversas políticas e programas nacionais foram elaborados e implementados a partir de 1980⁵⁻⁶. Destaca-se a criação do Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT)^{5,7}, que inclui os grupos antitabagismo disponibilizados nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸. Estes grupos fornecem informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios da sua cessação, utilizando uma abordagem cognitivo-comportamental associada ou não ao tratamento farmacológico^{4,8}.

A abordagem utiliza técnicas de treinamento de habilidades, solução de problemas e apoio social para que o paciente possa enfrentar os sintomas relacionados à abstinência, dependência psicológica e auxiliar no processo de cessação⁹. O apoio medicamentoso, através da terapia de reposição de nicotina (TRN, adesivos transdérmicos) e cloridrato de bupropiona (comprimidos), é fornecido aos fumantes que apresentam elevado grau de dependência à nicotina e que, obrigatoriamente, participam da abordagem cognitivo-comportamental⁸.

Considerando o impacto social dos grupos antitabagismo, o foco deste estudo foi investigar a cessação tabágica imediata e a longo prazo de participantes de grupos antitabagismo de Balneário Camboriú, Santa Catarina (SC), e a existência de possíveis fatores influenciadores da manutenção da cessação.

Métodos

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Balneário Camboriú, cidade do litoral norte catarinense pertencente a mesorregião do Vale do Itajaí. Segundo dados estimados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Balneário Camboriú apresenta população de 149.227 habitantes em uma área de 45,21 km². Sua população é 100% urbana e composta por 52,4% de mulheres. A proporção de idosos, com 60 anos ou mais, é de 11,8% e 25,7% dos indivíduos com 25 anos ou mais possuem ensino superior completo. De acordo com o Plano Municipal de Saúde para 2022-2025, o município possui 8 unidades básicas de saúde, com cobertura de 68,31% da população total, e disponibiliza atendimento ao tabagista que deseja parar de fumar em 8 dos seus 14 bairros..

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, observacional e descritivo, onde foram analisados os registros obtidos a partir dos grupos antitabagismo realizados em Balneário Camboriú durante o período de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016.

População alvo

Esse trabalho analisou os resultados obtidos nos grupos antitabagismo, financiados pelo SUS e realizados por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú. Ao todo, 256 indivíduos participaram dos grupos antitabagismo durante esse período. O último grupo do período escolhido encerrou suas atividades em dezembro de 2016. Como a análise dos dados e aplicação do questionário iniciou em janeiro de 2018, todos os usuários já haviam finalizado sua participação nos grupos há pelo menos um ano. Escolheu-se esse período para estudo, e não um período mais atual, por ser considerado efetivo um programa de cessação do tabagismo quando o mesmo apresenta taxa de cessação igual ou superior a 30%, um ano após o seu encerramento⁸.

Inicialmente o paciente é encaminhado para uma consulta médica para avaliação de perfil, nível de motivação, história tabágica e a existência ou não de comorbidades. Posteriormente, ele é convidado a participar dos grupos, onde os encontros ocorrem nas unidades de saúde da seguinte forma: uma vez por semana, durante o primeiro mês; duas sessões quinzenais, durante o segundo mês; e uma reunião mensal aberta, no terceiro mês⁸. Todos os encontros duram aproximadamente 1h. Pelo menos dois profissionais da saúde, médico e enfermeiro, participam das sessões, podendo ocorrer a participação de outros profissionais, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, etc. A apresentação do conteúdo acontece através de diálogos e depoimentos, materiais de autoajuda, folders, slides e filmes.

Coleta de dados

Etapa 1

Foram analisadas as "Planilhas de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo", de preenchimento obrigatório pelas equipes dos grupos antitabagismo, contendo informações quanto ao nome, sexo, idade, score de Fagerström (utilizado para classificar a dependência tabágica), medicamento utilizado para cessação do tabagismo, taxa de abandono, média de qual sessão parou de fumar e taxa de sucesso (cessação do tabagismo após o fim das sessões nos grupos). Foram extraídos os valores de sucesso imediato na cessação do tabagismo e, por se tratar de levantamento de dados, não houve exclusões.

Etapa 2

Na segunda etapa, a fim de abordar o máximo de participantes, não foi realizado cálculo amostral para definição do número de entrevistas. Um questionário com questões abertas e semiabertas foi aplicado de maneira presencial a 152 participantes que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste momento foi identificado o status atual dos entrevistados (fumante/não fumante) para comparação ao término dos grupos. Foram extraídos os valores de sucesso a longo prazo (1 ano após a finalização dos grupos) e excluídos os indivíduos que faleceram, não foram localizados ou que não quiseram participar da pesquisa e/ou assinar o TCLE.

Análise de dados

Os dados foram reorganizados no Excel e os resultados apresentados como média \pm desvio padrão (DP) e porcentagem (%), quando pertinente. O teste *t* de Student foi utilizado para análise de variáveis



quantitativas e o teste de Qui-quadrado para variáveis qualitativas (sucesso/insucesso). O teste exato de Fisher foi usado para valores inferiores a 5 e o risco relativo (RR) foi calculado como medida de associação relativa para responder qual maior é a probabilidade de alcançar sucesso. O software GraphPad Prism 5 foi utilizado para as análises. Posteriormente, utilizou-se a análise multivariada por regressão logística para ajuste dos fatores de confusão na associação com o desfecho de sucesso, através do software SPSS 20.0, apresentada por um valor de OR (*odds ratio*) que reflete a magnitude da associação investigada, determinando a chance (*odds*) do sucesso na cessação ocorrer. Valor de $P < 0,05$ para as variáveis associadas ao sucesso/insucesso na cessação imediata do tabagismo foi utilizado como ponto de corte para inclusão das variáveis na análise multivariada. Valores de $P < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado na Plataforma Brasil pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do Parecer Consubstanciado 2.390.955 (CAAE: 73449317.5.0000.0121).

Resultados

As características dos 256 participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1. Praticamente dois terços dos participantes ($n=168$) eram mulheres e a idade variou de 22 a 80 anos, com média de $51,2 \pm 11,6$ anos ($52,5 \pm 11,3$ anos para mulheres e $48,8 \pm 12,1$ anos para homens; $p=0,01$). Aproximadamente metade dos pacientes estudou até o ensino fundamental e a taxa de sucesso alcançada imediatamente após o fim dos grupos antitabagismo foi de cerca de 60%. A análise do uso de medicamentos mostrou que quase 90% dos pacientes fez uso de algum medicamento antitabagismo, como nicotina transdérmica e cloridrato de bupropiona, e que quase metade usava medicamentos para tratar comorbidades, especialmente anti-hipertensivos.

Tabela 1. Características gerais dos participantes dos grupos antitabagismo em Balneário Camboriú (SC), entre 2015 e 2016.

Variáveis		N = 256 (%)
Gênero	Feminino	168 (65,6%)
	Masculino	88 (34,4%)
Faixa Etária	20 - 29 anos	8 (3,1%)
	30 - 39 anos	39 (15,2%)
	40 - 49 anos	58 (22,7%)
	50 - 59 anos	87 (34%)
	60 - 69 anos	52 (20,3%)
	70 anos e mais	12 (4,7%)
Escore de Fagerström (dependência)	0 - 2 (muito baixa)	27 (10,5%)
	3 - 4 (baixa)	40 (15,7%)
	5 (média)	37 (14,4%)
	6 - 7 (elevada)	84 (32,9%)
	8 - 10 (muito elevada)	68 (26,6%)
Escolaridade (anos)	Até 8	126 (49,2%)
	De 9 a 11	83 (32,4%)
	Mais de 11	32 (12,5%)
	Não informado	15 (5,9%)
Tratamento do Tabagismo	Sucesso	152 (59,3%)
	Insucesso	104 (40,6%)
Medicamentos	Cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	169 (66%)
	Cloridrato de bupropiona (terapia isolada)	23 (9%)
	Nicotina transdérmica (terapia isolada)	35 (13,7%)
	Não fez uso de medicamentos	29 (11,3%)
	Outros medicamentos	124 (48,4%)

Fonte: Planilhas de coleta de informações do tratamento do tabagismo (Balneário Camboriú, 2015 – 2016).

Após o fim das quatro sessões de abordagem cognitivo-comportamental dos grupos, compararam-se os pacientes que alcançaram sucesso na cessação do tabagismo, imediatamente, com aqueles que não conseguiram (Tabela 2). Para analisar as variáveis contínuas (idade e escore de Fagerström) foram

Tabela 2. Variáveis associadas ao sucesso/insucesso na cessação imediata do tabagismo.

Variáveis		Sucesso n=152 (%)	Insucesso n=104 (%)	P	RR (IC 95%)
Sexo	Feminino	57,7	42,2	0,46	0,92 (0,75 - 1,1)
	Masculino	62,5	37,5		
Idade \geq 50 anos	Sim	63,5	36,4	0,10	1,1 (0,96 - 1,4)
	Não	53,3	46,6		
Escore de Fagerström	0-5	66,3	33,6	0,06	1,2 (0,99 - 1,4)
	6-10	54,6	45,3		
Escolaridade \geq 8 anos	Sim	59,1	40,8	0,85	1,0 (0,82 - 1,2)
	Não	57,9	42,0		
Uso de medicamentos	Sim	65,6	34,3	< 0,0001	6,3 (2,1 - 18,6)
	Não	10,3	89,6		
Cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	Sim	71,6	28,4	< 0,0001	2,0 (1,4 - 2,7)
	Não	35,6	64,3		
Cloridrato de bupropiona (terapia isolada)	Sim	43,4	56,5	0,10	0,71 (0,44 - 1,1)
	Não	60,9	39,0		
Nicotina transdérmica (terapia isolada)	Sim	51,4	48,5	0,30	0,85 (0,60 - 1,1)
	Não	60,6	39,3		
Outros medicamentos	Sim	58,0	41,9	0,68	0,96 (0,78 - 1,1)
	Não	60,6	39,3		
Adesão aos 4 encontros	Sim	78,	21,6	< 0,0001	2,9 (2,0 - 4,1)
	Não	25,5	74,4		

Fonte: Autores. RR: Risco Relativo, IC 95%: Intervalo de Confiança 95%.



utilizadas categorias baseadas no valor médio encontrado. Para escolaridade, determinou-se a categoria superior a 8 anos de estudo (antigo ensino fundamental completo) ou não. Posteriormente, foi realizada análise multivariada visando estimar a magnitude de associação entre as diferentes variáveis e o desfecho (sucesso na cessação) (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis associadas ao sucesso na cessação do tabagismo analisadas por regressão logística.

Variáveis	OR	IC 95%	P
Uso de medicamento antitabagismo	3,1	0,64 - 15,3	0,16
Tratamento com cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	2,7	1,01 - 7,5	0,04
Adesão aos 4 encontros	7,3	3,91 - 13,9	< 0,0001

Fonte: Autores. OR: odds ratio, IC 95%: Intervalo de Confiança 95%.

Dentre os fatores que auxiliam a cessação do tabagismo estão o uso de medicamentos antitabagismo e a participação nos encontros dos grupos. Nossos dados demonstraram significância estatística para os participantes que faziam uso de algum medicamento antitabagismo e, ao avaliar os principais medicamentos utilizados, também observamos uma diferença significativa para os participantes que faziam uso de cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica, assim como para a participação nos 4 encontros dos grupos. A análise multivariada demonstrou que o tratamento com cloridrato de bupropiona e nicotina transdérmica eleva em quase 3 vezes a chance de o paciente alcançar sucesso imediato, enquanto que a adesão em 100% dos encontros eleva essa chance em 7 vezes. Variáveis como sexo, idade, escolaridade e escore de Fagerström não demonstraram associação com o sucesso.

Do total de 256 pacientes, 59,4% responderam ao questionário. Cerca de 33% dos pacientes declararam-se não tabagistas e menos de 25% dos fumantes permaneceram em abstinência 1 ano depois do tratamento.

Tabela 4. Variáveis relacionadas ao sucesso e insucesso na manutenção da cessação do tabagismo a longo prazo.

Variáveis		Sucesso n=152 (%)	Insucesso n=104 (%)	P	RR (IC 95%)
Sexo	Feminino	29,4	70,5	0,19	0,73 (0,47 - 1,1)
	Masculino	40,0	60,0		
Idade ≥ 50 anos	Sim	34,3	65,6	0,60	1,1 (0,70 - 1,8)
	Não	30,1	69,8		
Escore de Fagerström	0-5	39,3	60,6	0,16	1,3 (0,88 - 2,1)
	6-10	28,5	71,4		
Escolaridade ≥ 8 anos	Sim	32,4	67,5	0,80	1,0 (0,66 - 1,7)
	Não	30,5	69,4		
Uso de medicamento	Sim	33,8	66,1	0,55	1,4 (0,53 - 4,0)
	Não	23,0	76,9		
Cloridrato de bupropiona + nicotina transdérmica	Sim	32,3	67,6	0,84	0,95 (0,59 - 1,5)
	Não	34,0	66,0		
Cloridrato de bupropiona (terapia isolada)	Sim	46,1	53,8	0,29	1,4 (0,77 - 2,7)
	Não	31,6	68,3		
Nicotina transdérmica (terapia isolada)	Sim	33,3	66,6	0,96	1,0 (0,55 - 1,8)
	Não	32,8	67,1		
Outros medicamentos	Sim	25,6	74,3	0,06	0,62 (0,39 - 0,98)
	Não	41,4	58,5		
Adesão aos quatro encontros	Sim	37,2	62,7	0,06	1,7 (0,93 - 3,2)
	Não	21,4	78,5		

Fonte: Autores. RR: Risco Relativo, IC 95%: Intervalo de Confiança 95%.

Diferentes variáveis relacionadas ao sucesso ou insucesso na manutenção da cessação a longo prazo foram analisadas (Tabela 4). Ao comparar os entrevistados que obtiveram êxito com os autodeclarados tabagistas, nenhuma das variáveis demonstrou significância para determinar a manutenção do sucesso a longo prazo. Apesar disso, homens com idade igual ou superior a 50 anos apresentaram maior taxa de manutenção da cessação do tabagismo, com escore de Fagerström de 0 a 5, escolaridade superior a 8 anos, que usaram medicamento antitabagismo, participaram dos 4 encontros e não utilizavam medicamento para o tratamento de comorbidades.

Discussão

Nosso estudo mostra que mais da metade dos participantes alcançou sucesso na cessação imediata do tabagismo nos grupos antitabagismo de Balneário Camboriú, sendo importantes fatores influenciadores o uso de medicamentos e, principalmente, a participação nos encontros dos grupos.

Avaliar a taxa de sucesso de cessação tabágica é um grande desafio, considerando a falta de dados municipais. Soma-se a isso a baixa adesão dos participantes dos grupos antitabagismo em estudos. Apesar dos grupos antitabagismo de Balneário Camboriú existirem desde 2013, inexistiam informações sobre o perfil e evolução dos participantes. A análise dos dados aqui apresentados traçou o perfil dos indivíduos que procuraram ajuda na cessação do tabagismo, entre 2015 e 2016, e foi possível comparar os resultados conquistados por estes imediatamente após o fim e 1 ano após o último encontro dos grupos. Apesar dos esforços para entrevistar o maior número possível dos 256 participantes, 152 indivíduos participaram da etapa 2, o que pode ter mascarado algumas variáveis e diminuído sua relevância estatística. Outro fator limitante é a caracterização dos indivíduos como fumantes ou não fumantes através do relato dos mesmos e não através de provas bioquímicas, como medição da emissão de dióxido de carbono.

Um dos desafios do PNCT é alcançar um público alvo cada vez maior, seja com estratégias de redução do tabagismo entre mulheres e populações com menor renda e escolaridade, bem como mecanismos para diminuir/erradicar a experimentação entre adolescentes⁷.

Observamos em nosso estudo uma maior participação feminina (Tabela 1), dados semelhantes aos reportados em outros estudos¹⁰⁻¹¹⁻¹². É descrito que mulheres são mais propensas a buscar assistência por frequentarem mais os serviços de saúde⁹⁻¹³. Em dados da publicação VIGITEL 2017¹⁴, a porcentagem de homens fumantes em 2017 (13,2%) era superior à porcentagem de mulheres (7,5%), sugerindo uma maior busca por tratamentos para a cessação tabágica por mulheres. É importante salientar que, apesar disto, elas estão mais expostas a fatores geradores de estresse que podem dificultar o abandono do tabagismo, como ciclos hormonais, maior preocupação com peso e maior probabilidade de depressão¹⁵⁻¹⁷. Diante da mesma exposição tabágica, por exemplo, as mulheres estão mais propensas a sofrer danos à saúde, como declínio da função pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)¹⁷. Acerca de tratamentos para cessação do tabagismo, estes demonstram a mesma eficácia para homens e mulheres, exceto no caso de grávidas fumantes¹⁵. Desta forma, é evidente a relação entre o risco aumentado de danos à saúde e a busca por tratamento.

Sobre a idade, observamos uma variação de 52,5 ± 11,3 anos para mulheres e 48,8 ± 12,1 anos para homens, sem diferença nos resultados do tratamento, corroborando estudos prévios^{9,15}. E quanto à escolaridade, este é um quesito variável. Sabe-se que as estratégias para a expansão da indústria do tabaco estimulam seu consumo por populações de menor renda e escolaridade^{13,18} e aqui observamos que a maior parte dos participantes estudou até o ensino fundamental. Um estudo realizado com países da América Latina e Caribe reporta a associação de níveis educacionais mais baixos com maior consumo tabágico, com uma relação inversa entre prevalência do tabagismo e renda¹⁶. Como agravante, estima-se que quatro em cada cinco fumantes vivem em países de renda média/baixa, tornando estas populações mais vulneráveis³. A taxa de sucesso de quase 60% está em concordância com outros estudos que apresentam variações em suas metodologias e nos valores de sucesso (58% a 82%)^{9,12,13}.

A maioria da população apresentou grau de dependência nicotínica elevada ou muito elevada, compatível com a literatura existente⁹⁻¹³. A taxa de uso de medicamentos antitabagismo de cerca de 90% está em concordância com Fiore e colaboradores¹⁵, que encorajam a prescrição desses medicamentos, exceto quando há contraindicação ou grupos especiais. O elevado uso de medicamentos ocorre devido à dispensação gratuita aos participantes dos grupos, facilitando a adesão ao tratamento. Isso é confirmado em estudos prévios onde 81% e 94% dos pacientes que receberam medicamentos gratuitamente utilizaram algum tratamento farmacológico^{12,13}, porém, qualquer interrupção na dispensação coloca a eficácia do tratamento em risco¹⁹. Quando o tratamento farmacológico não era gratuito, apenas 34,3% relatou uso de algum medicamento¹⁰. No estudo de Jeremias e colaboradores⁹, o tratamento farmacológico também dependia da aquisição por parte de cada paciente, mas a maioria fez uso de algum tipo de medicamento antitabagismo. Levando em consideração a minimização dos possíveis riscos associados, a utilização de medicamentos é um fator que auxilia no sucesso para a cessação.

Já em relação ao uso de medicamentos para tratar comorbidades, com média de idade de 51 anos é esperada a presença de comorbidades associadas tanto ao tabagismo quanto ao

envelhecimento, que também aumenta a probabilidade de patologias¹². Cerca de 50 doenças apresentam relação de causalidade com o tabagismo, destacando-se as cardiovasculares, respiratórias e cânceres⁴, corroborando os dados aqui apresentados. A prescrição de cloridrato de bupropiona e TRN para o tratamento do tabagismo aumenta consideravelmente as taxas de sucesso, devendo ser amplamente incentivada. Medicamentos antitabagismo ajudam os pacientes a alcançar o sucesso, porém, na prática nem sempre são encontradas diferenças significativas entre os diferentes esquemas de tratamento, que podem englobar os encontros de abordagem cognitivo-comportamental sozinhos ou em associação com terapia medicamentosa⁹. Quanto maior a frequência de participação nos grupos, mais suporte é fornecido ao paciente, bem como discussão de estratégias para lidar com situações de risco, trazendo resultados superiores a outras formas de aconselhamento^{13,21}.

Não foi observada associação da idade, do sexo, da escolaridade ou do escore de Fagerström com o sucesso para a cessação. Outros estudos também não observaram diferenças entre sexo em termos de taxas de sucesso^{12,22}, apesar de ter sido proposto que homens respondem melhor ao tratamento farmacológico do que mulheres, que são mais influenciadas por fatores biológicos, familiares e sociais^{17,22}. Por prever dependência à nicotina, o escore de Fagerström poderia estar associado a maiores taxas de insucesso⁹, entretanto tal relação não foi evidenciada neste ou em outros estudos realizados com esse mesmo propósito¹²⁻¹³, comprovando a complexidade da dependência química.

A análise do status dos participantes um ano após a pesquisa demonstrou que 33% não continuaram a fumar, semelhante ao encontrado em um estudo prévio realizado no Uruguai onde 35% dos pacientes declararam não fumar há pelo menos 1 ano após a finalização do tratamento¹⁰. A taxa de abstinência de 25% após 1 ano do fim do tratamento está associada às opções limitadas de tratamento, efeitos adversos dos medicamentos, baixa adesão ao tratamento, custos, entre outros²³. Uma revisão com 61 estudos considerados de primeira linha, com 27.647 participantes, mostrou que a taxa de abstinência após 1 ano era de 19,9%, indicando que a cada 5 participantes 1 permaneceu sem fumar após 1 ano do tratamento²⁰. De forma semelhante, Azevedo e Fernandes¹¹ observaram uma taxa de sucesso de 35%, porém essa análise foi feita 6 meses após a intervenção terapêutica.

Resultados relacionados à cessação variam entre estudos que relatam ensaios clínicos bem gerenciados e dados da prática clínica. Apesar de estudos indicarem que os valores de sucesso na prática clínica tenderiam a ser menores que os obtidos em estudos direcionados, os bons resultados demonstrados aqui vão de encontro a essa constatação¹⁹⁻²⁰. Sendo a dependência do tabagismo multifacetada e ampla, parece não haver uma fórmula ideal de sucesso, sendo necessário que haja adaptação para encontrar a melhor forma de lidar com as dificuldades de forma não padronizada.

As variáveis relacionadas ao sucesso e insucesso na manutenção da cessação não demonstraram significância. Enquanto alguns estudos associam o sucesso com diferentes variáveis, na prática esses resultados variam muito nas populações, demonstrando a complexidade do tabagismo e seu tratamento. Llambí e colaboradores¹⁰ reportam a associação de 3 variáveis com o sucesso após 1 ano da intervenção: 1) uso de terapias farmacológicas específicas, 2) adesão ao tratamento (farmacológico ou não) e 3) ausência de quadro anterior de depressão. Revisões demonstram que medicamentos ajudam a cessar o tabagismo^{12,20}, porém nem sempre são encontradas diferenças significativas entre os esquemas de tratamento e abordagem, como no presente estudo e em estudos prévios⁹.



Conclusão

A análise de diferentes variáveis associadas ao sucesso na cessação do tabagismo demonstra a grande importância dos grupos antitabagismo. A participação em todos os encontros dos grupos mostra-se como um fator decisivo para o sucesso na cessação, seguida do uso de medicamentos. Um estudo desse porte é de suma importância para a população analisada, útil para estudos futuros a título de comparação/expansão, com inclusão de novas variáveis que possam ser analisadas e relacionadas ou não ao sucesso. A cessação tabágica relaciona-se diretamente à redução de morbimortalidade e dos custos em saúde, devendo ser mais valorizada por políticas públicas.

Depoimentos de alguns participantes dos grupos antitabagismo de Balneário Camboriú podem ser visualizados em: <https://www.youtube.com/watch?v=3GnOSb8VKtS>.

Fontes de financiamento

Este trabalho foi apoiado financeiramente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Colaboradores

FA e HI construíram o projeto; FA realizou a coleta de dados; FA e TM analisaram os dados; FA, TM e HI interpretaram os dados; FA, ES e HI redigiram e revisaram criticamente o artigo. Os autores se responsabilizam pelos dados publicados e garantem a exatidão e integridade do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos participantes da pesquisa, por possibilitarem que este trabalho se tornasse possível. À Prefeitura Municipal e à Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, por autorizarem esta pesquisa. Ao Prof. Dr. Tadeu Lemos (Departamento de Farmacologia, UFSC), pelos comentários e contribuições.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011: 160. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> Acesso em: 19 de abril de 2017.
2. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2019; 22: 1-13. DOI: 10.1590/1980-549720190030.
3. Pinto MT, Bardach A, Palacios A, *et al.* Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos (Documento técnico IECS, 21). Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2017. Disponível em <<http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2021.
4. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad. Saúde Pública*, 2015; 31(6): 1283-1297. DOI: 10.1590/0102-311X00192013.
5. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Arch. Clin. Psychiatry*, 2005; 5(32): 283-300. DOI: 10.1590/S0101-60832005000500006.
6. Romero LC, Costa e Silva V. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Rev Bras Cancerol*, 2011; 57:305-314. Disponível em <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/659>> Acesso em: 11 de julho de 2019.
7. Campos PCM, Gomide M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Cad. Saúde Colet*, 2015; 23(4): 436-444. DOI: 10.1590/1414-462X201500040241.
8. Brasil. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016: 68. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html> Acesso em: 19 de abril de 2017.
9. Jeremias, E, Chatkin JM, Chatkin G, *et al.* Smoking cessation in older adults. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2012; 16(2): 273-8. DOI: 10.5588/ijtld.11.0312.
10. Llambí ML, Esteves, E, Blanco ML, *et al.* Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Rev. Méd. Urug.*, 2008; 24(2): 83-93, 2008. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200003&lng=es&nrm=iso> Acesso em: 29 de abril de 2022.
11. Azevedo RCS, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *Sao Paulo Med J*, 2011; 129(6): 380-386. DOI: 10.1590/S1516-31802011000600003.
12. Sattler AC, Cade NV. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Cien Saúde Colet*, 2013; 18(1): 253-264. DOI: 10.1590/S1413-81232013000100026.
13. Goyatá SLT, Silva MJD, Souza WA, *et al.* Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil. *Cien. Enfer.*, 2014; 20(1): 77-88. DOI: 10.4067/S0717-95532014000100007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf> Acesso em: 31 de agosto de 2018.



15. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, *et al.* Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>> Acesso em: 21 de abril de 2017.
16. Bardach A, Perdomo HAG, Gándara RAR, *et al.* Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*, 2016; 40(4): 263-71. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n4/263-271>> Acesso em: 31 de agosto de 2018.
17. Baraona L, Lovelace D, Daniels JL, *et al.* Tobacco harms, nicotine pharmacology, and pharmacologic tobacco cessation interventions for women. *J Midwifery Women's Health*, 2017; 62(3): 253-269. DOI: 10.1111/jmwh.12616.
18. Silva LCC, Araújo AJ, Queiroz AMD, *et al.* Smoking control: challenges and achievements. *J. Bras. Pneumol.*, 2016; 42(04): 290-298. DOI: 10.1590/S1806-37562016000000145.
19. Pacek LR, McClernon FJ, Bosworth HB. Adherence to pharmacological smoking cessation interventions: a literature review and synthesis of correlates and barriers. *Nicotine Tob Res*, 2017; 20(10): 1163-1172. DOI: 10.1093/ntr/ntx210.
20. Rosen LJ, Galili T, Kott J, *et al.* Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 2018; 113(5): 805-816. DOI: 10.1111/add.14134.
21. Mazoni CG, Fernandes S, Pierozan PS, *et al.* A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. *Estud Psicol*, 2008; 13(2): 133-140. DOI: 10.1590/S1413-294X2008000200005.
22. West R, Evins AE, Benowitz NL, *et al.* Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES. *Addiction*, 2018; 113(8): 1507-1516, 2018. DOI: 10.1111/add.14208.
23. Gómez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, *et al.* Current and emerging pharmacotherapies for cessation of tobacco smoking. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 2018; 38(2): 235-258. DOI: 10.1002/phar.2073.