



**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Pós-graduação *Stricto sensu***

LETÍCIA CASADO COSTA

Avaliação dos serviços de tratamento de fumantes e determinação dos fatores associados à cessação do tabagismo

Orientador: Dr. Luiz Claudio Santos Thuler

RIO DE JANEIRO

2016



**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Pós-graduação *Stricto sensu***

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Pós-Graduação em Oncologia

LETÍCIA CASADO COSTA

Avaliação dos serviços de tratamento de fumantes e determinação dos fatores associados à cessação do tabagismo

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Oncologia

Orientador: Dr. Luiz Claudio Santos Thuler

RIO DE JANEIRO

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

C837a Costa, Letícia Casado.

Avaliação dos serviços de tratamento de fumantes e determinação dos fatores associados à cessação do tabagismo / Letícia Casado Costa. – Rio de Janeiro, 2016.

172 f.

Tese (Doutorado em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016.

Orientador: Luiz Claudio Santos Thuler.

1. Hábito de Fumar. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Abandono do Uso de Tabaco. I. Thuler, Luiz Claudio Santos (Orient.). II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. III. Título.

CDD 616.865



**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Pós-graduação *Stricto sensu***

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Pós-Graduação em Oncologia

LETÍCIA CASADO COSTA

Avaliação dos serviços de tratamento de fumantes e determinação dos fatores associados à cessação do tabagismo

Orientador: Dr. Luiz Claudio Santos Thuler

Aprovada em: ____/____/____

EXAMINADORES:

Profa. Dra. Maria do Socorro Pombo de Oliveira, INCA
Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho, Fiocruz
Profa. Dra. Inês Echenique Mattos, Fiocruz
Prof. Dr. Lenildo de Moura, OPAS
Profa. Dra. Gabriela Villaça Chaves, INCA
Profa. Dra. Cláudia Vasconcelos, UNIRIO

RIO DE JANEIRO

2016

À minha mãe (*in memoriam*).

À minha filha Luísa, que sempre entendeu as minhas ausências,
além de me estimular a prosseguir nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luiz Claudio Santos Thuler, por mais essa oportunidade, confiança e pelos ensinamentos constantes. De fato, posso afirmar que fui orientada. A sua disponibilidade sem limites, aliada à sua forma acadêmica, inteligente e criativa de discutir as ideias apresentadas, deu o rumo a este trabalho, facilitando assim o alcance de seus objetivos. Minha eterna gratidão.

Meu reconhecimento aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Oncologia do INCA por tudo o que me ensinaram em suas disciplinas, seminários e conversas.

Aos meus novos amigos do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do INCA pela troca e aprendizado.

À equipe do Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, que me incentivou e esteve ao meu lado durante esses anos.

À equipe da Conprev e da CONICQ do INCA, pelo incentivo na realização deste doutorado.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com gestos, palavras ou intenções para a realização deste trabalho.

A Dimitri Caldeira, meu companheiro, pelo apoio incondicional na fase final e mais difícil dessa caminhada.

Finalmente, aos meus amigos que souberam compreender o tempo que deixei de estar com eles para me dedicar a este trabalho.

A todos vocês, registro a minha mais profunda gratidão.



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Pós-graduação *Stricto sensu*

Avaliação dos serviços de tratamento de fumantes e determinação dos fatores associados à cessação do tabagismo

RESUMO **TESE DE DOUTORADO**

LETÍCIA CASADO COSTA

Introdução: No Brasil, vem crescendo o número de serviços públicos especializados no tratamento intensivo do fumante. Entretanto avaliações desses serviços são escassas. A avaliação permite medir e provocar mudanças a partir da identificação e monitoramento dos pontos fortes e fracos de um serviço ou programa. **Objetivo:** Avaliar os serviços de tratamento de fumantes do Município do Rio de Janeiro (MRJ) e determinar os fatores relacionados à tentativa de deixar de fumar e ao abandono ao tabagismo em uma coorte de fumantes residentes em três capitais brasileiras. **Metodologia:** Foram realizados dois estudos independentes: o primeiro estudo consistiu na elaboração e pré-teste de um instrumento para avaliar serviços de tratamento de fumantes [Artigo 1] e por meio de sua aplicação a profissionais de saúde foram descritos os recursos disponíveis e as atividades desenvolvidas pelos serviços de tratamento de fumantes em todas as Unidades do SUS do MRJ que realizaram tratamento de fumantes em 2013, bem como o acesso aos serviços, a adesão aos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e o grau de sucesso em curto prazo do tratamento de fumantes [Artigo 2]. No segundo estudo, foi analisada uma coorte acompanhada, entre 2009 a 2012 ou 2013, composta por uma amostra probabilística representativa de fumantes adultos participantes do Projeto International Tobacco Control Policy Evaluation Project - ITC Brasil, residentes em domicílios com telefone fixo nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. As informações foram armazenadas e analisadas no aplicativo SPSS. Foi realizada uma análise descritiva por meio de medidas de tendência central para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e calculadas medidas de associação entre o desfecho (tentativa de parar de fumar e cessação do tabagismo) e as variáveis independentes selecionadas por meio de *odds ratio* (OR), com Intervalos de Confiança a 95% (IC95%). Foram considerados como estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$. Um modelo de regressão logística foi utilizado para analisar a associação entre os desfechos e as variáveis preditoras. **Resultados:** [Artigo 1] O questionário teve boa aceitação, foi considerado claro e com cobertura de todos os parâmetros necessários à avaliação do tratamento do fumante por 100% dos respondentes. A duração média do preenchimento do questionário variou entre 15 e 30 minutos em todos os casos. Após a realização do pré-teste, o instrumento foi reformulado. O resultado final foi um questionário autopreenchível, multidimensional, composto por 30 questões. [Artigo 2] No MRJ, dos 177 serviços que realizaram o tratamento do fumante em 2013, 81,9% responderam ao questionário. Os percentuais de cumprimento a 80% ou mais dos indicadores de acesso, adesão e sucesso do tratamento por Área de Planejamento variou, respectivamente, entre 33,3 e 80%; 9,1 e 36,4; e 28,6 e 75,0%. Apenas 6 (4,1%) serviços de saúde atingiram, simultaneamente, 80% ou mais de cumprimento nos três indicadores avaliados. [Artigo 3] Por fim, os dados do ITC mostraram que cerca de dois terços (65,6%) dos fumantes tentaram parar entre as ondas, e 25,6% tinham parado com êxito. Intenção de parar de fumar no futuro só foi associada com fazer uma tentativa de parar (OR = 2,85; IC 95% 1,64-4,94; $p < 0,001$). Fumantes com status socioeconômico mais elevado (RR = 2,13; IC95% 1,23-3,68; $p = 0,01$) e menor dependência à nicotina (RR = 2,04; IC 95% 1,14 -3,63; $p = 0,02$) eram mais propensos a deixar de fumar com êxito. A presença de qualquer outro adulto fumante em casa foi inversamente relacionada com a parar de fumar com sucesso (OR = 0,51; IC 95% 0,27-0,96; $p = 0,04$). **Conclusões:** A realização dos pré-testes propiciou aprimorar o questionário, minimizou dificuldades na compreensão das perguntas e aperfeiçoou as opções de resposta. Foi produzido um questionário eficiente, compreensível, de conteúdo adequado, de fácil utilização, bem aceito pelos profissionais de saúde que poderá contribuir no processo de avaliação do tratamento do fumante em unidades do Sistema Único de Saúde no Brasil. A avaliação dos serviços de cessação de fumar é essencial, a fim de ser capaz de oferecer o melhor protocolo e atendimento aos fumantes com o melhor uso dos recursos públicos. Embora mais de 20% dos 11.287 pacientes registrados para tratamento não tenham participado da primeira sessão de grupo, a taxa de sucesso daqueles que participaram da quarta sessão de grupo foi superior a 80%. Nossos resultados podem fornecer orientação para futuras intervenções do governo sobre os fatores que poderiam influenciar a cessação do tabagismo.

Palavras-chave: Tabaco. Avaliação de serviço. Preditores de cessação. Deixar de fumar.



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Pós-graduação *Stricto sensu*

Evaluation of smoking treatment services and factors associated with smoking cessation

ABSTRACT DOCTORAL THESIS

LETÍCIA CASADO COSTA

Introduction: In Brazil, has increased the number of specialized public services in the intensive treatment of smokers. However evaluations of these services are scarce. The evaluation allows you to measure and bring about change through the identification and monitoring of strengths and weaknesses of a service or program. **Objective:** To evaluate the smoking treatment services of the Municipality of Rio de Janeiro (MRJ) and determine the factors related to attempt to quit smoking and cessation in a cohort of residents smoking in three Brazilian capitals. **Methodology:** Two independent studies were conducted: the first study consisted in the design and pre-testing of an instrument to assess smoking treatment services [Article 1] and through its application to health professionals we have described the resources and activities developed by smokers treatment services in all MRJ SUS units that made smoking treatment in 2013, as well as access to services, adherence to protocols recommended by the Ministry of Health and the degree of success in the short term smoking treatment [Article 2]. In the second study we analyzed a cohort followed from 2009 to 2012 or 2013, composed of a representative random sample of adult smokers participating in the International Project Tobacco Control Policy Evaluation Project - ITC Brazil, living in households with fixed phone in the cities of Rio de Janeiro, São Paulo and Porto Alegre. The information was stored and analyzed using the SPSS software. A descriptive analysis using measures of central tendency was performed for continuous variables and absolute and relative frequencies for categorical variables and calculated measures of association between the outcome (attempt to stop smoking and smoking cessation) and the independent variables selected by means of odds ratio (OR) with confidence intervals at 95% (95%). They were considered as statistically significant if $p < 0.05$. A logistic regression model was used to analyze the association between outcomes and predictors. **Results:** [Article 1] The questionnaire was well accepted, was considered clear and covered all the parameters needed to evaluate the treatment of smokers by 100% of respondents. The average length of the completion of the questionnaire ranged between 15 and 30 minutes in all cases. Upon completion of the pre-test the instrument was reformulated. The end result was a self-administered questionnaire, multidimensional, consisting of 30 questions. [Article 2] In the MRJ of the 177 services that performed the treatment of smokers in 2013, 81.9% answered the questionnaire. The percentage of compliance of 80% or more of the access indicators, adherence and success of treatment by planning area ranged, respectively, from 33.3 to 80.0%; 9.1 and 36.4; and 28.6 and 75.0%. Only 6 (4.1%) health services reached 80% or more of fulfillment for all three indicators. [Article 3] Finally, ITC data showed that about two-thirds (65.6%) of smokers tried to quit between the waves, and 25.6% had successfully stopped. Intention to quit smoking in the future was only factor associated with making a quit attempt (OR = 2.85; 95% CI 1.64 to 4.94; $p < 0.001$). Smokers with higher socioeconomic status (RR = 2.13; 95% CI 1.23 to 3.68; $p = 0.01$) and lower nicotine dependence (RR = 2.04; 95% CI 1.14 - 3.63; $p = 0.02$) were more likely to quit successfully. The presence of any other adult smoker at home was inversely related to stop smoking successfully (OR = 0.51, 95% CI 0.27 to 0.96; $p = 0.04$). **Conclusions:** The performance of pretests led improvement in the questionnaire, downplayed difficulties in understanding the questions and improved response options. An efficient questionnaire, understandable, with appropriate content, easy to use, and well accepted by healthcare professionals that can help in the evaluation process of the treatment of smokers in the National Health System units in Brazil was produced. Evaluation of smoking cessation services is essential in order to be able to offer the best protocol and service to smokers with the best use of public resources. Although more than 20% of the 11,287 patients registered for treatment have not participated in the first group session, the success rate of those who participated in the fourth group session was over 80%. Our results can provide guidance for future government interventions on factors that could influence smoking cessation.

Key words: Tobacco. Service evaluation. Predictors of cessation. Smoking cessation.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	v
LISTA DE QUADROS E TABELAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xii
1. INTRODUÇÃO	14
2. TABAGISMO	15
2.1 Prevalência do tabagismo	15
2.2 Mortalidade relacionada ao tabagismo	17
2.3 Ações internacionais para o controle do tabaco	19
2.4 Ações nacionais para o controle do tabaco	21
2.5 Cessação do tabagismo	22
2.6 Dependência química	23
2.7 Avalia�o do grau de dependência	24
2.8 Tratamento do fumante	25
2.8.1. Interven�es comportamentais	26
2.8.2. Farmacoterapia	27
2.8.3. Interven�es não farmacológicas	33
2.9 O papel dos profissionais de saúde no tratamento do fumante	34
2.10 Tratamento do fumante no Sistema �nico de Saúde	35
3. AVALIA�O DE PROGRAMAS	38
3.1 Marco Teórico-Conceitual	38
4. JUSTIFICATIVA	40
5. OBJETIVOS	41
5.1 Objetivo principal	41
5.2 Objetivos secundários	41
6. RESULTADOS	42
7. DISCUSSÃO	99
8. CONCLUSÕES	110
9. REFERÊNCIAS	111
10. ANEXOS	119
10.1 Anexo A - Portaria n� 442 de 13 de agosto de 2004	119
10.2 Anexo B - Portaria n� 571, de 5 de abril de 2013.....	138
10.3 Anexo C - Questionário para avalia�o de processo nas Unidades de Saúde	146
10.4 Anexo D - Questionário dos fumantes	150
10.5 Anexo E - Comitê de �tica	166

LISTA DE QUADROS E TABELAS

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 - Significado do MPOWER	21
Quadro 2.2 - Itens e pontuação para o Teste de <i>Fagerström</i> para a Dependência à Nicotina	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 - Fração Prevenível (FP) de casos de doenças relacionadas ao tabagismo 14

Tabela 2.1 - Proporção de óbitos atribuídos ao tabaco, no mundo, por região e sexo, 2004 17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT - Aliança de Controle do Tabagismo
AVC - Acidente vascular cerebral
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CQCT – Convenção-Quadro do Controle do Tabaco
DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis
DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica
DF - Distrito Federal
EUA - Estados Unidos da América
FR - Fator de risco
HSI - *Heaviness of Smoking Index*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FDA - *US Food and Drug Administration* - Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
FP - Fração Prevenível
FTND - *Fagerström Test for Nicotine Dependence*
IAM - Infarto agudo do miocárdio
IC - Intervalo de confiança
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MRJ - Município do Rio de Janeiro
MS - Ministério da Saúde
NHIS - *National Health Interview Survey*
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PeTAB - Pesquisa Especial de Tabagismo
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PSE - Programa de Saúde na Escola

RR - Razão de risco

SES - Secretaria de Estado da Saúde (SES)

SM - Salário mínimo

SMS - Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

SUS - Sistema Único de Saúde

TRN - Terapia de reposição da nicotina

US - Unidade de Saúde

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

Fumar cigarros, antes visto como estilo de vida, atualmente é reconhecido como fator que leva à dependência química, uma vez que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como problema de Saúde Pública, o tabagismo é uma pandemia.

A perda de produtividade gerada pelo adoecimento e morte prematuros nos fumantes se traduz em altos custos associados à assistência a saúde, o que leva a importantes encargos econômicos nos países (PINTO, 2015). Entre os fatores de risco modificáveis, o tabagismo é considerado o mais importante para a morbimortalidade. O Banco Mundial e a OMS (WHO, 2012) estimaram a fração prevenível de casos de doenças relacionadas ao tabagismo (Tabela 1.1). Essas estimativas apontam que o percentual de casos atribuíveis ao tabagismo varia de 2% (câncer do colo do útero) a 67% (câncer de pulmão).

Tabela 1.1 - Fração Prevenível (FP) de casos de doenças relacionadas ao tabagismo

Doença	FP
Doença isquêmica do coração	17%
Acidente vascular cerebral	13%
Outras doenças cardiovasculares selecionadas	12%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	44%
Câncer:	
- Boca e orofaringe	42%
- Esôfago	42%
- Estômago	13%
- Fígado	14%
- Pâncreas	22%
- Pulmão	67%
- Colo do útero	2%
- Bexiga	27%
- Leucemia	6%

Fonte: WHO, 2012

Por isso, o tabagismo tem merecido uma abordagem diferenciada por se tratar, também, de uma doença: uma doença gerada por dependência, a dependência à nicotina.

2. TABAGISMO

2.1 Prevalência do tabagismo

No mundo

Em sua publicação de julho de 2011, a Unidade de Epidemiologia e Estatística da *American Lung Association* apontou que, no mundo, diariamente são comercializados mais de 15 bilhões de cigarros. Em termos de população mundial, a OMS estima que há mais de um bilhão de fumantes. Quatro quintos desses fumantes vivem em países de baixa ou média renda, onde a carga das doenças e mortes tabaco relacionadas é mais presente (WHO, 2011). Na China, o número de fumantes, mais de 300 milhões, é equivalente a toda população dos Estados Unidos da América (EUA). Esses dados indicam que, no mundo, aproximadamente 48% dos homens e 10% das mulheres fumam. A manutenção das tendências atuais sugere que 20% das mulheres em todo o mundo estarão fumando em 2025 (*American Lung Association. Research and Program Services. Epidemiology and Statistics Unit*).

A OMS publicou, em 2009, o *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. A China, grande produtor e consumidor de tabaco, cuja produção de cigarros representa um terço daquela do mundo, apresentou uma prevalência de 31,4%, sendo 57,4% em homens e 2,6% em mulheres. A Índia teve uma prevalência de 57,0% em homens e 10,8% em mulheres. As informações do *National Health Interview Survey* (NHIS), de 2007, relativas aos maiores de 18 anos residentes nos EUA, apontam para uma prevalência de 19,7%. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 2008, fez uma comparação da prevalência anual de tabagismo entre adultos norte-americanos e concluiu que houve uma diminuição de 24,7%, observada em 1997, para 19,7%, descrita em 2007. Já a *American Cancer Society* (2013), estima que a prevalência do tabagismo em adultos norte-americanos diminuiu no período de 2005 a 2011, passando de 20,9% para 19%, com quedas expressivas em homens (23,9% para 21,6%) e mulheres (18,1% para 16,5%). O

percentual de fumantes do ensino médio também foi reduzido de 22% para 18,1%, nos Estados Unidos, entre 2003 e 2011.

No Brasil

Duas pesquisas nacionais (INAN, 1990; MS, 2004) mostram que a prevalência do tabagismo em pessoas com 18 anos ou mais diminuiu substancialmente, de 34,8%, em 1989, para 22,4%, em 2003. Mais recentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - IBGE, 2013), encontrou um percentual de 14,7% de fumantes enquanto o inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2014), em sua nona fase, encontrou prevalência de 10,8% de fumantes entre os brasileiros. Embora as metodologias dos estudos não sejam comparáveis, os resultados apontam para uma expressiva redução nos percentuais de fumantes.

Quanto ao perfil do usuário, o VIGITEL (2014), em seu último estudo, relata que o comportamento de fumar se mostra mais frequente entre homens e mulheres com menor escolaridade (8 anos ou menos, 16,4% e 12,1%, respectivamente).

Pode-se considerar, como um dos responsáveis por esse declínio no Brasil a implantação de ações de impacto (legislação, advertências nos produtos sobre os malefícios do tabagismo, criação e ampliação dos ambientes livres do tabaco, e restrição ou proibição da propaganda) coordenadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde (INCA/MS) desde 1989, por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e a partir de 2003, também, pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). Esses achados podem ser considerados um importante indício de que as políticas públicas de controle do tabaco vêm obtendo sucesso (SZKLO et al., 2015).

Perfil de dependência à nicotina

Malta e colaboradores (2013) em análise de tendência do consumo de 20 ou mais cigarros por dia em residentes das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (2006-2011), a partir dos dados do Vigitel, descreveram redução no consumo para a população com idade entre 35 a 54 anos e na população da Região Nordeste, sem redução nas demais regiões. Mais recentemente, o Vigitel (2014) mostrou que a frequência de consumo intenso de cigarros entre os adultos foi de 3,0%, sendo maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade.

2.2 Mortalidade relacionada ao tabagismo

No mundo

O tabagismo é uma das principais causas de mortes prematuras e de incapacidades, representando um problema de Saúde Pública não somente nos países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento, como o Brasil.

Considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo, segundo a OMS (WHO, 2012) cerca de cinco milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência das doenças relacionadas ao tabaco, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. No mundo, 12% de todos os óbitos entre adultos com 30 anos ou mais podem ser atribuídos ao tabaco, de acordo com os dados apresentados na Tabela 2.1.

Tabela 2.1 - Proporção de óbitos atribuídos ao tabaco, no mundo, por região e sexo, 2004

Região	Proporção de todas as mortes atribuíveis ao tabaco		
	Masculino (%)	Feminino (%)	Todos os adultos (%)
África	5	1	3
Américas	17	15	16
Leste do Mediterrâneo	12	2	7
Europa	25	7	16
Sudeste da Ásia	14	5	10
Pacífico Ocidental	14	11	13
Total	16	7	12

Fonte: WHO, 2012

As estimativas atuais apontam para aumento da mortalidade anual de fumantes para 8,3 milhões em 2030, com 80% dessas mortes acontecendo em países de baixa e média renda (*American Lung Association, 2011*).

A *American Cancer Society (2013)*, em sua mais recente publicação, estima para este ano que cerca de 174.100 mortes por câncer terão como fator causal o consumo de tabaco. O tabagismo nos EUA também é responsável, anualmente, por 193 milhões de dólares em gastos com saúde e perdas de produtividade.

No Brasil

No Brasil, as principais causas de morte são as doenças cardiovasculares e o câncer, e o seu principal fator de risco é o tabagismo. Para o ano de 1995, o *Tobacco Control Country Profiles*, em sua segunda edição, apresentou estimativas muito elevadas de mortes associadas ao tabagismo para o Brasil: 376.431. Caso as tendências de expansão do consumo verificadas naquela época fossem mantidas, esses números aumentariam para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003).

Apesar da significativa diminuição referente à prevalência do tabagismo nas duas últimas décadas, pode-se, ainda, atribuir a ele 13,6% das mortes de adultos residentes em 16 capitais brasileiras, em 2003. Esse percentual talvez esteja relacionado ao efeito desse comportamento no passado, em que as prevalências eram muito altas (Schmidt et al., 2011).

Mais recentemente, Pinto e colaboradores, em seu artigo sobre a carga das doenças tabaco relacionadas no Brasil (Pinto et al., 2015), apontaram o tabagismo como responsável por percentual semelhante (14,7%) das mortes que ocorreram no país em 2011 e se traduziram em 147.072 óbitos evitáveis. Os autores observaram ainda que 31% dos óbitos ocorridos pelas doenças selecionadas na análise (infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças isquêmicas (não IAM) e não isquêmicas do coração, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia, influenza, e as neoplasias de pulmão, laringe, bexiga, boca,

faringe, rins, estômago, esôfago, pâncreas, colo do útero e leucemia mielóide) possuíam associação direta com o tabagismo.

2.3 Ações internacionais para o controle do tabaco

Reduzir o consumo de tabaco deve ser prioridade para os líderes mundiais frente à enorme e crescente quantidade de mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Durante a Assembleia Mundial de Saúde da ONU, em 1999, 192 países solicitaram a negociação de um tratado internacional para controlar a expansão do consumo de tabaco. A Convenção-Quadro do Controle do Tabaco (CQCT) da OMS foi o primeiro tratado internacional de saúde pública. No primeiro parágrafo do seu preâmbulo afirma: *“As partes dessa convenção (estão) determinadas a dar prioridade aos seus direitos de proteger a saúde pública”* (WHO, 2003). Ao aderir à CQCT, cada país assume o compromisso de implementar inúmeras ações de enfrentamento. Entre outras, destacam-se as ações regulatórias como a proibição da propaganda, advertências nos maços, legislação para restringir o ato de fumar em lugares públicos e impostos mais altos sobre o produto. Ao descrever seu objetivo, esse tratado reafirma, no seu artigo 3º, o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde o que inclui a proteção não só às gerações presentes como às futuras de todas as consequências geradas pelo tabagismo.

O artigo 14 da CQCT da OMS, aprovado em novembro de 2010 (RAW, 2011; Draft guidelines for the implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2010), convoca seus membros a facilitarem o acesso e disponibilidade do tratamento da dependência do tabaco, incluindo o uso de produtos farmacêuticos, e vem impulsionando os países a desenvolverem amplos programas nacionais. Embora as diretrizes reconheçam explicitamente que os recursos são finitos e sugiram abordagem gradual onde forem oportuno, elas também conclamam para que medicamentos sejam disponibilizados de forma ampla e gratuita ou a um custo acessível. As diretrizes preconizam ainda a negociação coletiva por parte dos governos para reduzir os preços dos medicamentos e apontam que onde houver medicamentos eficazes de baixo custo, estes devam ser considerados como o tratamento padrão a ser seguido. De modo geral, as medidas centrais da CQCT estão voltadas para a redução da demanda e para a redução da

oferta do tabaco. Nas guias de implementação do Artigo 14 que podem ser encontradas na Internet (WHO, 2010) estão descritas as orientações para que os países realizem atividades de monitoramento e avaliação, a fim de medir o progresso dos programas bem como o impacto das intervenções propostas. O monitoramento e a avaliação são fundamentais, pois garantem que as melhores estratégias estejam sendo empregadas para desenvolver e oferecer tratamento eficaz para os fumantes que querem deixar de fumar. No nível nacional, monitorar e avaliar assegura que o progresso esteja sendo medido, de modo que as intervenções possam ser modificadas e melhoradas sempre que necessário. Isto ajuda a garantir que a utilização mais eficiente seja feita sem desperdício de recursos. Internacionalmente, compartilhar essas experiências poderá permitir aos países membros reavaliar e adaptar suas estratégias a fim de melhorar o processo de atenção.

De acordo com as recomendações do Artigo 14, cabe aos países membros monitorar e avaliar o nível de dependência dos usuários de tabaco, as estratégias de tratamento disponíveis bem como, os desfechos da cessação do tabagismo, incluindo processos e medidas de resultados, para observar tendências (WHO, 2010).

Para isso, todas as ações descritas se baseiam na formulação de objetivos mensuráveis, que determinem os recursos necessários, apontem indicadores para avaliar o progresso da redução da demanda relativa à dependência e à cessação do tabagismo. Quanto aos profissionais de saúde, a orientação é que sejam incentivados a acompanhar o desempenho dos serviços através de indicadores claramente definidos, tendo em conta as circunstâncias nacionais e as prioridades locais (WHO, 2010).

Com o intuito de fortalecer a CQCT, a OMS lançou, em 2008, um pacote de seis políticas denominado de **MPOWER** (Quadro 2.1), sendo uma delas dirigida especificamente para a oferta do tratamento para parar de fumar. A efetiva implementação desse pacote visa a contribuir para reverter a epidemia do tabaco, evitando assim, na população mundial, milhões de mortes relacionadas a esse importante fator de risco.

Quadro 2.1 - Significado do MPOWER

M – <i>Monitor</i> : monitoramento do uso do tabaco e políticas de prevenção
P – <i>Protect</i> : proteção ao tabagismo passivo
O – <i>Offer</i> : oferta do tratamento para parar de fumar
W – <i>Warn</i> : advertências sobre os riscos de fumar
E – <i>Enforce</i> : reforço da proibição da propaganda, promoção e patrocínio
R – <i>Raise</i> : aumento de taxas sobre o tabaco

2.4 Ações nacionais para o controle do tabaco

O PNCT, coordenado e executado pelo INCA/MS, em parceria com as 27 Secretarias de Estado da Saúde (SES), tem como objetivo a prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país. Para alcançá-lo, são adotadas medidas destinadas à prevenção da iniciação e ações que objetivam aumentar o acesso da população fumante a métodos eficazes de cessação do tabagismo.

Com isso, no Brasil vem crescendo o número de serviços públicos especializados no tratamento intensivo do fumante. Entretanto, dados sobre as características dos pacientes que procuram esses serviços são escassos e o conhecimento do público-alvo é fundamental para a estruturação dos programas de forma a atender às necessidades específicas dessa população. Estratégias para a elevação da cessação do tabagismo assumem papel de grande importância nesse cenário e devem ser fortemente incentivadas pelas autoridades de saúde (WANNMACHER, 2007).

Recentemente, como país signatário da CQCT e, em resposta ao desafio das DCNT, o MS brasileiro apresentou o seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT para o período 2011-2022 (MS, 2011), no qual reduzir a prevalência de tabagismo em adultos é uma das metas. O plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovascular, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) que têm o tabagismo entre os principais fatores de risco. O documento define diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação, monitoramento,

promoção da saúde e cuidado integral, destacando-se, no que diz respeito ao tabagismo e álcool, as seguintes ações:

- I. Adequar a legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos.
- II. Ampliar as ações de prevenção e de cessação do tabagismo na população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).
- III. Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo.
- IV. Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcóolicas a menores de 18 anos.
- V. Fortalecer, no Programa Saúde na Escola, ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool e tabaco.

O sucesso para o alcance das metas desse plano de ação demanda um conjunto de ações intersetoriais, mostrando a importância da transversalidade, para o enfrentamento do problema.

2.5 Cessação do tabagismo

Numa revisão da literatura científica sobre cessação do tabagismo no Brasil, observamos que, em geral, os estudos publicados, entre os anos de 2000 e 2008, referem-se aos fumantes que procuraram apoio para deixar de fumar em ambulatórios ou clínicas médicas e à análise do grau de dependência dessa população segundo o teste de *Fagerström*. O que há disponível, na maioria das vezes, são informações para algumas cidades, não se podendo comparar os resultados devido às diferenças metodológicas, à abrangência dos estudos, aos períodos cobertos e aos instrumentos de coleta de dados utilizados. Os inquéritos de saúde de base populacional, principalmente os de alcance nacional, constituem o principal instrumento utilizado para conhecer o perfil dos fumantes com relação à tentativa de parar de fumar, o planejamento ou intenção de parar de fumar, bem como a recomendação de profissionais de saúde para a cessação.

Pela primeira vez no País, em 2008, a PETab coletou informações dos fumantes brasileiros com relação a essas três variáveis. Dos fumantes, 45,6% tentaram parar de fumar, o que corresponde a aproximadamente 12 milhões de

fumantes. Cinco anos depois, em 2013, a PNS mostrou que dentre os fumantes atuais e os ex-fumantes que pararam de fumar há menos de 12 meses da entrevista, 51,1% fizeram alguma tentativa de parar de fumar. As mulheres (55,9%) tentaram parar mais do que os homens (47,9%). Dos fumantes, 8,8% procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses (PNS, 2103).

2.6 Dependência química

Estudos (REICHERT et al., 2008; ROSEMBERG, 2002) partem da seguinte premissa: os indivíduos que inativam a nicotina mais lentamente mantêm níveis ativos dessa substância no sistema nervoso central por tempo mais longo e, em função disso, têm menor risco de se tornarem dependentes à nicotina, pois os efeitos desagradáveis da primeira experiência com o cigarro são mais acentuados.

Quando eles se tornam fumantes consomem menor número de cigarros por dia. Nesse contexto, abandonar o comportamento de fumar não é fácil, pois a dependência do tabaco envolve um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos. Pouquíssimos fumantes obtêm sucesso em sua primeira tentativa de cessação.

Segundo dados da literatura científica (SILVA, 2010; CÔRREA et al., 2008), antes de parar, os fumantes tentam, em média, 4 a 5 vezes até obter sucesso. Informações sugerem que cerca de 6% a 38% dos fumantes que recaem tentarão parar de fumar novamente no próximo ano.

Sabe-se que deixar de fumar reduz a morbidade e a mortalidade em grau dependente do processo da doença e da quantidade de dano, assim como da reversibilidade do dano no momento da cessação (SILVA, 2010).

2.7 Avaliação do grau de dependência

A dependência pode ser estimada através do teste de *Fagerström* para a Dependência à Nicotina - *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), que foi um dos primeiros instrumentos desenvolvidos com essa finalidade.

O FTND, popularmente conhecido como Teste de *Fagerström*, foi desenvolvido por Fagerström (EBBERT, 2006) e readaptado por Heatherton et al. (1991). O FTND é uma escala que consiste em questões referentes ao padrão típico de fumar e que classifica a dependência à nicotina em leve, moderada ou grave. O questionário consiste em uma escala com seis questões referentes ao padrão típico de fumar e que a partir das respostas do paciente classifica sua dependência (HEATHERTON et al., 1991), conforme descrito no Quadro 2.2. Se a soma for acima de seis pontos existe uma probabilidade de que o fumante terá um desconforto significativo, conhecido como síndrome de abstinência, ao deixar de fumar (HALTY et al., 2002).

O Teste de *Fagerström* foi validado no Brasil por Carmo; Pueyo (2002). O total de pontos da FTND, bem como a questão 1 (“Quanto tempo você demora para fumar seu primeiro cigarro depois de se levantar pela manhã?”) e a questão 2 (“Para você é difícil abster-se e não fumar naqueles lugares onde está proibido como, por exemplo, um hospital, biblioteca, igreja, ônibus etc.?”) foram utilizadas na validação convergente. Já a informação referente ao número de cigarros fumados por dia permite definir se é fumante leve/moderado para quem fuma menos que 20 cigarros por dia ou se é fumante pesado para quem fuma 20 cigarros por dia ou mais. Por sua vez, a informação referente ao intervalo de tempo após acordar para o primeiro cigarro do dia é categorizada em: primeiros 5 minutos, 6 a 30 minutos, 31 a 60 minutos e após 60 minutos.

Posteriormente, foi preconizado um índice de Intensidade do Tabagismo, denominado *Heaviness of Smoking Index* (HSI), resultante da combinação de duas medidas de autorrelato relacionadas ao tempo para consumir o primeiro cigarro do dia e o consumo médio diário de cigarros (HEATHERTON et al., 1989). Uma combinação dessas duas perguntas permite chegar ao indicador. Essa classificação do grau de dependência à nicotina se apresenta como uma versão simplificada do Teste de Fagerström (HEATHERTON et al., 1989).

Quadro 2.2 – Itens e pontuação para o Teste de Fagerström para a Dependência à Nicotina

Questão	Respostas	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Você acha difícil abster-se do fumo em lugares onde ele é proibido, por exemplo, na igreja, na biblioteca, no cinema etc.?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro você mais odiaria ter que largar?	O primeiro da manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros dia você fuma?	10 ou menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma se estiver tão doente a ponto de ficar na cama a maior parte do dia?	Sim	1
	Não	0
Pontuação total: 0-2=muito baixa; 3-4=baixa; 5=média; 6-7=elevada; 8-10=muito elevada		

Nota: A permissão para usar esta escala, para uso que não o de pesquisa, deve ser obtida junto à Fagerström KO

Fonte: [Heatherton](#) et al., 1991

A proporção de fumantes com dependência elevada ou muito elevada pode se refletir, futuramente, em maior carga de doenças associadas ao tabagismo. Essa proporção de fumantes é também importante para o planejamento de programas para tratamento da dependência e para determinar a estratégia terapêutica a ser estabelecida. O fumante leve (o que apresenta menor consumo médio de cigarros por dia e/ou demora mais tempo para acender o primeiro cigarro após acordar) pode se beneficiar mais da terapia cognitivo-comportamental, sem uso de medicamento, do que o fumante pesado. Isso se deve aos efeitos estimulantes e de recompensa que a nicotina provoca ao se combinar com receptores específicos no sistema nervoso central. O fumante regula o consumo de cigarros de forma a manter relativamente constante a concentração de nicotina em seus receptores.

2.8 Tratamento do fumante

Promover a cessação do tabagismo, neste século, está entre as principais intervenções de saúde destinadas a reduzir a morbimortalidade no mundo. Tanto o aconselhamento comportamental como a farmacoterapia têm sido usados para

aumentar as taxas de abstinência em longo prazo, e a combinação dessas duas modalidades de tratamento tem sido amplamente recomendada (RAUPACH; VAN SCHAYCK, 2011).

Uma vez que cerca de 70% dos fumantes relatam que querem parar de fumar, e que em torno de 80% dos fumantes referem que vão a um médico pelo menos uma vez a cada ano, essa se torna uma chance importante de abordá-los no que diz respeito ao tratamento da dependência (RAUPACH; VAN SCHAYCK, 2011).

As estratégias para o tratamento do fumante podem ser classificadas em intervenções comportamentais, farmacoterapia e intervenções não farmacológicas.

2.8.1. Intervenções comportamentais

Intervenções motivacionais devem ser oferecidas tanto no âmbito do atendimento individual quanto em grupo. Os fumantes devem ser estimulados a deixar de fumar por meio de atendimentos ou sessões estruturadas, nos quais são informados sobre os benefícios de parar de fumar e os malefícios e riscos para a saúde advindos do tabagismo (FIORE et al., 2000).

A abordagem cognitivo-comportamental, muito usada no tratamento das dependências, compatibiliza intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais dessa abordagem envolvem a identificação de possíveis situações de risco que levem à recaída e ao desenvolvimento de estratégias de combate. Automonitoração, controle de estímulos, emprego de técnicas de relaxamento e procedimentos aversivos constam como estratégias que podem ser utilizadas. Esse tipo de abordagem inclui o estímulo ao autocontrole ou automanejo do indivíduo, a fim de que o mesmo aprenda como driblar o ciclo vicioso da dependência, enquanto aprende a ser um agente de mudança de seu próprio comportamento (FIORE et al., 2000).

Segundo Fiore et al., estudos mostram que, independente da duração desse tipo de abordagem, sempre haverá um aumento da taxa de abstinência. Deve-se, ainda, estar atento ao tempo total dessa abordagem, ou seja, na

frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato. Quanto maior for, maior será a taxa de abstinência. Entretanto, a partir de uma abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência. O aumento na taxa de cessação também está associado às abordagens no sentido de preparar o fumante para encontrar soluções de seus problemas, estimular suas habilidades para resistir à vontade de fumar, preparar para prevenir uma recaída e preparar para enfrentar o *stress* (FIORE et al., 2000).

Baseado nos resultados combinados de 38 ensaios clínicos, à medida que se aumenta o suporte comportamental, sugere-se que as chances de sucesso na cessação aumentem em cerca de 10 a 25%. O efeito pode ser um pouco superior quando somado a algum tipo de apoio, comparando-se com um grupo controle sem nenhum apoio. O fornecimento de algum tipo de contato pessoal é benéfico, e indivíduos que fazem uma tentativa de parar com farmacoterapia aumentam suas chances de sucesso quando eles têm acesso ao apoio comportamental (STEAD; LANCASTER, 2012).

O aconselhamento e a utilização de uma linha direta de telefone, conhecida como *helpline* ou *quitline*, têm sido descritos como benefício adicional. Nos Estados Unidos, um serviço de aconselhamento para a cessação de fumar por meio de linhas de telefone, financiado com o saldo dos impostos do tabaco, oferece sessões de treinamento e recursos para deixar de fumar (STEAD; LANCASTER, 2012).

O PNCT norte-americano descreve as melhores práticas para deixar de fumar, além de apresentar os materiais usados pelo programa de cessação. O website tem um *link* atualizado para as diretrizes da prática clínica (*A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update*), que também foram impressas em forma de resumo executivo (FIORE et al., 2008). O relatório completo foi publicado no *American Journal of Preventive Medicine* (2008).

2.8.2. Farmacoterapia

A adição de um agente farmacológico a um programa de cessação baseado na terapia comportamental pode ter impacto positivo sobre as tentativas de

parar de fumar, especialmente se as tentativas anteriores foram mal sucedidas (GOODFELLOW; WAUGH, 2008).

Qualquer medicamento pode ter efeitos adversos potenciais e aqueles usados nos programas para aumentar a cessação do tabagismo não configuram exceção. O que justifica então o uso desses fármacos é que a maioria, se não todos, são claramente mais seguros do que continuar usando o tabaco. Se compararmos com o uso apenas do placebo, medicamentos de primeira linha apresentam eficácia modesta. Entretanto podem melhorar substancialmente seu desempenho quando se adiciona o tratamento comportamental (GOODFELLOW; WAUGH, 2008).

Os fármacos empregados no tratamento do fumante são classificados em nicotínicos e não nicotínicos.

a. *Terapia de reposição da nicotina*

A reposição da nicotina é o recurso mais comumente usado para ajudar a livrar-se da dependência. Ela tem sido empregada a mais tempo do que os demais medicamentos e, por isso, há mais informações sobre como usá-la, sua eficácia e segurança (GEORGE, 2007).

O objetivo da terapia de reposição da nicotina (TRN) é substituir temporariamente a nicotina do cigarro para reduzir a motivação para fumar e os sintomas de abstinência da nicotina, facilitando assim a transição para a total abstinência (STEAD, 2012). A TRN atua principalmente reduzindo os sintomas de abstinência e pode reduzir o mau humor, uma vez que ajuda a manter os níveis de nicotina próximos do normal, além de ajudar a suprimir o ganho de peso associado à cessação do tabagismo. Os fumantes que são tratados com essa terapia devem ser avisados que o desejo pela nicotina diminuirá, mas não será eliminado totalmente (GOODFELLOW; WAUGH, 2008).

A forma mais comum de TRN é o adesivo transdérmico, com liberação lenta de nicotina, disponível há mais de 25 anos. Além disso, pode ser administrada como goma de mascar, pastilha, *spray* nasal e inalador, cuja liberação de nicotina é mais rápida (GOODFELLOW; WAUGH, 2008).

Em geral, a TRN é considerada segura para a maioria dos indivíduos que quer parar de fumar (GOODFELLOW; WAUGH, 2008). Entretanto, são descritas na literatura científica algumas advertências e contraindicações para indicar esse medicamento a pacientes com história de IAM há menos de 6 semanas, hipertensão arterial não controlada (ou hipertensão, que emerge durante o tratamento), arritmia grave ou angina instável. Em pessoas com *diabetes mellitus* não controlada a nicotina pode prejudicar a sensibilidade à insulina. *Diabetes mellitus* tipo II e outras formas de doença cardiovascular também podem representar contraindicações a esse tipo de tratamento, e os riscos têm de ser ponderados em relação à manutenção do comportamento de fumar (ELIASSON, 2003; EPIFANO et al., 1992).

Uma revisão da literatura disponível no *website* da *Cochrane Tobacco Addiction Group*, cujo principal produto é a *Cochrane Database of Systematic Reviews*, teve como objetivos determinar o efeito da TRN comparada com placebo para ajudar na cessação do tabagismo e considerar se há diferença entre as formas de TRN (goma de mascar, adesivos transdérmicos, oral e *sprays* nasais, inaladores e pastilhas). Dos 150 estudos analisados, 117 tinham mais de 50.000 participantes e permitiram a comparação primária entre cada tipo de TRN e placebo ou não TRN no grupo controle. A razão de risco (RR) de abstinência para qualquer forma de TRN em relação aos controles foi de 1,60 (IC 95% 1,53-1,68). Os RR agrupados para cada tipo eram de 1,49 (IC 95% 1,40-1,60, em 55 ensaios clínicos) para a goma de mascar; 1,64 (IC 95% 1,52-1,78, em 43 ensaios clínicos) para adesivo de nicotina; 1,95 (IC 95% 1,61-2,36, em 6 ensaios clínicos) para os comprimidos orais ou pastilhas; 1,90 (IC 95% 1,36-2,67, em 4 ensaios clínicos) para inalador de nicotina; e 2,02 (IC 95% 1,49-2,73, em 4 ensaios clínicos) para *spray* nasal de nicotina. Os efeitos foram, em grande parte, independentes da duração da terapia, da intensidade do apoio adicional fornecido ou do ambiente no qual a TRN foi oferecida. O efeito foi semelhante em um pequeno grupo de estudos que visavam a avaliar o uso da TRN obtida sem receita médica. Em fumantes altamente dependentes houve um benefício significativo da goma de mascar de 4mg em comparação com 2mg. Houve evidência ainda de que a combinação de adesivo de nicotina com uma forma de libertação rápida de TRN foi mais eficaz do que um único tipo de TRN (RR 1,34, IC 95% 1,18-1,51, em 9 ensaios clínicos). Cinco estudos compararam diretamente TRN com Bupropiona, e não houve diferença na eficácia (RR 1,01 IC 95% 0,87-1,18). Uma combinação de TRN e Bupropiona foi mais eficaz do que Bupropiona

isolada (RR 1,24, 95% IC 1,06-1,45, em 4 ensaios clínicos). Os efeitos adversos da utilização de TRN muitas vezes estão relacionados com a forma de administração do produto, e podem incluir irritação e manchas da pele no uso do adesivo e irritação no interior da boca no uso da goma de mascar e pastilhas. Não há evidência de que a TRN aumente o risco de ataques cardíacos. Os autores concluíram que todas as formas disponíveis no mercado de TRN (goma, adesivo transdérmico, *spray* nasal, inalador e comprimidos sublinguais ou pastilhas) podem ajudar os pacientes a parar de fumar, aumentando suas chances de terem sucesso. Além disso, destacam que a eficácia da TRN parece ser independente da intensidade de apoio adicional fornecido ao indivíduo. Níveis mais intensos de apoio, embora benéficos no sentido de facilitar a probabilidade de tornar-se livre da dependência, não são essenciais para o sucesso da TRN (STEAD; LANCASTER, 2012).

Uma forma mais recente de TRN é o comprimido sublingual. Entretanto, não está claro, ainda, se ele apresenta vantagens sobre a pastilha (STEAD ET AL., 2012).

b. Medicamentos não nicotínicos

b1. Cloridrato de Bupropiona

A Bupropiona (Zyban®), anteriormente conhecida como Amfebutamona, desenvolvida e utilizada inicialmente como antidepressivo, pode reduzir a sensação de falta de nicotina e os sintomas de abstinência, pois age na recaptção de dopamina e noradrenalina, atuando como antagonista nicotínico (SLEMMER et al., 2000; Fryer; Lukas, 1999).

b2. Tartarato de Vareniclina

A Vareniclina (Champix®) foi o primeiro medicamento desenvolvido especificamente para o tratamento da dependência do tabaco, e reduz o desejo por nicotina e os sintomas de abstinência. Por isso, funciona por meio de mecanismos diferentes daqueles da Bupropiona e da terapia de reposição da nicotina. O efeito adverso encontrado, mais comum, é a náusea (em cerca de 30%, com avaliação pela maioria como sendo ligeira), embora menos do que 3% dos participantes em um ensaio clínico tenham interrompido seu uso (Fryer; Lukas, 1999). Outros efeitos adversos menos frequentes incluem sonhos, constipação e flatulência. Metanálises

recentes indicam que a Vareniclina é mais eficaz do que a Bupropiona (GEORGE, 2007; GOODFELLOW; WAUGH, 2009), revelando que fumantes têm 52% mais probabilidade de ter parado de fumar por um ano (RR 1,52, IC 95% 1,22 a 1,88) (Fryer; Lukas, 1999). Vareniclina foi também comparada à TRN num ensaio aberto, observando-se que o grupo de Vareniclina esteve 30% mais propenso a parar de fumar por um ano (RR 1,31, 95% IC 1,01-1,71) (GEORGE, 2007). Uma revisão sistemática de tratamento prolongado de fumantes incluiu apenas um ensaio clínico com Vareniclina (EBBERT et al., 2006) e demonstrou um risco significativamente reduzido de recaída (RR 1,18, 95% IC 1,03-1,36). Outro estudo randomizado da Vareniclina em pacientes com doença cardíaca estabelecida foi recentemente relatado (HALTY, L. S, et al., 2006) e a Vareniclina melhorou significativamente as taxas de cessação do tabagismo. Desfechos cardiovasculares foram similares entre os grupos, embora a Vareniclina tenha sido mais frequentemente associada a mais distúrbios gastrintestinais e do sono.

b3. Nortriptilina - 2ª linha

A Nortriptilina é um antidepressivo tricíclico de segunda geração, usado no tratamento da depressão. É recomendada como uma medicação de segunda linha e não está aprovada para o tratamento da dependência do tabaco pela Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (*US Food and Drug Administration - FDA*, sigla em inglês) (FIORE et al., 2008).

b4. Clonidina - 2ª linha

A Clonidina, também, na segunda linha de medicamentos para a cessação do tabaco, não está aprovada pela FDA para este uso, mas foi aprovada como anti-hipertensivo. Demonstrou ser eficaz na redução de sintomas de abstinência aos opiáceos e ao álcool (FIORE et al., 2008).

b5. Farmacoterapia combinada

A farmacoterapia combinada para o tratamento de tabaco não está aprovada pela FDA. No entanto, com a triagem adequada dos pacientes, parece ser uma opção razoável, uma vez que não apresenta risco e pode melhorar os resultados em alguns casos (GOODFELLOW; WAUGH, 2008). O uso do adesivo de TRN, junto com goma de mascar, pastilha ou *spray* nasal, não é incomum e tem se

mostrado eficaz. A associação da Bupropiona com TRN faz sentido intuitivamente, embora não existam dados científicos suficientes para apoiá-la. A Vareniclina combinada com a TRN não parecia, inicialmente, do ponto de vista teórico, ser uma boa opção. No entanto, a experiência clínica mostrou que, acrescentando TRN, quando necessário, pode ser útil para conter o avanço do desejo em alguns pacientes. Embora a ideia de combinar a Vareniclina à Bupropiona seja intrigante, essa associação ainda não foi adequadamente testada. Nortriptilina adicionada ao adesivo de TRN foi eficaz em dois estudos, mas o efeito observado não foi maior do que aquele das outras terapias (GEORGE, 2007).

b6. Terapia comportamental combinada à farmacoterapia

O apoio comportamental, que inclui aconselhamento breve e aconselhamento intensivo (individual ou em grupo), e a farmacoterapia, que pode incluir a terapia de reposição de nicotina (TRN), a Vareniclina ou a Bupropiona, são eficazes para ajudar as pessoas a parar de fumar. A combinação dessas abordagens de tratamento é recomendada sempre que possível, mas o tamanho do efeito do tratamento com diferentes combinações e em diferentes contextos e populações ainda não está claro (STEAD; LANCASTER, 2012).

b7. Outros fármacos

Tem havido esforços para identificar medicamentos menos dispendiosos que as formas de terapia de reposição de nicotina existentes. Um artigo recente publicado no *New England Journal of Medicine* relatou resultados promissores para a Citisina em um estudo controlado com placebo (WEST et al., 2011). A Citisina custa substancialmente menos do que os outros medicamentos comprovados e pode ter potencial em países de renda baixa e média. No entanto, mesmo os medicamentos mais baratos podem representar um grande fardo para os sistemas de saúde e para os indivíduos em muitos países de baixa renda (RAW et al., 2009; WHO, 2009). Essa deve ser uma consideração importante na hora de priorizar potenciais tratamentos para a cessação do tabagismo. Isso não quer dizer que não haja lugar para a indústria farmacoterápica fora dos países de alta renda. Contudo, será importante replicar estudos de efetividade dos medicamentos em contextos de baixa renda antes de recomendar maiores gastos para tratar usuários de tabaco na rotina.

b8. Imunoterapia

A mais nova forma de terapia em desenvolvimento é a vacina de nicotina. A vacina mais avançada em desenvolvimento é a NicVAX (Nabi Biopharmaceuticals, Rockville, Maryland) que é uma vacina conjugada de nicotina cujos estudos de fase 3 foram concluídos recentemente. A vacina funciona criando anticorpos que se ligam a moléculas de nicotina, tornando-as demasiado grandes para atravessar a barreira hematoencefálica e entrar no cérebro. Portanto, se o paciente usar algum produto do tabaco durante uma tentativa de cessação, não receberá recompensa química. Em teoria, esse tipo de vacina também poderia ajudar a prevenir recaídas ocasionais, porque permaneceria eficaz durante 6 a 12 meses (GEORGE, 2007). Infelizmente, os resultados de dois estudos de fase 3 não demonstraram eficácia (o RR para cessação em 12 meses da vacina comparada a placebo foi 1,35 IC 95% 0,82 a 2,22 para NIC002 - sua versão beta - e 1,74 IC 95% 0,73 a 4,18 para NicVAX (HARTMANN-BOYCE et al., 2012).

2.8.3 Intervenções não farmacológicas

A proibição de fumar por meio de leis de ambientes livres está em vigor em vários países, inclusive no Brasil, mas isso isoladamente não tem sido suficiente para o sucesso do controle do tabagismo. Para que programas de gerenciamento de doenças sejam exitosos, educação e apoio devem ser incluídos.

Outros tipos de intervenções não farmacológicas são os inaladores livres de fumaça; filtros de nicotina; extratos de tabaco em gel; materiais de autoajuda; tratamento via internet; atividade física orientada; acupuntura, hipnoterapia, terapia a laser, eletroestimulação e avaliação de risco biomédico. Além disso, estratégias como pagar aos fumantes para deixarem de fumar podem aumentar as taxas de sucesso (VOLPP, 2008).

Entretanto, Chapman & Mackenzie (2010) destacam que a maior parte dos fumantes que deixam de fumar, o fazem sem auxílio de medicamentos. Em seus achados, dois terços a três quartos dos ex-fumantes deixaram de fumar sem ajuda. Em contrapartida, o aumento da prescrição de medicamento no tratamento da cessação do tabagismo precisa ser avaliado. Os autores destacam ainda que a

maioria dos artigos publicados sobre essas intervenções são estudos ou comentários da cessação por meio do uso de medicamento e poucos descrevem o impacto das políticas públicas ou das campanhas no nível individual. Existem muitos estudos sobre uso de farmacoterapia, mas poucos ou nenhum estudo sobre a cessação sem uso de remédios já que em sua maioria são financiados pelas empresas farmacêuticas que fabricam os fármacos. Como recomendação, os autores sugerem que as autoridades de saúde devem enfatizar a mensagem positiva de que a maioria dos ex-fumantes deixa de fumar sem ajuda.

2.9 O papel dos profissionais de saúde no tratamento do fumante

Uma das funções do Programa de tratamento do fumante é capacitar e preparar os profissionais de saúde, estimulando-os a aconselharem e apoiarem seus pacientes no processo de cessação de fumar e na adoção de outros comportamentos saudáveis de vida.

As ações para promoção da cessação do tabagismo são estruturadas tendo como foco o perfil do fumante de acordo com seu nível de dependência e motivação para deixar de fumar. Esse processo inclui, ainda, a organização da rede de serviços para prover o tratamento intensivo dos fumantes que têm alto nível de dependência, incluindo aqueles com comorbidades psiquiátricas e a capacitação de profissionais.

Todo profissional de saúde que atua no nível da atenção básica deve estar preparado para fazer pelo menos uma abordagem breve dos pacientes tabagistas, a qual deverá ser oferecida a todos os pacientes fumantes atendidos por esse profissional (Côrrea et al., 2008).

Já o terapeuta do tabagismo deve ser ativo e presente durante todo o programa para cessação. Deve-se evitar trocar de profissional de saúde durante o tratamento, salvo se for desejo do paciente ou se houver essa necessidade por parte da equipe. O paciente precisa saber que pode contar com o terapeuta no seu momento de maior dificuldade, como na vigência de síndrome de abstinência ou de fissura. Um contato telefônico pode ser muito útil para evitar uma recaída. O

entusiasmo e a afetividade, tanto do paciente quanto do profissional de saúde, serão decisivos, pois fortalecerão a percepção e o sentimento do fumante de estar fazendo a coisa certa (SILVA, 2010).

2.10 Tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde

O tratamento para cessação do tabagismo começou a ser implantado em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma planejada, monitorada e gratuita, a partir de 2005. O tratamento do tabagismo no SUS foi inicialmente regulado pela [Portaria Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004](#) (Anexo A), regulamentada pela [Portaria SAS/MS/Nº 442, de 13 de agosto de 2004](#) (Anexo B). Essas portarias ampliaram o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo à atenção básica e média complexidade da rede do SUS, incluindo no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles procedimentos referentes ao tratamento do tabagismo, e aprovaram o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Essas portarias definiram, também, que o tratamento do tabagismo deveria ser realizado por meio de abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e de apoio medicamentoso, quando indicado, e que poderia ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preenchesse os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação. Segundo esse plano, para ser credenciada para o tratamento do tabagismo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade deveria cumprir os seguintes requisitos:

- Ser unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar, integrante do SUS, classificada em qualquer nível hierárquico.
- Não permitir fumar no interior da unidade.
- Contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes na Portaria SAS/MS/Nº 442, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo PNCT (cópia do certificado de capacitação dos profissionais deveria ser incluída no processo de credenciamento da unidade).
- Dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo.

- Garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante.
- Garantir, também, seja na própria unidade de atendimento ou em uma unidade de referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitassem de avaliação complementar.

Conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, o MS adquiriu e encaminhou para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que tinham unidades credenciadas para o atendimento ao tabagista no CNES, os medicamentos (adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e Cloridrato de Bupropiona) e os Manuais do Participante a serem utilizados durante as sessões da abordagem cognitivo-comportamental. O envio dos insumos estava condicionado ao encaminhamento de uma estimativa de atendimento às SMS. Para que o município pudesse receber o material de apoio e os medicamentos, era necessário seguir os seguintes passos:

- Enviar à Coordenação Estadual ou do Distrito Federal do Programa de Controle do Tabagismo uma estimativa de fumantes a serem atendidos, de acordo com a capacidade instalada.
- Após o recebimento das estimativas de atendimento dos municípios, a Coordenação Estadual ou do Distrito Federal deveria consolidar as informações e enviar para a Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS.
- Somente receberiam os medicamentos e materiais de apoio as unidades de saúde que estivessem credenciadas e que enviassem a estimativa de atendimento.
- A continuidade do recebimento desses insumos estava vinculada ao envio periódico de informações para a Coordenação Estadual do Programa, sobre os atendimentos realizados pelas unidades de saúde.
- O quantitativo dos insumos a serem enviados a cada município era calculado pela Coordenação Nacional do Programa e repassado aos Departamentos do MS responsáveis pela compra, produção e distribuição dos mesmos, a partir das informações enviadas pelas Coordenações Estaduais e do Distrito Federal.

Em 5 de abril de 2013, entrou em vigor a PORTARIA Nº 571 (Anexo C), e foram revogadas a Portaria nº 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004 e a Portaria nº 442/SAS/MS, de 13 agosto de 2004. Foram mantidos os procedimentos referentes à consulta para avaliação clínica do fumante e à abordagem cognitivo-comportamental do fumante na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e

materiais especiais do SUS. Essa portaria atualiza, principalmente, as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS.

3. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

3.1 Marco teórico-conceitual

A avaliação, enquanto um campo de estudos e pesquisas vem ganhando visibilidade e espaço a partir do início do século 20. Entretanto, entre os estudiosos, é unanimidade afirmar que o ato de avaliar, em seu aspecto mais amplo, constitui-se em uma prática tão antiga que teve seu princípio nas origens da história do ser humano, onde já se fazia o que chamamos de avaliação informal (CRUZ, 2011).

Avaliar pode ser definido como uma atividade onde se aplica um julgamento de valor a uma determinada intervenção através de um método científico que permitirá disponibilizar informações válidas sobre uma determinada ação (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O objetivo principal da avaliação é medir e provocar mudanças a partir da identificação e monitoramento dos pontos fortes e dos pontos fracos do programa, a fim de que se possa fixar ou revisar as prioridades e expressar novas recomendações para o que ainda há de vir.

Seu campo de atuação vai desde as atividades do dia a dia até a pesquisa científica. O processo avaliativo não pode sozinho corrigir problemas, pois esse é o papel da gestão, que deve usar os resultados de avaliação como instrumento de apoio para a tomada de decisão (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O monitoramento e a avaliação são instrumentos necessários e fundamentais para o avanço da gestão em saúde pública. O monitoramento é necessário para apurar de forma organizada as informações operativas, assim como os possíveis impactos concebidos pela intervenção (POISTER, 2004). É função do monitoramento verificar se o programa está funcionando de acordo com o planejado e notificar se os desfechos estão de acordo com o esperado. Somente pelo ato de monitorar será possível, também, nortear objetivamente o foco da avaliação a partir dos dados levantados. Também é função da avaliação verificar em que medida os efeitos observados podem ser atribuídos à intervenção, além de estabelecer uma

analogia entre a intervenção e o contexto político, econômico, cultural, sociodemográfico e organizacional (FIGUEIRÓ et al., 2010; MOREIRA et al., 2010).

É inevitável pensar a avaliação na área da saúde como uma prática institucional de apoio à tomada de decisões (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Com isso, a identificação da abordagem usada para se realizar uma avaliação deve levar em consideração seus usos e propósitos. Quando queremos determinar os efeitos da intervenção fazemos avaliação somativa, que só deve ser conduzida após o término do programa. Essa abordagem fornece informações sobre os julgamentos de valor e mérito da intervenção. Entretanto, essa abordagem exige expertise do pesquisador, bem como conhecimento teórico e metodológico. Frequentemente, seu objetivo é prestar contas ao órgão financiador ou gestor. Já para avaliar o refinamento da intervenção, deve-se fazer avaliação formativa, realizada, na maioria das vezes, durante a implementação de um programa, com o objetivo de monitorar o seu desenvolvimento (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A abordagem formativa fornece informações úteis para melhoria do programa durante o seu desenvolvimento. O julgamento é realizado a partir da comparação entre as observações e as normas do programa (protocolos e manuais técnicos, por exemplo). Nessa perspectiva, a análise objetiva julga se a estrutura, o processo e os resultados obtidos estão de acordo com os critérios e as normas preconizadas no delineamento do programa, isto é, visa a estabelecer a relação entre o cumprimento de normas e critérios e os efeitos gerados pela intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Existe uma crescente recomendação para a avaliação de processo ou avaliação processual dos programas de cessação do tabagismo (CDC, 2008). Essa modalidade de avaliação tem por finalidade investigar, de forma sistematizada, o desenvolvimento do programa, medindo, por exemplo, sua cobertura, o grau em que está alcançando a população-alvo, priorizando o acompanhamento de seus processos internos. Diferente da avaliação de resultados, que contempla o impacto gerado pelo programa relacionado aos seus objetivos, a avaliação de processo utiliza dados empíricos para analisar a execução dos programas (recursos e insumos, ações ou atividades e produtos). Já na pesquisa avaliativa, o julgamento é realizado a partir de parâmetros baseados no método científico (revisão sistemática, análise de atribuição, consenso de especialistas etc.). A pesquisa avaliativa expressa o julgamento de práticas na área

da saúde buscando responder a perguntas para as quais a literatura especializada ainda não dispõe de resposta, por meio de metodologia científica. As práticas que têm sido objetos de investigação são políticas, programas e serviços (VIEIRA-DASILVA, 2005).

4. JUSTIFICATIVA

- Considerando que, apesar de todos os esforços governamentais e da sociedade civil, a prevalência de fumantes nas capitais do Brasil varia entre 5,5% em São Luís a 16,4% em Porto Alegre (VIGITEL, 2014), conforme a região e o estrato populacional estudado.
- Considerando a indicação de que 51,1% (PNS, 2013) dos fumantes tentam parar de fumar.
- Considerando a ausência de informações referentes à avaliação do programa de tratamento do fumante no Brasil.
- Considerando que este estudo permitirá subsidiar a elaboração de estratégias e de políticas públicas nacionais.
- Considerando que, ao avaliar o Programa de Tratamento do Fumante e detectar, a partir do conhecimento do seu funcionamento, suas falhas e virtudes, será possível fornecer informações aos seus responsáveis, tendo como objetivo final a melhoria do sistema como um todo, mediante a otimização do programa.

Justifica-se a realização desta pesquisa com o objetivo de avaliar o Programa de tratamento do fumante frente aos padrões e normas fixados pelo MS/OMS/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o que permitirá subsidiar as estratégias e políticas públicas nacionais.

OBJETIVOS

5.1 Objetivos principais

ESTUDO I

Avaliar os serviços de tratamento de fumantes do Município do Rio de Janeiro.

ESTUDO II

Identificar fatores relacionados à tentativa de deixar de fumar e ao abandono ao tabagismo em uma coorte de fumantes residentes em Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo.

5.2 Objetivos secundários

ESTUDO I

Elaborar e testar um instrumento para avaliar serviços de tratamento de fumantes [Artigo 1]

Descrever os recursos disponíveis e as atividades desenvolvidas pelos serviços de tratamento de fumantes [Artigo 2]

Descrever o acesso aos serviços, a adesão aos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e o grau de sucesso em curto prazo do tratamento de fumantes [Artigo 2]

ESTUDO II

Descrever as características dos fumantes [Artigo 3]

Identificar fatores independentes preditores de tentativa de deixar de fumar [Artigo 3]

Identificar fatores independentes preditores de sucesso no abandono ao tabagismo [Artigo 3]

5. RESULTADOS

Estudo 1:

- Artigo 1: *Constructing and pre-testing an instrument to assess smoking cessation services within the Brazilian public health system* (Publicado no J Eval Clin Pract. 2015 Apr; 21(2):248-54).
- Artigo 2 - *Real world evaluation of the smoking cessation services in Rio de Janeiro* (submetido)

Estudo 2:

- Artigo 3: *Predictors of attempt to quit and smoking cessation among Brazilian participants in the International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC)* (submetido)

Estudo 1

Artigo 1: Constructing and pre-testing an instrument to assess smoking cessation services within the Brazilian public health system

Letícia Casado¹

Luiz Claudio Santos Thuler²

¹ Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

² Divisão de Pesquisa Clínica, INCA

Journal of Evaluation in Clinical Practice 21 (2):248-254 (2015).

Introduction

Promoting smoking cessation is one of the major health interventions in this century, aimed at reducing morbidity and mortality worldwide. Cessation interventions have been shown to be effective with smokers in North America, Europe, and other parts of the world, being necessary to ensure the infrastructure for delivery of proven treatments to the population [1]. Counselling, behavioural support and pharmacotherapy have been used to increase the long term abstinence rate, and the combination of these treatment modalities has been widely recommended [2]. Smoking is a completely modifiable risk factor and it is very important to ensure that nicotine replacement therapy is easily obtainable [3].

In Brazil, treatment for smoking cessation has been implemented since 2005 in the healthcare facilities of the Public Health System (in Portuguese, Sistema Único de Saúde, or SUS) in a planned, monitored and cost-free way. The treatment is regulated under three governmental acts [4-6], which established the national clinical practice guidelines for smoking cessation services. The treatment should be performed through mandatory cognitive-behavioural approach (four structured sessions) and, when indicated, pharmacotherapy. To offer a smoking cessation programme, healthcare facilities should satisfy some requirements: trained and experienced healthcare professionals; designated rooms for individual and group sessions; equipment and resources necessary to the assessment of smokers; medications (transdermal nicotine patch, nicotine chewing gum, and bupropion hydrochloride), and guidelines and folders with instructions for participants. In addition, smoking must be forbidden inside the healthcare facilities. Result indicators have been created to monitor the programme [4-6].

Public services specialising in the intensive treatment of smoking cessation have increased recently in Brazil. Governmental data have shown that the number of medical appointments for the clinical assessment of smokers increased across the country from 190,000 in 2008 to 449,000 in 2013 (136% increase), while the number of appointments for cognitive-behavioural approaches increased from 79,000 to 274,000 in the same period (247% increase) [7]. Almost simultaneously, in the Brazilian state capitals, there was a decrease in the prevalence of smokers from 16.2% (95% Confidence Interval [CI] 15.4–16.9) in 2006 to 14.8% (95% CI 13.9–

15.7) in 2011 [8]. It should also be noted that, in Brazil, the number of ex-smokers is higher than that of smokers, differentiating it from other developing countries [9].

Considering the unavailability of an instrument to assess the degree to which public healthcare facilities adhere to governmental standards of practice for tobacco dependence counselling and treatment, it was necessary to construct a questionnaire for data collection. This article is aimed at describing the development of a questionnaire to assess the inputs, activities and short term outcomes of Brazilian smoking cessation services, and at assessing its suitability as a survey instrument.

Methods

The development of the specific instrument consisted of two phases: (1) questionnaire design and construction, and (2) a pre-test to assess its suitability.

Questionnaire Design and Construction

To obtain a detailed data collection of the inputs, activities and outputs of a programme or activity, quantitative rather than qualitative methods are indicated, the former usually using standardised instruments [10]. Questions were compiled from three Brazilian governmental acts [4-6] which define the standards and requirements for infrastructure, resources, activities and monitoring of short term cessation rates. Demographic questions about the smoking cessation service staff were added and questions were then grouped into dimensions to develop the initial questionnaire. Following this, the instrument was analysed by five health professionals with experience in the field: a nurse who coordinates the Brazilian National Programme for Smoking Control, two Tobacco Treatment Specialists (one pulmonologist and one psychologist), one Public Health Specialist, and one Clinical Epidemiologist, all from the Brazilian Ministry of Health. These experts contributed their experience and knowledge, suggesting improvements to the initial questions. A draft version of the questionnaire was produced for pre-test.

Suitability of the questionnaire

The suitability of the questionnaire in achieving its objectives was assessed by a pre-test administered to members of the multidisciplinary teams of treatment for smoking cessation belonging to two different cities. Eight services participated in this phase: three services in Brasília, the capital of Brazil, located in the heart of the country, and five services in Petrópolis, a municipality in the Mountain Region of the Rio de

Janeiro State. The pre-tests were applied with the same standardised methodology in both cities in the second half of 2013. The cities were chosen because of the need to consider differences in the number of inhabitants and in the healthcare system structures. Brasília has 2,648,532 inhabitants and uses a state management model. Petrópolis, on the other hand, has 297,192 inhabitants and uses a municipal management model [7]. According to Brazilian governmental data, both cities have an ongoing smoking cessation programme and, in 2013, their mean monthly numbers of appointments for smokers for clinical assessment and for cognitive-behavioural approaches were as follows: Brasília, 8,746 and 8,624 and Petrópolis, 664 and 1,472, respectively [7].

Firstly, the smoking cessation programme coordinator at each city was contacted and required to designate a member of staff from the smoking cessation service to participate in the questionnaire pre-testing. The staff member should be a health professional providing care to smokers in the Public Health System. To participate in the pre-test, the professional should be physically present at the healthcare facility at the time of the visit. After explaining the objective of the research, those who spontaneously agreed to take part in the pre-testing were informed that participation was voluntary and that they were required to complete a questionnaire. The questionnaire should be filled out by the participants individually. Participants were encouraged to comment on the following: problems of questionnaire completion; whether the questions had been formulated clearly, objectively and were understandable; the clarity of instructions and concept definitions; suitability of the sequence of questions; instructions to “skip” questions; the transition of theme blocks; changes in the layout that could make its application easier, and the coverage and relevance of the parameters necessary to assess the treatment for smoking cessation. In addition, the time respondents spent filling out the questionnaire was recorded. The meetings were neither audio nor video recorded, because the researcher could easily write down all recommendations and commentaries. The activities performed at the healthcare facility from January to October 2013 were used as a reference for the pre-test.

Statistical analysis was performed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21) (IBM, São Paulo, 2013). Descriptive statistics (frequencies and means \pm standard deviation) were computed to measure the characteristics of the population

studied. This study was approved by the Committee on Ethics and Research of the Brazilian National Cancer Institute (protocol number CEP-INCA 411.627/2013 and CAAE 20896613.1.0000.5274), according to the attributions defined in Resolution CNS 466/12.

Results

Questionnaire Design and Construction

A self-administered multidimensional questionnaire was developed in Portuguese (Appendix A). It consisted of a series of open and closed questions. The questions were distributed in the questionnaire in a logical order and grouped according to the dimensions assessed. The domains included in the questionnaire were as follows: respondent socio-demographic variables (sex, age, professional category); healthcare facility characteristics (existence of a place for individualized patient care and also one for group sessions; composition of the healthcare facility team; availability of tensiometer, stethoscope, anthropometric scale, and user manual about treatment for smoking cessation); availability of specific medications needed for the treatment of smoking cessation; existence of a reference centre for complementary testing; routine care provided to smokers in the year of reference (activities performed, non-pharmacological approach of smokers, pharmacological treatment protocols and appointment scheduling process), and success rate of the treatment for smoking cessation (number of smokers cared for per year, adherence to treatment, and four week quit rate).

Suitability of the questionnaire

Eighteen smoking cessation service members of staff participated in the pre-test. There was no refusal of the questionnaire from the approached staff. The numbers and make up of the cohort of health professionals involved in the treatment for smoking cessation varied according to the characteristics of the healthcare facilities. The age ranged from 23 to 59 years. In the city of Brasília, six female health professionals from three healthcare facilities participated. These professionals belonged to the following categories: physician, social worker, nurse technician and social service technician. In the municipality of Petrópolis, 12 health professionals

took part in the pre-test. They worked in five different Family Health Strategy facilities, most (91.7%) were female, and belonged to the following professional categories: physician, dentist, nurse, social worker, nurse's aide and community health agent (see Table 1).

Table 1 – Sociodemographic data of the respondents

Variables	Result
Number of professionals interviewed	
Brasília	6 (33.3%)
Petrópolis	12 (66.6%)
Gender	
Male	1 (8.3%)
Female	17 (91.7%)
Age in years, mean (\pm Standard Deviation)	42.3 (\pm 11.7)
Professional category	
Physician	4 (33.3%)
Dentist	4 (33.3%)
Community health agent	3 (25.0%)
Nurse	2 (16.7%)
Social worker	2 (16.7%)
Nurse technician	1 (8.3%)
Nurse's aide	1 (8.3%)
Social service technician	1 (8.3%)
Type of health care facility in which they work	
Family Health Strategy	12 (66.6%)
Health care facility	6 (33.3%)
Total	18 (100.0%)

Despite the diversity of professional categories, age groups and the models of public health management of both cities, the mean time spent to complete the questionnaire was relatively homogeneous and varied between 15 and 30 minutes. In general, staff did not experience any difficulty in understanding the questions. An exception was

observed for understanding some particular concepts and specific terminology concerning the treatment for smoking cessation, such as drugs and equipment names. The instrument was well accepted, and considered clear, covering all parameters necessary to assess the treatment for smoking cessation by 100% of the respondents. Some professionals reported as facilitators the fact that the questionnaire could be rapidly completed and had definitions for the concepts of “minimum individual intervention”, “initial clinical assessment” and “pharmacological treatment”. For the questions that created doubt, suggestions were accepted and clearer sentences were inserted into the final version of the questionnaire. For example, in some healthcare facilities, the professionals reported not using certain types of medications and so the option “not applicable” was added to each category of medication. One professional suggested the inclusion of questions to assess whether the number of trained professionals was smaller than, equal to or higher than that of those involved in the treatment for smoking cessation. All respondents approved the original order of the questions and their division into theme blocks, which were thus maintained in the final version.

After performing the pre-test, the instrument was reformulated based on the observations and suggestions provided, and the final result was a self-administered, multidimensional questionnaire comprising 30 questions.

Discussion

Investigating, in a systematic way, the development and execution of a programme, prioritising the follow-up of its internal processes (resources and inputs, activities and outputs) is increasingly recommended for the assessment of smoking cessation services [10]. This has become fundamental to structuring health programmes to meet the specific needs of target populations [11].

Most healthcare facilities with a smoking cessation service provide counselling at all visits and group sessions, which vary, according to local demands and the smokers' will, as follows: closed groups, in which the participants are all members together from their first session, being all at the same phase of the process; groups formed by smokers who have relapsed, and mixed groups including beginners and those who

have relapsed [12]. However, scientific publications contemplating the degree of adherence of healthcare professionals to recommended smoking cessation protocols are scarce [13]. The availability of such an instrument that enables an assessment of the degree of adherence to guidelines of smoking cessation services and the short term results, and considers the characteristics of smokers, and the structure of the healthcare facility, regional differences and local realities, may allow proper documentation and the evaluation of the smoking cessation practice in the healthcare facilities. This study has created a questionnaire for that purpose and pre-tested it to assess its suitability.

To our knowledge, this is the first Brazilian initiative which aims to construct and pre-test a questionnaire to assess smoking cessation services within Brazilian public healthcare facilities. If, on the one hand, the originality of the initiative is evident, on the other, it does not allow a discussion of the results based on previously published work.

In the first phase, an initial version of the questionnaire was drawn up from three Brazilian governmental acts and a panel of experts familiar with tobacco control programmes. Then the instrument was pre-tested on healthcare professionals involved with patient care. That step involved testing the instrument under conditions as similar as possible to those in which further research will be carried out; it does not require, however, presenting the results of the questionnaire, but does require a check of its flaws [14]. According to the health professionals participating in the pre-test, the instrument was clear, objective and easy to understand, and its instructions and definitions were comprehensible. They also reported the relevance and good coverage of the parameters necessary for assessing the treatment for smoking cessation, and also considered the time required for completing the questionnaire appropriate. On the other hand, the difficulty in understanding some concepts and specific terminology concerning the treatment for smoking cessation may have happened primarily because of the respondents' professional role and the local management model (municipal versus state).

This study has several limitations. Firstly, the results refer to healthcare facilities in the Brazilian public health system of two cities and do not necessarily reflect the reality of the country as a whole. Secondly, most study participants were women,

although it is not believed that the inclusion of men would have led to different results. In addition, the fact that one health professional responded on behalf of an entire service may have jeopardised the accuracy of the responses, which might have depended mainly on the professional category, years of working in the facility and the degree of knowledge of the respondents about the smoking cessation guidelines. This was minimised by the inclusion of healthcare professionals at the higher and middle levels of education and from different categories (physician, dentist, nurse, social worker and community health agent) in the pre-test, widening the views of public health and of the needs of patients and services. Another aspect that might have influenced the results is that the questionnaire respondents were indicated by the smoking programme coordinator, and their ideas or responses might not have represented those of the facility workers as a whole; this might have biased the responses. The large number of healthcare workers included could overcome this limitation. Additionally, some questions related to short term results depended upon local databases and the accuracy of these could not be evaluated.

On the other hand, this study has several strong points. Firstly, the questionnaire construction was based on the guidelines of the Brazilian Ministry of Health [4-6] and expert opinions. It is worth noting that the healthcare facilities analysed encompass the two different management models existing in the country, state and municipal, strengthening the ability of the questionnaire to assess smoking cessation services in the whole country. In addition, another strong point was the inclusion of professionals working with the Brazil's National Family Health Strategy, because the treatment for smoking cessation is also provided at basic care services. According to the professionals assessing the final instrument, it included all the elements necessary to evaluate the treatment for smoking cessation. Finally, being a pioneering study in Brazil, its results will be able to help other countries to assess smoking cessation services, using them as a starting point to develop their own instruments.

Conclusion

Based on the analysis, pre-testing provided a substantial enhancement of the different aspects of the questionnaire, minimizing difficulties in understanding the questions and perfecting the response options. Thus, an understandable and easy-to-use questionnaire with suitable content and well accepted by health professionals

was developed. It will contribute to the process of assessing the treatment for smoking cessation at healthcare facilities in the Brazilian Public Health System.

Acknowledgements

We thank the health professionals of the Federal District and Municipality of Petrópolis for their participation in completing the questionnaire and providing suggestions. We thank Maria Suélita de Lima, responsible for the treatment for smoking cessation in the Federal District, and Lilian Bastos Ottero, Programme Coordinator of the Municipality of Petrópolis, for enabling the visit to the healthcare facilities for questionnaire pre-testing. We thank Valéria Cunha, coordinator of the Brazilian Programme of Smoking Control, as well as Vera Borges and Ricardo Meirelles, who treat patients with cancer and their families at the Cancer Hospital / Brazilian National Cancer Institute and account for the elaboration of Brazilian policy of treatment for smoking cessation.

REFERENCES

1. Zbikowski, S.M., Magnusson, B., Pockey, J.R., Tindle, H.A., Weaver, K.E. (2012) A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older, *Maturitas*, 71(2):131-41.
2. Raupach, T., Van Schayck, C.P. (2011) Pharmacotherapy for smoking cessation: current advances and research topics. *CNS Drugs*, 25(5): 371-82.
3. Mardle T, Merrett S, Wright J, Percival F, Lockhart I. Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England. *BMC Res Notes*. 2012 Jan 6;5:9.
4. Brasil, Ministério da Saúde. (2004) Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. *Diário Oficial da União, Brasília; Sec.1:62*.
5. Brasil, Ministério da Saúde. (2004) Portaria nº1035, de 31 de maio de 2004. amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção

básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diário Oficial da União, Brasília; Sec.1:24.

6. Brasil, Ministério da Saúde. (2013) Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; Sec. 1:56.

7. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS [internet]. (c2008) Brasília: DATASUS; [cited jan 2014]. Informações de saúde. TABNET. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/tabnet>.

8. Malta DC, Iser BP, Sá NN, Yokota RT, Moura Ld, Claro RM, Luz MG, Bernal RI. Trends in tobacco consumption from 2006 to 2011 in Brazilian capitals according to the VIGITEL survey. *Cad Saude Publica*. 2013 Apr;29(4):812-22.

9. Jha, P., Peto, R. (2014) Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*, 370(1): 60-8.

10. Centers for Disease Control and Prevention. (2008) Introduction to Process Evaluation in Tobacco Use Prevention and Control. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 71 p.

11. Hayes H1, Parchman ML, Howard R. A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN). *J Am Board Fam Med*. 2011 Sep-Oct;24(5):576-82.

12. Sattler, A.C., Cade, N.V. (2013) Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciênc. saúde coletiva*, 18(1): 253-264.

13. Sherman SE, Joseph AM, Yano EM, Simon BF, Arikian N, Rubenstein LV, Parkerton P, Mittman BS. Assessing the institutional approach to implementing smoking cessation practice guidelines in veterans health administration facilities. *Mil Med.* 2006;171(1):80-7.

14. Bowden, A., Fox-Rushby, J.A., Nyandieka, L., et al. (2002) Methods for pre-testing and piloting survey questions: illustrations from the KENQOL survey of health-related quality of life. *Health Policy Plan*, 17(3): 322-30.

Appendix A

Instrumento para avaliar os serviços de cessação do tabagismo

Instrument to assess smoking cessation services

I – IDENTIFICAÇÃO *Identification*

1. Qual é o seu nome? *Name* _____

2. Sexo: *Gender* Masculino Feminino *Male; female*

3. Idade: *Age* anos *years*

4. Qual a sua categoria profissional? *Professional category*

1 Médico *Physician*

2 Enfermeiro *Nurse*

3 Assistente social *Social worker*

4 Psicólogo *Psychologist*

5 Outro (Especificar) *Other (specify)* _____

5. Qual é o seu cargo/ função nesta Unidade de Saúde? *Position/function at the health care facility*

6. Composição da equipe que atua no tratamento do fumante *Composition of the health care facility team*

6.1. Preencha abaixo o número de profissionais que fazem o atendimento: *Number of professionals caring for the smoker*

Categoria Profissional *Professional category*

Quantitativo *Number*

a. Médico (a) *Physician*

b. Enfermeiro (a) *Nurse*

c. Técnico (a) /auxiliar de enfermagem *Nurse technician / Nurse's aide*

d. Psicólogo (a) *Psychologist*

e. Assistente social *Social worker*

f. Dentista *Dentist*

g. Outro profissional *Other*

(Qual? *Specify* _____)

6.2. Quantos profissionais foram capacitados para o atendimento? *Number of professionals capable of caring for the smoker*

Categoria Profissional *Professional category*

Quantitativo *Number*

a. Médico (a) *Physician*

b. Enfermeiro (a) *Nurse*

c. Técnico (a) /auxiliar de enfermagem *Nurse technician / Nurse's aide*

d. Psicólogo (a) *Psychologist*

e. Assistente social *Social worker*

f. Dentista *Dentist*

g. Outro profissional *Other*

(Qual? *Specify* _____)

6.3. O número de profissionais capacitados em relação ao número de profissionais que estão atuando no tratamento do fumante é: 1 menor 2 igual 3 maior

The number of trained professionals is (Smaller than; equal to; higher than) that of professionals involved in the treatment for smoking cessation

7. Que órgão realizou a capacitação destes profissionais? *Agencies responsible for enabling those professionals*

a. INCA *Brazilian National Cancer Institute* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

b. Coordenação Estadual *State Coordination* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

c. Coordenação Municipal *Municipal Coordination* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

d. Outro: (Qual?) ; *Other (specify)* _____)

II - ROTINA DE ATENDIMENTO AO FUMANTE EM 2013 *Routine care provided to the smoker in the year of reference*

1. Esta unidade realiza *The health care facility promotes activities directed to smokers*

2.1 Atividade (s) educativa (s): *Educational activities* 1 Sim 2 Não (**passa 2.2**) *Yes; No (go to 2.2)*

2. Marque a (s) atividade(s) que é(são) realizada(s): *Check the activities that are performed*

a. palestra *lecture* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

b. sala de espera *waiting room* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

c. vídeo *video* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

d. distribuição de material educativo *educational material distribution* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

e. caminhada *walks* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

f. campanha *campaigns* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

g. cartaz *posters* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

h. outras: *other* (Quais? *specify* _____)

2.2 Esta unidade realiza Abordagem mínima do fumante? *Smoker's 'minimal approach'*

1 Sim 2 Não *Yes; No*

A abordagem mínima do fumante consiste em uma breve abordagem estruturada realizada na rotina de atendimento de qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos.

The minimum approach of the smoker consists of a short structured session held in the routine care of any health care professional, lasting three to five minutes.

2.3 Esta unidade realiza Consulta de avaliação clínica inicial do fumante? *Smoker's initial clinical assessment visit* *Yes; No* 1 Sim 2 Não

Nessa consulta o profissional de saúde avalia a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina (Teste de *Fargström*), se há indicação e/ou contraindicação de uso do apoio medicamentoso, existência de co-morbidades psiquiátricas, e colhe sua história clínica.

In this consultation the health professional assesses the patient's motivation to quit smoking, the level of physical addiction to nicotine (Fargström Test), if there is indication and / or contraindication to the use of medication, the presence of psychiatric co-morbidities and gathers his medical history.

2.4 Esta unidade realiza Abordagem cognitivo comportamental do fumante? *Smoker's cognitive-behavioral approach* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo, coordenadas por profissionais de saúde de nível superior, sendo 4 sessões iniciais semanais; 2 sessões quinzenais e 1 reunião mensal, até completar 1 ano.

The cognitive-behavioral approach consists of individual or group sessions, coordinated by healthcare professionals, with initially 4 weekly sessions; followed by 2 biweekly sessions and one monthly meeting until reaching 1 year.

2.5. Esta unidade realiza Tratamento medicamentoso do fumante *Smoker's pharmacological treatment* 1 Sim 2 Não (**Pule pergunta 11**) *Yes; No (go to 11)*

2. Marque o(s) tratamento(s) que é(são) utilizado(s): *Tick the treatments that are used*

a. Adesivo Transdérmico de Nicotina *Transdermal nicotine patch* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

b. Goma de Mascar com Nicotina *Nicotine chewing gum* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

c. Pastilha de Nicotina *Nicotine tablet* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

d. Cloridrato de Bupropiona *Bupropion hydrochloride* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

3. Há disponibilidade imediata do medicamento de acordo com o prescrito? *Immediate availability of prescribed medications* 1 Sim 2 Não *Yes; No*

4. Em geral, com relação aos medicamentos, informe se as quantidades recebidas estão de acordo com a necessidade de sua Unidade: *Amount received X need according to type of medication*

Medicamento	Type of medication	Quantidade	Amount
a. Adesivo Transdérmico de Nicotina	<i>Transdermal nicotine patch</i>	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra 3
		<input type="checkbox"/> Insuficiente 4 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<i>Sufficient; exceeds; insufficient; not applicable</i>
b. Goma de Mascar com Nicotina	<i>Nicotine chewing gum</i>	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra 3
		<input type="checkbox"/> Insuficiente 4 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<i>Sufficient; exceeds; insufficient; not applicable</i>
c. Pastilha de Nicotina	<i>Nicotine tablet</i>	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra 3
		<input type="checkbox"/> Insuficiente 4 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<i>Sufficient; exceeds; insufficient; not applicable</i>
d. Cloridrato de Bupropiona	<i>Bupropion hydrochloride</i>	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra 3
		<input type="checkbox"/> Insuficiente 4 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<i>Sufficient; exceeds; insufficient; not applicable</i>

5. Existe agendamento prévio para realização da consulta de avaliação clínica do fumante? *Previous appointment scheduling for smoker's clinical assessment* 1. Sim 2. Não
Yes; No

6. Como é organizado o atendimento para o tratamento do fumante? *Organization of the treatment for smoking cessation* 1 Diariamente *Daily* 2 Em turnos ou grupos especialmente definidos *Shifts or specially defined groups*

7. Quais os instrumentos utilizados para registro do atendimento do fumante: *Registration of the smoker's care*

a. Ficha de Pronto Atendimento (SPA) *Emergency medical record* 1 sim 2 não Yes; No

b. Prontuário ou ficha única *Unified medical record* 1 sim 2 não Yes; No

c. Livro preto *Black book with daily registration* 1 sim 2 não Yes; No

d. Estatística mensal *Monthly statistics* 1 sim 2 não Yes; No

e. Outro: *other* (Qual? *specify* _____)

8. Para avaliação clínica do fumante a unidade dispõe de: *Infrastructure for the smoker's clinical assessment*

a. Local para atendimento individual *Place for individual care* 1 sim 2 não Yes; No

b. Local para sessões de grupo *Place for group sessions* 1 sim 2 não Yes; No

c. Tensiómetro (aparelho de pressão) *Tensiometer* 1 sim 2 não Yes; No

d. Estetoscópio *Stethoscope* 1 sim 2 não Yes; No

e. Balança antropométrica *Anthropometric scale* 1 sim 2 não Yes; No

f. Manual do coordenador *Coordinator's User Manual* 1 sim 2 não Yes; No

g. Manual do participante *Participant's User Manual* 1 sim 2 não Yes; No

h. Referência para realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitarem de avaliação complementar *Reference center for complementary investigation* 1 sim 2 não Yes; No

9. Que recursos são utilizados pela unidade para convocar pacientes que não compareceram às consultas agendadas? *Strategy to summon those missing the appointments*

a. Telegrama ou aerograma *Telegram or aerogram* 1 sim 2 não Yes; No

b. Visita domiciliar *Home visit* 1 sim 2 não Yes; No

c. Telefone *Telephone* 1 sim 2 não Yes; No

d. Outros (Quais?) *Other (specify)* _____ 1 sim 2 não Yes; No

10. Os pacientes que deixam de fumar recebem acompanhamento / seguimento? *Follow-up of those who quit smoking*

a. Até 3 meses *Up to 3 months*

b. De 3 a 6 meses *From 3 to 6 months*

c. De 6 a 9 meses *From 6 to 9 months*

d. De 9 a 12 meses *From 9 to 12 months*

e. Mais de 12 meses *More than 12 months*

f. Não são acompanhados/ seguidos *No follow-up*

11. Qual das afirmativas abaixo melhor descreve as regras dentro da sua Unidade de Saúde? *Rules for smoking-free environment inside the health care facility*

a. Não é permitido fumar em nenhum local da Unidade *No smoking at all*

b. É permitido fumar em alguns locais da Unidade *Smoking allowed in some places*

c. É permitido fumar em qualquer local da Unidade *Smoking allowed everywhere*

III - FUMANTES ATENDIDOS NO ANO DE REFERÊNCIA *Smokers cared for in the year of reference*

1. Quantos pacientes tabagistas ≥ 18 anos foram cadastrados no ano de 2013?
pacientes

Number of smokers ≥ 18 years registered

2. Dos pacientes cadastrados quantos foram atendidos na 1ª sessão estruturada no ano de 2013?
pacientes *Number of smokers ≥ 18 years cared for at the 1st structured session*

3. Quantos grupos de tratamento do tabagista foram realizados no ano de 2013? |_|_|_|
grupos *Number of groups of treatment for smoking cessation*

4. Destes pacientes tabagistas ≥ 18 anos que foram atendidos na 1ª sessão, quantos chegaram à 4ª sessão? |_|_|_| pacientes *Number of smokers ≥ 18 years cared for at the 1st structured session reaching the 4th session*

5. Destes pacientes tabagistas ≥ 18 anos que foram atendidos na 1ª sessão, quantos estavam sem fumar na 4ª sessão? |_|_|_| pacientes *Number of smokers ≥ 18 years cared for at the 1st structured session who were smoke-free at the 4th session*

Estudo 1

Artigo 2: Real world evaluation of the smoking cessation services in the Rio de Janeiro Municipality

Letícia Casado¹

Luiz Claudio Santos Thuler²

¹ Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

² Divisão de Pesquisa Clínica, INCA

Abstract

Introduction: In recent years, there has been a growing recommendation for process evaluation of the smoking cessation programmes in the world. This study sought to evaluate smoking cessation services, with special attention to the degree to which public health care facilities adhere to governmental standards of practice.

Methods: A cross-sectional study examined smoking cessation services by using a key informant approach. All the services that delivered smoking cessation treatment in 2013 at the National Health System of the Rio de Janeiro Municipality were included in the study. Compliance with the standards of inputs, activities and short-term outcomes was analysed. A descriptive analysis was performed using means and standard deviations for the continuous variables and absolute and relative frequencies for the categorical variables.

Results: Out of the 177 services performing smoking cessation treatment in 2013, 81.9% answered the questionnaire. Out of a total of 11,287 patients aged 18 years or older who registered for treatment, 77.6% received tobacco cessation interventions during the first group session. Among those who had access to treatment 52.8% were not smoking at the fourth group session.

Conclusion: Even though more than 20% of the patients did not attend the first group session, the access to treatment was high, and it was observed that the success rate of those who attended the fourth group session was more than 50%.

Keywords: Evaluation, Cessation, Tobacco, Primary Health Care, Health Services

Introduction

Considered to be the main cause of preventable death in the world, smoking is responsible for about five million deaths every year. It is also associated with 12% of all deaths in people aged 30 years or older [1]. Current estimates indicate an increase in annual mortality among smokers, projecting 8.3 million deaths in 2030, in which 80% will occur in low and middle income countries [2]. Moreover, the decrease in productivity in smokers arising from premature illness and death has been associated with high costs in health care, leading to important economic charges for these countries. In this context, promoting smoking cessation is one of the main interventions in public health to reduce morbidity and mortality throughout the world [3].

In Brazil, smoking is more frequent among men than women in all regions of the country [4-6], and higher consumption happens among those with lower education [6]. The prevalence of smoking in people 18 years or older has substantially decreased over the last 24 years: from 34.8% in 1989 [7], to values between 10.8% [6] and 14.7% [5] in 2013, according to the source of information consulted. Even though the methodologies of these studies are not comparable, the results point to a significant reduction in tobacco consumption in the last quarter-century. However, with reference to the nicotine dependence profile, between 2006 and 2011, a national study revealed a reduction in the proportion of adults who smoke 20 or more cigarettes a day only in the northeast region of the country, with no reduction in the other regions [8]. The implementation of cessation related strategies (laws, warnings on the products about smoking damages, the creation and expansion of tobacco-free areas, restriction or prohibition of advertisements, prevention of initiation and expansion of free access to effective methods of smoking cessation) [9], coordinated since 1989 by the Brazilian National Cancer Institute, the *Instituto Nacional de Câncer (INCA)*, via the National Program for Tobacco Control, may be considered to be partly responsible for the decrease in smoking rates in Brazil.

Article 14 of the international Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), a global public health treaty, refers to dependence and cessation of tobacco, and calls upon member countries to facilitate the access and the availability of treatment for tobacco dependence through the implementation of large specific programmes, including the use of pharmaceutical products. Even though the guidelines explicitly

recognise that the resources are finite and suggest gradual approaches, where appropriate, they also recommend that pharmacotherapy be available widely at either an affordable or at no cost. The FCTC recommends countries perform monitoring and evaluation of the activities, in order to measure the progress of the programmes and identify the impact of the proposed interventions. This monitoring and evaluation of the cessation related strategies allows for measuring their progress, such that the interventions may be modified and improved whenever necessary to ensure the most efficient use of resources [10-11].

Accordingly, in Brazil, treatment is offered for free by the National Health System, the *Sistema Único de Saúde (SUS)*, and consists of a behavioural approach (brief counselling) and pharmacotherapy, when indicated. The first part comprises four weekly group meetings conducted by trained healthcare professionals; each group session lasts about 2 hours, and information about the consequences of smoking, abandonment methods, stages of change, benefits of cessation, tobacco withdrawal symptoms, coping strategies and prevention of relapse is provided. Moreover, specific medication for smoking cessation treatment such as nicotine patch, nicotine chewing gum, nicotine tablets and bupropion hydrochloride can be used. This cessation related strategies are regulated by three government ordinances [14-16], in which infrastructure standards, necessary resources and activities, and the monitoring indicators of short-term outcomes are defined.

In recent years there has been a growing recommendation for process evaluation of the smoking cessation programmes. This type of evaluation aims to investigate, in a systematic way, the development of the programme, measuring inputs, activities and short-term outcomes [12]. Besides, evaluating the adherence to Brazilian guidelines, it creates an opportunity for the improvement of health services, helping more smokers to quit [13]. However, the evaluations of the smoking cessation services are scarce in Brazil. In this context, this study sought to evaluate the smoking cessation services in the Rio de Janeiro Municipality, during the period from January till December 2013, with special attention to the degree to which public health care facilities adhere to governmental standards of practice for tobacco dependence counselling and treatment.

Methods

A cross-sectional study was carried out for individual smoking cessation services by using a key informant approach. All the services from the SUS of the Rio de Janeiro Municipality, located in the south-eastern region of the country, that delivered smoking cessation treatment in 2013 were included in the study. That year, the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro had 283 services, distributed in ten Municipal Planning Areas (MPA). Of these, 177 performed smoking cessation treatment during the year.

Between March and September 2014 an external independent evaluator using consistent methodology, conducted an evaluation of tobacco cessation activities delivered in the year 2013. A semi-structured questionnaire was self-administered to the healthcare professional responsible for the treatment of the smoker in each service. The questionnaire was created based on the government ordinances [14,16], which defined the guidelines for the treatment of smokers in the country. The instrument was pretested in two non-participating locations. The main variables studied were related to demographic data from the respondents, existence of a place for individualised patient care and for group sessions, tensiometer, stethoscope, anthropometric scale, a reference laboratory for routine analysis, a manual on treatment for the smokers, available medications for smoking cessation treatment, degree of adherence of the smoker to the behavioural approach and the compliance with the medication treatment protocol [14,16]. The instrument construction and the pre-test have been described in full elsewhere [17].

The application of the questionnaire was done via e-mail (three attempts with a 15 day gap in between) or, when there was no response to the e-mails, by phone (one attempt). Following a low response rate to initial attempts (12.4%) an additional printed questionnaire was delivered. The printed questionnaires and the Informed Consent Form (ICF) were delivered by hand to the MPA's health coordinator, who sent them to the healthcare professionals responsible for the treatment of smokers in the services. Only one Coordinator of the MPA refused to send the questionnaires and the ICF to the services; instead they were delivered by a fieldworker directly to the service, thus ensuring the coverage of the study. Data collection methods were standardised across services. Data related to the patients treated in each service were reported by the respondents based on each service's records. Access to

treatment occurred on demand. The standards related to the inputs, activities and short-term outcomes were evaluated, including an adaptation of the indicators of access, adherence and success of treatment recommended in the latest government ordinance [14].

These indicators were calculated by using the following formula: **Access to treatment:** (Number of patients in the first group session / Number of patients registered) X 100; **Adherence to treatment:** (Number of patients who attended the fourth group session / Number of patients in the first group session) x 100; **Success of treatment:** (Number of patients with self-reported non-smoking / Number of patients in the first group session) x 100.

The information was stored and analysed in the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20). A descriptive analysis using measures of central tendency (mean and standard deviation [SD]) was performed for continuous variables, and absolute and relative frequencies for categorical variables.

Ethical aspects

This study started after approval by the Brazilian National Cancer Institute and the Municipal Health Secretariat of the Rio de Janeiro ethics committees (CAAE No. 20896613.1.0000.5274 - October 23, 2013 and CAAE No. 20896613.5.3001.5279 - December 30, 2013, respectively). Data were collected after health professionals responsible for the treatment of smokers in each participating service signed the ICF.

Results

Out of the 177 services providing treatment for smokers in 2013, 81.9% answered the questionnaire. The non-response reasons included refusal (0.6%) and lack of a professional responsible for the treatment of smokers due to furlough, vacation, change or relocation to another sector (17.5%). Even though the reasons for refusal were not documented, time limitation seems to have been the main cause.

Regarding the profile of the services, 42.8% were a Municipal Health Centre and 53.1% belonged to the Family Health Strategy, the *Estratégia Saúde da Família* (ESF). The characteristics of the respondents revealed that 80.7% were female and 49.0% were nurses; the ages ranged from 25 to 69 years old (mean 41.3 years; SD \pm 10.5) (**Table 1**).

Table 1 – Characteristics of the health services and of the healthcare professional responsible for the treatment of smokers (N=145)

Characteristics	Total	%
Profile of the Health Service		
Family Health Program	77	53.1
Municipal Health Centre	62	42.8
Healthcare Clinic or Polyclinic	6	4.1
Gender of the Health Professional		
Female	117	80.7
Male	28	19.3
Professional Category		
Nurse	71	49.0
Dentist	25	17.2
Physician	18	12.4
Pharmacist	9	6.2
Nutritionist	6	4.1
Other	16	11.0
Total	145	100.0

In the 145 health services included in this study, 766 healthcare professionals received tobacco treatment training; 566 of them (73.9%) provided smoking cessation interventions in 2013. These professionals belonged to the following categories: Nurse (25.4%), Physician (22.4%), Dentist (16.3%), Community Health Agent (16.1%), Technical or Nursing Assistant (8.8%), Pharmacist (4.1%), Social Worker (3.5%) and Psychologist (3.4%). The median number of healthcare professionals per service ranged between 3.4 and 4.4 (median 3.9; SD \pm 3.1).

Information concerning the scheduling need for clinical evaluation, the offer of consultation for the treatment of the smokers, the instruments for the registration of the consultation, the structure of the service, the call strategies for missing patients, as well as the follow-up of the patients is summarised in **Table 2**. More than 90% of the services met the infrastructure standards.

Table 2 – Rotine at the health services for the smoker, Rio de Janeiro Municipality, 2013

Variables	N	%
Prior Scheduling Need for Clinical Evaluation of the Smoker		
Yes	123	85.4
No	21	14.6
Smoking cessation clinic offer		
In shifts or specially defined groups	133	91.7
Daily	11	7.6
Instruments for the Registration of the Consultation		
Paper or electronic medical records	131	90.3
Monthly or quarterly statistics	110	75.9
Registry book	84	57.9
Emergency care sheet	40	27.6
Structure of the Service		
Location for individual consultation *	133	91.7
Location for group sessions *	139	95.9
Availability of a tensiometer *	131	90.3
Availability of a stethoscope *	136	93.8
Availability of an anthropometric scale *	131	90.3
Availability of the coordinator guidelines *	137	94.5
Availability of the participant guidelines *	138	95.2
Reference laboratory for routine analysis *	131	90.3
Call Strategy for Missing Patients		
Phone	129	89.0
Home visit	101	69.7
Follow-Up Time of the Former Smokers		
< 6 months	31	21.4
From 6 to 12 months	74	51.0
> 12 months	35	24.1
Not followed	5	3.4

*These items were mandatory until 2013 according to ordinance No. 442 of August 13th, 2004

Educational and clinical activities related to the routine of the smoker offered by the services are shown in **Table 3**. Only 18.3% of the services did not perform the behavioural approach. On the other hand, the pharmacotherapy was available in 99.3% of the services.

Table 3 – Current tobacco cessation interventions informed by the services, Rio de Janeiro Municipality, 2013

Educational Activities	N	%
Educational material distribution	137	94.5
Lectures	129	89.6
Use of educational posters	126	86.9
Conducting educational campaigns	107	73.8
Video projections	91	62.8
Educational activities in the waiting room	88	60.7
Walking group	58	40.0
Clinical Activities		
Initial clinical evaluation	144	99.3
Behavioural approach	116	81.7
Pharmacotherapy	143	99.3
- Nicotine patch	144	99.3
- Nicotine chewing gum	103	71.5
- Bupropion hydrochloride	103	71.0
- Nicotine tablets	94	65.3

As short-term outcomes, in 2013, 11,287 patients aged 18 years or older were registered to receive treatment at the health services participating in this study. Out of these, 77.6% (8,753/11,287) attended the first group session, 65.3% (5,714/8,753) of them attended the fourth group session and 52.8% (4,621/8,753) were not smoking by the fourth group session. The percentage of access, adherence and success of treatment was respectively, 77.6%, 65.3% and 52.8% (**Table 4**).

Table 4 – Indicators of access, adherence and success of treatment, Rio de Janeiro Municipality, 2013

Indicators	N (%)
Access to treatment	8,753 (77.6)
Adherence to treatment	5,714 (65.3)
Treatment Success	4,621 (52.8)

Indicators: Access to treatment: (Number of patients in the first group session / Number of patients registered) X 100; Adherence to treatment: (Number of patients who attended the fourth group session/ Number of patients in the first group session) x 100; Success of treatment: (Number of patients with self-reported non-smoking) / Number of patients who attended the fourth group session) x 100

Discussion

The evaluation of public health interventions is crucial for developing public health policies. To the best of our knowledge, this is the first Brazilian study aiming to evaluate the treatment of smokers offered by the SUS in a specific municipality. While the originality of our proposal is evident, the lack of similar publications prevented us from discussing our results considering other Brazilian studies.

This service evaluation covered 81.9% of the smoking cessation services in the Rio de Janeiro Municipality. Even though at first, when the questionnaire was sent via email, only 12.4% of the services joined the research, this scenario was reversed when printed questionnaires were delivered by hand. In a study related to women's health, response rates were 17.9% in the group whose questionnaire was sent via the Internet and 73.2% when the remittance was printed. When the participants were contacted again and could choose between the two versions of the questionnaire, the response rates reached 64.2% and 76.5%, respectively [18]. In an anonymous survey sent via mail to analyse doctors' compliance with tobacco treating guidelines, the response rate was 67%, less than the one observed in the present study, even considering that three reminders were sent during a 2-week interval [19]. In another study, the response rate of the service providers reached 96% when the questionnaire was sent via mail, with a reminder to the non-respondents two weeks later, followed by two e-mails with two-week intervals [20]. Even though recent reports have shown that digital surveys are more time and cost efficient than paper surveys [21], the disappointing results presented here demonstrate the existence of barriers when answering a survey online, pointing to the need for thinking carefully when choosing strategies to ensure high response rates in future research.

In this study, 53.1% of the participant services were part of the ESF, a community-based approach to reduce inequalities in access and use of primary health care in the country [22]. The incorporation of cessation related strategies in Brazil's ESF is part of the government's strategy for coping with chronic diseases.

Sherman et al. pointed out that, even though the national smoking cessation practice guidelines have recommendations on the structure and process evaluation, the services rarely measure aspects related to structure [13]. In this study, the inputs, the activities and the short-term outcomes of smoking cessation services have been

analysed according to the recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention [23].

Service compliance with the standards related to the inputs for individual care and group sessions was observed in more than 90%, such as a specific location for individual consultation and for group sessions, availability of reference services to perform additional exams, equipment and resources for clinical evaluation of the smoker such as tensiometer, stethoscope, anthropometric scale, and availability of the coordinator guidelines and the participant, which are necessary requirements for a health service to be accredited for the treatment of smokers in the government ordinance [14].

On the other hand, concerning the cessation related strategies, there was variation between 40% (for walking group) and 94.5% (for educational material distribution). Clinical activities were not developed except by only one of the services. The percentage of cessation resources such as kits and brochures for 18 Veteran Administration facilities [13] varied between 13 and 25%, while in the present study it was over 60%. In the study mentioned, the percentage of clinics using medicines routinely ranged between 93% and 100% [13], values close to those recorded in this study (99.3%). As for the medicines available, the percentages described in this study were slightly higher than those reported elsewhere for a nicotine patch (90%) and nicotine chewing gum (53%); however, they were lower than those reported for bupropion hydrochloride (85%) [13]. On the other hand, the behavioural approach was available in more than 80% of the services, which was more than the one described in the Boston primary care services [20]. Certainly, this is due to the fact that one of the ministerial ordinances regulating the treatment of smokers requires that before pharmacotherapy can be recommended, the smoker must participate in the brief cognitive-behavioural approach [14].

Finally, concerning the short-term outcomes, it is noteworthy that 77.6% of the registered patients attended at least one group session. For those who did not attend the scheduled date, one can speculate that service dates did not meet the patients' needs or the service was not accessible by the time the patients looked for it. In another study performed at Campinas State University (São Paulo, Brazil), out of the 281 patients who searched for treatment, only 46.3% attended the first consultation [24], which was lower than in the present study. The reasons given by the authors for

non-adherence were difficulty in finding time (27%), personal health problems (8%) or difficulty in obtaining transportation (5%). According to a National Health Research carried out in 2013 in a representative sample of all Brazilian states, in the 12 months before the interview, 8.8% of the smokers aged 18 years or older sought a healthcare professional for quitting treatment; out of the people who tried to quit smoking, 73.1% participated in treatment with a healthcare professional [5], a percentage close to the present study conducted in the same year. Still, there was a high percentage of dropouts between the first and the fourth group sessions: 34.7%. Another study carried out in the South Region of Brazil showed similar data: only 33.1% of the patients completed the four group sessions [24].

In England, when monitoring the stop smoking services, the percentage of smokers enrolled who quit smoking in four weeks was used as an indicator, and the standard for success rates were fixed between 35% and 70% [25], values that were similar to those described in the present study, in which abstinence at the end of four weeks was 52.8%. In another study conducted in England, in which three smoking cessation services models were compared, this percentage ranged between 46.8 and 63.3% [26]. A population study performed in Denmark including 17,439 patients showed that after six months, the smoking cessation rate was 32%. In the study, more than 90% of the patients received five face-to-face sessions and supportive medications over six weeks and the cessation rate increased with the number of sessions attended [27]. In the study carried out at Campinas State University (São Paulo, Brazil), the smoking cessation rate was 66% among those who completed the four weeks of motivational group activity [23], a figure similar to the one observed in some services analysed in the current study. From a research point of view, future studies must investigate the factors associated with the access, adherence and success of the treatment of smokers in Brazil.

The results of this study should be interpreted in the context of its limitations and strengths. The results of treatment success could have overestimated the real results, since the analysis included only patients who reached the fourth group session. In another Brazilian study the success rate among the patients who started the treatment but did not attend the fourth group session was 17% [2]. It is important to highlight that this is not a randomised controlled clinical trial; as a real world evaluation, researchers face limitations concerning the availability of time of participants and financial resources for the investigation, not to mention the not

negligible percentage of missing data. Therefore, instead of reflecting the success of the treatment in ideal conditions, it shows the impact of the smoking cessation treatment in real conditions [28]. Another limitation is the fact that the respondents were asked about situations and interventions that happened several months earlier, in the previous year, which may have caused inaccuracy in the information due to a possible recall bias. Further, there was no validation of the dropout rates using biochemical markers of exposure to tobacco. However, the difference between the self-reported dropout and the confirmed dropout by biological markers have been considered minor by other authors [27]. Another limitation is the fact that the patients were not followed after the end of the treatment and the measure of treatment success was only made at the fourth group session, which could have inflated the dropout rate, since there could have been relapses during the weeks following treatment completion. Similarly, the degree of nicotine dependence was not analysed.

As strengths, the relatively high adherence of the services (81.9%) must be highlighted, ensuring the internal validity of the results even considering that there are other source of bias. It should be noted that these values were obtained only because of the described strategies used to increase adherence to the research. Nevertheless, the results should be interpreted with caution when generalised to other Brazilian municipalities with different population characteristics, types of exposure to tobacco products and smoker treatment standards. Another limiting fact for generalisation of the results is that the interviews were conducted exclusively on the SUS and, therefore, cannot be extrapolated to private services.

The evaluation of smoking cessation services is essential in order to be able to offer the best protocol and care to smokers with the best use of public resources. The evaluation considering the service characteristics and the cessation related strategies performed are essential and can contribute to the adequacy of monitoring the attention to chronic diseases and the formulation of public policies in the areas of promotion, surveillance and health care and, finally, the improvement of health conditions amongst the population.

Conclusion

Even though more than 20% of the 11,287 patients registered for treatment did not attend the first group session, the access to treatment was high (66.9%), and it was observed that the success rate of those who attended the fourth group session was more than 50%.

Acknowledgements: We thank all the health care executives and providers who participated in this research.

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this paper.

References

1. World Health Organization. *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. Geneva: WHO 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44815/1/9789241564434_eng.pdf (accessed 25 Sept 2015)
2. American Lung Association, Research and Program Services Epidemiology and Statistics Unit. *Trends in tobacco use*. Washington: American Lung Association 2011. <http://www.lung.org/assets/documents/research/tobacco-trend-report.pdf> (accessed 06 Oct 2015)
3. WANNMACHER L. Tratamiento medicamentoso antitabagismo. *Uso racional de medicamentos: temas relacionados* 2007;4(4):1-5. DOI: 10.5712/rbmfc6(20)216

4. Instituto Nacional de Câncer (BR); Organização Pan-Americana da Saúde. *Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil*. Rio de Janeiro: Inca 2011. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf (accessed 06 Oct 2015)
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE 2014. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv911110.pdf> (accessed 04 Aug 2015).
6. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2013. <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/morbidade/Vigitel-2013.pdf> (accessed 07 Oct 2015)
7. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (BR). *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos*. Brasília, DF: INAN 1990. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnsn (accessed 07 Oct 2015)
8. Malta DC, Iser BPN, Sá NNB, et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad Saúde Pública* 2013;29(4):812-22. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000400018
9. Levy D, Almeida LM, Szklo A. *The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation*. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001336. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001336

10. Raw M. Framework convention on tobacco control (FCTC) Article 14 guidelines: a new era for tobacco dependence treatment. *Addict Biol* 2011;106(12):2055-2057. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03536.x
11. WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Draft guidelines for the implementation of article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. 2010. <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/75745> (accessed 4 Aug 2015).
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Introduction to process evaluation in tobacco use prevention and control*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services 2008. http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/process_evaluation/pdfs/tobaccousemanual_updated04182008.pdf (accessed 28 Apr 2015).
13. Sherman SE, Yano EM, York LS, et al. Assessing the structure of smoking cessation care in the Veterans Health Administration. *Am J Health Promot* 2006 May-Jun;20(5):313-8. DOI: 10.4278/0890-1171-20.5.313
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF; Sec.1:62. 2004. ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/PortSAS442_ago04.pdf (accessed 07 Oct 2015)
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº1035, de 31 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF; Sec.1:24. 2004. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1035_31_05_2004_comp.html (accessed 07 Oct 2015)

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº571, de 5 de abril de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF; Sec. 1:56. 2013.
<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Abr/8/portaria-no-571-de-5-de-abril-de-2013-atualiza-as> (accessed 07 Oct 2015)
17. Casado L, Thuler LC. Constructing and pre-testing an instrument to assess smoking cessation services within the Brazilian public health system. *J Eval Clin Pract* 2015 Apr;21(2):248-54. DOI: 10.1111/jep.12299
18. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, et al. Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. *J Med Internet Res* 2007;9(3):e25. DOI:10.2196/jmir.9.3.e25
19. Marcy TW, Skelly J, Shiffman RN, et al. Facilitating adherence to the tobacco use treatment guideline with computer-mediated decision support systems: physician and clinic office manager perspectives. *Prev Med* 2005 Aug;41(2):479-87. DOI:10.1016/j.ypmed.2004.11.026
20. Conroy MB, Majchrzak NE, Silverman CB, et al. Measuring provider adherence to tobacco treatment guidelines: a comparison of electronic medical record review, patient survey, and provider survey. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7 Suppl 1:S35-43. DOI: 10.1080/14622200500078089 (accessed 06 Oct 2015)
21. Uhlig CE, Seitz B, Eter N, et al. Efficiencies of Internet-based digital and paper-based scientific surveys and the estimated costs and time for different-sized cohorts. *PLoS One* 2014 Oct 14;9(10):e108441. DOI: 10.1371/journal.pone.0108441
22. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* 2015 Jun 4;372(23):2177-81. DOI: 10.1056/NEJMp1501140

23. Azevedo RCS, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *Sao Paulo Med J* 2011;129(6):380-86. http://www.researchgate.net/publication/221751895_Factors_relating_to_failure_to_quit_smoking_a_prospective_cohort_study (accessed 06 Oct 2015)
24. Figueiró LR, Bortolon CB, Benchaya MC, et al. Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. *Trends Psychiatry Psychother* 2013;35(3):212-20. DOI: 10.1590/S2237-60892013000300008
25. National Health Service (UK). *Local stop smoking services: service delivery and monitoring guidance* 2011/12. London: NHS 2011. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213755/dh_125939.pdf (accessed 4 Aug 2015).
26. Mardle T, Merret S, Wright J, et al. Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England. *BMC Res Notes* 2012;5:9. DOI:10.1186/1756-0500-5-9
27. Ghith N, Ammari ABH, Rasmussen M, et al. Impact of compliance on quit rates in a smoking cessation intervention: population study in Denmark. *Clinical Health Promotion Journal* 2012;2(3):111-6. http://www.researchgate.net/publication/255181099_Impact_of_compliance_on_quit_rates_in_a_smoking_cessation_intervention_population_study_in_Denmark (accessed 06 Oct 2015)
28. Bamberger M, Rugh J, Mabry L. *Condensed summary of realworld evaluation*. 2nd ed. London: Sage 2011.

[http://www.realworldevaluation.org/uploads/Condensed_Summary_Overview_of RealWorld_Evaluation_2nd_edition.pdf](http://www.realworldevaluation.org/uploads/Condensed_Summary_Overview_of_RealWorld_Evaluation_2nd_edition.pdf) (accessed 4 Aug 2015).

Estudo 2

Artigo 1: Predictors of attempt to quit and smoking cessation among Brazilian participants in the International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC)

Letícia Casado¹

James F. Thrasher²

Cristina Perez³

Luiz Claudio Santos Thuler⁴

¹ Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

² Department of Health Promotion, Education & Behavior, University of South Carolina, Columbia, U.S.A.

³ Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, INCA

⁴ Divisão de Pesquisa Clínica, INCA

¹ Post Graduate Student, Brazilian National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil

² Department of Health Promotion, Education & Behavior, University of South Carolina, Columbia, U.S.A.

³ Executive Secretariat of the National Commission for Framework Convention on Tobacco Control Implementation in Brazil, Brazilian National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil.

⁴ Clinical Research Divisem, Brazilian National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil

Abstract

Background: In Brazil, the treatment of tobacco dependence is available for free. The identification of factors related to attempt to quit and successful smoking cessation is need for optimizing the government strategies for treating tobacco dependence.

Objective: The objective of this study was to identify predictors of attempting to quit and of successful smoking cessation in a population-based sample of Brazilian smokers.

Methods: Prospective cohort study in the cities of Rio de Janeiro, São Paulo and Porto Alegre. Data came from the first two waves of the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey in Brazil, conducted in 2009 and 2012/2013. 488 adults (≥ 18 years of age) who smoked at baseline were followed-up. Crude and adjusted relative risks (RR) for outcomes (making a quit attempt between Wave 1 and Wave 2 and successfully quitting by Wave 2) were estimated. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Hierarchical multivariate logistic regression models were used, where by variables were added to the models in a series of blocks (i.e., sociodemographics; social influences; psychological variables and dependence), and those that did not reach statistical significance were removed.

Results: Approximately two-thirds (65.6%) of smokers attempted to quit between waves, and 25.6% had successfully quit. Intention to quit smoking in the future was only associated with making a quit attempt (OR=2.85; 95%CI 1.64-4.94; $p < 0.001$). Smokers from higher socioeconomic status groups (OR_{high vs low}=2.13; 95%CI 1.23-3.68; $p = 0.01$) and lower nicotine dependence (Heaviness of Smoking Index - HSI) (OR_{low HSI vs high HSI}=2.04; 95%CI 1.14-3.63; $p = 0.02$) were more likely to successfully quit. The presence of any other adult smoker at home was inversely related to quitting successfully (OR=0.51; 95%CI 0.27-0.96; $p = 0.04$).

Conclusion: Our results can provide direction to forthcoming governmental interventions on factors that would influence tobacco cessation.

INTRODUCTION

Article 14 of the FCTC require Parties to develop effective actions to promote successful quitting among smokers, including comprehensive diagnostic programs, counseling, prevention and treatment of tobacco dependence and to facilitate the accessible and affordable treatments¹. In Brazil, since May 2001, a national toll-free telephone quit line service was initiated by the Ministry of Health. In August 2004, a government ordinance² regulated the treatment of tobacco dependence in the National Health System, the *Sistema Único de Saúde (SUS)*, which is available for free. Nicotine replacement therapies in the form of patch and gum or bupropion, also became fully subsidized by the government. Demand for smoking cessation services in the public health system was likely generated by a national pricing and tax policy that came into force since 2011, changing the system of taxation and establishing a minimum price for cigarettes (Law 12,546/2011)³. A survey developed by the Brazilian government, in partnership with Georgetown University⁴, showed that in Brazil between 1989 and 2010, the prevalence of smoking dropped nearly 50% and 46% of this reduction was attributable to measures related to price increase on cigarette.

A systematic literature review aiming to identify the predictors of attempts to stop smoking in adult general population, including 8 studies, shown that motivational factors were the main predictors of quit attempts⁵. Nevertheless, prior research has found a number of factors associated with attempting to quit, including sociodemographic factors like being aged 40 or older⁶ or younger age⁷, having a higher monthly income^{6,8}, higher education level^{8,9}. Environmental factors associated with quit attempts include having smoking restrictions at home¹⁰, as well as smoke-free policies in public places and workplaces⁶. Individual-level factors related to cessation include lower nicotine dependence^{7,11-15}, having made a quit attempt in the past^{7,12,14-16}, longer duration of past quit attempt⁷, as well as psychological variables such as higher self-efficacy to quit^{9,12,14}, intention to quit^{6,7,12}, wanting to quit¹⁷, higher motivation to quit¹⁵ and perceiving health as good or excellent¹².

The predictors of successful smoking cessation are similar to those that predict quit attempts, including sociodemographic factors like relatively older age^{6,12,14} and higher education level¹⁶. Individual-level factors associated with quit success include prior abstinence^{12,14,16}, having made a quit attempt in the past^{6,11,16}, intention to quit^{12,14,16}, less nicotine dependence^{11,12,15}, perceiving health as good or excellent⁶ and having relatively high self-efficacy^{6,12}. However, the above-mentioned systematic literature

review indicates that only measures of nicotine dependence were consistently predictive of success of quitting in population-based studies¹⁸.

A pioneer cross-sectional study conducted in Brazil including 11,393 individuals indicate that older age, higher socioeconomic status (higher income, internet access in the household, living in the more developed regions of the country, access to the health care system), awareness of health risks of smoking and having physical activity were positively related to successful smoking cessation¹⁹. However, the cross-sectional nature of that study limits understanding of the causal relationships. Furthermore, that study did not assess the role of important variables, such as nicotine dependence, smoke-free policies, level of self-efficacy and social acceptability of smoking.

Population-based longitudinal data to identify specific factors related to quit attempts and successful smoking cessation in Brazil are needed to evaluate and optimize government strategies for treating tobacco dependence. The objective of this study was to identify predictors of attempt to quit and smoking cessation among Brazilian participants in the International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC).

METHODS

Sample

Data came from the first two waves of the ITC-Brazil Survey. ITC-Brazil is a population-based prospective cohort study to assess the impact of national tobacco control policies in the cities of Rio de Janeiro, São Paulo and Porto Alegre. The first wave of data collection was conducted between April and June 2009 (Wave 1) with 1,825 participants (2/3 smokers and 1/3 non-smokers), who were recruited using random digit dialing. Among the 1,215 smokers, 488 (40.2%) were followed up in the second wave between October 2012 and February 2013 (Wave 2). A detailed description of sample selection and study protocols used by the ITC-Brazil Survey have been published elsewhere (13, 14).

Eligible participants for this study were adults (≥ 18 years of age) who smoked at baseline (i.e., smoked at least 100 cigarettes in his or her lifetime and reported smoking at least once in the past 30 days).

Measurement

The outcomes assessed in this study were: (1) making a quit attempt between Wave 1 and Wave 2 (defined as a current smoker at Wave 1 who reported at Wave 2 having made any quit attempt since Wave 1, independent of successfully quit); and (2) quit successful at Wave 2 (defined as a current smoker at Wave 1 who reported at Wave 2 not smoking at all or smoking less than once per month).

Sociodemographic predictor variables measured at baseline included: city of residence (Rio de Janeiro, São Paulo and Porto Alegre), gender (female, male), age at recruitment (in years, classified as 18–24, 25–39, 40–54, and 55+), self-reported race/ethnicity (classified according to the National Census Bureau – IBGE as White and non-White), education (in years of schooling, classified as ≤ 8 years, 9 - 11 years, ≥ 12 years), marital status (categorized as married, separated / divorced, widowed, and single), current employment status (employed, not employed), monthly income in minimum wages (classified as < 2 ; 2 – 4.9; 5 – 19.9; ≥ 20 ; on June 30, 2009, the Brazilian Minimum Wage was R\$ 465.00 = U\$ 238.27; 1 US Dollar was equivalent to 1.95 Brazilian Real). A socioeconomic status (SES) composite measure combined income and education into a low, moderate and high scale, as proposed by Licht et al²⁰. Participants with low education (< 12 years of schooling) and low income (up to 5 minimum wages) were considered as having low SES. Those with any combination of moderate or high education (≥ 12 years of schooling) and income

(≥5 Minimum Wages) were classified as having high SES. All other combinations were considered as moderate SES.

Additionally, the number of smokers at home were 18 or older (1 versus >1), smoke-free environments at home (smoking is never allowed in any indoor area *versus* smoking is allowed anywhere inside your home / smoking is allowed in some rooms inside your / smoking is not allowed inside your home except under special circumstances home), smoke in the workplace (smoking is not allowed in any indoor area *versus* smoking is allowed only in some indoor areas/ smoking is allowed in any indoor areas *versus* works outside only) and whether their society disapproved of smoking (strongly/ agree *versus* neither agree nor disagree/ disagree/ strongly disagree) were analyzed.

Smoking frequency (“Daily”, “Weekly” and Monthly”), number of cigarettes per day (recoded to 1-10, 11-20, 21-30 and > 31 cigarettes/day), and the time to first cigarette after waking (≤ 15, 15–30, 31–60, and >60 min) were assessed. Nicotine dependence was assessed using the Heaviness of Smoking Index (HSI), which is a six-point scale calculated from the number of cigarettes per day (1–10, 11–20, 21–30, 31 + cigarettes) and the time to first cigarette after waking (≤ 15, 15–30, 31–60, and >60 min). Because the distribution was skewed, HSI was recoded into three categories: low (HSI 0–1), medium (HSI 2–4) and high (HSI 5–6)^{21,22}.

In addition, we asked about perceived addiction (“Do you consider yourself addicted to cigarettes?”: “not at all addicted”; “yes, somewhat addicted”, “yes, very addicted”), number of attempts to quit between waves. Respondents’ were also asked about their intention to quit smoking and level of self-efficacy (the variable “being sure that if decided to give up smoking completely in the next 6 months how sure are you that you would succeed” was coded as low = not at all / slightly / moderately sure *versus* high= very / extremely sure). Time perspective is assessed in the ITC Surveys using a single item: respondents indicate the extent to which they agreed with the following statement: “You spend a lot of time thinking about how what you do today will affect your life in the future.”²³

The ITC Brazil Survey was approved by the Brazilian National Cancer Institute Ethics Committee (Protocol 99/08) and by the Human Research Ethics Committee of the University of Waterloo.

Data analysis

Descriptive analysis was used to characterize the participant population. Chi-square tests were performed to assess associations between categorical variables with the outcome measures. Crude relative risk (RR) estimates and 95% confidence intervals (CI) were calculated. Independent predictors of quit attempt between waves and quit successful at Wave 2 were explored by a hierarchical analysis, as described below. Factors with $P < 0.20$ in the univariate analysis were considered for inclusion in the model using a stepwise approach. As a result, in the hierarchical analysis of predictors of quit attempt, the distal level (Model 1) included sociodemographics variables. Approval of society about smoking was included in the intermediate level (Model 2). And the proximal level (Model 3) included the variables that conceptualize behaviors and reflections related to the health of the smoker as intention to quit smoking and spending time thinking about the future. In the hierarchical analysis of predictors of quit success, Model 1 included sociodemographics variables such as Socio Economic Level, Income, Education and City. Model 2 included the environmental characteristics such as smoking indoors, society's disapproval of smoking and number of smoking at home. And Model 3 included behaviors and reflections related to the health of smokers as the team lights the first cigarette after waking, number of cigarettes per day, number attempts to quit between waves, self-efficacy of quitting, perceived health, dependence level. As the variables income and education were collinear with SES, only SES was included in the adjusted models. P-values < 0.05 were considered statistically significant. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS V.21) was used for all analyses.

RESULTS

The 488 followed-up smokers were predominantly from Rio de Janeiro (38.5%) and female (61.3%). The majority were married (52.9%), employed (35.0%) and had ≥ 9 years of education (69.6%) (**Table 1**).

Table 1 – Demographic characteristics (n=488)

Characteristics	N	%
City		
Rio de Janeiro	188	38.5
São Paulo	147	30.1
Porto Alegre	153	31.4
Sex		
Male	189	38.7
Female	299	61.3
Age at recruitment		
18-24	33	6.8
25-39	106	21.7
40-54	235	48.2
55 +	114	23.4
Race/ethnicity		
White	282	57.8
Non-White	205	42.0
Missing	1	0.2
Education		
≤ 8 years	145	29.7
9 - 11 years	192	39.3
≥ 12 years	148	30.3
Missing	3	0.6
Marital status		
Married	258	52.9
Separated / Divorced	61	12.5
Widowed	35	7.2
Single	128	26.2
Missing	6	1.2
Current employment		
Employed	171	35
Not employed	298	61.1
Missing	19	3.9
Income in minimum wages*		
< 2	85	17.4
2 – 4.9	205	42
5 – 19.9	142	29.1
≥ 20	22	4.5
Missing	34	7
Socio-economic status (SES)		
Low	245	50.2
Moderate	121	24.8
High	78	16.0
Missing	44	9.0

* At that time, the Brazilian minimum wage was equal to US\$ 238.27

The demographic profiles (city, sex, age at recruitment, race/ethnicity, marital status, education, income in minimum wages, time lights the first cigarette after waking, dependence level, smoke at home, practice physical activity and perceived health) of

the smokers included in this study were comparable (p values ≥ 0.05) with the profiles of those who were not followed up (**supplementary Table 1**). However those not retained were more likely from São Paulo and Porto Alegre, male and < 40 years of age (p values < 0.05).

Supplementary Table 1 - Profile of smokers with respect to losses followed versus not followed in wave 2 (N= 1,215)

Characteristics	Total*	Followed	Not followed	Valor de p
City				
Rio de Janeiro	410	188 (38.5)	222 (30.5)	0.01
São Paulo	403	147 (30.1)	256 (35.2)	
Porto Alegre	402	153 (31.4)	249 (34.3)	
Sex				
Female	696	299 (61.3)	397 (54.6)	0.02
Male	519	189 (38.7)	330 (45.4)	
Age at recruitment				
18-24	113	33 (6.8)	80 (11.0)	0.001
25-39	324	106 (21.7)	218 (30.0)	
40-54	504	235 (48.2)	269 (37.0)	
55 +	274	114 (23.4)	160 (22.0)	
Race/ethnicity				
White	692	282 (57.9)	410 (56.5)	0.62
Non-White	521	205 (42.1)	316 (43.5)	
Marital status				
Married	574	235 (48.3)	339 (46.7)	0.59
Unmarried	639	252 (51.7)	387 (53.3)	
Education				
≤ 11 years of age	871	337 (69.5)	534 (73.6)	0.12
≥ 12 years of age	340	148 (30.5)	192 (26.4)	
Income in minimum wages				
< 5 minimum wages	757	290 (63.9)	467 (69.2)	0.06
≥ 5 minimum wages	372	164 (36.1)	208 (30.8)	
Number of cigarettes per day				
≤ 10 cigarettes	502	199 (41.0)	303 (41.7)	0.81
11 cigarettes or +	709	286 (59.0)	423 (58.3)	
Time to first cigarette				
31 min or +	436	172 (36.7)	264 (37.9)	0.66
30 min or -	729	297 (63.3)	432 (62.1)	
Perceived addiction				
No	107	37 (7.6)	70 (9.8)	0.20
Yes	1096	449 (92.4)	647 (90.2)	
Smoke at home				
Not allowed	580	212 (43.6)	368 (50.6)	0.02
Allowed	633	274 (56.4)	359 (49.4)	
Presence of any other smoker at home (≥ 18 years)				
No	851	356 (73.4)	495 (68.4)	0.06
Yes	358	129 (26.6)	229 (31.6)	

Smoke in the workplace				
Not allowed	520	216 (77.4)	304 (77.6)	0.97
Allowed	151	63 (22.6)	88 (22.4)	
Intention to quit smoking				
Yes	869	353 (72.3)	516 (71.0)	0.61
No	346	135 (27.7)	211 (29.0)	
Nicotine dependence (HSI) at baseline				
Low (HSI <2)	336	135 (29.0)	201 (28.9)	0.93
Medium (HSI = 2 to 4)	732	292 (62.7)	440 (63.3)	
High (HSI ≥ 4)	93	39 (8.4)	54 (7.8)	
Any quit attempts				
Yes	955	376 (77.0)	579 (79.6)	0.32
No	33	17 (3.5)	16 (2.2)	
Time since the last quit attempt at baseline				
≤ 3 months	229	90 (18.4)	139 (19.1)	0.77
4 months or more	986	398 (81.6)	588 (80.9)	

Notes: * Varying total numbers in the table are due to missing information

** The statistically significant results are in bold

In addition, most of the participants smoked daily (93.6%), 11 to 20 cigarettes a day (47.7%), smoked their first cigarette less than 30 minutes after waking (63.4%) and considered themselves to be very dependent on cigarettes (57.6%). For the majority, the dependence level was low or medium (78.1%), no other adults smoked at home (74.3%), and they could not smoke at work (70.5%) (**Table 2**).

Table 2- Smoking related characteristics

Characteristics	N	%
Smoking status		
Daily	457	93.6
Weekly	28	5.7
Monthly	3	0.6
Number of cigarettes per day		
1-10	199	40.8
11-20	233	47.7
21-30	22	4.5
≥ 31	31	6.4
Missing	3	0.6
Time to first cigarette		
< 15 min	95	19.5
15- 30 min	202	41.4
31-60 min	60	12.3
> 60 min	112	23.0
Missing	19	3.9
Nicotine dependence (HSI) at baseline		
Low (HSI <2)	135	27.7

Medium (HSI = 2 to 4)	292	59,8
High (HSI \geq 4)	39	8,0
Missing	22	4,5
Perceived addiction		
Not at all addicted	37	7.6
Yes, somewhat addicted	168	34.4
Yes, very addicted	281	57.6
Missing	2	0.4
Presence of any other smoker at home (\geq18 years)		
No smokers	356	73.0
>1	129	26.4
Missing	3	0.6
Smoke at home		
Smoking is allowed*	304	62.3
Smoking is not allowed in any indoor area	182	37.3
Missing	2	0.4
Smoke in the workplace		
Smoking is not allowed	216	69.0
Smoking is allowed**	63	20.2
Works outside only	32	10.2
Missing	2	0.4

* Smoking is allowed: anywhere inside home / in some rooms inside / is not allowed inside home except under special circumstances home

**Smoking is allowed only in some indoor areas or Smoking is allowed in any indoor areas

Approximately two-thirds (65.6%) of smokers made a quit attempt between the waves and the rate of successfully quitting by follow up was 25.6%. Univariate analysis is shown in **Table 3**.

Table 3 - Predictors of making a quit attempt between waves 1 and 2 and successful quitting

Predictors	Total*	Quit attempts			Quit successful		
		n (%)	RR (95CI%)	P- value	n (%)	RR (95%CI)	P-value
Total	488	320 (65.6)	-	-	125 (25.6)	-	-
City							
Rio de Janeiro	188	126 (67.0)	1	-	54 (28.7)	1	-
São Paulo	147	94 (63.9)	0.92 (0.68-1.23)	0.56	32 (21.8)	0.91 (0.80-1.03)	0.15
Porto Alegre	153	100 (65.4)	0.95 (0.71-1.29)	0.75	39 (25.5)	0.96 (0.84-1.09)	0.51
Sex							
Female	299	189 (63.2)	1	-	73 (24.4)	1	-
Male	189	131 (69.3)	1.20 (0.92-1.56)	0.17	52 (27.5)	1.04 (0.93-1.16)	0.45
Age at recruitment							
18-24	33	20 (60.6)	1	-	8 (24.2)	1	-
25-39	106	72 (67.9)	1.23 (0.74-2.04)	0.44	29 (27.4)	1.04 (0.83-1.31)	0.72
40-54	235	144 (61.3)	1.02 (0.65-1.60)	0.94	53 (22.6)	0.98 (0.80-1.20)	0.83
55 +	114	84 (73.7)	1.50 (0.89-2.52)	0.15	35 (30.7)	1.09 (0.87-1.37)	0.47
Race/ethnicity							
White	282	186 (66.0)	1	-	76 (27.0)	1	-
Non-White	205	133 (64.9)	0.97 (0.76-1.24)	0.81	48 (23.4)	0.95 (0.86-1.06)	0.38
Marital status							
Married	235	164 (69.8)	1	-	64 (27.2)	1	-
Unmarried	252	155 (61.5)	0.79 (0.61-1.01)	0.06	60 (23.8)	0.96 (0.86-1.06)	0.39
SES (Socioeconomic status)							
Low	245	158 (64.5)	1	-	51 (20.8)	1	-
Intermediate/ High	199	133 (66.8)	1.07 (0.83-1.39)	0.60	36 (31.2)	1.15 (1.03-1.29)	0.01
Number of cigarettes per day							
11 cigarettes or +	286	187 (65.4)	1	-	58 (20.3)	1	-
≤10 cigarettes	199	131 (65.8)	0.99 (0.77-1.27)	0.92	66 (33.2)	1.64 (1.21-2.21)	0.001

Time the first cigarette							
≤ 30 min	297	187 (63.0)	1	-	60 (20.2)	1	-
>30 min	172	118 (68.6)	1.09 (0.95-1.25)	0.22	58 (33.7)	1.67 (1.23-2.27)	0.001
Dependence nicotine (HSI)							
Medium/ High	331	211 (63.7)	1	-	67 (20.2)	1	-
Low	135	92 (68.1)	1.07 (0.93-1.23)	0.37	50 (37.0)	1.83 (1.35-2.49)	<0.001
Perceived addiction							
No	37	22 (59.5)	1	-	12 (32.4)	1	-
Yes	449	297 (66.1)	1.20 (0.79-1.81)	0.41	113 (25.2)	0.90 (0.72-1.14)	0.33
Smoke at home							
Allowed	304	190 (62.5)	1	-	69 (22.7)	1	-
Not allowed	182	128 (70.3)	1.26 (0.97-1.65)	0.08	54 (29.7)	1.10 (0.98-1.23)	0.09
Presence of any other smoker at home (≥18 years)							
No	356	230 (64.6)	1	-	97 (27.2)	1	-
Yes	129	89 (69.0)	1.14 (0.85-1.53)	0.37	27 (20.9)	0.92 (0.83-1.03)	0.16
Smoke in the workplace							
Allowed	63	45 (71.4)	1	-	17 (27.0)	1	-
Not allowed	216	141 (65.3)	0.83 (0.53-1.27)	0.36	53 (24.5)	0.97 (0.82-1.15)	0.69
Practice of physical activity							
Yes	184	126 (68.5)	1	-	52 (28.3)	1	-
No	290	188 (64.8)	0.90 (0.69-1.17)	0.41	68 (23.4)	0.94 (0.84-1.05)	0.24
Perceived health							
Poor / Average	379	252 (66.5)	1	-	90 (23.7)	1	-
Good / Very Good / Excellent	106	66 (62.3)	0.89 (0.67-1.18)	0.42	34 (32.1)	1.12 (0.97-1.29)	0.08
Level of self efficacy							
Low	260	162 (62.3)	1	-	57 (21.9)	1	-
High	215	151 (70.2)	0.79 (0.61-1.02)	0.70	67 (31.2)	1.13 (1.02-1.27)	0.02
Beliefs about quitting							
Strongly/ Agree	373	252 (67.6)	1	-	90 (24.1)	1	-
Neither agree nor disagree/ Disagree/ Strongly disagree	107	64 (59.8)	1.13 (0.95-1.34)	0.14	34 (31.8)	1.11 (0.97-1.28)	0.11
Time perspective							
Strongly/ Agree	386	263 (68.1)	1	-	101 (26.2)	1	0.70
Neither agree nor disagree/ Disagree/ Strongly disagree	99	56 (56.6)	0.73 (0.56-0.96)	0.03	24 (24.2)	0.98 (0.86-1.11)	

Intention to quit smoking								0.80
Not intention to quit	86	39 (45.3)	1		22 (25.6)	1		
Next month/ Next 6 months/ Beyond 6 months	353	250 (70.8)	1.56 (1.23-1.99)	<0.001	95 (26.9)	1.05 (0.71-1.57)		
Number attempts to quit between waves								
2 or + attempts	-	-	-	-	60 (50.4)	1		-
1 attempt	-	-	-	-	57 (28.4)	1.45 (1.18-1.75)		0.001

Notes: * Varying total numbers in the table are due to missing information

** The statistically significant results are in bold

RR = relative risk

CI = confidence interval

In the hierarchical analysis only "intention to quit smoking" was associated with made a quit attempt (**Table 4**).

Table 4 - Results of logistic regression of the hierarchical multivariate analysis for quit attempts

Variables	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	P-value	OR (95%CI)	P-value	OR (95%CI)	P-value
Sex						
Female	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Male	1.24 (0.83-1.85)	0.29	1.32 (0.88-1.98)	0.22	1.25 (0.80-1.94)	0.17
Age at recruitment						
18-24	1.0 (reference)	0.12	1.0 (reference)	0.14	1.0 (reference)	0.18
25-39	0.77 (0.34-1.76)	0.54	0.79-(0.35-1.79)	0.51	0.72 (0.30-1.72)	0.46
40-54	1.04 (0.48-2.24)	0.92	1.08 (0.50-2.33)	0.97	1.08 (0.48-2.45)	0.85
55 +	0.58 (0.25-1.32)	0.20	0.59 (0.25-1.36)	0.19	0.62 (0.25-1.50)	0.29
Marital status						
Married	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Unmarried	0.69 (0.47-1.01)	0.06	0.72 (0.49-1.06)	0.14	0.79 (0.52-1.21)	0.28
Smoke at home						
Allowed	-		1.0 (reference)			
Not allowed	-		1.33 (0.86-1.99)	0.17	1.21(078-1.87)	0.40
Beliefs about quitting						
Strongly/ Agree	-		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Neither agree nor disagree/ Disagree/ Strongly disagree	-		1.39 (0.88-2.19)	0.16	1.47 (0.88-2.43)	0.14
Time perspective						
Strongly/ Agree	-		-		1.0 (reference)	
Neither agree nor disagree/ Disagree/ Strongly disagree	-		-		0.87 (0.49-1.54)	0.63
Intention to quit smoking						
Not intention to quit	-		-		1.0 (reference)	
Next month/ Next 6 months/ Beyond 6 months	-		-		2.85 (1.64-4.94)	0.001

Smokers with moderate/high socioeconomic status and lower nicotine dependence had an independent statistically significant association with quitting; the presence of any other adult smoker at home was inversely related to quitting successfully (**Table 5**).

Table 5 - Results of logistic regression of the hierarchical multivariate analysis for quit successful

Variables	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	P-value	OR (95%CI)	P-value	OR (95%CI)	P-value
City						
Rio de Janeiro	1.0 (reference)	0.80	1.0 (reference)	0.63	1.0 (reference)	0.90
São Paulo	0.84 (0.49-1.42)	0.51	0.76 (0.44-1.33)	0.34	0.91 (0.48-1.73)	0.86
Porto Alegre	0.90 (0.54-1.51)	0.69	0.93 (0.55-1.57)	0.78	0.85 (0.43-1.71)	0.77
SES (Socioeconomic status)						
Low	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Moderate/ High	1.72 (1.16-2.64)	0.01	1.72 (1.10-2.70)	0.02	2.13 (1.23-3.68)	0.01
Smoke at home						
Allowed	-		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Not allowed	-		1.48(0.94-2.33)	0.09	0.92 (0.53-1.61)	0.83
Presence of any other smoker at home (≥18 years)						
No	-		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Yes	-		0.64 (0.37-1.10)	0.10	0.51 (0.27-0.96)	0.04
Beliefs about quitting						
Strongly/ Agree	-		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
Neither agree nor disagree/ Disagree/ Strongly disagree	-		1.60 (0.96-2.66)	0.07	1.54 (0.80-2.99)	0.20
Dependence nicotine (HSI)						
Medium/ High	-		-		1.0 (reference)	
Low	-		-		2.04 (1.14-3.63)	0.02
Perceived health						
Poor / Average	-		-		1.0 (reference)	
Good / Very Good / Excellent	-		-		1.25 (0.65-2.40)	0.50
Number of attempts to quit between waves						
2 or + attempts	-		-		1.0 (reference)	
1 attempt	-		-		2.19 (1.26-3.82)	0.07

DISCUSSION

This study the Brazilian administration of the International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project) suggests that 65.6% of smokers made a quit attempt between 2009 and 2012, and that 25.6% had successfully quit by follow-up. The percentage of smokers who make quit attempts in three years varies between countries (25 to 48%)¹⁸. In United States, only 40% of smokers make a quit attempt annually, with no changes in this rate over recent years⁵. By contrast, quit attempts rate was substantially lower in Mexico (17% over 14 months)¹¹.

In hierarchical multivariate analysis the only predictor of making a quit attempt between survey waves was intention to quit smoking. Previous research has shown similar results^{6,7,12,13,23}, which are also consistent with expectations from theoretical models that posit that behavior change is channeled through intentions^{25,26}. What is perhaps most surprising from our study is that intention was a robust predictor even in the context of a three year period of follow up. However, we did not find a statistically significant association with making a quit attempt for other classic predictors, such as sociodemographic characteristics (age^{6,7}, income^{6,15}, education level^{9,15}, place of living and working⁶), smoking policies (restrictions at home¹⁴), perceiving health¹² and behavioral, belief and motivational factors^{6,7,9,11-16}. Indeed, these factors were unassociated with quit attempts even in models that did not include quit intention. Hence, their lack of association does not appear to be due to different levels of quit intention across different levels of these factors.

Similar to the findings from Haug et al.²⁶, our results indicated that the baseline predictors of quit attempts were different from the predictors of successful smoking cessation. Our models found a consistent, independent relationship between relatively higher SES and successful cessation, which is consistent with some other studies^{6,15,27,28}, although some other studies have found no association with education^{7,12,27,28} or income^{7,12}. According to Kaleta et al.²⁷, the correlation between higher educational level and successful cessation is due to the higher knowledge about smoking-related health risks and stronger anti-smoking attitudes and social norms²⁸. Our results suggest that interventions in Brazil must continue to consider socioeconomic disparities in smoking, even though recent, nationally representative surveys indicate that socioeconomic disparities are diminishing³⁰.

Consistent with previous literature^{11,12,14}, lower nicotine dependence was associated with successful quitting. Indeed, a systematic literature review shown that cigarette dependence is largely the most important predictor of quit success⁵. Similar to our

results, Kale et al.³¹ proposed that while determination to quit is necessary to prompt an attempt to quit smoking, greater nicotine dependence can nevertheless impede successful quitting. Most smokers try to quit without assistance, like stop-smoking services or medications, and those who are more dependent are less likely to be successful²⁶. Although Brazil has eliminated some barriers to cessation assistance, it appears that further efforts may be necessary to promote their use.

Finally, our results suggest that the presence of any other adult smoker at home reduced the chances of successfully quitting. Other studies have found that having a partner who smokes impedes smoking attempts. Smokers whose partners also smoke perceive smoking as normal behavior, which appears to reduce intentions to quit^{24,25}. Research is needed on how best to intervene with couples, in order to motivate them both to quit, as the strategies for doing this may be somewhat different from those that work for smokers whose partners do not smoke³².

Some limitations of the present study should be mentioned. First, the loss of follow-up ranges from 30.1% in São Paulo to 38.5% in Rio de Janeiro, being those followed up were predominantly younger and female (p-value < 0.05). Given that city, age and sex were not associated with quitting behaviors (Table 3), these baseline differences were unlikely to have seriously biased the results. In contrast, people who were not followed-up were more likely to prohibit smoking in the home, which is a characteristic associated with greater likelihood of quitting; hence, this selection bias may have led to an underestimate of effects because some of these people who were more likely to quit did not contribute data to the study. Second, measurement of quit behavior relied on self-reported responses, and was not biochemically validated. Besides, the non-anonymity of the survey could reduce the likelihood of truthful responses due to socially desirable responding. Nevertheless, such effects may have been minimal due to querying legal behavior. Another limitation is that the result of this study cannot be readily generalized to the whole country, as it was conducted in three major cities located in the more developed region of the country, and the sampling frame was limited only to adults who had a landline phone at home. Consequently, the lower income segment of the society, without fixed line telephone at home, may have been excluded differentially from the study. Still, the results can provide a reasonable description of cessation behavior among non-clinical urban populations, albeit future research should focus on rural populations. Finally, other studies have reported association of having more negative attitudes about smoking^{7,13} and belong to a religious affiliation⁹ with having a quit attempt or quit

successfully. These variables were not included in the present analysis and, as a result, the study may be subject to omitted variable bias. Although the exclusion of significant variables may have caused poor model specification, our results are generally consistent with prior research in other countries, suggesting that cessation behavior operates similarly across countries and cultural contexts.

Despite these limitations, this study is the first population-based longitudinal study to assess the predictors of quit attempts and quit success in Brazil. Furthermore, our hierarchical modeling approach is unique and can provide direction to forthcoming government interventions to promote tobacco cessation.

Conflict of interest

No conflict declared.

Contributors

L. Casado participated in data processing, analysis and as lead author in the preparation and elaboration of this article.

J. F. Thrasher provided advice regarding data analysis and participated as co-authors in the preparation and elaboration of this article.

C. Perez provided advice regarding data analysis and participated as co-authors in the preparation and elaboration of this article.

L.C.S. Thuler participated in data analysis and as co-author in the preparation and elaboration of this article.

Acknowledgements

We are grateful to the Project Management Staff (Geoffrey T. Fong, Janine Ouimet and Anne Quah) of the ITC Project at the University of Waterloo for their contributions on all aspects of the ITC-Brazil survey. We would also like to thank the team members of the Data Management Center of the ITC Project at the University of Waterloo, including: Christian Boudreau, PhD, Pete Driezen, MSc, Ruth Loewen, MA, and Mary E. Thompson, PhD. Thanks are also due to the technical staff from Expertise who conducted the field work.

References

1. Raw M. Framework convention on tobacco control (FCTC) Article 14 guidelines: a new era for tobacco dependence treatment. *Addiction* 2011;106(12):2055-7.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. *Diário Oficial da União, Brasília, DF; Sec.1:62.* 2004.
3. Brasil. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União, Brasília, DF; Sec.1:3.* 2011.
4. Levy D, Almeida LM, Szklo AS. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001336.
5. Carpenter MJ, Jardim BF, Burris JL, et al. Clinical strategies to enhance the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a review of the literature. *Drugs* 2013;73(5):407-26.
6. Abdullah AS, Driezen P, Quah AC, et al. Predictors of smoking cessation behavior among Bangladeshi adults: findings from ITC Bangladesh survey. *Tob Induc Dis* 2015;13(1):23.
7. Hyland A, Borland R, Li Q, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:iii83-iii94.
8. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, et al. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12 Suppl:S20-33.
9. Myung SK, Seo HG, Cheong YS, et al. Association of sociodemographic factors, smoking-related beliefs, and smoking restrictions with intention to quit smoking in Korean adults: findings from the ITC Korea Survey. *J Epidemiol* 2012;22(1):21-7.
10. Li L, Feng G, Jiang Y, et al. Prospective predictors of quitting behaviours among adult smokers in six cities in China: findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Addiction* 2011;106(7):1335-45.
11. Swayampakala K, Thrasher J, Carpenter MJ, et al. Level of cigarette consumption and quit behavior in a population of low-intensity smokers--longitudinal results from the International Tobacco Control (ITC) survey in Mexico. *Addict Behav* 2013;38(4):1958-65.
12. Li L, Borland R, Yong HH, et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12 Suppl:S34-44.

13. Feng G, Jiang Y, Li Q, et al. Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2010;19 Suppl 2:i6-11.
14. Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, et al. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction* 2010;105(1):164-73.
15. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, et al. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12 Suppl:S20-33.
16. Borland R, Yong HH, Balmford J, et al. Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: findings from the International Tobacco Control Four country project. *Nicotine Tob Res* 2010;12 Suppl:S4-11.
17. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, et al. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* 2011;106(12):2110-21.
18. Szklo AS, Thrasher JF, Perez C, et al. Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29(3):485-495, mar, 2013.
19. Licht AS, Hyland AJ, et al. Socio-Economic Variatin in Price Minimizing Behaviors: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011, 8, 234-252; doi: 10.3390/ijerph8010234.
20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989;84(7):791-9. [20]
21. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-27. [21]
22. Sansone G, Fong GT, Hall PA, et al. Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. *BMC Public Health* 2013;13:346.
23. Savvides EC, Christophi CA2, Pasi M, et al. Factors associated with intent to quit tobacco use in Cyprus adolescents. *Prev Med* 2014;60:83-7.
24. Dohnke B, Weiss-Gerlach E, Spies CD. Social influences on the motivation to quit smoking: Main and moderating effects of social norms. *Addict Behav* 2011;36(4):286-93.

25. Van Den Putte B, Yzer MC, Brunsting S. Social influences on smoking cessation: a comparison of the effect of six social influence variables. *Prev Med* 2005;41(1):186-93.
26. Haug S, Schaub MP2, Schmid H. Predictors of adolescent smoking cessation and smoking reduction. *Patient Educ Couns* 2014;95(3):378-83.
27. Kaleta D, Korytkowski P, Makowiec-Dąbrowska T, et al. Predictors of long-term smoking cessation: results from the global adult tobacco survey in Poland (2009-2010). *BMC Public Health* 2012;12:1020.
28. Tejada CA, Ewerling F, Santos AM, et al. Factors associated with smoking cessation in Brazil. *Cad Saude Publica* 2013;29(8):1555-64.
29. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav* 2009;34(4):365-73.
30. Szklo AS, Souza MC, Szklo M, et al. Smokers in Brazil: who are they? *Tob Control* doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052324 [published Online First: 20 August 2015]
31. Kale D, Gilbert HM, Sutton S. Are predictors of making a quit attempt the same as predictors of 3-month abstinence from smoking? Findings from a sample of smokers recruited for a study of computer-tailored smoking cessation advice in primary care. *Addiction* 2015;110(10):1653-64.
32. Ranby KW, Lewis MA, Toll BA, et al. Perceptions of smoking-related risk and worry among dual-smoker couples. *Nicotine Tob Res* 2013;15(3):734-8.

6. DISCUSSÃO

Promover a cessação do tabagismo está entre as principais intervenções de saúde pública destinadas a reduzir a morbimortalidade no mundo.

Historicamente, o INCA vem coordenando o PNCT desde 1989, cuja responsabilidade inclui o desenvolvimento de estratégias para reduzir a aceitação social bem como os estímulos que promovam o comportamento de fumar especialmente entre a juventude, proteger a população dos perigos do fumo passivo e ampliar as oportunidades dos fumantes em receberem apoio para deixar de fumar. Ações implementadas e coordenadas pelo INCA inicialmente por meio do PNCT e, a partir de 2003 também pela CONICQ, são os responsáveis pelo declínio nas taxas de fumantes no Brasil. Ações na área de legislação, advertências nos produtos sobre os malefícios do tabagismo, criação e ampliação dos ambientes livres do tabaco, restrição ou proibição da propaganda, prevenção da iniciação e ampliação do acesso gratuito a métodos eficazes de cessação do tabagismo.

Na área de tratamento e cessação, o Ministério da Saúde em 2001 criou um serviço telefônico nacional gratuito de aconselhamento. Uma exigência feita à indústria do tabaco foi a impressão visível desse número de telefone nas embalagens de todos os produtos do tabaco.

Em 2004, por meio da Portaria SAS/MS/Nº 442, os centros de tratamento do fumante foram implantados no SUS, oferecendo acesso gratuito ao aconselhamento cognitivo-comportamental e terapia medicamentosa para os fumantes, incluindo terapia de reposição de nicotina gratuita.

Entretanto, para o desenvolvimento de políticas públicas se faz necessária à avaliação dessas intervenções. Para tal, foi construído um questionário e realizado o seu pré-teste. Essa etapa envolveu testar o instrumento de pesquisa em condições tão similares quanto possível às da pesquisa que foi posteriormente realizada com ele, mas sem a necessidade de apresentar os resultados advindos do questionário, mas sim checar as suas falhas e verificar a sua adequação. Essa construção gerou essa oportunidade: criou um questionário para esse fim além de realizar o seu pré-teste. Assim sendo, essa atividade propiciou aprimorar o questionário, minimizou

dificuldades na compreensão das perguntas e aperfeiçoou as opções de resposta. Com isso, foi produzido um questionário eficiente, compreensível, de conteúdo adequado, de fácil utilização, bem aceito pelos profissionais de saúde e que poderá contribuir no processo de avaliação do tratamento do fumante em unidades do SUS no Brasil. Este é o primeiro estudo nacional que se propôs a construir e pré-testar um questionário para avaliação dos serviços de tratamento do fumante. Se por um lado fica evidente o ineditismo da proposta, por outro nos impede de discutir os resultados à luz da literatura científica.

É consenso que avaliar qualquer processo de tratamento é fundamental a fim de que se possa oferecer o melhor cuidado aos pacientes com a melhor utilização dos recursos públicos. No nosso caso, a disponibilidade de um instrumento que possibilite avaliar o grau de adesão ao programa de tratamento do fumante e as taxas de abandono do tabagismo, considerando as características dos fumantes, a estrutura do serviço, as diferenças regionais e as realidades locais é uma necessidade e agrega valor à saúde pública. Foram escolhidas duas cidades para essa atividade. Uma capital na região centro oeste e um município na região sudeste. O objetivo foi testar a clareza do instrumento com profissionais de saúde atuantes em diferentes regiões do país. Com isso, especialistas puderam identificar potenciais dificuldades que passariam despercebidas caso essa etapa não tivesse sido cumprida (BOWDEN et al., 2002).

De acordo com os profissionais de saúde que participaram do estudo, o instrumento mostrou-se claro, objetivo, de fácil compreensão e havia clareza nas instruções e nas frases esclarecedoras. O tempo para preenchimento foi considerado bom e afirmaram haver relevância e boa cobertura dos parâmetros necessários para a avaliação do tratamento do fumante amplamente oferecido em serviços de Atenção Básica e de acordo com o protocolo previsto. Por fim, o instrumento final incluiu, de acordo com os profissionais que o analisaram, todos os elementos necessários à avaliação do tratamento do fumante.

Após essa etapa foi realizado pela primeira vez um estudo onde os profissionais de saúde que realizaram esse atendimento puderam responder se o que é proposto nas portarias ministeriais é cumprido. Se por um lado ficou evidente o ineditismo e ousadia da proposta, por outro a inexistência de publicações

semelhantes no país nos impediu de discutir os resultados à luz de outros resultados brasileiros.

Este primeiro artigo apresenta várias limitações. Em primeiro lugar, os resultados referem-se a unidades de saúde do sistema público brasileiro de duas localidades e não necessariamente refletem a realidade do país como um todo. Em segundo lugar, os participantes do estudo foram majoritariamente do sexo feminino, embora não se acredite que a inclusão de homens pudesse trazer resultados diferentes. Além disso, o fato de um profissional de saúde ter respondido em nome da unidade de saúde na qual trabalha pode ter comprometido a acurácia das respostas, o que dependeu, sobretudo, do quão familiar os respondentes eram das realidades das suas unidades de trabalho. Outro aspecto que pode ter influenciado nos resultados é que os respondentes eram indicados pelas coordenações das unidades onde o tratamento do fumante era oferecido, e pessoas não indicados poderiam ter ideias ou respostas diferentes, o que pode ter enviesado as respostas.

O segundo artigo é um estudo que permitiu avaliar o tratamento do fumante oferecido nas Unidades de Saúde existentes no SUS no município do Rio de Janeiro a fim de verificar se o protocolo preconizado pela Portaria Ministerial de 2004 onde o acesso gratuito a métodos de cessação do tabagismo está sendo cumprido.

A avaliação dos serviços de cessação cobriu 81,9% dos serviços existentes no Município do Rio de Janeiro. Embora, em um primeiro momento, quando do envio do questionário por e-mail, apenas 12,4% dos serviços tivessem aderido à pesquisa, esse cenário foi revertido quando se optou pelo seu encaminhamento impresso e em envelope nominal. Em um estudo sobre temas relacionados à saúde da mulher, as taxas de resposta foram de 17,9% no grupo cujo questionário foi enviado pela Internet e 73,2% quando o encaminhamento foi por questionário impresso. Quando os participantes foram recontatados e puderam escolher entre as duas versões do questionário, as taxas de resposta chegaram a 64,2% e 76,5%, respectivamente (KONGSVED et al., 2007). Em um inquérito anônimo enviado por correio para analisar a adesão de médicos aos *guidelines* de tratamento do uso de tabaco a taxa de resposta foi de 67%, abaixo da observada no presente estudo, mesmo tendo sido encaminhados três lembretes com intervalos de 2 semanas (MARCY et al., 2005). Em outro estudo a taxa de resposta dos prestadores de serviço chegou a 96% quando o questionário foi encaminhado por correio, com um lembrete para os não respondentes duas semanas mais tarde, seguido de dois e-mails com intervalo de

mais duas semanas (CONROY et al., 2005). Embora relatos recentes indiquem que pesquisas digitais levem menos tempo e tenham um custo mais eficiente do que as pesquisas em papel (UHLIG et al., 2014) os resultados aqui apresentados indicam a existência de dificuldades de resposta a pesquisas pela Internet e nos levam a pensar com cautela na hora da escolha das estratégias para garantir elevados percentuais de resposta em pesquisas futuras.

Neste estudo, 53,1% dos serviços participantes faziam parte do Programa de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma abordagem baseada na comunidade para reduzir as desigualdades no acesso e utilização dos cuidados primários de saúde no país (MACINKO; HARRIS, 2015). A incorporação de ações de controle do tabagismo no Programa de ESF faz parte das estratégias governamentais para o enfrentamento das DCNT no Brasil.

Sherman et al. (2006) destacam que, embora os *national smoking cessation practice guidelines* apresentem recomendações sobre a estrutura e o processo do atendimento, os serviços raramente medem os aspectos relacionados à estrutura (SHERMAN et al., 2006). Neste estudo, foram analisados tanto os recursos quanto insumos, as atividades e resultados dos serviços de cessação do tabagismo, de acordo com as recomendações do CDC (CDC, 2008).

Observou-se o cumprimento em mais de 90% dos casos de locais específicos para atendimento individual e sessões de grupo, disponibilidade de serviço de referência para realização de exames complementares, garantia de equipamentos e recursos necessários para avaliação clínica do fumante como tensiômetro, estetoscópio, balança antropométrica, e disponibilidade dos guidelines do coordenador e do participante, requisitos definidos como necessários para que um serviço de saúde fosse credenciado para o tratamento do fumante em portaria governamental (Portaria nº442, de 13 de agosto de 2004).

Por outro lado, no que diz respeito às atividades houve variação entre 40% (para realização de caminhadas) e 94,5% (para distribuição de material educativo). Atividades clínicas só não eram desenvolvidas em 2013 por um dos serviços participantes do estudo. O percentual de cessação e os recursos como kits e brochuras em instalações da Administração de Veteranos (SHERMAN et al., 2006)

flutuaram entre 13 e 25%, enquanto neste estudo foi superior a 60%. Já o percentual de clínicas usando medicamentos rotineiramente variou entre 93% e 100% (SHERMAN et al., 2006), valores próximos aos registrados no Rio de Janeiro (99,3%). Quanto aos medicamentos disponíveis, os percentuais descritos no presente estudo são levemente superiores àqueles descritos em outro estudo realizado na Administração das Instalações de Saúde dos Veteranos para adesivo transdérmico de nicotina (90%) e goma de mascar com nicotina (53%); entretanto, foram inferiores aos registrados para cloridrato de bupropiona (85%) (SHERMAN et al., 2006). Por sua vez, a abordagem mínima do fumante foi registrada em mais de 80% das unidades, valor superior àquele descrito em serviços de atenção primária de Boston (CONROY et al., 2005). Certamente isso se deve ao fato de que uma das portarias ministeriais que regulamente o tratamento do fumante estabeleça que seja condição indispensável para o tratamento medicamentoso que o fumante esteja participando da abordagem cognitivo-comportamental (Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004).

Finalmente, no que diz respeito aos resultados de curto prazo, cabe destacar que 66,9% dos pacientes cadastrados para tratamento foram atendidos. Pode-se especular que parte dos pacientes não atendidos deixou de comparecer na data agendada, as datas de atendimento não atendiam às necessidades dos pacientes ou que o serviço não estava acessível na ocasião em que os pacientes o procuraram. Em outro estudo realizado na Universidade Estadual de Campinas (São Paulo, Brasil), dos 281 pacientes que buscaram tratamento, apenas 46,3% compareceram à primeira consulta (AZEVEDO e FERNANDES, 2011), valor inferior ao descrito no presente estudo. As razões apontadas pelos autores para não adesão foram dificuldade de encontrar tempo (27%), problemas de saúde pessoais (8%) ou dificuldade de obter transporte (5%). De acordo com a PNS, realizada em 2013 em uma amostra representativa de todos os estados do país, nos 12 meses que antecederam à entrevista, 8,8% dos fumantes brasileiros com 18 anos ou mais de idade procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar; das pessoas que tentaram parar de fumar, 73,1% conseguiram tratamento com profissional de saúde (PNS, 2013), valor próximo ao descrito no presente estudo, realizado no mesmo ano.

Observou-se ainda que houve um elevado percentual de desistências entre a primeira e a quarta sessão de tratamento. Outro estudo realizado na Região Sul do Brasil mostrou dados semelhantes: somente 33,1% dos pacientes completaram as quatro sessões de tratamento (FIGUEIRÓ et al, 2013).

Na Inglaterra, o monitoramento dos serviços de tratamento dos fumantes utiliza como indicador o percentual de fumantes matriculados que abandonam o tabagismo em quatro semanas e estabelece que esse valor deva variar entre 35% e 70% (NHS, 2011), valores semelhantes aos descritos no presente estudo no qual a abstinência ao final de quatro semanas variou de 28,6 a 75,0%, segundo a Coordenadoria da Área de Planejamento. Em estudo conduzido também na Inglaterra, no qual foram comparados três modelos de serviços de cessação do tabagismo, esse percentual variou entre 46,8 e 63,3% (MARDLE et al, 2012). Estudo populacional realizado na Dinamarca incluindo 17.439 pacientes mostrou que, após seis meses, a taxa de abandono do tabagismo foi de 32%. Nesse estudo mais de 90% dos pacientes receberam nas cinco sessões face a face baseadas em manuais, juntamente com medicamentos de suporte com mais de seis semanas e a taxa de abandono aumentou de acordo com o número de sessões frequentadas (GHITH et al, 2012). No estudo realizado na Universidade Estadual de Campinas (São Paulo, Brasil), a taxa de abandono ao tabagismo foi de 66% entre aqueles que completaram as quatro semanas de atividade em grupo (AZEVEDO e FERNANDES, 2011), valor semelhante ao observado em alguns serviços analisados no estudo atual.

Os resultados do terceiro artigo devem ser interpretados no contexto de suas limitações e fortalezas. Os resultados de sucesso do tratamento podem ter superestimado os resultados reais uma vez que na sua análise foram incluídos apenas os pacientes que chegaram à 4ª sessão. Em outro estudo brasileiro, a taxa de sucesso entre os pacientes que iniciaram o tratamento, mas não chegaram à 4ª sessão foi de 17%. É importante destacar que este não é um ensaio clínico randomizado controlado; trata-se de uma avaliação do mundo real, na qual os pesquisadores enfrentam limitações na disponibilidade de tempo dos participantes e de recursos financeiros para a pesquisa, além de percentuais não desprezíveis de perdas e de dados com baixa qualidade. Com isso, em lugar de refletir o sucesso do tratamento em condições ideais, apresenta seu impacto em condições reais (BAMBERGER et al., 2011). Outra limitação é que os profissionais de saúde foram

perguntados sobre situações e atividades que haviam ocorrido vários meses antes, no ano anterior, o que pode ter introduzido imprecisão nas informações devido a viés de memória. Além disso, não houve validação das taxas de abandono por meio de marcadores bioquímicos para exposição ao tabaco. Entretanto, a diferença entre o abandono autorreferido e confirmado por marcadores biológicos tem sido considerada menor por outros autores (GHITH et al., 2012). Outra limitação é que os pacientes não foram seguidos após o término do tratamento e a medida do sucesso do tratamento foi feita na quarta sessão, o que pode ter inflacionado as taxas de abandono já que podem ter havido recaídas nas semanas seguintes ao término do tratamento. Do mesmo modo, o grau de dependência à nicotina não foi analisado.

Por fim, sendo um trabalho pioneiro no País, seus resultados poderão subsidiar outros países com características semelhantes ao Brasil e que estão estabelecendo programas para atendimento ao fumante, utilizando-os como ponto de partida para o desenvolvimento de seus próprios instrumentos de avaliação.

Como pontos positivos deve-se destacar a relativamente alta adesão dos serviços (81,9%), o que garante a validade interna dos resultados. Cabe destacar que esses valores somente foram obtidos devido às estratégias utilizadas para aumentar a adesão. Apesar disso, os resultados devem ser interpretados com cautela quando de sua generalização para outros municípios brasileiros com diferentes populações, tipos de exposição aos produtos do tabaco e padrões de tratamento do fumante. Outro fato limitante para generalização dos resultados é que as entrevistas foram realizadas exclusivamente em Serviços do SUS e, portanto, não podem ser extrapolados para serviços privados.

Nesse cenário, a identificação de fatores específicos relacionados a tentar deixar de fumar e sucesso na cessação do tabagismo, com o objetivo de potencializar as estratégias de governo para o tratamento da dependência da nicotina se fazem oportunas. Os fatores preditores são definidos como sendo os responsáveis por interferir na tentativa de deixar de fumar e/ou no sucesso do tratamento.

No 3º artigo, o Projeto Internacional de Avaliação da Política de Controle do Tabaco (ITC Brasil) sugere que 65,6% dos fumantes fizeram pelo menos uma

tentativa de parar entre 2009 e 2012, e que 25,6% haviam parado com sucesso por *follow-up*. O percentual de fumantes que fizeram tentativas de deixar em três anos varia entre os países (25 a 48%) [SAVVIDES et al., 2014]. Nos Estados Unidos, apenas 40% dos fumantes fazem uma tentativa de deixar por ano, sem alterações desta taxa nos últimos anos (DOHNKE, 2011). Por outro lado, a taxa de tentativas foi substancialmente menor no México (17% ao longo de 14 meses).

Na análise multivariada hierarquizada, o único preditor de fazer uma tentativa de deixar entre as ondas da pesquisa era a intenção de deixar de fumar. Pesquisas anteriores mostraram resultados semelhantes (ABDULLAH et al., 2015; SAVVIDES et al., 2014; FENG, et al., 2010; LI et al., 2010; HYLAND et al., 2006), que também são consistentes com as expectativas de modelos teóricos que postulam que a mudança de comportamento é canalizada através de intenções (DOHNKE et al., 2011; VAN DEN PUTTE et al., 2005). O que talvez chame mais atenção em nosso estudo é que a intenção foi um preditor robusto mesmo no contexto de um período de acompanhamento de três anos. No entanto, não encontramos uma associação estatisticamente significativa com fazer uma tentativa de parar para outros preditores clássicos, tais como características sociodemográficas (idade [RAW, 2011; Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011], renda [ABDULLAH et al., 2015; REID et al., 2010], o nível de educação [MYUNG et al., 2012; REID, 2010], lugar de vida e de trabalho [6]), políticas de restrições de fumo em casa [13]), percepção de saúde [4] e crença e fatores motivacionais [ABDULLAH et al., 2015; SWAYAMPKALA et al., 2013; MYUNG et al., 2012; BORLAND et al., 2010; HYLAND et al., 2006]. Na verdade, esses fatores não foram associados às tentativas de abandono até mesmo em modelos que não incluem intenção de deixar de fumar. Assim, a falta de associação não parece ser devido aos diferentes níveis de intenção em deixar de fumar através de diferentes níveis desses fatores.

Semelhante aos achados de Haug et al. (2014), nossos resultados indicaram que os preditores basais das tentativas parar eram diferentes dos preditores de sucesso na cessação do tabagismo (ABDULLAH et al., 2015; TEJADA et al., 2013; KALETA et al., 2012; REID et al., 2010), embora alguns outros estudos não encontraram nenhuma associação com a educação (TEJADA et al., 2013; LI et al., 2010; ZHOU et al., 2009; HYLAND et al., 2006), ou renda (LI et al., 2010; HYLAND et al., 2006). De acordo com Kaleta et al. (2012), a correlação entre o

maior nível educacional e cessação de sucesso é devido ao maior conhecimento sobre os riscos de saúde relacionados com o tabagismo e atitudes antitabagismo mais fortes e as normas sociais (TEJADA et al., 2013). Nossos resultados sugerem que as intervenções do tabagismo no Brasil devem continuar a considerar as disparidades socioeconômicas embora pesquisas recentes, representativas a nível nacional, indiquem que as disparidades socioeconômicas estão a diminuir (SZKLO et al., 2015).

Consistente com a literatura anterior (HAGIMOTO et al., 2014; SWAYAMPKALA et al., 2013; LI et al., 2010), menor dependência da nicotina estava associado com sucesso de deixar de fumar. Na verdade, uma revisão sistemática da literatura mostrou que a dependência do cigarro é basicamente o mais importante preditor de sucesso na cessação (DOHNKE et al., 2011). Semelhante aos nossos resultados, Kale et al. (2015) propuseram que, para deixar de fumar, é necessário pelo menos uma tentativa. A maior dependência à nicotina pode, no entanto, impedir o sucesso da cessação. A maioria dos fumantes tenta deixar de fumar sem ajuda, como serviços para parar de fumar ou medicamentos, e aqueles que são mais dependentes são menos propensos a ser bem sucedida (HAUG et al., 2014). Embora o Brasil tenha eliminado algumas barreiras à assistência na cessação, parece que podem ser necessários mais esforços para promover a sua utilização.

Finalmente, nossos resultados sugerem que a presença de qualquer outro adulto fumante em casa reduziu as chances de deixar de fumar com sucesso. Outros estudos descobriram que ter um parceiro que fuma impede tentativas de deixar de fumar. Fumantes cujos parceiros também fumam percebem o tabagismo como um comportamento normal, que parece reduzir intenções de deixar (DOHNKE et al., 2011; VAN DEN PUTTE et al., 2005). É necessária investigação sobre a melhor forma de intervir com casais, a fim de motivá-los tanto para deixar de fumar, como as estratégias para fazer isso pode ser um pouco diferente daqueles que trabalham para fumantes cujos parceiros não fumam (RANBY et al., 2013).

Algumas limitações do presente estudo devem ser mencionadas. Em primeiro lugar, a perda de faixas de acompanhamento de 30,1% em São Paulo a 38,5% no Rio de Janeiro, sendo aqueles acompanhados eram predominantemente mais jovem e do

sexo feminino ($p < 0,05$). Dado que a cidade, idade e sexo não foram associados com o abandono comportamentos, estas diferenças iniciais eram susceptíveis de ter seriamente influenciado os resultados. Em contraste, as pessoas que não foram acompanhadas eram mais propensas a proibir o fumo em casa, que é uma característica associada a uma maior probabilidade de desistir. Assim, este viés de seleção pode ter levado a uma subestimação dos efeitos porque algumas dessas pessoas que estavam mais propensas a deixar de fumar não contribuíram com dados para o estudo. Em segundo lugar, a medição do comportamento baseou nas respostas de autorrelato, e não foram bioquimicamente validados. Além disso, o não anonimato da pesquisa poderia reduzir a probabilidade de respostas verdadeiras o que implica em responder socialmente o desejável. No entanto, esses efeitos podem ter sido mínimos, devido à consulta um comportamento legal. Outra limitação é que os resultados deste estudo não podem ser facilmente generalizados para todo o país, uma vez que foi realizado em três grandes cidades localizadas na região mais desenvolvida do país, e o quadro de amostragem foi limitada apenas a adultos que tinham um telefone fixo em casa. Conseqüentemente, o segmento de baixa renda da sociedade, sem linha de telefone fixo em casa, pode ter sido excluído diferencialmente do estudo. Ainda assim, os resultados podem fornecer uma descrição não clínica razoável de comportamento de cessação entre as populações urbanas, ainda que pesquisas futuras devam se concentrar em populações rurais. Finalmente, outros estudos têm relatado associação de ter atitudes mais negativas sobre o tabagismo [FENG, et al., 2010; HYLAND et al., 2006) e pertencem a uma filiação religiosa (MYUNG et al., 2012) com ter uma tentativa de deixar ou cessar com êxito. Estas variáveis não foram incluídas na presente análise e, como resultado, o estudo pode ser sujeito a polarização variável omitida. Embora a exclusão de variáveis significativas possa ter causado má especificação do modelo, os nossos resultados são consistentes com pesquisas anteriores em outros países, o que sugere que o comportamento cessação opera de forma semelhante em todos os países e contextos culturais.

Apesar dessas limitações, esta pesquisa é o primeiro estudo longitudinal de base populacional para avaliar os preditores de tentativas de abandono e sucesso de deixar de fumar no Brasil.

7. CONCLUSÕES

Avaliar os serviços de tratamento de fumantes é fundamental a fim de que se possa oferecer o melhor protocolo e cuidado aos fumantes com a melhor utilização dos recursos públicos. A avaliação desses serviços considerando as características dos mesmos e as atividades realizadas além de ser uma necessidade, contribui para a adequação da vigilância das DCNT e à formulação das políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde, e, em última instância, na melhoria das condições de saúde da população brasileira. Embora mais de 20% dos 11.287 pacientes cadastrados para tratamento não tenham comparecido à primeira sessão, a taxa de sucesso dos que chegaram à quarta sessão foi superior a 50%.

Ao analisar a participação brasileira no Projeto Internacional de Avaliação da Política de Controle do Tabaco, oferecemos o resultado deste primeiro estudo longitudinal de base populacional que avaliou os preditores de tentativas de abandono e sucesso em deixar de fumar no país. Nossos resultados fornecem orientação para futuras intervenções governamentais sobre os fatores que podem influenciar na cessação do tabagismo entre os brasileiros.

8. REFERÊNCIAS

ABDULLAH, A. S. Predictors of smoking cessation behavior among Bangladeshi adults: findings from ITC Bangladesh survey. **Tob Induc Dis**, v. 13, n.1, p. 23-, 2015.

ACHUTTI, A. (Coord.). **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitrô Comunicação, 2001.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer prevention & early detection facts & figures 2013**. Atlanta: American Cancer Society, 2013. Disponível em:<<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-037535.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013

_____. **Cancer prevention & early detection facts & figures**. Atlanta: American Cancer Society, 2013. Disponível em:<<http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancer-prevention-early-detection>>. Acesso em: 18 jun. 2013

AMERICAN LUNG ASSOCIATION. Research and Program Services Epidemiology and Statistics Unit. **Trends in tobacco use**. Washington: American Lung Association, 2011.

BAMBERGER, M.; RUGH, J.; MABRY L. **Condensed summary of realworld evaluation**. 2nd ed. London: Sage, 2011. Disponível em:<http://www.realworldevaluation.org/uploads/Condensed_Summary_Overview_of_RealWorld_Evaluation_2nd_edition.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

BORLAND, R. Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: findings from the International Tobacco Control Four country project. **Nicotine Tob Res**, v.12, Suppl, S4-11, 2010.

BOWDEN, A. Methods for pre-testing and piloting survey questions: illustrations from the KENQOL survey of health-related quality of life. **Health Policy Plan**; v. 17, n. 3, p. 322-30, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2004. Seção 1, p. 62.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT para o período 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2015. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CARMO, J. T.; ANDRÉS PUEYO, A. A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **RBM Rev. Bras. Med.**, v.59, n.1-2, p.73-80, 2002.

CAZARIN, G.; MENDES, M.F.M.; ALBUQUERQUE, K.M. Perguntas avaliativas. In: SAMICO, Isabela (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 79-87.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Introduction to process evaluation in tobacco use prevention and control**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Disponível em:< http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/process_evaluation/pdfs/tobaccousemanual_updated04182008.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013

CHABROL, H. . Comparison of heavy smoking index and of the fagerstrom test for nicotine dependence in a sample of 749 cigarette smokers. **Addict Behav**, v. 30, n. 7, p.1474-1477, 2005.

CHAMPAGNE, F. . A apreciação normativa. In_____. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.77-94.

CHAPMAN, S.; MACKENZIE R. The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 2, 2010.

CONROY, M. B. . Measuring provider adherence to tobacco treatment guidelines: a comparison of electronic medical record review, patient survey, and provider survey. **Nicotine Tob Res** , v. 7, Suppl 1, S35-43, 2005. DOI: 10.1080/14622200500078089.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciê. saúde coletiva**, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

CORRÊA, P. C. R. P.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V.M. A.. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. **Epidemiol. serv. saúde**, v.17, n.1, p. 43-57, 2008.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro, 2011. cap. 7. Disponível em:< <http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013.

DOHNKE B., WEISS-GERLACH E., SPIES C. D. Social influences on the motivation to quit smoking: Main and moderating effects of social norms. **Addict Behav**; v. 36, n.4, p.286-93, 2011.

EBBERT, J. O.; PATTEN, C. A.; SCHROEDER, D. R. The Fagerström Test for Nicotine Dependence-Smokeless Tobacco (FTND-ST). **Addict. Behav.**, v. 31, n.9, p.1716-1721, 2006.

ELIASSON, B. Cigarette smoking and diabetes. **Prog Cardiovasc Dis.**, v. 45, n.5, p.405-413, 2003.

EPIFANO, L. et al. Effect of cigarette smoking and of a transdermal nicotine delivery system on glucoregulation in type 2 diabetes mellitus. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v. 43, n.3, p.257-263, 1992.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav.**, v. 3, n. 3-4, p. 235-241, 1978.

FAGERSTROM, K. O.; FURBERG, H. A comparison of the Fagerstrom Test for Nicotine dependence and smoking prevalence across countries. **Addiction.**, v.103, n.5, p.841-845, 2008.

FENG G., JIANG Y., LI Q., et al. Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey. **Tob Control**, v.19, Suppl 2, i6-11, 2010.

FIGUEIRÓ, A. C; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para práticas nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.1-13
FIORE, M. C. 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, May 2008.

FRYER, J.D.; LUKAS, R.J. Noncompetitive functional inhibition at diverse, human nicotinic acetylcholine receptor subtypes by bupropion, phencyclidine, and ibogaine. **J. Pharmacol. Exp. Ther.**, v. 288, n. 6, p. 88-92, 1999.

GEORGE, T.P. **Medication treatments for nicotine dependence**. Boca Raton: CRC/Taylor & Francis, 2007.

GOODFELLOW, L.T.; WAUGH, J.B. Tobacco treatment and prevention: what works and why. **Respiratory Care**, v.4, n.8, p. 1082-1090, 2009.

HAGIMOTO, A., et al. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. **Addiction**, v. 105, n. 1, p. 164-73, 2010.

HALTY, L. S, et al. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J Pneumol.**, v. 28, n. 4, p. 180-86, 2002.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciên. saúde coletiva**, v.4, n.2, p.341-353, 1999.

HAUG S., SCHAUB M. P., SCHMID H. Predictors of adolescent smoking cessation and smoking reduction. **Patient Educ Couns**, v. 95, n. 3),378-832014.

HEATHERTON, T. F. et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. **Br. J. Addict.**, v. 84, n. 7, p.791-800, 1989.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Br. J. Addict.**, v.86, n.9, p.1119-1127, 1991.

HODGSON, TA; MEINERS, R. Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. **Milbank Mem. Fund. Q. Health Soc.**, v.60, n.3, p.429-62, 1982.

HYLAND, A. et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. **Tob Control**, v. 15, suppl 3, iii83-iii94, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 4 Ago 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Convenção-quadro para o controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>. Acesso em: 06 Oct. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ GOMES ALENCAR DA SILVA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Você está na mira da indústria de tabaco há muito tempo**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_tabagismo/>. Acesso em: 15 jun. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ GOMES ALENCAR DA SILVA. **Missão e visão**. Rio de Janeiro: INCA, c2013. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=55>. Acesso em: 8 jun. 2013.

KALETA D. et al. Predictors of long-term smoking cessation: results from the global adult tobacco survey in Poland (2009-2010). **BMC Public Health**, v. 12, p.1020, 2012.

KONGSVED S. M., BASNOV M., HOLM-CHRISTENSEN K., et al. Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. **J Med Internet Res**, v. 9, n. 3, e25, 2007. DOI:10.2196/jmir.9.3.e25.

LEVY, D.; ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. **PLoS Med**, v. 9, n.11, e1001336, 2012. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001336.

LI, L. et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. **Nicotine Tob Res**, v. 12, Suppl, S34-44, 2010.

MACINKO J., HARRIS M. J. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**, , v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015. DOI: 10.1056/NEJMp1501140.

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

MARCY, T. W. et al. Facilitating adherence to the tobacco use treatment guideline with computer-mediated decision support systems: physician and clinic office manager perspectives. **Prev Med**, v. 41, n. 2, p.479-87, Aug 2005. DOI:10.1016/j.ypmed.2004.11.026

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p.41-64.

MENESES-GAYA, I. C. et al. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **J. bras. pneumol.**, v.35, n.1, p.73-82, 2009.

MYUNG S. K., SEO H. G., CHEONG Y. S., et al. Association of sociodemographic factors, smoking-related beliefs, and smoking restrictions with intention to quit smoking in Korean adults: findings from the ITC Korea Survey. **J Epidemiol**, v. 22, n.1, p.21-7, 2012.

PINTO, M. T. et al. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192013> Acesso em: 16 nov.2015

POISTER, T.H. Performance monitoring. In: WHOLEY, J.S.; HARRY, P.H.; KATHIRRYN, E.M. (Ed.). **Handbook of practical program evaluation**. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004. p. 99- 125.

RANBY, K. W. et al. Perceptions of smoking-related risk and worry among dual-smoker couples. **Nicotine Tob Res**, v. 15, n.3, p. 734-8, 2013.

RAUPACH, T.; VAN SCHAYCK ,C.P. Pharmacotherapy for smoking cessation: current advances and research topics. **CNS Drugs**, v.25, n.5, p.371-382, 2011.

RAW, M. et al. Survey of tobacco dependence treatment services in 36 countries. **Addiction**., v.104, n.2, p.279-87, 2009.

RAW, M. Framework convention on tobacco control (FCTC) Article 14 guidelines: a new era for tobacco dependence treatment. **Addiction.**, v.106, n. 12, p.2055-2057, 2011.

REID J. L., HAMMOND D., BOUDREAU C., et al. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. **Nicotine Tob Res**, v. 12, Suppl, S20-33, 2010

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo**: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

SANTOS, E. M; REIS, A. C.; CRUZ, M. M. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle de DST/Aids e hepatites virais (MONITORAids) como ferramenta de gestão: desafios e possibilidades. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.10, supl.1, p. S173-S185, 2010.

SAVVIDES, E. C. et al. Factors associated with intent to quit tobacco use in Cyprus adolescents. **Prev Med**, v. 60, p. 83-7, 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-61, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.jan6

SILVA, L. C. C. Tratamento do tabagismo. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.2, p. 232-239, abr.-jun. 2010

SHERMAN S. E., YANO E. M., YORK L. S., et al. Assessing the structure of smoking cessation care in the Veterans Health Administration. **Am J Health Promot** , v. 20, n. 5, p. 313-8, 2006. DOI: 10.4278/0890-1171-20.5.313

SLEMMER, J.E.; MARTIN, R.M.; DAMAJ, M.I. Bupropion is a nicotinic antagonist. **JPET**, v.295, n.1, p.321-327, 2000.

STEAD, L.F. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.** v. 11, CD000146, 2012.

STEAD, L.; LANCASTER, T. Combined pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation. **J. Evid. Based. Med.**, v.5, n.4, p.242, 2012.

_____. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v.12, CD009670, 2012.

SWAYAMPAKALA K. et al. Level of cigarette consumption and quit behavior in a population of low-intensity smokers--longitudinal results from the International Tobacco Control (ITC) survey in Mexico. **Addict Behav** v. 38, n. 4, p.1958-65, 2013.

SZKLO, A. S. et al. Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation

behavior in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 485-495, mar. 2013.

SZKLO, A. S. et al. Smokers in Brazil: who are they? **Tob Control**, pii: tobaccocontrol-2015-052324, Aug. 2015. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052324.

TEJADA C. A., EWERLING F., SANTOS A. M., et al. Factors associated with smoking cessation in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1555-64, 2013.

VAN DEN PUTTE B., YZER M. C., BRUNSTING S. Social influences on smoking cessation: a comparison of the effect of six social influence variables. **Prev Med**, v. 41, n. 1, p. 186-93, 2005.

VANGELI E., STAPLETON J., SMIT E. S., et al. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. **Addiction**, v. 106, n.12, p. 2110-21, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro:Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p.15-40.

VOLPP, K.G. et al. A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. **N. Engl. J. Med.**, v.360, n.7, p.699-709, 2008.

WANNMACHER, Lenita. Tratamento medicamentoso antitabagismo. **Uso racional de medicamentos: temas relacionados**, Brasília, v. 4, n. 4, p.1-6, mar 2007.

WARD, K.D. et al. Randomized trial of the effectiveness of combined behavioral/pharmacological smoking cessation treatment in Syrian primary care clinics. **Addiction**, v.108, n.2, p.394-403, 2012.

WEST, R. et al. Placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation. **N. Engl. J. Med.**, v.365, p.1193-200, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html>. Acesso em: 14 jun. 2013.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010: description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em:< http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 14 jun. 2013.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013

_____. **WHO global report: mortality attributable to tobacco**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em:<

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf>.

Acesso em: 26 maio 2013.

WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL. **Draft guidelines for the implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control**. 2010. Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_8-en.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015

ZHOU X. et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. **Addict Behav**, v. 34, n. 4, p. 365-73, 2009.

9. ANEXOS

10.1 Anexo A: Portaria nº 442 de 13 de agosto de 2004

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de regulamentar a Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS.

Art. 2º - Aprovar, na forma do Anexo II desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

Art. 3º - Incluir no grupo 02.000.00-8 – Ações Médicas Básicas, no subgrupo 01 - 02.010.00.3 – Procedimentos Clínicos, no nível de organização 02.012.00-6 o procedimento a seguir descrito:

02.012.18-9 – Consulta para avaliação clínica do fumante

Nível de Hierarquia

1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8

Serviço/Classificação

54/168

Atividade Profissional

01; 04; 07; 09; 10; 11; 14; 15; 16; 18; 19; 20; 21; 22; 26; 27; 28; 32; 33; 36; 37; 38; 39; 41; 44; 45; 46; 50; 51; 56; 59; 60; 63;

73; 74; 76; 83; 94

Tipo do Prestador

20; 22; 30; 40; 50; 60, 61

Tipo de financiamento

Per Capta/População Residente/PAB Fixo

Nível de complexidade

Atenção Básica

Valor do Procedimento

0,00

§ 1º - Os procedimentos incluídos deverão ser executados em conformidade com o estabelecido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina aprovado por esta Portaria.

§ 2º - O procedimento de código 02.012.18-9 – Consulta para avaliação clínica do fumante, envolve a avaliação do grau de dependência física à nicotina e de comorbidades associadas e elaboração do plano de tratamento e acompanhamento do apoio medicamentoso, quando necessário.

§ 3º - É condição indispensável para o tratamento medicamentoso que o fumante esteja participando da abordagem cognitivo-comportamental.

Art. 4º - Redefinir os atributos do procedimento constante da tabela SIA/SUS de código 19.161.01-8 - Abordagem Cognitivo-Comportamental do Fumante.

19.161.01-8 - Abordagens Cognitivo-Comportamental do Fumante por atendimento/paciente

Nível de Hierarquia

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação

54/168

Atividade Profissional

01; 02; 04; 07; 09; 10; 11; 14; 15; 16; 18; 19; 20; 21; 26; 27; 28; 30; 32; 33; 37; 38; 39; 41; 44; 45; 46; 50; 51; 54; 55; 56;

57; 59; 60; 62; 63; 73; 74; 76; 83; 94 e 98.

Tipo do Prestador

20, 22, 30, 40, 50, 60, 61

Tipo de financiamento

Per Capta/População Residente/PAB Fixo

Complexidade

Atenção Básica

Valor do Procedimento

0,00

Parágrafo único - O procedimento de código 19.161.01-8 - envolve a abordagem cognitivo-comportamental como método de cessação do tabagismo realizada em conformidade com as orientações/critérios contidos nos Anexos I e II desta Portaria.

Art. 5º - Determinar que os medicamentos e materiais de apoio para o tratamento do fumante, preconizados pelo Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS aprovado por esta Portaria, sejam adquiridos pelo Ministério da Saúde e disponibilizados aos municípios com unidades credenciadas para a abordagem e tratamento do tabagismo.

Art. 6º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JORGE SOLLA
Secretário

ANEXO I

PLANO PARA IMPLANTAÇÃO DA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS

1 - INTRODUÇÃO

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997). Essa dependência faz com que os fumantes se exponham continuamente a cerca de 4.720 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (Dube and Green, 1982; IARC 1987; Rosemberg, 2002; U.S. Surgeon General, 1989; US National Health Institute, Monograph 9; WHO, 1993).

Devido à sua toxicidade, atualmente, o total de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, é de aproximadamente 5 milhões ao ano e, se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso do tabaco alcançarão 10 milhões/ano em 2.030. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OMS, 2002).

Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde assumiu, por meio do Instituto Nacional de Câncer, em 1989, o papel de organizar o PNCT. Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso, utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

Para esse fim, o PNCT tem procurado atuar por meio de ações educativas, legislativas e econômicas. As ações educativas envolvem dois níveis básicos de atuação que são as ações pontuais e as ações contínuas, por intermédio das escolas, das unidades de saúde e dos ambientes de trabalho. Para que essas ações atinjam a todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para

gerenciamento regional do Programa, através do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS. Hoje, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo que, por sua vez, vêm descentralizando as ações para seus respectivos municípios.

Essas ações vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje parar de fumar. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes (CINCIPRINI, 1997).

Assim, como parte integrante do PNCT, as ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Para alcançar esse objetivo, o Programa tem envolvido a articulação de diferentes tipos de ações como: capacitação de profissionais de saúde e financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do SUS, elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para cessação do tabagismo, divulgação desses métodos através de campanhas, da mídia, e de eventos dirigidos a profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes.

Apesar de essas ações estarem sendo executadas, ainda é muito restrito o acesso do usuário aos serviços de saúde devido à pouca quantidade de profissionais capacitados e conseqüentemente de unidades de saúde credenciadas para tal fim. Essa situação tem gerado uma pressão intensa de fumantes que desejam parar de fumar e que precisam de tratamento para a cessação do tabagismo.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde resolveu, por meio da Portaria 1.798, de 12 de setembro de 2003, criar um Grupo de Trabalho no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a finalidade de proceder à revisão, atualização e aperfeiçoamento da Portaria 1.575.

No dia 31 de maio de 2004, foi assinada pelo Ministro da Saúde a Portaria 1035/GM que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e média complexidade do SUS, consolidando o Programa nacional de Controle do Tabagismo.

Dessa forma, foi elaborado esse Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS, que conterá informações detalhadas sobre capacitação de profissionais de saúde, credenciamento de unidades de saúde, cadastramento de usuários, garantia de referência e contrarreferência e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina. Com o objetivo de acompanhar e avaliar a implantação desse Plano

encontra-se em fase de estruturação um sistema de informação, inclusive com a elaboração de relatórios que será regulamentado posteriormente.

Assim, estará sendo ampliado o acesso do usuário, que deseja parar de fumar, às unidades de saúde da atenção básica, de média e de alta complexidade oferecendo, o que há de mais eficaz em termos de cessação do tabagismo, reduzindo, assim, essa fatal epidemia no País.

2. ATENÇÃO AO TABAGISTA

A atenção ao tabagista poderá ocorrer, de forma hierarquizada em toda a rede de serviços do SUS.

Nesta rede estão incluídas as unidades básicas de saúde, cujas formas de organização do trabalho podem ser na Estratégia Saúde da Família ou no modelo tradicional, e as unidades de referência de média e alta complexidade. Todas as unidades, desde que seus profissionais estejam capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, poderão atender ao fumante e oferecer, como tratamento, a abordagem cognitivo-comportamental, material de apoio e, quando houver indicação, tratamento medicamentoso com adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14mg e 7 mg e goma de mascar de nicotina de 2mg.

O tratamento com o medicamento cloridrato de bupropiona de 150mg, deverá ser disponibilizado preferencialmente nas unidades de média ou alta complexidade, podendo também, a critério do gestor municipal ser disponibilizado em unidades básicas. A(s) unidade(s) que for(em) definida(s) para este fim, deverá(ão) efetuar o atendimento completo: abordagem cognitivo-comportamental, com material de apoio e, quando houver indicação, tratamento medicamentoso com adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14mg e 7 mg; goma de mascar de nicotina de 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg. Deverá também ter o compromisso de informar à coordenação municipal do controle do tabagismo/secretaria municipal de saúde sobre qualquer intercorrência com o uso dos medicamentos para o tratamento do tabagismo.

3. CAPACITAÇÃO

3.1. Metodologia:

Os profissionais de saúde de nível universitário que realizarão a abordagem e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde do SUS deverão, obrigatoriamente, serem capacitados para tal, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde.

a - as capacitações deverão ter como público-alvo os profissionais de saúde prioritariamente das unidades básicas (modelo tradicional e saúde da família) e de referência dos municípios chaves[1], municípios pólos de regionais e capitais, estendendo-se, posteriormente, aos demais municípios;

b - a elaboração de materiais didáticos, essenciais à capacitação dos profissionais de saúde de estados e municípios, será de responsabilidade da Coordenação Nacional do Programa em conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB);

c - as Coordenações do Programa de Controle do Tabagismo nos Estados, Municípios e Distrito Federal serão as responsáveis pela sensibilização e capacitação de multiplicadores, com a colaboração dos Pólos de Educação Permanente em conformidade com a proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde;

d - o trabalho de multiplicação das capacitações deverá ser acompanhado pelas Coordenações do Programa nos Estados, Municípios e Distrito Federal a partir das solicitações dos interessados em aderir ao Programa;

e - a reprodução dos materiais acima referidos estará sob a responsabilidade da Ascom – Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde;

f- as Coordenações do Programa de Controle do Tabagismo nos Estados e no Distrito Federal deverão repassar à Coordenação Nacional os dados sobre as capacitações dos profissionais para abordagem e tratamento do tabagismo, imediatamente após o término das mesmas.

4. CREDENCIAMENTO

É de responsabilidade do Controle e Avaliação das Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, em parceria com as suas respectivas Coordenações do Programa, o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das unidades de saúde que oferecerão a abordagem e tratamento do tabagismo, segundo os critérios estabelecidos abaixo:

4.1. da unidade de saúde:

Para serem credenciadas na abordagem e tratamento do tabagismo, as unidades de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos:

a) ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico;

b) não permitir fumar no interior da unidade;

c) contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade;

d) dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo.

e) garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve

garantir também, seja local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar.

4.2. do usuário:

a) deve ser cadastrado na unidade de saúde, todo fumante que demonstre interesse em parar de fumar;

b) o cadastramento deverá ser feito por meio do preenchimento da ficha de cadastro cujo modelo será entregue por ocasião da capacitação dos profissionais da unidade.

c) a ficha de cadastramento do usuário deverá ser preenchida pelos profissionais responsáveis pelo atendimento e anexada no prontuário do usuário/família na unidade;

d) no caso de usuário que apresente comorbidade psiquiátrica (depressão, alcoolismo, uso de outras drogas, esquizofrenia e outras psicoses), necessitando de encaminhamento para atendimento especializado o cadastramento será realizado pela unidade de referência, devendo a equipe da unidade básica acompanhar o tratamento, na sua área de abrangência;

e) no caso de usuário que apresentar indicação de uso do medicamento cloridrato de bupropiona o cadastramento será realizado pela unidade que realizar a ação.

5. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Os fumantes que desejem parar de fumar e que apresentem:

a) necessidade de avaliação complementar (análise clínica e/ou radiológica e especialistas):

Os usuários que necessitem de exames para auxílio diagnóstico e/ou de atendimento especializado por alguma comorbidades clínica devem seguir o mesmo fluxo dos demais usuários da unidade, seja Saúde da Família ou Atenção Básica convencional. O encaminhamento pode ser para unidades de referência do próprio município ou de outros, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI).

b) comorbidades psiquiátricas (depressão, alcoolismo, uso de outras drogas, esquizofrenia e outras psicoses):

Os usuários que tiverem comorbidades psiquiátricas devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas ao atendimento dessa clientela, para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo. O profissional, para o qual o fumante será referenciado, deverá ter participado da capacitação para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo. O encaminhamento pode ser para unidades de referência do próprio município ou de outros, conforme a PPI.

Em qualquer uma dessas situações de encaminhamento os profissionais das unidades básicas de saúde/saúde da família não estão dispensados da corresponsabilização pelo acompanhamento dos usuários.

6. MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE APOIO

Os materiais de apoio a serem utilizados durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, são:

- manual do coordenador – Deixando de fumar sem mistérios – contendo orientações sobre a condução dos temas a serem discutidos nas sessões individuais ou em grupo da abordagem cognitivo-comportamental;
- manual do participante – Deixando de fumar sem mistérios – fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída;

A elaboração e reprodução dos materiais acima referidos estarão sob a responsabilidade da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (Ascom).

Os medicamentos definidos pelo Consenso Nacional para Abordagem e Tratamento do Fumante para a cessação do tabagismo são os seguintes:

- adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7 mg;
- goma de mascar de nicotina 2mg;
- cloridrato de bupropiona 150 mg.

Os medicamentos e materiais de apoio serão adquiridos pelo Ministério da Saúde e enviados, periodicamente[2], aos municípios que tenham unidades de saúde credenciadas para a abordagem e tratamento do tabagismo, segundo a metodologia utilizada pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Para que o município possa receber o material de apoio e os medicamentos, é necessário seguir os seguintes passos:

a - enviar à Coordenação Estadual ou do Distrito Federal do Programa de Controle do Tabagismo, uma estimativa de fumantes a serem atendidos, de acordo com a capacidade instalada;

b - após o recebimento das estimativas de atendimento dos municípios, a Coordenação Estadual ou do Distrito Federal deverá consolidar, as informações e enviar para a Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS;

c - somente receberão os medicamentos e materiais de apoio, as unidades de saúde que estiverem credenciadas e que enviarem a estimativa de atendimento;

d - a continuidade do recebimento desses insumos estará vinculada ao envio periódico de informações para a Coordenação Nacional do Programa, sobre os atendimentos realizados pelas unidades de saúde;

e - o quantitativo dos insumos a serem enviados a cada município será calculado pela Coordenação Nacional do Programa e repassado aos Departamentos do Ministério da Saúde responsáveis pela compra, produção e distribuição dos mesmos, a partir das informações enviadas pelas Coordenações Estaduais e do Distrito Federal.

f - os medicamentos deverão ser entregues aos usuários mediante a apresentação de prescrição, de acordo com o Anexo II.

7. AVALIAÇÃO

A avaliação será baseada nos relatórios enviados pelos Estados e Distrito Federal à Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo. Os relatórios deverão conter as seguintes informações:

a - Da unidade de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde

- Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica
- Nº de participantes na 1ª sessão
- Nº de participantes na 4ª sessão
- Nº de participantes na 4ª sessão que pararam de fumar
- Nº de participantes que necessitaram de adesivo transdérmico de nicotina
- Nº de participantes que necessitaram de goma de mascar de nicotina
- Nº de participantes que necessitaram de cloridrato de bupropiona

b - Da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a Secretaria de Estado da Saúde (SES)

- Consolidado das informações das unidades de saúde
- Nº de unidades de saúde com profissionais capacitados
- Nº de unidades de saúde com profissionais capacitados que estão realizando atendimento

c - Da SES para o Instituto Nacional de Câncer-INCA/MS

- Consolidado das informações das unidades de saúde por município
- Nº de unidades com profissionais capacitados por município
- Nº de unidades com profissionais capacitados que estão realizando atendimento por município

As informações estarão dispostas em planilhas elaboradas pela Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CINCIPRINI, P.M. et.al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v.89, n.24, p.1852-67, dez. 1997.

DUBE, M.F.;GREEN, C.R. Methods of collection of smoke for analytical purposes. *Recent. Adv. Tob. Sci.*, v. 8, p.42-102, 1982.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Chemistry and analyses of tobacco smoke. In: IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking. v. 38, p.83-126, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). Décima revisão.** 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report: reducing risks and, promoting healthy lifestyles.** Geneva: OMS, 2002.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais.** 1. ed. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

U.S. SURGEON GENERAL. **The health consequences of smoking. nicotine addiction.** Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 1988.

U.S. NATIONAL HEALTH INSTITUTE **Monograph 9. Cigars: health effects and trends.** p 59.

ANEXO II

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

DEPENDÊNCIA À NICOTINA

1 - Introdução:

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso. De acordo com estudos científicos internacionais os medicamentos atualmente considerados eficazes são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina, através de adesivo transdérmico ou goma de mascar; e Bupropiona, que também são considerados medicamentos de 1ª linha. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem

cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente (Fiore, 2000, Ministério da Saúde, 2001).

As recomendações abaixo estão referendadas na publicação Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante publicada pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, que por sua vez baseou-se em estudos de meta-análise da literatura mundial, sobre cessação do tabagismo.

2 - Classificação CID 10: F17.

3 - Diagnóstico Clínico: Critério de Fumante e de Dependência Física à Nicotina:

É considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente (OPAS, 1995).

É considerado dependente de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses (WHO, 1992):

a - forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;

b - dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;

c - quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;

d - necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;

e - abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;

f - persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

4 - Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento:

4.1 - Critérios para Inclusão na Abordagem Cognitivo-Comportamental:

A abordagem cognitivo-comportamental deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, cadastrada para realizar a abordagem e tratamento do fumante. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (Ministério da Saúde, 2001).

4.2 - Critérios para Inclusão no Tratamento Medicamentoso:

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, serão os que, além de participarem (obrigatoriamente) da abordagem cognitivo-comportamental, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber (Ministério da Saúde, 2001):

a - fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;

b - fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;

c - fumantes com escore do teste de Fagerström[3], igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;

d - fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;

e - não haver contraindicações clínicas.

5 - Tratamento:

5.1 – Consulta de avaliação clínica do paciente:

Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contraindicações de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica.

Todo paciente que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado em consultas individuais subsequentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

5.2 - Abordagem Cognitivo-Comportamental:

A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior, seguindo o esquema abaixo:

- 4 sessões iniciais, estruturadas, preferencialmente semanais, seguidas de:

- 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de:

- 1 reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar 1 ano.

5.3 - Apoio Medicamentoso:

No momento, os medicamentos considerados como 1ª linha no tratamento da dependência à nicotina, e utilizados no Brasil são: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico e goma de mascar, e o cloridrato de bupropiona (Ministério da Saúde, 2001).

A escolha de um dos medicamentos dependerá da avaliação individual do paciente. Não havendo contraindicações clínicas, o medicamento é escolhido de acordo com a posologia e facilidade de administração, em comum acordo com o paciente. Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação.

O apoio medicamentoso, quando indicado, segue posologia, de acordo com o medicamento escolhido:

5.3.1 – Terapia de Reposição de Nicotina:

A reposição de nicotina poderá ser feita, segundo critério clínico, utilizando-se goma de mascar com nicotina ou adesivo transdérmico de nicotina.

5.3.1.1 – Goma de Mascar com Nicotina:

a - Apresentação: goma de mascar em tabletes com 2 mg de nicotina

b - Posologia:

Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);

Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;

Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

c - Orientações para o uso da goma de mascar com nicotina:

Mascar um tablete por vez, nos intervalos estabelecidos na alínea “b” supra. Para que medicamento seja eficaz, o paciente deve ser orientado a mascar a goma com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. A dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

5.3.1.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

a - Apresentações: adesivos transdérmicos de nicotina com 7 mg, 14 mg e 21 mg

b - Posologia:

b.1 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

b.2 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 8 semanas.

c - Orientações para o uso do adesivo de nicotina:

O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em região que apresente pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água.

Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

5.3.2 – Cloridrato de Bupropiona:

a - Apresentação: Bupropiona em comprimidos de 150 mg

b - Posologia: A dosagem preconizada é a seguinte:

1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento;

1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do 4º dia de tratamento, até completar 12 semanas.

c - Orientações para o uso de Bupropiona:

A dose máxima recomendada de Bupropiona é de 300mg por dia. Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico.

Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante a apresentação do Receituário de Controle Especial em duas vias.

6 - Critérios de Suspensão ou não Utilização de Apoio Medicamentoso:

6.1 - Contraindicações formais:

Não deverão ser incluídos ou ter suspenso o apoio medicamentoso, aqueles pacientes que, segundo o medicamento escolhido, apresentarem:

6.1.1 - Goma de Mascar:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação temporomandibular;
- c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.
- d- pacientes portadores de úlcera péptica

6.1.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo;
- c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- d - gestação;
- e - amamentação.

6.1.3 – Cloridrato de Bupropiona:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - risco de convulsão: história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas;
- c- alcoolistas em fase de retirada de álcool;
- d - uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,
- e - uso de outras formas de bupropirona;
- f - doença cerebrovascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa;

g – gestação;

h – amamentação

Para aqueles fumantes que estão fazendo uso de inibidor da MAO, há necessidade de suspensão da medicação, por pelo menos 15 dias antes do início da Bupropiona.

6.2 - Contraindicações Relativas:

As seguintes situações constituem-se em contraindicações relativas ao uso de apoio medicamentoso, de acordo com o medicamento escolhido, e devem ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor quando da indicação do medicamento:

6.2.1 - Goma de Mascar:

a - gestação e durante a amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o do uso da goma de mascar com nicotina;

b - doenças cardiovasculares.

6.2.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

a - doenças cardiovasculares.

6.2.3 - Cloridrato de Bupropiona:

a - uso de Carbamazepina;

b - uso de Cimetidina;

c - uso de Barbitúricos;

d - uso de Fenitoína;

e - uso de antipsicóticos;

f - uso de antidepressivos;

g - uso de teofilina;

h - uso de corticosteroides sistêmicos;

i - uso de pseudoefedrina;

j - *diabetes mellitus* em uso de hipoglicemiante oral ou insulina;

k - hipertensão arterial não controlada.

7 - Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso:

Todos os pacientes em uso de apoio medicamentoso devem ser acompanhados e avaliados durante o tratamento.

Atenção especial deve ser dada às seguintes situações:

- monitorar os pacientes hipertensos e/ou cardiopatas em uso de qualquer forma de Terapia de Reposição de Nicotina (goma de mascar ou adesivo);

- monitorar a pressão arterial como rotina em pacientes em uso de Bupropiona, pois alguns estudos mostram que a Bupropiona tende a elevar os níveis de pressão arterial.

A associação de goma de mascar ou adesivo de nicotina com Bupropiona, também pode elevar a pressão arterial. Nesses casos, deve-se preferir a associação entre as duas formas de Terapia de Reposição de Nicotina.

7.1 – Efeitos Colaterais:

Os efeitos colaterais mais comuns que podem ocorrer com o uso das medicações, utilizadas como apoio, são os seguintes:

7.1.1 - Goma de Mascar – vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

7.1.2 - Adesivo transdérmico de Nicotina - irritação local, podendo a chegar a eritema infiltrativo, é efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Pode ocorrer, em menor incidência, palpitação, eritema e urticária e, raramente, fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema.

7.1.3 – Cloridrato de Bupropiona: insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaleia e risco de convulsão.

8 - Resposta Clínica:

A resposta clínica positiva ao tratamento ocorre quando o paciente deixa de fumar.

Estudos mostram que um programa de cessação de fumar é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após 12 meses. No entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente.

9 - Interrupção do Tratamento:

Não há razão para interromper a abordagem cognitivo-comportamental, porém, se houver algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem individual.

O uso de qualquer forma de medicamento, deverá ser interrompido, se o paciente apresentar alguma das contraindicações relatadas anteriormente. Havendo

contraindicações, o paciente deverá ser orientado a utilizar alternativa do tratamento medicamentoso.

10 – Registro do Paciente

A unidade de saúde deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente, endereço e telefone.
- Identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento e pela prescrição do medicamento, se houver.
- Histórico.
- Avaliação inicial e classificação da dependência à nicotina como muito baixa/baixa/média/elevada/muito elevada e sua respectiva inclusão em um dos escores do teste de Fagerström – de acordo com o Protocolo estabelecido.
- Indicação do tratamento proposto, especificando, se for o caso, qual apoio medicamentoso foi indicado, por quanto tempo, previsão de necessidade mensal, quantidades fornecidas por mês e que dosagem (número de tabletes da goma de mascar, adesivos, comprimidos) e informação quanto ao retorno das unidades eventualmente não utilizadas.
- Dados de evolução.
- Resultado obtido.

Bibliografia:

1-INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

2-FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al. **Trating tobacco use and dependence. Clinical practice gideline**. Rockville (MD): U. S. Department off Health and Humans Services, Public Health Service, 2000.

3-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guias para el control y monitoreo de la epidemia tabaquica**. [s.l.]: OPAS, 1995.

4-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva: WHO, 1992.

[1] Serão considerados municípios-chave, aqueles que tiverem uma população igual ou superior a 100.000 habitantes

[2] A periodicidade do envio desses insumos e dos medicamentos aos municípios será definida posteriormente pelo MS/DAB/INCA e comunicado às Coordenações Estaduais e Municipais do Plano.

[3] Teste de Fagerström: resultados do grau de dependência:

0-2 pontos=muito baixo; 3-4 pontos=baixo; 5 pontos=médio; 6-7pontos=elevado; 8-10pontos=muito elevado

10.2 Anexo B - Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013

PORTARIA Nº 571, DE 5 DE ABRIL DE 2013

Legislações - GM Seg, 08 de Abril de 2013 00:00

Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição, e

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o Decreto Presidencial nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006, que promulga a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003, e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 20 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria MS nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022;

Considerando a prevalência de 14,8% de tabagismo em adultos brasileiros com mais de 18 anos, de acordo com os dados de 2011 do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel);

Considerando a prevalência de 17,2% de tabagismo em pessoas de 15 anos ou mais de idade, de acordo com os dados da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), parte integrante da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008;

Considerando as Diretrizes para Implantação do Artigo 14 da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco - medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco;

Considerando a necessidade da estimativa da programação da aquisição de medicamentos e de profissionais a serem capacitados, a adesão ao PNCT se dará por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como primeira etapa para expansão e universalização do programa; e

Considerando que o tratamento do tabagismo apresenta bom custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas e suas intervenções preventivas, resolve:

Art. 1º Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas:

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Art. 3º A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo.

Art. 4º O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

Art. 5º Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos:

I - Terapia de Reposição de Nicotina

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg).

II - Cloridrato de Bupropiona

a) Apresentação: Comprimido (150mg).

§ 1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica.

§ 2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence.

§ 3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual.

§ 4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário.

Art. 6º A gestão municipal a fim de garantir a atenção à pessoa tabagista, deverá se cadastrar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), disponível no site www.saude.gov.br/dab, e por meio do sistema de adesão ao PMAQ, em campo específico, optará por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida.

§ 1º Cada equipe deverá preencher o formulário eletrônico específico sobre a atenção da pessoa tabagista na atenção básica, com informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o tratamento da população tabagista assistida por cada equipe.

§ 2º Os detalhes para que as equipes possam ofertar esse serviço estarão especificados no site do Departamento de Atenção Básica.

§ 3º O gestor municipal deverá atualizar os dados de todos os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo com o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 7º Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que ofertam o tratamento ao tabagista deverão informar às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a programação do quantitativo de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. A SMS deverá compilar os dados e encaminhar para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, em conjunto com a assistência farmacêutica estadual, compilará os dados de todos os municípios e encaminhará para a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo que por sua vez encaminhará para a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema.

Art. 8º A programação para aquisição dos medicamentos deverá ser realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

§ 1º O Departamento de Atenção Básica (DAB) deverá enviar, ao INCA, informações que subsidiarão a programação dos medicamentos necessários ao tratamento a ser realizado nas unidades básicas de saúde.

§ 2º O INCA compilará as informações enviadas pelo DAB com as demais informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, referentes aos demais pontos de atenção que realizam o tratamento ao tabagista.

Art. 9º São responsabilidades da gestão Municipal e do Distrito Federal:

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos um profissional de saúde por estabelecimento;

II - estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal, conforme sugeridos no Anexo;

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado;

IV - realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local;

V - estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e

VI - estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário.

Art. 10. São responsabilidades da gestão estadual e do Distrito Federal:

I - capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais;

II - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal, conforme sugerido no Anexo;

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios;

IV - realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e

V - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos municípios.

Art. 11. São responsabilidades da gestão federal:

I - apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados;

II - elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso;

III - adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes;

IV - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e

V - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional, de acordo com a sugestão do Anexo.

Art. 12. Define as atribuições gerais dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, nos seguintes termos:

I - Atenção Básica:

a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular;

b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;

c) realizar a avaliação clínica inicial;

- d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso;
- e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;
- f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME;
- g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e
- h) acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada.

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:

- a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista;
- b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia;
- c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário;
- d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e
- e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais.

III - Apoio diagnóstico e terapêutico:

- a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e
- b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

IV - Sistema de Informação e Regulação:

- a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços.

Art. 13. O Ministério da Saúde publicará documentos de apoio para o cuidado da pessoa tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogadas a Portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União - DOU, de 1º de junho de 2004, seção 1, página 24, e a Portaria nº 442/SAS/MS, de 13 agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União - DOU, de 15 de 17 de agosto de 2004, seção 1, página 62 e mantidos os procedimentos 03.01.01.009-9 02- Consulta para avaliação clínica do fumante (código de origem - 02.012.18-9) e 03.01.08.001-1 - Abordagem Cognitivo-Comportamental do Fumante por atendimento/paciente (código de origem - 19.161.01-8) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

Avaliação e Monitoramento

Abaixo, segue sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista. Porém, outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

1. Proporção de usuários tabagistas cadastrados: Número de usuários tabagistas \geq 18 anos cadastrados, em determinado local e período / Número estimado* de usuários tabagistas \geq 18 anos no mesmo local e período x 100.

Fonte: Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador) *número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual / 100.

2. Número de grupos de tratamento do tabagista realizados: Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período. Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS.

3. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo: Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química* em determinado local período/ Número de usuários tabagistas no mesmo local período x 100.

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

* quando a opção "público-alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas). Além dos indicadores acima descritos, que podem ser extraídos do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS, sugere-se os indicadores abaixo para acompanhamento da equipe: 4. Proporção de fumantes que deixaram de fumar: $\frac{\text{Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada}}{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão}} \times 100$

5. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento: $\frac{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada} - \text{Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada}}{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada}} \times 100$.

* quando a opção "público-alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química" (tabaco, álcool e outras drogas).

10.3 Anexo C - Questionário para avaliação de processo nas Unidades de Saúde

Avaliação do Tratamento do Fumante em Unidades de Saúde da Rede SUS do Município do Rio de Janeiro

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Nome da Unidade:
Endereço:
Telefone para contato:
Perfil da unidade: () PS () CMS () PSF () PAM/Policlínica () Hospital () UACPS () UI () Outro: _____

1. Qual é o seu nome?

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Idade: anos

4. Qual é a sua categoria profissional?

1 Médico

2 Enfermeiro

3 Assistente social

4 Psicólogo

5 Outro (Especificar) _____

5. Qual é o seu cargo/ função nesta Unidade de Saúde?

6. Composição da equipe que atua no tratamento do fumante

6.1. Quantos profissionais fazem o atendimento?

Categoria Profissional	Quantitativo
a. Médico (a)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Enfermeiro (a)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Técnico (a) /auxiliar de enfermagem	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. Psicólogo (a)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Assistente social	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f. Farmacêutico (a)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
g. Outro profissional	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Qual? _____)	

6.2. Quantos profissionais foram capacitados para o atendimento?

Categoria Profissional	Quantitativo
a. Médico (a)	_ _
b. Enfermeiro (a)	_ _
c. Técnico (a) /auxiliar de enfermagem	_ _
d. Psicólogo (a)	_ _
e. Assistente social	_ _
f. Farmacêutico (a)	_ _
g. Outro profissional (Qual? _____)	_ _

7. Que órgão realizou a capacitação destes profissionais? (Pode marcar mais de uma opção)

a. INCA/ MS	1 __ Sim	2 __ Não
b. Coordenação Estadual	1 __ Sim	2 __ Não
c. Coordenação Municipal	1 __ Sim	2 __ Não
Outro: (Qual? _____)		

II - ROTINA DE ATENDIMENTO AO FUMANTE EM 2013

1. Esta unidade realiza atividades dirigidas a fumantes?

1 |__|Sim 2 |__|Não (*passa para 11*)

2. Marque a(s) atividade(s) que é(são) realizada(s):

2.1 Atividade(s) educativa(s) (**Pode marcar mais de uma opção**):

a. palestra	1 __ Sim	2 __ Não
b. sala de espera	1 __ Sim	2 __ Não
c. vídeo	1 __ Sim	2 __ Não
d. distribuição de material educativo	1 __ Sim	2 __ Não
e. caminhada	1 __ Sim	2 __ Não
f. campanha	1 __ Sim	2 __ Não
g. cartaz	1 __ Sim	2 __ Não
h. outras: _____ (Quais? _____)		

2.2 Abordagem mínima do fumante?

1 |__|Sim 2 |__|Não

A abordagem mínima do fumante consiste em uma breve abordagem estruturada realizada na rotina de atendimento por qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos.

2.3 Consulta de avaliação clínica inicial do fumante?

1 |__|Sim 2 |__|Não

Nessa consulta o profissional de saúde avalia a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina (Teste de Fargström), se há indicação e/ou contraindicação de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas, e colhe sua história clínica.

2.4 Abordagem cognitivo-comportamental do fumante? 1 Sim 2 Não

A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo, coordenadas por profissionais de saúde de nível superior, sendo 4 sessões iniciais semanais; 2 sessões quinzenais e 1 reunião mensal, até completar 1 ano.

2.5. Tratamento medicamentoso do fumante com:

- a. Adesivo transdérmico de nicotina 1 Sim 2 Não
b. Goma de Mascar com Nicotina 1 Sim 2 Não
c. Pastilha de Nicotina 1 Sim 2 Não
d. Cloridrato de Bupropiona 1 Sim 2 Não
e. Outro (Qual: _____)

3. Há disponibilidade imediata do medicamento de acordo com o prescrito?

1 Sim 2 Não

4. Em geral, com relação aos medicamentos, informe se as quantidades recebidas estão de acordo com a necessidade de sua Unidade:

Medicamento	Quantidade		
a. Adesivo transdérmico de nicotina	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra	3 <input type="checkbox"/> Insuficiente
b. Goma de mascar com nicotina	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra	3 <input type="checkbox"/> Insuficiente
c. Pastilha de Nicotina	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra	3 <input type="checkbox"/> Insuficiente
d. Cloridrato de Bupropiona	1 <input type="checkbox"/> Suficiente	2 <input type="checkbox"/> Sobra	3 <input type="checkbox"/> Insuficiente

5. Existe agendamento prévio para realização da consulta de avaliação clínica do fumante?

1 Sim 2 Não

6. Como é organizado o atendimento para o tratamento do fumante?

1 Diariamente 2 Em turnos ou grupos especialmente definidos

7. Quais são os instrumentos utilizados para registro do atendimento do fumante?

- a. Ficha de Pronto Atendimento (SPA) 1 sim 2 não
b. Prontuário ou ficha única 1 sim 2 não
c. Livro preto 1 sim 2 não
d. Estatística mensal 1 sim 2 não
e. Outro: (Qual? _____)

8. Para avaliação clínica do fumante, a unidade dispõe de:

- a. Local para atendimento individual 1 sim 2 não
b. Local para sessões de grupo 1 sim 2 não
c. Tensiómetro 1 sim 2 não
d. Estetoscópio 1 sim 2 não
e. Balança antropométrica 1 sim 2 não
f. Manual do coordenador: Deixando de fumar sem mistérios 1 sim 2 não
g. Manual do participante: Deixando de fumar sem mistérios 1 sim 2 não

h. Referência para realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitarem de avaliação complementar 1|_|sim 2|_|não

9. Que recursos são utilizados pela Unidade para convocar pacientes que não compareceram às consultas agendadas?

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| a. Telegrama ou aerograma | 1 _ sim 2 _ não |
| b. Visita domiciliar | 1 _ sim 2 _ não |
| c. Telefone | 1 _ sim 2 _ não |
| d. Outros (Quais?) _____ | 1 _ sim 2 _ não |

10. Os pacientes que deixam de fumar recebem acompanhamento/ seguimento?

- a. Por 3 a 6 meses
- b. Por 6 a 9 meses
- c. Por 9 a 12 meses
- d. Não são acompanhados/ seguidos

11. Qual das afirmativas abaixo melhor descreve as regras dentro da sua Unidade?

- a. Não é permitido fumar em nenhum local da Unidade
- b. É permitido fumar em alguns locais da Unidade
- c. É permitido fumar em qualquer local da Unidade

III - FUMANTES ATENDIDOS NO 1º SEMESTRE DE 2013

1. Quantos pacientes tabagistas ≥ 18 anos foram cadastrados de janeiro a dezembro de 2013?

|_|_|_| pacientes (*preencha com zero, se for o caso*).

2. Dos pacientes cadastrados quantos foram atendidos na 1ª sessão estruturada de janeiro a dezembro de 2013? |_|_|_| pacientes (*preencha com zero, se for o caso*).

3. Quantos grupos de tratamento do tabagista foram realizados de janeiro a dezembro de 2013? |_|_|_| grupos (*preencha com zero, se for o caso*).

4. Destes pacientes tabagistas ≥ 18 anos que foram atendidos na 1ª sessão, quantos chegaram à 4ª sessão? |_|_|_| pacientes (*preencha com zero, se for o caso*).

5. Destes pacientes tabagistas ≥ 18 anos que foram atendidos na 1ª sessão, quantos estavam sem fumar na 4ª sessão? |_|_|_| pacientes (*preencha com zero, se for o caso*).

10.4 Anexo D - Questionário dos fumantes

BR2-C vs. BR2-C from 2012-08-28

Q#	VarName	BR2-C Translation
013	QA57338	<p>Pergunte se DUP FR305=2 Na última vez que nos falamos, você não fumava. E atualmente, você está fumando?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1, vá para FR231 Se resposta=2, vá para FR309v, e FR309v=9 Outras respostas, vá para BI470</p>
014	FR57231	<p>Pergunte se QA338=1 Atualmente, você fuma cigarros pelo menos uma vez por mês?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1, vá para BI345 Se resposta=2, vá para FR309v, e FR309v=9</p>
015	BI57345	<p>Pergunte se FR231=1 Você já fumou 100 ou mais cigarros durante a sua vida?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p><i>100 cigarros = 5 maços de 20 cigarros</i></p> <p>Se resposta FR307</p>
016	QA57331	<p>Pergunte se DUP FR305=1 Você fez alguma tentativa para deixar de fumar desde a nossa última conversa, quer dizer, desde [DUP]?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p><i>Nesta pesquisa, fumar refere-se apenas a cigarros, tanto industrializados como enrolados à mão. Fumantes de cachimbo ou charutos que deixaram de fumar cigarros são considerados ex-fumantes.</i></p> <p>Se resposta=1, vá para QA336 Se resposta=2, vá para FR301 Outra resposta, vá para BI470</p>
017	QA57336	<p>Pergunte se QA331=1 Você voltou a fumar ou continua sem fumar?</p> <p>1 Voltou a fumar 2 Continua sem fumar 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1 ou 2, vá para QA561 Outras respostas, vá para BI470</p>
018a	QA57561	<p>Pergunte se QA331=1 QA336=2: No total, quantas vezes você tentou deixar de fumar desde [DUP], incluindo a atual tentativa de deixar de fumar?</p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
		QA336<>2: No total, quantas vezes você tentou deixar de fumar desde [DUP]? 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe <i>Digite a quantidade de vezes</i> Se resposta>5 e <77, vá para QA562 Se resposta<=5, vá para QA441 Outras respostas, vá para BI470
018b	QA57562	Pergunte se QA561>5 <i>Você fez [QA561] tentativas para deixar de fumar desde [DUP], está correto?</i> 1 Sim, está correto 2 Não, não está correto Se resposta=2, refaça a pergunta QA561 Outras respostas, vá para QA441
019a	QA57441a	Pergunte se QA331=1 Se QA336=1: Quando foi a sua mais recente tentativa de deixar de fumar? Quantos dias, semanas ou meses atrás? Se QA336=2: Quando a sua atual tentativa de deixar de fumar começou? Quantos dias, semanas ou meses atrás? (dias) 777 Não se aplica 888 Recusou-se a responder 999 Não sabe <i>Se o entrevistado mencionar que tentou deixar de fumar nos últimos dois meses, pergunte: 'Você sabe a data exata ou quantos dias desde o início da sua [última/ atual] tentativa de parar?'</i> Se resposta=777 ou 888 ou 999, vá para BI470
019b	QA57441b	(semanas) 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe Se resposta=77 ou 88 ou 99, vá para BI470
019c	QA57441c	(meses)
019d	QA57441d	(dia do mês) 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe
019e	QA57441e	(mês) 01 Janeiro 02 Fevereiro 03 Março 04 Abril 05 Maio 06 Junho 07 Julho 08 Agosto 09 Setembro 10 Outubro 11 Novembro 12 Dezembro
019f	QA57441f	(ano)
020	QA57442v	Pergunte se QA331=1 (Variável derivada: Número de dias desde o início da última tentativa de deixar de fumar.)
021a	QA57235a	Pergunte se QA331=1 <i>Leia as opções de resposta</i> Quanto tempo você ficou sem fumar em sua [última/ atual] tentativa séria de parar? (número de horas)

Q#	VarName	BR2-C Translation
		77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe
021b	QA57235b	(número de dias)
021c	QA57235c	(número de semanas)
021d	QA57235d	(número de meses)
021e	QA57236v	(Variável derivada: dias sem fumar em sua [última/ atual] tentativa de parar) <i>Obs.: para <24 horas, digite 0 dias -- i.e. não arredonde para 1 dia</i>
022	QA57448	Pergunte se: a. QA561>1 E b. QA236v<[1/2 vez desde DUP] OU (QA336=2 e QA442v<1/2 vez desde DUP) QA336=1: A mais recente tentativa de deixar de fumar que você nos informou durou: QA236v<1: menos de um dia. Desde DUP, você ficou sem fumar por um ou mais dias? QA236v>0 e <15: [QA236v] dia(s). Desde [DUP], você ficou sem fumar por mais de [QA236v] dia(s)? QA236v>14 e <60: [QA236v/7] semanas. Desde [DUP], você ficou sem fumar por mais de [QA236v/7] semanas? QA236v>59: [QA236v/30] meses. Desde [DUP], você ficou sem fumar por mais de [QA236v/30] meses? QA336=2: A atual tentativa de deixar de fumar que você nos informou dura QA442v<1: menos de um dia. Desde DUP, você ficou sem fumar por um ou mais dias? QA442v>0 e <15: [QA442v] dia(s). Desde [DUP], você ficou sem fumar por mais de [QA442v] dia(s)? QA442v>14 e <60: [QA442v/7] semanas. Desde [DUP], você ficou sem fumar por mais de [QA442v/7] semanas? QA442v>59: [QA442v/30] meses. Desde [DUP], você ficou sem fumar por mais de [QA442v/30] meses? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe Se a resposta=1, vá para QA551 Outras respostas, vá para QA701
023a	QA57551b	Pergunte se QA448=1: Qual é o maior período que você ficou sem fumar desde [DUP]? (dias) 777 Não se aplica 888 Recusou-se a responder 999 Não sabe <i>'Sem fumar' significa não fumar cigarros, independente se o entrevistado fumou cachimbo ou charutos durante este período.</i>
023b	QA57551c	(semanas)
023c	QA57551d	(meses)
023d	QA57553v	(Variável derivada - máximo: (composição de QA551a-d) E (variável derivada (QA442v se QA336=2 OU QA236v): número de dias do maior período sem fumar desde DUP. <i>Obs.:</i> horas <24=0 dias (isto é, não arredonde para 1 dia))
024	QA57701	Pergunte se QA336=2 Agora, pensando em um período mais recente: QA442v<=30 dias: Você fumou algum cigarro, ou mesmo uma tragada, desde que deixou de fumar? QA442v>30 dias: Você fumou algum cigarro, ou mesmo uma tragada, no mês

Q#	VarName	BR2-C Translation
		<p>passado?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1, vá para QA706 Se resposta=2, vá para FR309v Outras respostas, vá para BI470</p>
025	QA57706	<p>Pergunte se QA701=1 Foi uma recaída ou você ainda está se permitindo um cigarro às vezes?</p> <p>1 Recaída 2 Se permitindo um cigarro às vezes 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=2, vá para QA711 Se resposta=1, vá para FR309v Outras respostas, vá para BI470</p>
026	QA57711	<p>Pergunte se QA706=2 <i>Leia as opções de resposta.</i> Com que frequência você tem se permitido fumar um cigarro? Seria:</p> <p>1 Diariamente 2 Menos que diariamente, mas pelo menos uma vez por semana 3 Menos que uma vez por semana, mas pelo menos uma vez por mês 4 Menos que uma vez por mês 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p><i>Se QA711=1-3, diga:</i> <i>Para o objetivo da pesquisa, vamos considerar as pessoas que fumam pelo menos um cigarro por mês como sendo fumantes.</i></p> <p>Se resposta=1-4, vá para FR309v Outras respostas, vá para BI470</p>
027	FR57301	<p>Pergunte se DUP FR305=1 E (QA331=2 OU (QA331=1 E QA336=1)) Na última vez que conversamos em [DUP], você disse que fumava [FR309v em DUP]. Você ainda fuma [status da DUP]?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1, vá para FR309v Se resposta=2, vá para FR306 Outras respostas, vá para BI470</p>
028	FR57306	<p>Pergunte se FR301=2 FR309v em [DUP]=1: Atualmente você está fumando pelo menos uma vez por semana, ou você está fumando menos de uma vez por semana, mas no mínimo uma vez por mês? FR309v em [DUP]=2: Atualmente você está fumando diariamente, ou você está fumando menos de uma vez por semana, mas no mínimo uma vez por mês? FR309v em [DUP]=3: Atualmente você está fumando diariamente, ou você está fumando menos de uma vez por dia, mas no mínimo uma vez por semana?</p> <p>1 Diariamente 2 Semanalmente 3 Mensalmente 4 Menos que uma vez por mês e se considera fumante 5 Menos que uma vez por mês e se considera ex-fumante 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder</p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
		<p>9 Não sabe</p> <p><i>Se o entrevistado mencionar menos que uma vez por mês, pergunte:</i> <i>“Já que você fuma menos de uma vez por mês, você poderia ser considerado um fumante ou ex-fumante. Algumas das perguntas que fazemos são diferentes para fumantes e ex-fumantes. Para o objetivo desta entrevista, você gostaria de ser considerado um fumante ou ex-fumante?”</i></p> <p>Se resposta=1-4, vá para FR309v Se resposta=5, vá para QA444 Outras respostas, vá para BI470</p>
029a	QA57444a	<p>Pergunte se FR306=5 Há quanto tempo você vem fumando neste nível – ou seja, menos de uma vez por mês? (dias)</p> <p>77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe</p> <p>Se resposta=77 or 88 ou 99, vá para BI470</p>
029b	QA57444b	(semanas)
029c	QA57444c	(meses)
030	QA57444v	<p>Pergunte se FR306=5 (Variável derivada: Número de dias desde que começou a fumar menos de uma vez por mês)</p>
031	FR57307	<p>Pergunte se FR231=1. Atualmente você fuma diariamente, semanalmente ou mensalmente?</p> <p>1 Fumante diário 2 Fumante semanal 3 Fumante mensal 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1-3, vá para FR309v Outras respostas, vá para BI470</p>
032	FR57305	<p>Variável derivada: Perfil de uso do tabaco – fumante vs não fumante</p> <p>1 Fumante 2 Não fumante 3 Ex-fumante</p>
033	FR57309v	<p>Variável derivada: Perfil de uso do tabaco Se FR301=1 então FR309v = FR309v em DUP Outras respostas:</p> <p>1 Fumante diário (se QA711 OU FR306 OU FR307=1) 2 Fumante semanal (se QA711 OU FR306 OU FR307=2) 3 Fumante mensal (se QA711=3 OU FR306=3-4 OU FR307=3)</p> <p>Se QA701=2 OU QA706=1 OU QA711=4 OU FR306=5: 4 Deixou de fumar no mês passado (se [QA444v (FR306=5)/ QA442v (outras respostas)] <=30,44) 5 Deixou de fumar entre 1 e 6 meses atrás (se [QA444v (FR306=5)/ QA442v (outras respostas)] >30,44 e <=182,64) 6 Deixou de fumar de 6 a 12 meses atrás (se [QA444v (FR306=5)/ QA442v (outras respostas)] >182,64 e <=365,28) 7 Deixou de fumar há mais de 12 meses atrás (se [QA444v (FR306=5)/ QA442v (outras respostas)] >365,28)</p> <p>9 Recrutado como não fumante e ainda não fumante</p> <p>Se perfil de uso do tabaco=1, vá para FR216 Se perfil de uso do tabaco=2, vá para FR226 Se perfil de uso do tabaco=3, vá para FR236 Se perfil de uso do tabaco=4, vá para SB031 Se perfil de uso do tabaco>4, vá para SB041</p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
034	FR57216	<p>Pergunte se FR309v=1 Em média, quantos cigarros industrializados ou enrolados a mão você fuma por dia? 999 Recusou-se a responder <i>Digite o número de cigarros</i> <i>Se o entrevistado der um intervalo (por exemplo: 15-20 cigarros), calcular ponto médio e aproximar para cima, caso necessário (por exemplo: 17,5 passam a ser 18,0)</i> Vá para FR245v</p>
035	FR57226	<p>Pergunte se FR309v=2 Em média, quantos cigarros industrializados ou enrolados a mão você fuma por semana? 999 Recusou-se a responder <i>Digite o número de cigarros</i> <i>Se o entrevistado der um intervalo (por exemplo: 15-20 cigarros), calcular ponto médio e aproximar para cima, caso necessário (por exemplo: 17,5 passam a ser 18,0)</i> Vá para FR245v</p>
036	FR57236	<p>Pergunte se FR309v=3 Em média, quantos cigarros industrializados ou enrolados a mão você fuma por mês? 999 Recusou-se a responder <i>Se o entrevistado der um intervalo (por exemplo: 15-20 cigarros), calcular ponto médio e aproximar para cima, caso necessário (por exemplo: 17,5 passam a ser 18,0)</i></p>
037a	FR57245v	(Variável derivada: cigarros por dia (contínua))
037b	FR57250v	(Variável derivada: cigarros por dia (categorias), calculado a partir FR245v) 0 1-10 cigarros 1 11-20 cigarros 2 21-30 cigarros 3 Mais de 31 cigarros 7 Não se aplica
038	FR57326	<p>Pergunte se FR305=1 Você fuma cigarros industrializados, cigarros enrolados a mão, ou ambos? 1 Apenas industrializados 2 Apenas cigarros enrolados a mão 3 Ambos 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p>
048a	SB57020	<p>Pergunte se FR309v=1 <i>Não leia as unidades tempo</i> <i>Entrevistado pode responder com uma unidade de tempo, ou usar horas e minutos para dar uma resposta mais exata</i> Quanto tempo após acordar você normalmente fuma o seu primeiro cigarro? 1 Minutos 2 Horas 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <i>Digite a unidade de tempo respondida, ou um código de não resposta (8 ou 9)</i></p>
048b	SB57021a	<p>Pergunte se SB020=1 (quantidade de minutos) 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder</p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
		99 Não sabe
048c	SB57021b	Pergunte se SB020=2 (quantidade de horas) Vá para a SB031
049a	SB57025	Pergunte se FR309v=2-3 <i>Não leia as unidades tempo</i> <i>Entrevistado pode responder com uma unidade de tempo, ou usar horas e minutos para dar uma resposta mais exata</i> Nos dias em que você fuma, quanto tempo após acordar você normalmente fuma o seu primeiro cigarro? 1 Minutos 2 Horas 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <i>Digite a unidade de tempo respondida, ou um código de não resposta (8 ou 9)</i>
049b	SB57026a	(quantidade de minutos) 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe
049c	SB57026b	(quantidade de horas)
050	SB57031	Pergunte se FR309v=1-4 <i>Leia as opções de resposta</i> Você se considera um dependente de cigarros? Você diria: 1 Não, de maneira alguma 2 Sim, um pouco dependente 3 Sim, muito dependente 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
051	SB57041	Pergunte se FR305=1 ou 3 Se FR305 = 1: O quão difícil seria para você ficar um dia inteiro sem fumar? Se FR305 = 3: O quão difícil é para você ficar um dia inteiro sem fumar? 1 Nem um pouco difícil 2 Razoavelmente difícil 3 Muito difícil 4 Extremamente difícil 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
052a	SB57203	Pergunte se FR305=1 ou 3 <i>Leia as opções de resposta.</i> As perguntas seguintes são sobre quantas vezes você teve alguns pensamentos no último mês, isto é, desde [mês anterior]. Para cada pergunta, por favor, responda: nunca, raramente, por vezes, muitas vezes, muito frequentemente No último mês - desde [mês anterior] - quantas vezes você pensou: FR305=1: Em o quanto você gosta de fumar? FR305=3: Em o quanto você gostava de fumar? 1 Nunca 2 Raramente 3 Alguma vezes 4 Com frequência 5 Com muita frequência 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
052b	SB57205	<i>Leia as opções de resposta, caso seja necessário</i> FR305=1: Sobre os danos que o fumo pode estar lhe causando?

Q#	VarName	BR2-C Translation
		FR305=3: Sobre os danos que o fumo poderia estar lhe causando se você ainda estivesse fumando?
052c	SB57207	Pergunte se FR309v=1-5 Sobre os danos que o fumo pode estar causando a outras pessoas?
052d	SB57211	Pergunte se FR305=1 ou 3 FR305=1: Sobre o dinheiro que você gasta para fumar? FR305=3: Sobre o dinheiro que você gastava para fumar?
053a	SB57221	Pergunte se FR309V=1-4 No último mês - desde [mês anterior] – você apagou um cigarro antes de terminar de fumá-lo porque pensou sobre os malefícios do tabagismo? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe Se resposta=1, vá para SB226 Outras respostas, vá para KN211
053b	SB57226	Pergunte se SB221=1 Isso aconteceu uma vez, algumas vezes ou muitas vezes? 1 Uma vez 2 Algumas vezes 3 Muitas vezes
146	SMInt	Pergunte se FR309v=1-5 Agora estamos interessados no uso de medicações que auxiliam as pessoas no processo de para deixar de fumar - isto é, medicamentos usados na terapia de reposição de nicotina (goma ou adesivos de nicotina), e outros como o Bupropiona (Zyban ou Wellbutrin)
147	SM57111	Pergunte se FR309v=1-5 Você já usou alguma medicação para ajudá-lo a deixar de fumar, como a goma ou o adesivo de nicotina, ou outros medicamentos que exigem receita médica, como o Bupropiona (Zyban ou Wellbutrin)? 1 Sim 2 Não 4 Nunca ouvir falar de tais remédios 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe Se resposta=1, vá para a SM104 Outras respostas, vá para CH801
148	SM57104	Pergunte se SM111=1 Você usou medicações na sua última tentativa de deixar de fumar? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
149a	SM57201	Pergunte se SM111=1 Essa pergunta inclui tanto produtos para TRN ou medicamentos que precisam de receita médica. Estamos interessados na nas medicações usadas na ÚLTIMA tentativa de DEIXAR DE FUMAR do entrevistado Não podemos usar o NOME COMERCIAL dos produtos de nicotina (por exemplo, Nicorette). Queremos o TIPO de produto para TRN (por exemplo, goma, adesivo) Os medicamentos que precisam de receita médica são descritos tanto pelo seu nome comercial como pelo genérico Se o entrevistado mencionar "outros", faça outras perguntas na tentativa de classificar como "outros produtos para TRN" (8) ou "outros medicamentos que precisam de receita médica" (13). Use "outro desconhecido" (14) apenas como último recurso

Q#	VarName	BR2-C Translation
		<p><i>Não leia o nome dos produtos, a menos que seja necessário. Selecione todos que se aplicarem.</i></p> <p>A última vez que usou medicamentos para auxiliá-lo no processo de parar de fumar, qual produto ou combinação de produtos que você usou?</p> <p>TRN: goma de nicotina</p> <p>1 Mencionada 2 Não mencionada 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p>
149b	SM57202	TRN: adesivo de nicotina
149c	SM57210	TRN: outros produtos de reposição de nicotina (especificar)
149d	SM57210o	<p>Pergunte se SM210=1</p> <p>Que outro produto de reposição de nicotina você utilizou?</p>
149e	SM57211	<p>Pergunte se SM111=1</p> <p>Medicamentos com receita: Bupropiona (Zyban ou Wellbutrin)</p> <p>1 Mencionado 2 Não mencionada 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p>
149f	SM57212	Medicamentos com receita: Champix/ Vareniclina
149g	SM57214	Medicamentos com receita: Nortriptilina
149h	SM57216	Medicamentos com receita: Clonidina
149i	SM57215	Medicamentos com receita: outro medicamento que precisa de receita médica (especificar)
149j	SM57215o	<p>Pergunte se SM215=1</p> <p>Que outro medicamento que precisa de receita médica você utilizou?</p>
150	CH57801	<p>Pergunte se FR309v=1-5</p> <p>Por alguma razão, relacionada ao tabagismo ou não, você visitou um médico ou outro profissional da saúde nos últimos 6 meses?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p> <p>Se resposta=1, vá para CH805 Outras respostas, vá para CH861</p>
151	CH57805	<p>Pergunte se FR309v=1-5 e CH801=1</p> <p><i>Leia as opções de resposta. Selecione todas que se aplicarem.</i></p> <p>Durante visita a um médico ou outro profissional da saúde nos últimos 6 meses, você recebeu:</p> <p>Qualquer tipo de aconselhamento ou ajuda relativa a parar de fumar?</p> <p>1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p>
152	CH57920	<p>Pergunte se CH805=1</p> <p>Você recebeu aconselhamento ou ajuda para deixar de fumar de um serviço público de saúde, de um serviço de saúde privado, ou de ambos?</p> <p>1 Serviço público de saúde 2 Serviço de saúde privado 3 Ambos 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p>
153a	CH57811	<p>Pergunte se CH805=1</p> <p><i>Leia as opções de resposta. Selecione todas que se aplicarem</i></p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
		Em QUALQUER visita a um médico ou outro profissional de saúde nos últimos seis meses, você recebeu: Aconselhamento para deixar de fumar? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
153b	CH57810	Sugestões sobre maneiras possíveis para deixar de fumar?
153c	CH57817	Panfletos ou folhetos sobre como deixar de fumar?
153d	CH57813	Uma referência para um local de tratamento do fumante?
153e	CH57815	Uma prescrição de medicamento para deixar de fumar?
154	CH57861	Pergunte se FR309v=1-5 Nos últimos 6 meses, você ligou para o Disque Saúde – Pare de Fumar procurando Aconselhamento ou informação para deixar de fumar? 1 Sim 2 Não 3 Desconheço esse serviço 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
155	CH57863	Pergunte se CH861=1 E QA331=1 O aconselhamento ou informação obtida ajudou na sua tentativa de parar de fumar? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
156	CH57885	Pergunte se FR305=1 ou 3 Por favor, diga se você concorda plenamente, concorda, nem concorda nem discorda, discorda, ou discorda completamente da seguinte afirmação O governo deveria fazer mais para ajudar os fumantes a deixarem de fumar 1 Concorda plenamente 2 Concorda 3 Nem concorda nem discorda 4 Discorda 5 Discorda completamente 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
157	Bqintro	Pergunte se FR305=1 ou 3 Agora gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre suas crenças com relação a deixar de fumar.
158	BQ57111	Pergunte se FR305=1 <i>O entrevistado não precisa ter a intenção de parar de fumar. Enfatize "SE" ao perguntar.</i> <i>Leia as opções de resposta.</i> Se você decidir deixar de fumar completamente nos próximos 6 meses, o quão certo você está de obter sucesso? 1 Não está de todo certo 2 Está um pouco certo 3 Está moderadamente certo 4 Está muito certo 5 Está extremamente certo 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
159	BQ57116	Pergunte se FR305=3

Q#	VarName	BR2-C Translation
		<p><i>Leia as opções de resposta.</i></p> <p>Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre deixar de fumar.</p> <p>FR309v=4: Você disse há pouco que atualmente está tentando deixar de fumar. O quão certo você está de obter sucesso em deixar de fumar para sempre desta vez?</p> <p>FR309v=5-6: O quão confiante você está de que será um não fumante?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Não está de todo certo 2 Está um pouco certo 3 Está moderadamente certo 4 Está muito certo 5 Está extremamente certo 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
160	BQ57121	<p>Pergunte se FR305=1</p> <p><i>Leia as opções de resposta</i></p> <p>O quão fácil ou difícil seria para você deixar de fumar se você quisesse?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Muito fácil 2 Um pouco fácil 3 Nem fácil nem difícil 4 Um pouco difícil 5 Muito difícil 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
161	BQ57126	<p>Pergunte se FR305=3</p> <p><i>Leia as opções de resposta</i></p> <p>FR309v=4: O quão fácil ou difícil será para você ficar sem fumar?</p> <p>FR309v=5-7: O quão fácil ou difícil tem sido ficar sem fumar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Muito fácil 2 Um pouco fácil 3 Nem fácil nem difícil 4 Um pouco difícil 5 Muito difícil 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
162	BQ57141	<p>Pergunte se FR305=1</p> <p><i>Leia as opções de resposta.</i></p> <p>Você está planejando deixar de fumar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 No próximo mês 2 Nos próximos 6 meses 3 Em algum momento para além de 6 meses 4 Ou você não pretende deixar de fumar? 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <p>Se resposta=1-3, vá para BQ153</p> <p>Se resposta=4, vá para BQ151</p> <p>Outras respostas, vá para BQ201</p>
163	BQ57151	<p>Pergunte se BQ141=4</p> <p>Você quer mesmo deixar de fumar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <p>Se resposta=1, vá para BQ153</p> <p>Outras respostas, vá para BQ201</p>
164	BQ57153	<p>Pergunte se (BQ141=1-3) OU (BQ141=4 e BQ151=1)</p> <p><i>Leia as opções de resposta</i></p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
		Quanto você deseja parar de fumar? Você diria: 1 Só um pouquinho 2 Razoavelmente 3 Bastante 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
165a	BQ57201	Pergunte se FR305=1 ou 3 FR305=1 e BQ141=4: Embora você tenha mencionado que não planeja deixar de fumar no momento, algum dos seguintes motivos lhe fizeram pensar em deixar de fumar nos últimos 6 meses? FR305=1 e BQ141<>4: Algum dos seguintes motivos lhe fizeram pensar em deixar de fumar nos últimos 6 meses? FR309v=4-5: Até que ponto, se for o caso, cada um das questões abaixo foram motivo para você tentar deixar de fumar? FR309v=6-7: Até que ponto, se for o caso, cada uma das questões abaixo te ajudaram a ficar sem fumar? Preocupação com a sua saúde? 1 Não 2 Um pouco 3 Muito 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
165b	BQ57203	Preocupação com os efeitos da fumaça do cigarro sobre os não fumantes
165c	BQ57207	A opinião negativa da sociedade sobre o tabagismo?
165d	BQ57209	O preço dos cigarros?
165e	BQ57211	Pergunte se (FR305=1 ou 3) e ET601b=1 As restrições ao fumo no trabalho?
165f	BQ57213	Pergunte se FR305=1 or 3 As restrições ao fumo em locais públicos como restaurantes e bares?
165g	BQ57232	Mensagem ou campanha de prevenção?
165h	BQ57223	Disponibilidade de serviços de apoio com informações sobre deixar de fumar por telefone?
165i	BQ57217	Aconselhamento de um médico, dentista, ou outro profissional de saúde para deixar de fumar?
165j	BQ57221	Distribuição gratuita ou disponibilidade de aquisição de medicamentos para parar de fumar a baixo custo?
165k	BQ57225	Propagandas ou informações sobre os riscos de fumar para a saúde?
165l	BQ57227	Advertências nos maços de cigarro?
165m	BQ57229	Para dar exemplo para as crianças?
166	BQ57301	Pergunte se FR305=1 <i>Leia as opções de resposta</i> O quanto você acha que se beneficiaria se você parasse de fumar definitivamente nos próximos 6 meses? 1 Nem um pouco 2 Um pouco 3 Moderadamente 4 Muito 5 Extremamente 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
167a	DI57211	Pergunte a todos

Q#	VarName	BR2-C Translation
		<p><i>Leia as opções de resposta</i></p> <p>Por favor, diga se você concorda plenamente, concorda, nem concorda nem discorda, discorda, ou discorda completamente de cada uma das seguintes afirmações.</p> <p>Você gasta muito tempo pensando sobre o que você que faz hoje afetará a sua vida no futuro.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Concorda plenamente 2 Concorda 3 Nem concorda nem discorda 4 Discorda 5 Discorda completamente 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
183	PR57101	<p>Pergunte a todos</p> <p>Leia as opções de resposta</p> <p>Agora uma pergunta sobre sua saúde</p> <p>Em geral, como você descreveria sua saúde? Ela é:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Debilitada 2 Razoável 3 Boa 4 Muito boa 5 Excelente 9 Não sabe
187	DE57111	<p>Pergunte a todos</p> <p>Talvez já tenha perguntado isso antes, mas apenas para confirmar seu estado civil atual...,</p> <p>Você é casado, separado, divorciado, viúvo, ou solteiro?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Casado 2 Separado (por vezes denominado “separado judicialmente”) 3 Divorciado 4 Viúvo 5 Solteiro 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <p>Se resposta=1, vá para DI245</p> <p>Se resposta=2-5, vá para DE112</p> <p>Outras respostas, vá para DE309</p>
188	DE57112	<p>Pergunte se DE111=2-5.</p> <p>Você vive junto com um parceiro (embora não casados); tem um relacionamento, mas não vivem juntos; ou você vive sozinho?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Vive junto com parceiro 2 Tem um relacionamento, mas não vivem juntos 3 Vive sozinho 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <p>Se resposta=1 ou 2, vá para DI245</p> <p>Outras respostas, vá para DE309</p>
189	DI57245	<p>Pergunte se DE111=1 ou DE112=1 ou 2</p> <p>O seu parceiro ou cônjuge fuma?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe <p>Se resposta=1, vá para DI246</p> <p>Se resposta=2, vá para DI247</p> <p>Outras respostas, vá para DE309</p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
190	DI57246	<p>Pergunte se DI245=1. O seu parceiro ou cônjuge está pensando ou planejando deixar fumar nos próximos 12 meses? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe Vá para DE309</p>
191	DI57247	<p>Pergunte se DI245=2 O seu parceiro ou cônjuge deixou de fumar nos últimos 12 meses? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe</p>
192	DE57309	<p>Pergunte se DE309 em DUP<>1 Você sabe ler e escrever? 1 Sim 2 Não 8 Recusou-se a responder <i>(Nota: Caso o entrevistado somente leia, ou somente escreva, ou somente saiba escrever o nome = 2 (Não))</i></p>
193	DE57311	<p>Pergunte a todos Qual a última série e grau de escolaridade que o(a) Sr.(a) completou? 1.0 Nunca frequentou a escola regularmente 2.1 Curso primário, 1 anos 2.2 Curso primário, 2 anos 2.3 Curso primário, 3 anos 2.4 Curso primário, 4 anos 3.0 Admissão 4.1 Curso ginásial ou ginásio, 1 ano 4.2 Curso ginásial ou ginásio, 2 anos 4.3 Curso ginásial ou ginásio, 3 anos 4.4 Curso ginásial ou ginásio, 4 anos 5.1 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 1 ano 5.2 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 2 anos 5.3 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 3 anos 5.4 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 4 anos 5.5 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 5 anos 5.6 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 6 anos 5.7 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 7 anos 5.8 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau, 8 anos 6.1 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau, 1 ano 6.2 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau, 2 anos 6.3 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau, 3 anos 7.1 3º grau ou curso superior, 1 ano 7.2 3º grau ou curso superior, 2 anos 7.3 3º grau ou curso superior, 3 anos 7.4 3º grau ou curso superior, 4 anos 7.5 3º grau ou curso superior, 5 anos 7.6 3º grau ou curso superior, 6 anos 7.7 3º grau ou curso superior, 7 anos 7.8 3º grau ou curso superior, 8 anos 8.0 Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)</p>

Q#	VarName	BR2-C Translation
		77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe
194	DE57312	Pergunte se DUP DE311=7.1-7.8 O(a) Sr.(a) completou o curso superior? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
195	BI57322	Pergunte a todos Quantas pessoas com 18 anos ou mais moram em sua casa, incluindo você?
196	BI57325	Pergunte se BI322<>1 Se BI322=1 então preencha BI325 conforme a seguir: se FR305=1, BR325=1 se FR305=2 ou 3, BR325=0 Quantas das pessoas com 18 anos ou mais em sua casa atualmente fumam cigarro, diariamente ou menos que diariamente [se o estado civil do entrevistado=1-3, acrescente], incluindo você? <i>Se [BI325]>[BI322], diga ao entrevistado: Você disse que existem [BI325] fumantes com 18 anos ou mais em sua casa, mas apenas [BI322] adultos com 18 anos ou mais. Você gostaria de mudar uma dessas respostas?</i>
197	DE57816	Pergunte a todos Quantos crianças ou adolescentes com idade inferior a 18 anos vivem atualmente em sua casa? 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe Se resposta=1, vá para DE821 Se resposta>1, vá para DE831 Outras respostas, vá para DE211
198a	DE57821	Pergunte se DE816=1 <i>Leia as opções de resposta. Selecione apenas uma.</i> Qual a idade do filho e/ ou filha? 1 Menor de 1 ano 2 Entre 1 e 5 anos 3 Entre 6 e 12 anos, ou 4 Entre 13 e 17 anos 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe Se resposta=1, vá para DE826 Outras respostas, vá para DE211
198b	DE57826	Pergunte se DE821=1 Quantos meses tem a criança? 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe <i>Digite o número de meses</i> Vá para DE211
199a	DE57831	Pergunte se DE816>1 Quantas têm menos de 1 ano? 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe <i>Digite o número de crianças menores de 1 ano</i> Se resposta=0, vá para DE841 Outras respostas, vá para DE836
199b	DE57836	Pergunte se DE831>0 DE831=1: Quantos meses tem a criança?

Q#	VarName	BR2-C Translation
		DE831>1: Quantos meses tem a criança mais nova? <i>Digite o número de meses</i>
200a	DE57841	Pergunte se DE816> 1 Quantos têm entre 1 e 5 anos? 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe <i>Digite o número de crianças entre 1 e 5 anos</i>
200b	DE57846	Quantos têm entre 6 e 12 anos?
200c	DE57851	Quantos têm entre os 13 e 17 anos?
201	WH57291	[Você (if BI322=1 and DE816=0)/ Alguém na sua casa] tem carro próprio (ex. Carro, van ou camionete)? 1 Sim 2 Não 7 Não se aplica 8 Recusou-se a responder 9 Não sabe
202	DE57211	Pergunte a todos Qual é a melhor estimativa da sua renda familiar MENSAL, que é a renda total, após impostos, de todas as pessoas do seu domicílio? 01 A família não tem renda 02 Menos de 1 SM – Menos De R\$ 415,00 03 De 1 a menos de 2 SM – De R\$ 415,00 a menos de R\$ 830,00 04 De 2 a menos de 3 SM – De R\$ 830,00 a menos de R\$ 1.245,00 05 De 3 a menos de 5 SM – De R\$ 1.245,00 a menos de R\$ 2.075,00 06 De 5 a menos de 10 SM – De R\$ 2.075,00 a menos de R\$ 4.150,00 07 De 10 A menos de 20 SM – De R\$ 4.150,00 a menos de R\$ 8.350,00 08 De 20 A menos de 30 SM – De R\$ 8.350,00 a menos de R\$ 12.450,00 09 De 30 A menos de 40 SM – De R\$ 12.450,00 a menos de R\$ 16.700,00 10 De 40 A menos de 50 SM – De R\$ 16.700,00 a menos de R\$ 20.750,00 11 50 SM ou mais – R\$ 20.750,00 ou mais 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe
203	DE57235o	Pergunte a todos Qual é a sua ocupação atual?
204	DE57237	Pergunte a todos Especifique a categoria de sua ocupação 1 Funcionário 2 Empregado doméstico 3 Autônomo 4 Empregador 5 Trabalhador não remunerado 6 Estudante 7 Aposentado 8 Outro (especifique) 77 Não se aplica 88 Recusou-se a responder 99 Não sabe
212	BI57901	Obrigado pelo seu tempo e ajuda <i>Finalize a chamada</i>
213	BI57900	Peço desculpas por ter incomodado o(a) Sr.(a). Obrigado pelo seu tempo <i>Finalize a chamada</i>

10.5 Anexo E - Comitê de Ética

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DO FUMANTE EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: LETICIA CASADO COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20896613.1.0000.5274

Instituição Proponente: Coordenação de Prevenção e Vigilância

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 505.704

Data da Relatoria: 08/11/2013

Apresentação do Projeto:

O tabagismo é considerado, entre os fatores de risco modificáveis, o mais importante para a morbimortalidade por câncer, especialmente no que diz respeito à incidência e mortalidade por câncer de pulmão em homens e mulheres. Há um elevado percentual de fumantes (13,5%) no município do Rio de Janeiro e a indicação de que 41,4% dos fumantes tentam parar de fumar. Há ausência de informações referentes à avaliação do programa de tratamento do fumante no Brasil. Ao avaliar a adequação do tratamento do fumante frente aos padrões e normas fixados pelo MS/OMS/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), será possível subsidiar as estratégias e políticas públicas nacionais ao detectar, a partir do conhecimento do seu funcionamento, suas falhas e virtudes. Será possível fornecer informações aos gestores para aperfeiçoar as estratégias para a implantação de ações com o objetivo final de melhoria do sistema como um todo, mediante a otimização do programa que irá contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O Projeto International Tobacco Control Policy Evaluation Project - ITC (Projeto Internacional de Avaliação de Políticas de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4828 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 505.704

Controle do Tabaco - o Projeto ITC) cumpre uma importante função no âmbito da Política Nacional de Controle do Tabaco ao fornecer dados

periódicos sobre o efeito de diferentes aspectos da política na população. Desde o ano de 2007, faço parte do grupo de pesquisadores do Projeto

ITC Brasil. O Projeto ITC é o primeiro estudo de coorte sobre o uso do tabaco a envolver vários países do mundo, os quais adotam uma metodologia

padrão. O estudo foi projetado para subsidiar os tomadores de decisão e políticos na implementação de políticas de controle do tabaco baseadas

em evidências e para avaliar sistematicamente a eficácia das medidas legislativas. O Projeto ITC é um esforço transdisciplinar em colaboração com

organizações internacionais de saúde e formuladores de políticas em, atualmente, 20 países, habitados por 50% da população mundial, 60% dos

fumantes do mundo, e 70% dos usuários de tabaco do mundo. No Brasil, esse estudo de coorte já realizou a segunda coleta de dados (Onda) entre

outubro/ 2012 e fevereiro/ 2013. Em 29 de maio passado, participei de uma reunião, juntamente com os pesquisadores do ITC Brasil, com a equipe

da Universidade de Waterloo (Canadá), que coordena o Projeto ITC. Nessa oportunidade, cada pesquisador brasileiro escolheu um tema para ser o

líder dos artigos a serem publicados. Como sou aluna de doutorado da Pós-graduação Stricto sensu do Instituto Nacional de Câncer José Alencar

Gomes da Silva fiquei responsável pelo tema cessação que é objeto do meu projeto, na Área de Concentração de Epidemiologia Clínica Aplicada à

Oncologia com ênfase em Risco, Diagnóstico e Prognóstico em Câncer.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o Programa de Tratamento do Fumante no MRJ, no período de janeiro a junho de 2013.

Objetivo Secundário:

1. Realizar uma avaliação de processo tendo como alvo o Programa de Tratamento do Fumante nas Unidades de Saúde do MRJ. 2. Descrever as características de uma amostra de fumantes representativa da população do MRJ. 3. Analisar a associação entre as características dos fumantes e a tentativa de parar de fumar. 4. Analisar a associação entre as características dos fumantes e a resposta terapêutica.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: oepsms@rio.rj.gov.br

Continuação do Parecer: 505.704

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora não avalia existência de Riscos, no entanto toda a pesquisa tem riscos, nem que seja a ruptura da confidencialidade ou o desconforto de responder ao questionário.

Benefícios:

Pela primeira vez poderemos ter o conhecimento do que funciona e do que precisa ser mudado no programa de tratamento do fumante através das respostas dos profissionais de saúde. É a primeira coorte de fumantes adultos em três capitais brasileiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem enorme relevância e está muito bem apresentada e com referencial teórico bastante sólido. Porém a pesquisadora não avalia existência de Riscos, sendo impotente lembrar toda a pesquisa envolve riscos (resol 466/2012), nem que seja a ruptura da confidencialidade ou o desconforto de responder ao questionário.

Os questionários são enormes podendo levar a não resposta completa ou respostas superficiais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Faltam vários termos obrigatórios:

- Carta apresentando o financiamento, a declaração negativa de custos, o orçamento, mesmo que auto financiado.
- carta de apresentação da pesquisadora pelo seu orientador.
- termo de autorização da SMS/Sup de Promoção da Saúde/Programa do Tabagismo.
- currículo lattes da pesquisadora (1ª página).

Recomendações:

O TCLE deve ser corrigido colocando o CEP SMS com endereço, email e fone, e o nome da pesquisadora com os seus contatos. No TCLE deve haver a correção dos riscos da pesquisa, segundo a resol 466/2012.

Entregar:

- Por email para o CEP Carta apresentando o financiamento, a declaração negativa de custos, o orçamento, mesmo que auto financiado.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 505.704

- Por email para o CEP carta de apresentação da pesquisadora pelo seu orientador.
- Apresentar o termo de autorização da SMS/Sup de Promoção da Saúde/Programa do Tabagismo.
- currículo lattes da pesquisadora (1ª página), pois do contrário não conseguirá realizar a pesquisa.

Corrigir:

O TCLE deve ser corrigido colocando o CEP SMS com endereço, email e fone, e o nome da pesquisadora com os seus contatos. No TCLE deve haver a correção dos riscos da pesquisa, segundo a resol 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

a pesquisa pode ser realizada, mas as recomendações devem ser cumpridas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 30 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br



Memo 19/09-CEP-INCA

Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2009.

A(o): Sra. Cristina Abreu Perez
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 99/08 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: Projeto Internacional de Avaliação do Controle do tabaco no Brasil

Prezada Pesquisadora,

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou após re-análise**, o estudo intitulado: Projeto Internacional de Avaliação do Controle do tabaco no Brasil, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão 2)**, em 28 de janeiro de 2009.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o pesquisador responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo. As datas previstas são: julho/2009 e janeiro/2010.

A documentação pertinente será encaminhada a CONEP com vistas a registro e arquivamento.

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/c – Cláudio Pompeiano Noronha – Coordenador da CONPREV



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: Prot. 99/08 - Projeto Internacional de Avaliação do Controle do tabaco no Brasil						
2. Área do Conhecimento (conforme relação no verso): Ciências da Saúde		3. Código: 4		4. Nível (para área 4) E		
5. Área Temática (conforme relação no verso): Saúde Coletiva		6. Código: 4.06		7. Fase (para área 3)		
8. Unitermos (3) Tabagismo						
SUJEITOS DA PESQUISA						
9. Número de Sujeitos No Centro: Total: 2400		10. Grupos Especiais: < 18 anos () Portador de Deficiência mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (estudantes, militares, presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()				
PESQUISADOR RESPONSÁVEL						
11. Nome: Cristina de Abreu Perez						
12. Identidade: 21616 CRP		13. C.P.F.021848037-74		19. Endereço (Rua, nº) Rua dos Inválidos 212, 2 andar		
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Psicóloga		20. CEP 20031-048	21. Cidade: Rio de Janeiro	22. U.F. RJ
16. Maior Titulação: Psicologia Clínica		17. Cargo: Supervisora de Programas de Cont. de Câncer		23. Fone: 39707469		24. Fax: 39707500
18. Instituição a que pertence				25. E-mail: cperez@inca.gov.br		
Termo de compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <u>09/10/2009</u>						
 Assinatura						
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO						
26. Nome: INCA			29. Endereço (Rua, nº): Rua dos Inválidos 212, 2 andar			
27. Unidade/Órgão: Conprev			30. CEP: 20031-048		31. Cidade: Rio de Janeiro	32. U.F.: RJ
28. Participação estrangeira: Sim (X) Não ()			33. Fone: 39707469		34. Fax 39707500	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional (X) Anexar a lista de todos os centros participantes no Brasil						
Termo de compromisso: (do responsável pela Instituição) Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Data: <u>10/02/09</u>						
 Assinatura Claudio Pompeiano Noronha Matricula nº 144/033 - SIAPE Coordenador da Conprev/INCA						
PATROCINADOR Não se aplica ()						
36. Nome: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa			39. Endereço (Rua, nº) Esplanada dos Ministérios, Bloco G			
37. Responsável: Antonio Alves			40. CEP: 70058-900		41. Cidade: Brasília	42. U.F. DF
38. Cargo/Função: Secretário			43. Fone 61-33152425		44. Fax	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP						
45. Data de Entrada 30/9/2008		46. Protocolo CEP - 99/08		47. Conclusão: Aprovado (x) Data 28/1/2009		48. Não Aprovado () Data ___/___/___
49. Relatório(s) do Pesquisador Responsável previsto(s) para: julho/2009 - janeiro/2010						
Encaminhado ao CONEP: 50. Os dados acima para registro (X) 51. O Projeto para apreciação () 53. Data: <u>21/1/09</u>			 Assinatura Comitê de Ética em Pesquisa CEP - INCA		52. Coordenadora Responsável Anexar o parecer substanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP						
54. Nº Expediente:		56. Data Recebimento:		57. Registro na CONEP:		
55. Processo:						
58. Observações:						



A(o): Cristina Abreu Perez
Pesquisador(a) Principal

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2012.

Registro CEP nº 99/08 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: Projeto Internacional de Avaliação do Controle do tabaco no Brasil

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **tomou conhecimento** do **início da segunda onda do estudo**, relacionado ao estudo acima, em 24 de fevereiro de 2012.

Atenciosamente,



Dr. Carlos Henrique D. Silva
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA



No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

4. O TCLE não é mencionado no roteiro completo e detalhado das entrevistas telefônicas.
5. A forma de obtê-lo (lido, registrado, gravado e posteriormente enviado pelo correio com a assinatura do entrevistador) não nos parece prática ou mesmo viável, no sentido de que venha realmente a ser concretizada.
6. Falta descrever na metodologia como os indivíduos serão informados sobre os aspectos éticos e o processo de obtenção do TCLE.
7. O roteiro de entrevista é confuso de entender, mas como se trata de empresa especializada para sua aplicação, acreditamos ser adequado. Correções necessárias: Traduzir todos os termos, como por exemplo: "Ask if" na página 20; citações das marcas de cigarros nas páginas 12 e 13; Modificar o termo "advertências" para "imagens de advertência no verso dos maços de cigarro" (página 17 e seguintes – bloco sobre "advertências sanitárias").
8. A gravação das entrevistas é suficiente ou os termos deverão retornar assinados? Se sim, como ficam as entrevistas em que o termo não retornar assinado?
9. Falta explicar o que são as imagens de advertência;
10. Falta explicar o que é ambiente livre de tabaco;
11. Falta explicar em português o ITC - International Tobacco Control Evaluation Project.

De acordo com a Resolução CNS 196/96, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 60 dias, a partir da data de envio do parecer por este CEP. Solicita-se ainda que as respostas sejam enviadas de forma ordenada e enumeradas, conforme os itens de consideração deste parecer, e as possíveis alterações indicadas em **negrito** e as suas localizações no protocolo. Após esse prazo o estudo será arquivado e o mesmo deverá ser reapresentado a este Comitê.

Tão logo cumpridas as pendências, o estudo poderá ser aprovado e estaremos encaminhando a documentação pertinente para a CONEP com vistas a registro e arquivamento.

*** As novas versões do Protocolo de pesquisa e do TCLE (se necessárias), devem ser encaminhadas em 02 vias, sendo uma impressa e a outra salva em CD ou disquete.**

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA