

Editor responsável

André Luiz Monezi de Andrade

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido

outubro 6, 2021







Versão Final

março 5, 2022

Aprovado

agosto 16, 2022

Efeito do Programa de Cessação do Tabagismo: uma revisão dessa política pública para dependência tabágica

Fernanda Machado Lopes¹ , Camila Angelina de Moraes² , Gabriela Rodrigues¹ ,
Louisi Cardozo² , Jozabete Ferreira de Oliveira Bezerra³ ,
Karen Priscila Del Rio Szupszynski⁴ 

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil. Correspondência para: F.M. LOPES. E-mail: <femlopes23@gmail.com>.

² Pesquisadora Autônoma. Florianópolis, SC, Brasil.

³ Universidade Federal da Grande Dourados, Departamento de Psicologia. Dourados, MS, Brasil.

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo: Lopes, F. M., Moraes, C. A., Rodrigues, G., Cardozo, L., Bezerra, J. F. O., & Szupszynski, K. P. D. R. (2023). Efeito do Programa de Cessação do Tabagismo: uma revisão dessa política pública para dependência tabágica. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 40, e210170. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210170>

Resumo

Objetivo

Entre as diretrizes do Ministério da Saúde para controle do tabagismo está o Programa de Cessação do Tabagismo, desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer. Esta revisão objetiva descrever as pesquisas que aplicaram o Programa de Cessação do Tabagismo, analisando seus procedimentos, efeitos, potencialidades e limitadores.

Método

Foram avaliados artigos das bases PubMed, PsycINFO, Biblioteca Virtual da Saúde e Biblioteca Eletrônica Científica Online publicados entre 2002 e 2019 e encontrados através de busca que usou os descritores: “Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “cessação do tabagismo” em português, espanhol e inglês. Foram pré-selecionados 1670 artigos, dos quais 15 foram elegíveis para análise final.

Resultados

Os resultados mostraram taxas de adesão ao tratamento de 33% a 100%, taxas de sucesso de 15% a 85% após a intervenção e de 21% a 51% seis meses após o final do tratamento. Essa variabilidade pode estar relacionada à falta de padronização e baixa fidelidade na aplicação do Programa, que propõe tratar as dependências física, psicológica e comportamental.

Conclusão

Recomenda-se investimento em capacitação técnica e monitoramento dos registros.

Palavras-chave: Abandono do uso de tabaco; Avaliação de eficácia-efetividade de intervenções; Tabagismo; Resultado do tratamento.

O tabagismo é uma doença crônica decorrente da dependência do tabaco e caracteriza-se como um grave problema de saúde pública mundial por conta das consequências causadas pelas enfermidades provenientes desse consumo (World Health Organization [WHO], 2019). No Brasil, dados epidemiológicos apontam que o tabaco é considerado fator de risco para mais de 50 doenças, estando diretamente relacionado ao câncer e a doenças cardiovasculares (Instituto Nacional de Câncer

[INCA], 2018), além de tornar os indivíduos mais suscetíveis a desenvolverem complicações de Síndromes Respiratórias Agudas Graves, como o novo coronavírus (Covid-19) (INCA, 2020a). Ademais, apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de morte prevenível do mundo, o tabagismo exige ações interventivas com a expansão de medidas para o seu enfrentamento, dados os altos custos para o sistema de saúde e para a economia (INCA, 2020c; WHO, 2019).

À vista disso, a principal estratégia da OMS para controlar o tabagismo mundialmente foi a criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), em vigor desde 2005. A CQCT baseia-se em seis diretrizes compostas pelo acrograma MPOWER, em que cada letra sinaliza uma diretriz, sendo: a letra M (*monitoring*) significa monitorar o consumo do tabaco e as políticas de prevenção ao tabagismo; P (*protect*) significa proteger as pessoas do tabagismo secundário; O (*to offer*) representa oferecer ajuda para o abandono do tabagismo; W (*warn*) significa informar as populações sobre os perigos do tabagismo; E (*enforce*), que significa reforçar a proibição de propaganda e campanhas de marketing favoráveis ao tabagismo e R (*raises*), de aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco. Entre as principais contribuições da CQCT, destacam-se a consolidação da rejeição social ao tabaco e o favorecimento das ações de controle do consumo no país, configurando-se como referência na consolidação da política antitabagista (Portes et al., 2018; Teixeira et al., 2017).

No Brasil, a estruturação da Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em 1986 proporcionou a composição de um vasto material legislativo regulador e restritivo do tabaco. As ações normatizadoras compuseram, ao longo dos anos, um conjunto de conhecimentos importantes no campo do controle do tabagismo, dando ao Brasil o status de referência mundial nesse tema. Destaca-se, no conjunto das medidas legislativas antitabagistas, a Constituição Federal de 1988. A concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, conquistada por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu-se como um marco importante nessa trajetória, posto que abarca ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (Portes et al., 2018; Silva et al., 2016; Teixeira et al., 2017).

Em paralelo, o INCA, vinculado ao Ministério da Saúde (MS), estabeleceu-se como o principal órgão na articulação e coordenação da PNCT desde 1989. Com a regulamentação do SUS através da Lei nº 8.080/90, reiterou-se que o controle do tabaco era de competência do INCA, de modo que o Instituto encampou e revitalizou a PNCT, conferindo maior legitimidade às ações. Esse órgão tem sido importante na criação de estratégias descentralizadoras, como é o caso da liderança na estruturação de uma rede que envolve agências internacionais, órgãos governamentais e sociedade civil; ações educativas em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho e ampliação do acesso ao tratamento de dependência de nicotina oferecido pelo SUS na Atenção Básica de Saúde – o chamado Programa de Cessação do Tabagismo (PCT) (Portes et al., 2018; Teixeira et al., 2017).

Essas iniciativas governamentais e não governamentais surtiram efeito, pois, a partir do ano 2000, a rejeição social ao tabaco foi consolidada e seu uso em espaços públicos passou a ser compreendido como uma prática socialmente condenada (Silva et al., 2016; Teixeira et al., 2017), refletindo na redução dos índices de tabagismo que o Brasil vinha apresentando nos últimos anos. Contudo, é necessário reconhecer que ainda existem muitas ações a serem desenvolvidas e aprimoradas, como, por exemplo, as intersetoriais e avaliações da eficácia e efetividade de políticas públicas que recebem investimentos, como o PCT disponibilizado na rede SUS. Esse tratamento, já aplicado desde 2002 em alguns hospitais, foi implementado na Atenção Básica de Saúde (Portarias

GM/MS nº 1.035 de 2004, e SAS/MS nº 442 de 2004), ampliando o acesso do fumante a recursos terapêuticos no país (Malta et al., 2015).

Preconizado pelo INCA/MS, o método de intervenção psicoterápica do PCT é de abordagem cognitivo-comportamental em conjunto com farmacoterapia (reposição de nicotina e/ou prescrição de bupropiona) quando necessário. O protocolo indica quatro sessões estruturadas de frequência semanal com objetivos específicos de apoio e psicoeducação sobre cessação do tabagismo, uso de material didático (manual do participante) e tarefas de casa, seguidos de encontros mensais de manutenção até o período de seis meses. As sessões acontecem geralmente em modalidade grupal (embora possa ser realizado de forma individual) e devem ser coordenadas por profissionais da saúde, de preferência uma dupla de especialidades diferentes (INCA, 2020b).

A intervenção psicossocial tem como foco trabalhar a dependência física, explicando sobre tolerância (doses mais altas para ter o mesmo efeito) e abstinência (reações físicas negativas quando o consumo cessa); a dependência psicológica, investigando e discutindo sobre o papel que o cigarro ocupa na vida do indivíduo, e a dependência comportamental, verificando as situações da rotina dos participantes associadas com o hábito de fumar. Já foi demonstrada correlação positiva entre esses três tipos de dependências e entre outras variáveis relacionadas ao comportamento de fumar, indicando que, no início do hábito, a dependência psicológica é mais intensa e, conforme aumentam a quantidade e o tempo de consumo, aumentam também as dependências física e comportamental (Silveira et al., 2021). Considerando a relevância do aspecto psicológico do tratamento, estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais como relaxamento, cartões de enfrentamento, distração, psicoeducação, monitoramento de atividades e tarefa de casa foram consideradas eficazes no tratamento do fumante (Lopes & Silveira, 2020).

Desde a implementação do tratamento do fumante na rede SUS, diversas pesquisas foram realizadas apresentando as taxas de sucesso total, sucesso parcial ou insucesso do programa no tratamento do fumante a curto, médio e longo prazo. Contudo, até o momento não foram identificados estudos que analisassem de forma agrupada os efeitos dessa intervenção em nível nacional, assim como a fidelidade da sua aplicação ao modelo preconizado pelo INCA/MS. Dessa forma, este estudo tem como objetivo revisar e descrever as pesquisas que aplicaram nas quais o PCT no Brasil, analisando procedimentos, efeitos, potencialidades e possíveis limitadores dessa política pública. Acredita-se que a sistematização desses estudos apontando os indicadores de efetividade contribuirá para oferecer maior consistência técnica aos profissionais que atuam no tratamento do tabagismo.

Método

Nesta revisão crítica foram avaliados artigos que aplicaram o PCT e que foram publicados no período de 2002 a 2019, considerando que a aprovação para sua implementação do Programa aconteceu em 2002 (Portaria MS nº 1575 de 29/Ago/2002). Foram utilizadas as bases de dados PubMed, PsycINFO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) devido à ampla variedade, quantidade e qualidade dos artigos nelas indexados, sendo as duas primeiras as mais utilizadas na área da saúde e da psicologia para buscas de artigos internacionais e as duas últimas para artigos nacionais e da América Latina. Embora o objetivo fosse selecionar somente estudos conduzidos em âmbito nacional, a inclusão das bases internacionais garantiu o alcance de estudos que aplicaram o PCT no Brasil, mas que foram publicados em periódicos internacionais. Assim, foram considerados artigos nacionais e internacionais em português, inglês e espanhol.

A partir da pergunta de pesquisa “qual o efeito do PCT aplicado no Brasil?”, optou-se pelo uso dos descritores e operadores booleanos “Programa Nacional de Controle do Tabagismo” OR “cessação do tabagismo” OR “Programa de Cessação do Tabagismo” OR “smoking cessation program” OR “smoking cessation intervention” nas bases BVS e SciELO e pelos descritores em inglês “smoking cessation program” OR “smoking cessation intervention” nas bases PubMed e PsycINFO. Os termos foram inseridos separadamente em todas as bases somente com o uso do operador booleano OR, pois nas etapas de testes de uso de descritores percebeu-se que havia perda de artigos quando o operador “AND” era utilizado. Os critérios de inclusão estabelecidos previamente foram: (a) o material ser necessariamente um artigo empírico publicado entre 2002 e 2019 nos idiomas português, inglês ou espanhol; (b) os descritores obrigatoriamente estarem no título, resumo ou palavras-chave e (c) o texto se referir exclusivamente ao PCT desenvolvido pelo INCA/MS e aplicado no Brasil. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se retirar os artigos que: (a) não descreveram o efeito do tratamento do fumante; (b) não quantificaram o número de cigarros fumados antes e depois da participação no tratamento e (c) apresentaram tratamentos on-line, pois o PCT preconizado pelo INCA/MS foi desenvolvido para ser aplicado na modalidade presencial e o objetivo da revisão era avaliar o efeito desse programa especificamente e não de outros tratamentos para o tabagismo.

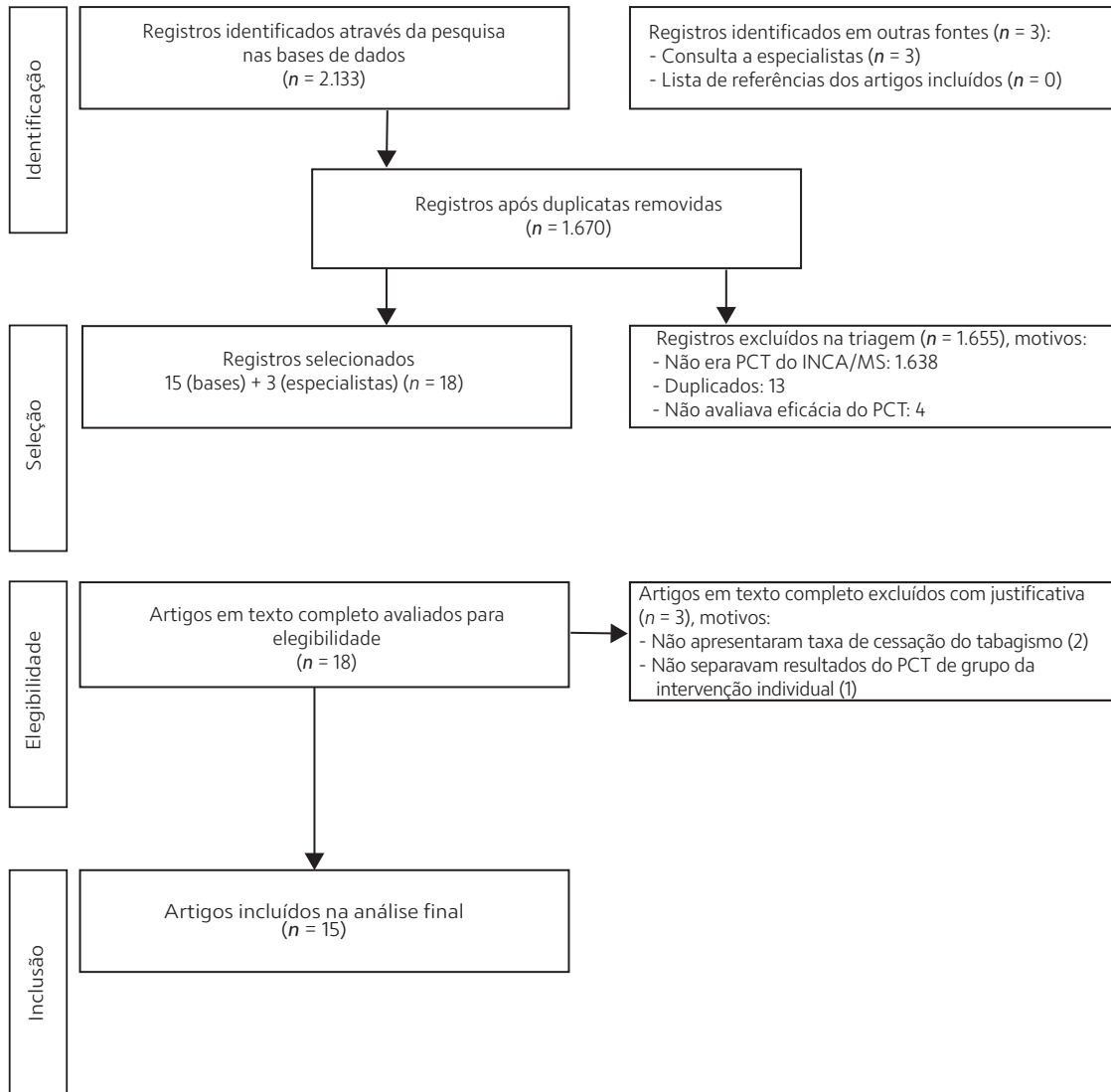
Foram encontrados 2133 artigos com a aplicação das estratégias de busca de alta sensibilidade descritas. Após a exclusão de 463 estudos identificados como duplicados, 1670 foram pré-selecionados para a etapa de triagem, que foi realizada por duas juízas a partir da leitura dos resumos utilizando recursos da ferramenta Rayyan®, que permite que dois ou mais usuários gerenciem referências de modo independente (*blind on*) e as comparem no final do processo (*blind off*). As discrepâncias foram discutidas com uma terceira juíza até que se chegou ao consenso de incluir 15 artigos para a etapa de textos completos. Como fontes adicionais, foram consultadas duas especialistas no tema tabagismo no Brasil, que sugeriram três estudos que não haviam sido encontrados nas buscas pelas bases, e foram analisadas as listas de referências dos textos incluídos, mas nenhum artigo novo que cumprisse os critérios de elegibilidade foi identificado. Assim, 18 estudos foram para a etapa de leitura de textos completos, sendo que dois foram excluídos por não apresentarem taxa de cessação do tabagismo e um por não apresentar de forma discriminada os resultados do PCT aplicado na modalidade grupal daqueles aplicados em modalidade individual restando 15 selecionados para a análise final. A Figura 1 apresenta o diagrama da etapa de busca, triagem e seleção dos estudos.

Resultados

Os objetivos, participantes, instrumentos e principais resultados dos 15 estudos selecionados para análise final estão apresentados na Tabela 1. O delineamento utilizado nos estudos identificados foi descritivo, sendo quatro do tipo retrospectivo (analisaram dados provenientes de prontuários e/ou registros sobre grupos ocorridos em meses ou anos anteriores), seis transversais (informaram apenas dados de avaliação pré e pós-grupo) e cinco longitudinais, com avaliações de seguimento variando de um mês a dois anos, conforme identificado na Tabela 1. Quanto aos instrumentos de avaliação, em todos os estudos foram utilizados o questionário sociodemográfico e de histórico do tabagismo, assim como o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND). Além desses, alguns estudos utilizaram medidas biológicas como monóxímetro (aparelho que mede o nível de monóxido de carbono pelo ar expirado) (Lopes et al., 2013, 2014), teste de urina (Figueiró et al., 2013), radiograma e espirometria (Sales et al., 2006).

Figura 1

Fluxograma das etapas de busca de alta sensibilidade da revisão



Estudos que analisaram a relação de perfil clínico com o tabagismo usaram instrumentos de medidas de ansiedade e depressão, entre outros, conforme apresentados na Tabela 1.

Em relação à caracterização das amostras, os estudos geralmente informam dados referentes ao número de inscritos e número de participantes na sessão 1 e na sessão 4 do PCT, conforme identificados na Tabela 1. As menores amostras dos que finalizaram o tratamento apresentaram dados de grupos específicos, como do ambulatório de um hospital universitário ($n = 12$; Rossaneis & Machado, 2011) ou de funcionários de uma empresa de transporte coletivo ($n = 16$; Lopes et al., 2013). Já a maior amostra ($n = 4617$; Santos et al., 2012) foi de dados provenientes do PCT oferecido pelo SUS em 60 municípios do estado de Minas Gerais. A maioria dos participantes dos PCT dos artigos analisados eram mulheres, com idade entre 40 e 59 anos, com nível moderado a alto de dependência de nicotina e com média de quantidade de uso de 20 ou mais cigarros por dia. Sobre o local, a maioria das pesquisas ($n = 9$) foi realizada em Unidades Básicas de Saúde, mas três realizaram coleta de dados em ambulatórios de hospitais (Mesquita, 2013; Pawlina et al., 2014; Rossaneis & Machado, 2011), duas foram realizadas em universidades como projeto de extensão (Lopes et al., 2014; Santos et al., 2018) e outra em uma empresa privada (Lopes et al., 2013).

Tabela 1

Dados gerais dos estudos sobre efeitos do PCT/MS/INCA incluídos na revisão

1 de 3

Autores / Ano	Objetivo	Participantes (N)	Instrumentos	Resultados
Figueiró et al. (2013)	Examinar se fumantes que pararam de fumar mostram mudanças na intensidade da dependência à nicotina, no estágio motivacional ou nos sintomas de ansiedade e depressão em comparação com fumantes que não pararam de fumar	- Inscritos = 183 - Sessão 1 = 163 - Sessão 4 = 54 - Taxa de adesão: 33% - Média de 49 anos - Mulheres: 64% - FTND = Moderada - Média cigarros/dia = NI	- FTND - URICA - Contemplation Ladder - BAI e BDI - Teste de urina (Transversal)	- Dos 54 concluintes, 20 (37%) pararam ou reduziram o uso de tabaco. - Sem uso de medicação. - Os que pararam de fumar pontuaram maiores escores no estágio de manutenção no Contemplation Ladder.
Kock et al. (2017)	Avaliar a efetividade do PCT aplicado em UBS na cidade de Tubarão (SC)	- Inscritos = 130 - Sessão 1 = 106 - Sessão 4 = 73 - Taxa de adesão: 69% - Média de 51 anos - Mulheres: 65% - FTND = 55% Moderada - Média cigarros/dia = NI	- Questionário sociodemográfico - FTND (Retrospectivo)	- Dos 73 concluintes, 55 (75%) pararam de fumar (o estudo informou taxa de 51,9% de sucesso e não 75,0% porque considerou os participantes da Sessão 1). - Medicação: 97% adesivo e 37% bupropiona. - Participantes do sexo feminino e que participaram de menos do que 4 encontros apresentaram maior dificuldade em parar de fumar.
Krinski et al. (2018)	Avaliar a frequência e tempo de cessação de tabaco em usuários do PCT em uma UBS de Porto Alegre/RS	- Inscritos = NI - Sessão 1 = NI - Sessão 4 = 38 (ex participantes de PCT) - Taxa de adesão: NI - Média de 53 anos - Mulheres: 87% - FTND = 63% Alta - Média cigarros/dia = NI	- Entrevista dados sociodemográficos e do tabagismo. - Questionário sobre a eficácia do grupo - FTND (Transversal)	- Dos 38 concluintes, 20 (53%) pararam de fumar. - Dos 47% que não pararam de fumar, 33,3% apenas participaram dos 4 encontros. - Na entrevista (não específica tempo de seguimento), 10 dos 20 (50%) seguiram sem fumar. - 60,5% usaram medicação.
Lopes et al. (2014)	Descrever a implantação de um PCT numa universidade pública, incluindo a avaliação dos métodos de divulgação, taxas de adesão e sucesso do programa	- Inscritos = 128 - Sessão 1 = 97 - Sessão 4 = 69 - Taxa de adesão: 71% - Média de 47 anos - Mulheres: 69% - FTND = Moderado - Média cigarros/dia = 20	- Monoxímetro - FTND - Questionário de levantamento sobre métodos de divulgação (Longitudinal)	- Dos 69 concluintes, 13 (19%) pararam de fumar e 29 (42%) reduziram o consumo. - Após seis meses, dos 58 contatados, 13 (22%) estavam sem fumar e 12 (21%) em redução. - Após um ano, dos 58 contatados, 15 (26%) estavam sem fumar e 21 (36%) em redução. - Sem oferta de medicação.
Lopes et al. (2013)	Descrever a aplicação de um PCT realizado em uma empresa de transporte coletivo urbano que implantou a política do ambiente livre de fumo	- Inscritos = 30 - Sessão 1 = 16 - Sessão 4 = 16 - Taxa de adesão 100% (PCT ofertado no horário de trabalho) - Idade: NI - Homens: 100% - FTND = 50% Alto - Média cigarros/dia = NI	- Monoxímetro - FTND (Seguimento de 30 dias)	- Dos 16 concluintes, sete (44%) pararam de fumar e nove (56%) reduziram o uso de tabaco. - Após 30 dias, os mesmos sete (44%) se mantiveram abstinentes, mas apenas cinco dos nove se mantiveram na redução. - Sem oferta de medicação.
Meier et al. (2012)	Analisar os indicadores do tratamento do tabagismo em Cambé-PR	- Inscritos = 92 - Sessão 1 = 63 - Sessão 4 = 48 - Taxa de adesão 76% (Taxa informada pelos autores foi de 52%, considerou os inscritos) - Média de 50 anos - Mulheres: 62% - FTND = 65% Elevado - Média cigarros/dia = 20	- Questionário sociodemográfico e histórico com tabaco - FTND (Transversal)	- Dos 48 concluintes, 32 (66,6%) pararam de fumar. - 83,3% usaram medicamentos.
Mesquita (2013)	Avaliar a efetividade de um PCT aplicado em um hospital baseado nas diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA).	- Inscritos = NI - Sessão 1 = 109 - Sessão 4 = 73 - Taxa de adesão 67% - Média de 43 anos - Sexo: NI - FTND = NI - Média cigarros/dia = NI	- Ficha de inscrição (dados pessoais) - FTND (Longitudinal)	- Dos concluintes, 83,5% pararam de fumar. - Após um mês, a taxa de abstinência se manteve em 100%. - Após quatro e seis meses, o número de abstinentes caiu quase pela metade. - Todos usaram adesivo de nicotina e/ou bupropiona.

Tabela 1

Dados gerais dos estudos sobre efeitos do PCT/MS/INCA incluídos na revisão

Autores / Ano	Objetivo	Participantes (N)	Instrumentos	Resultados
Pawlina et al. (2014)	Analisar a associação entre as características sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação, nível de ansiedade, depressão e de estresse com o fracasso em pacientes de um PCT em Hospital e UBS de Cuiabá.	- Inscritos = 216 - Sessão 1 = 178 - Sessão 4 = 142 - Taxa de adesão 79,8% - 62,5% entre 40-59 anos - Mulheres: 65% - FTND = moderada/alta - Média cigarros/dia = 20	- Questionário sociodemográfico, - FTND - URICA - BAI e BDI - ISSL (Transversal)	- Dos 142 concluintes, 55 (38,5%) pararam de fumar. - O fracasso terapêutico foi associado com: faixa etária jovem, menor tempo de tabagismo, maior carga tabágica, baixo nível de motivação e alto nível de ansiedade. - Todos usaram adesivo de nicotina e/ou bupropiona.
Pawlina et al. (2015)	Avaliar mudanças nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e estresse em pacientes durante o tratamento para a cessação do tabagismo.	- Inscritos = 216 - Sessão 1 = 178 - Sessão 4 = 147 - Taxa de adesão 82,5% - 63,4% entre 40-59 anos - Mulheres: 70% - FTND = 69% alta - Média cigarros/dia = NI	- Questionário sociodemográfico e histórico com tabaco - URICA - BAI e BDI - ISSL e FTND (Coorte, seguimento de 6 meses)	- Dos 147 concluintes, 81 (55%) pararam de fumar. - Após seis meses, dos 142 contactados, 81 (57,4%) se mantiveram sem fumar. - Houve melhora nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e estresse entre a avaliação inicial e após 45 dias e ao final de seis meses. - Todos usaram adesivo de nicotina e/ou bupropiona.
Rodrigues et al. (2016)	Avaliar o efeito a longo prazo de um PCT e os fatores associados ao sucesso do tratamento.	- Inscritos = 245 - Sessão 1 = NI - Após 3 meses = 84 - Taxa de adesão: NI - Média de 50 anos - Mulheres: 73% - FTND = alta - Média cigarros/dia = NI	- Questionário sociodemográfico e histórico com tabaco - FTND - CAGE (Longitudinal)	- Após três meses, 34 (40,5%) dos 84 avaliados estavam sem fumar. - Após seis meses, 30 (35,7%) dos 84 avaliados estavam sem fumar. - Após um ano, 26 (31%) dos 84 avaliados estavam sem fumar. - Após dois anos, 16 (19%) dos 84 avaliados estavam sem fumar. - Todos usaram adesivo de nicotina.
Rossaneis & Machado (2011)	Identificar o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes assistidos no Centro de Controle do Tabagismo do Ambulatório do Hospital da Universidade Estadual de Londrina.	- Inscritos = NI - Sessão 1 = NI - Sessão 4 = 12 - Taxa de adesão: NI - Mediana de 32 anos - Homens: 58% - FTND = 75% alta - Média cigarros/dia = NI	- Questionário sociodemográfico - Histórico clínico e com tabaco - FTND - Escala Hamilton (Transversal)	- Dos 12 concluintes, oito (66,6%) pararam e quatro (33,3%) reduziram o consumo. - Foram encontradas comorbidades clínicas no grupo de pessoas que não conseguiu parar de fumar. - Todos os tabagistas apresentaram sinais de depressão, segundo a escala de Hamilton. - 50% fizeram uso de medicação.
Sales et al. (2006)	Avaliar o perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso do tratamento do fumante realizado em ambulatório de hospital.	- Inscritos = NI - Sessão 1 = 320 - Após 1 ano = 258 - Taxa de adesão: NI - Média de 48 anos - Mulheres: 65,6% - FTND = 78% moderada/alta - Média cigarros/dia = 54% mais de 20 cigarros/dia	- Questionário sociodemográfico, - Histórico clínico e com tabaco - FTND - Radiograma - Espirometria (Retrospectivo)	- Após um ano, 131 (50,8%) dos 258 participantes contactados estavam sem fumar, 46 (17,8%) recaíram e 51 (31,4%) não pararam de fumar. - Medicação: 68,4% usaram adesivo de nicotina e 65,5% usaram bupropiona.
Santos et al. (2018)	Identificar o perfil dos tabagistas cadastrados no PCT da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba (MG) e relacionar os fatores associados ao sucesso terapêutico.	- Inscritos = NI - Sessão 1 = NI - Sessão 4 = 305 - Taxa de adesão: NI - Média de 49 anos - Mulheres: 68,5% - FTND = 69% alta - Média cigarros/dia = 25,8	- Avaliação clínica (dados sociodemográficos e histórico com tabaco) - FTND (Retrospectivo)	- Foi observada alta taxa (84,6%) de abandono do tratamento. - Dos 305 concluintes, 47 (15,4%) pararam de fumar. - 52,1% fizeram uso de medicamento (pago pelos participantes).
Santos et al. (2012)	Analisar indicadores de efetividade do PCT oferecido pelo Sistema Único de Saúde em 60 municípios do estado de Minas Gerais.	- Inscritos = 7269 - Sessão 1 = 6304 - Sessão 4 = 4617 - Taxa de adesão: 73% - Média de idade: NI - Sexo: NI - FTND = NI - Média cigarros/dia = NI	- Dados sociodemográficos - FTND - Avaliação de estágio motivacional (Retrospectivo)	- Dos 4617 concluintes, 3084 (67%) pararam de fumar. - Mais de 60% fizeram uso de medicamento. - O programa estava disponível em apenas 7% dos municípios mineiros.

Tabela 1

Dados gerais dos estudos sobre efeitos do PCT/MS/INCA incluídos na revisão

3 de 3

Autores / Ano	Objetivo	Participantes (N)	Instrumentos	Resultados
Zancan et al. (2011)	Descrever atendimento com foco em cessação do tabagismo realizado em um centro de atendimento de saúde pública em Passo Fundo (RS)	- Inscritos = 47 - Sessão 1 = 38 - Sessão 4 = 23 - Taxa de adesão: 61% - Média de idade: NI - Mulheres: 76,6% - FTND = 25% moderada e 30% alta - Cigarros/dia = 38%11 a 20 e 40% mais de 20	- Questionário sociodemográfico - Histórico com tabaco - FTND (Transversal)	- Dos 23 concluintes, 15 (65%) pararam e oito (35%) reduziram o consumo. (No estudo original os percentis apresentados estão inferiores porque usaram como referência os participantes da sessão 1 e não os da sessão 4, concluintes do tratamento)

Nota: BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; CAGE: Escala Cut Down, Annoyed, Guilty and Eye opened; FTND: Fagerström Test for Nicotine Dependence; ISSL: Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp; NI: Não informa; PCT: Programa de Cessação do Tabagismo; URICA: University of Rhode Island Change Assessment.

As taxas de adesão dos 15 estudos foram bastante variadas, sendo a menor referida como 33% (Figueiró et al., 2013) e a maior como 100%, mas essa tem a particularidade de o PCT ter acontecido em uma empresa, durante o horário de trabalho dos funcionários (Lopes et al., 2013). Em relação ao cálculo das taxas de adesão ao tratamento, o estudo de Meier et al. (2012) utilizou como referência o número de inscritos ou dos que participaram da entrevista de triagem em relação ao número de participantes da sessão 4, enquanto os demais usaram como referência o número de participantes da sessão 1. Para fins de padronização, nesta revisão utilizou-se como referência para a taxa de adesão o número de participantes na sessão 1 em relação à sessão 4, considerando a adesão ao tratamento propriamente dito.

Sobre os desfechos dos PCT, as taxas de sucesso total (abstinência) e de sucesso parcial (redução de cigarros fumados por dia) também variaram bastante. Dentre os 15 estudos analisados, a menor taxa de sucesso reportada logo após a intervenção oscilou de baixa (15,4% a 19,0% em Santos et al., 2018 e Lopes et al., 2014, respectivamente), passando por moderada (37,0% a 55,0% em Figueiró et al., 2013 e Pawlina et al., 2015, respectivamente), até chegar a alta, com 75,0% de sucesso referida por Kock et al. (2017) e 85,0% por Mesquita (2013). Nos estudos de seguimento de seis meses a dois anos, as taxas ficaram moderadas, de 35,7% (Rodrigues et al., 2016) a 50,8% (Sales et al., 2006), ou baixas, como os 21,0% relatado por Lopes et al. (2014).

Discussão

O PCT preconizado pelo INCA/MS foi desenvolvido a partir de estudos sobre terapias e intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas que mostravam algum efeito positivo no tratamento do tabagismo, inclui material didático e é oferecido de forma gratuita pelo SUS. Contudo, apesar de ser aplicado desde 2002 e gerar custos para o governo, até o presente momento não foi realizado um estudo de revisão avaliando a eficácia e a efetividade desse programa em nível nacional. Buscando preencher essa lacuna, esta revisão crítica estabeleceu como critério incluir somente pesquisas realizadas no Brasil que referiram aplicar o PCT conforme as diretrizes do INCA/MS, o que resultou em 15 estudos avaliados. A partir deles, foram analisados aspectos relacionados à metodologia, incluindo delineamentos, amostragem e instrumentos de avaliação; índices de adesão e de sucesso e fidelidade ao programa original entregue, indicando limitações e potencialidades para aperfeiçoamento dele.

Quanto à caracterização das amostras, observou-se a predominância de participantes do sexo feminino e faixa etária entre 40 e 59 anos (conforme estudos identificados na Tabela 1). Esses resultados corroboram a literatura que fala sobre os serviços de saúde serem utilizados principalmente pelo público feminino (Malta et al., 2017; Santos et al., 2019), além do fato de a faixa etária de quem busca tratamento estar associada ao surgimento de consequências à saúde decorrentes do tabagismo. Em relação ao sexo dos participantes e local dos programas, a oferta somente em unidades de saúde pode ter como consequência uma redução do seu alcance ao principal público tabagista, o masculino. Uma alternativa a essa limitação é realizar o programa em espaços que esse público mais frequenta, como empresas – conforme realizado por Lopes et al. (2013), que obtiveram participação exclusiva de homens no PCT em seu estudo. Outra estratégia é a oferta em universidades, conforme fizeram Lopes et al. (2014) e Santos et al. (2018), que consegue alcançar também jovens que ainda não sofreram tantos prejuízos pelo tempo de consumo do cigarro e trabalhar em termos de prevenção do desenvolvimento de doenças tabaco-relacionadas.

No que diz respeito ao nível de dependência dos participantes, constatou-se, na maior parte dos estudos, predomínio de grau moderado a grave de dependência e consumo de 20 ou mais cigarros por dia (Kock et al., 2017; Krinski et al., 2018; Meier et al., 2012; Rossaneis & Machado, 2011; Sales et al., 2006; Santos et al., 2018). Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Caram et al. (2009), por exemplo, que discutem a dependência física associada à facilidade de acesso ao cigarro e suas repercussões na participação do fumante no programa, dado que já demonstrou a relação entre o fracasso do tratamento com o nível de dependência de nicotina (Haggstram et al., 2001). De fato, sabe-se que quanto mais tempo o comportamento de fumar persiste, mais associações com situações da rotina são estabelecidas, o que fortalece as dependências comportamental e psicológica e dificulta a adesão e sucesso da intervenção. Ademais, Santos et al. (2018) discutem a probabilidade de o maior grau de dependência acarretar, ainda, mais doenças relacionadas ao tabagismo, tornando o processo de tratamento ainda mais complexo. Nesse sentido, o tratamento proposto pelo INCA/MS traz como qualidade a atenção ao sujeito em sua integralidade, com estratégias direcionadas aos diferentes tipos de dependências.

Em relação aos delineamentos, apesar de apenas cinco dos 15 estudos terem reportado dados de seguimento (de um a 24 meses), verificou-se um consenso entre os autores a respeito da necessidade de executar delineamento longitudinal para acompanhamento dos participantes em longo prazo. De fato, o acompanhamento mínimo de seis meses é preconizado pelo INCA/MS como componente básico da abordagem do tratamento, apesar de não ser cumprido dessa forma em todas as unidades. Essa recomendação tem como base a alta frequência das taxas de recaída após a cessação do tabagismo, principalmente nos seis primeiros meses (Lopes et al., 2014; Mesquita, 2013; Rodrigues et al., 2016; Sales et al., 2006). Um elemento que pode se relacionar positivamente às avaliações de seguimento, além de benefícios de apoio ao participante, é a manutenção da motivação desse para manter a abstinência, como sugerido por Pawlina et al. (2014, 2015), com contato sistemático presencial ou por telefone.

Quanto aos instrumentos aplicados antes e depois do PCT para avaliar seu efeito, alguns estudos utilizaram medidas biológicas como o radiograma, a espirometria e o monóxímetro (Lopes et al., 2013; Lopes et al., 2014; Sales et al., 2006), além do recurso do autorrelato, que pode não ser uma medida fidedigna por fatores como a desejabilidade social; ou seja, quando o participante busca responder o que acredita que é esperado e/ou desejado pela equipe de saúde (Figueiró et al., 2013). Silva et al. (2016) consideram importante avaliar o participante de forma ampla quanto aos aspectos pessoais, histórico do tabagismo, grau de motivação para a cessação e com relação à dependência. Além disso, afirmam que outros exames, como radiografia do tórax, eletrocardiograma,

hemograma completo e espirometria, podem ser úteis na conscientização do tabagista, servindo como fator de motivação para a cessação do hábito de fumar.

Em um estudo sobre tratamento do tabagismo em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Pessoa (2017) utilizou a espirometria e o monoxímetro como exames complementares e ressaltou que os dois, além de úteis para as questões fisiológicas, auxiliaram de forma consistente na ampliação da consciência do problema em relação ao tabagismo e, conseqüentemente, na motivação. Nesse sentido, a interação estabelecida entre usuário e a equipe de saúde durante todo o processo consiste em um fator essencial para o sucesso do tratamento (INCA, 2020b, 2020c). Portanto, é importante o esclarecimento sobre o uso dessas medidas extras de avaliação para que a motivação seja reforçada e não reduzida com a falsa impressão de uma postura impositiva ou de falta de confiança por parte da equipe.

No que tange à adesão aos PCT, a maioria dos estudos analisados fez o cálculo comparando o número de participantes entre a primeira e quarta sessão do programa, congruentes com a avaliação de outros estudos semelhantes (Nunes, 2017; Ribeiro, 2018). Para que a interpretação dos resultados e análises de efetividade sejam mais facilmente realizadas entre os estudos, é importante uma padronização na forma de mensurar esse dado. A questão da adesão ao tratamento envolve aspectos multifatoriais como vulnerabilidade social, barreiras educacionais e associação do tabaco com outras psicopatologias (Rodrigues & Velozo Júnior, 2017), aprimoramento por parte dos profissionais no manejo e cuidado da pessoa tabagista, assim como ambivalência e motivação para a mudança de comportamentos (Heck et al., 2020). O PCT prevê, em sua estrutura, a avaliação do grau de motivação de seus participantes (INCA, 2020b), mas dentre os 15 estudos desta revisão, apenas quatro avaliaram níveis de motivação em suas amostras. Barbosa et al. (2020) encontraram relação positiva da motivação com a taxa de cessação do tabagismo e afirmam que esse nível de prontidão é forte preditor de desfecho. Nessa direção, Pereira et al. (2020) reforçam a importância do apoio de familiares e do grupo, assim como da ajuda profissional, para aumentar a motivação e, conseqüentemente, as chances de adesão e sucesso do tratamento.

A avaliação da taxa de sucesso dos programas também foi ponto controverso entre os estudos desta revisão. Pawlina et al. (2014), por exemplo, consideraram como fracasso o somatório dos participantes que não compareceram na primeira sessão do PCT, dos que abandonaram o tratamento e ainda daqueles que não conseguiram a abstenção total do tabagismo. Ou seja, o estudo agregou questões relacionadas à desistência, abandono e resistência para considerar o fracasso do programa. Em pesquisa sobre as diferentes variáveis relacionadas ao sucesso do tratamento, Nunes (2017) avaliou aspectos sociodemográficos, quantidade de cigarros fumados ao final do tratamento e abandono de forma separada para uma análise genuína da taxa de sucesso, sendo que esses aspectos foram analisados de forma isolada.

Inúmeras variáveis podem interferir na adesão e sucesso da aplicação do PCT. Uma pesquisa realizada com o objetivo de investigar os motivos do abandono desse tratamento identificou fatores como: a relação com o local em que o programa é desenvolvido, o tipo de terapia utilizada, o horário das sessões e os profissionais que prestaram a assistência (Meier et al., 2012). Assim, diante dessa diversidade de variáveis intervenientes e para que os resultados possam ser discutidos de forma fidedigna, ressalta-se a importância de uma análise particular dos distintos fatores que podem influenciar no sucesso parcial ou total do PCT.

Outro aspecto relevante em relação ao sucesso do PCT é a participação em todos os encontros terapêuticos propostos pelo programa. Os resultados das pesquisas de Krinski et al. (2018) e Kock et al. (2017) mostraram correlação entre a participação nos grupos e o maior índice de cessação do tabagismo. O estudo de Haggstram et al. (2001) mostrou taxa elevada de abstinência

(49%) após o tratamento de curta duração e os autores enfatizaram a importância da participação do paciente nas quatro sessões, conforme preconizado pelo INCA/MS. Em conformidade, Baiotto et al. (2016) realizaram um estudo sobre a efetividade de um tratamento para fumantes e os resultados apontaram que a não cessação do tabagismo foi associada, entre outros aspectos, à participação em menor número de sessões da intervenção terapêutica. Assim, os dados apresentados pelos estudos desta revisão somados a outros dados da literatura destacam a importância não só da adesão ao tratamento, mas também da participação no maior número de sessões possível.

A análise conjunta dos resultados dos artigos que avaliaram o efeito do PCT mostrou que nem todas as unidades de saúde estão aplicando o tratamento de forma fiel aos parâmetros do INCA/MS. Fidelidade é um construto multidimensional que representa o grau no qual uma intervenção é implementada conforme foi planejada (Hansen, 2014), podendo ser verificada por meio de estudos de eficácia e de efetividade realizados na avaliação de resultados e do processo de implementação da intervenção, respectivamente (Menezes & Murta, 2018). Estudos como esses são necessários para o aprimoramento do PCT, pois, ao avaliar os efeitos da intervenção, compreende-se como e por que ela atinge ou não seus objetivos, o que contribui para assegurar a confiabilidade dos resultados do programa e indicam fragilidades em elementos que devem ser melhorados (Hansen, 2014). Por não ser comum a realização desses estudos associados à implementação do PCT, ressalta-se ainda mais a necessidade de realizar todas as ações pré e pós-aplicação, bem como cumprir todo o protocolo das quatro sessões para minimizar a interferência da variável de parcialidade da fidelidade na implementação. Destaca-se, assim, a importância de manter a fidelidade ao modelo desenvolvido originalmente pelo INCA/MS, pois variações em sua implementação podem interferir nos resultados do programa e distorcer a interpretação desses dados.

Conclusão

O presente estudo descreveu de forma sistemática as pesquisas que aplicaram o PCT do INCA/MS no Brasil e apontou potencialidades e limitadores dessa política pública. Considerando a complexidade e multifatorialidade do tabagismo, a intervenção proposta tem como potencial estar direcionada ao tratamento dos três tipos de dependência envolvidas (psicológica, comportamental e física), buscando abordar a doença em sua integralidade. Isso se torna um grande desafio, pois o comportamento de fumar envolve um hábito formado e praticado durante anos associado à rotina do fumante (dependência comportamental), além do prazer acionado pela ação da nicotina no cérebro (dependência física) e dos motivos que eliciam e mantêm essa conduta (dependência psicológica). Portanto, mesmo índices aparentemente baixos de sucesso total e parcial do tratamento em grupo devem ser valorizados também em termos individuais, pois o impacto positivo na vida de cada um que consegue alcançar e manter a abstinência deve ser medido e valorizado. Com foco no tratamento psicossocial integralizado, ressalta-se o protagonismo do papel do psicólogo junto à equipe de saúde no PCT, inclusive como multiplicador, uma vez que o protocolo do tratamento é baseado na abordagem cognitivo-comportamental.

A metodologia de revisão crítica com busca de alta sensibilidade foi escolhida para este estudo devido à sua utilidade para integrar as informações e disponibilizar um resumo das evidências sobre estudos que aplicaram essa intervenção. Apesar da aplicação de método rigoroso e sistemático de busca com intenção de incluir todos os estudos que aplicaram o PCT realizados no Brasil, uma limitação pode ter sido deixar de fora algum que cumprisse os critérios de elegibilidade e que não tenha sido encontrado nas bases utilizadas. Houve uma tentativa de reparar essa falha consultando uma especialista em pesquisa sobre tabagismo, que incluiu três estudos que não haviam sido

encontrados na busca sistemática. No entanto, e ao analisar as referências de todos os estudos incluídos, nenhuma apresentou artigo publicado em revista indexada que não estivesse já entre os selecionados através das buscas nas bases de dados. Dessa forma, foi possível dar visibilidade a um amplo espectro de resultados e fazer a apreciação crítica da informação, sugerindo diretrizes futuras para melhorar a qualidade da intervenção. Como um avanço em relação a este estudo, sugere-se que seja realizada uma revisão sistemática para aprofundar a avaliação da qualidade metodológica, risco de viés e qualidade da evidência dos estudos que aplicaram o PCT, uma vez que até o momento não foram identificados estudos de avaliação de eficácia e efetividade desse programa.

Recomenda-se que futuros grupos do PCT sigam da forma mais fiel possível o programa conforme recomendado pelo INCA/MS. Isso inclui: (a) realizar entrevista de triagem e sensibilização antes do início do grupo; (b) utilizar os instrumentos de avaliação recomendados (FTND e questionários padronizados e validados) e, se possível, incluir alguma medida biológica além de autorrelato; (c) conduzir os quatro encontros em dupla de profissionais da saúde de especialidades distintas sempre que possível; (d) considerar o sujeito em sua integralidade e não focar o tratamento apenas no medicamento e (e) realizar acompanhamento de manutenção pelo período mínimo de seis meses.

Por fim, aponta-se a necessidade de maior investimento na capacitação técnica dos profissionais do SUS que coordenam o PCT nos diferentes contextos, sensibilizando-os para a aplicação com fidelidade ao programa, assim como maiores orientações e constante monitoramento por parte das secretarias municipais de saúde sobre o preenchimento adequado e a utilidade das planilhas quadrimestrais de registros de dados dos participantes. Essas planilhas, desde que preenchidas de forma completa, são essenciais no fornecimento de subsídios para o incessante aperfeiçoamento do programa e consequente aumento nas suas taxas de sucesso.

Referências

- Baiotto, C. S., Lorenz, C., Klein, D. L., & Colet, C. F. (2016) Avaliação da permanência dos usuários no Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Centro Municipal de Saúde de Pejuçara (RS). *Revista Biomotriz*, 10(2), 35-50. <https://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/biomotriz/issue/view/17>
- Barbosa, R. L., Givisiez, B. S., Fernandes, C. L., & Lichtenfels, P. (2020). Estão os participantes de grupos de cessação do tabagismo prontos a parar de fumar? Estudo sobre avaliação do nível motivacional em serviço de saúde comunitária. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 83604-83618. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-701>
- Caram, L. M., Ferrari, R., Tanni, S. E., Coelho, L. S., Godoy, I., Martin, R. S., & Godoy, I. (2009). Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 980-985. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001000006>
- Figueiró, L. R., Bortolon, C. B., Benchaya, M. C., Bish, N. K., Ferigolo, M., Barros, H. M., & Dantas, D. C. (2013). Avaliação de mudanças na dependência da nicotina, motivação e sintomas de ansiedade e depressão em fumantes no processo inicial de redução ou cessação do tabagismo: estudo de seguimento de curto prazo. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(3), 212-220. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000300008>
- Haggstram, F. M., Chatkin, J. M., Cavalet-Blanco, D., Rodin, V., & Fritsher, C. C. (2001). Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *Jornal de Pneumologia*, 27(5), 255-261. <https://doi.org/10.1590/S0102-35862001000500005>
- Hansen, W. B. (2014). Measuring Fidelity. In Z. Sloboda & H. Petras (Eds.), *Defining Prevention Science* (pp. 335-357). Springer.
- Heck, C., Diel, A. C. L., Matter, P., & Fortes, E. M. (2020). Grupos de cessação de tabaco desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Educação Popular*, 19(1), 246-257. <https://doi.org/10.14393/REP-v19n12020-49971>

- Instituto Nacional de Câncer (2018). *Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: doenças relacionadas ao tabagismo*. <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>
- Instituto Nacional do Câncer (2020a). *Alerta do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva sobre os riscos do tabagismo e do uso e compartilhamento do narguilé para infecção pelo Coronavírus (Covid-19)*. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/inca-alerta-tabagismo-uso_de_naguile-risco-infeccao-pelo-coronavirus.pdf
- Instituto Nacional de Câncer. (2020b). *Programa Nacional de Controle do tabagismo, tratamento do tabagismo*. <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>
- Instituto Nacional de Câncer. (2020c). *Custos atribuíveis ao tabagismo*. <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/custos-atribuiveis-ao-tabagismo>
- Kock, K. S., Arantes, M. W., Santos, C. C., & Castellini, S. S. (2017). Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1562](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1562)
- Krinski, B. M., Faustino-Silva, D. D., & Schneider, M. (2018). Grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. *Revista de APS*, 21(1), 66-76. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15867>
- Lopes, F. M., Peuker, A. C., & Bizarro, L. (2013). Aplicação de um Programa de Cessação do Tabagismo com Rodoviários Urbanos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 490-499. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200017>
- Lopes, F. M., Peuker, A. C., Rech, B. E., Gonçalves, R., & Bizarro, L. (2014). Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido em uma universidade pública. *Cadernos Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22, 5-15. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.025>
- Lopes, F. M., & Silveira, K. M. (2020). Efeito de Estratégias e Técnicas Cognitivo Comportamentais no Tratamento do Tabagismo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16, 59-66. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20200009>
- Malta, D. C., Bernal, R. Y., Lima, M. G., Araújo, S. S., Silva, M. M., Freitas, M. I., & Barros, M. B. (2017). Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
- Malta, D. C., Oliveira, T. P., Luz, M., Stopa, S. R., Silva Junior, J., & Reis, A. A. C. (2015). Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 631-640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15232014>
- Meier, D. A., Secco, I. A., & Vannuchi, M. T. (2012). Análise de indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11, 129-137. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17064>
- Menezes, J. C. L., & Murta, S. G. (2018). Adaptação Cultural de Intervenções Preventivas em Saúde Mental Baseadas em Evidências. *PSICO-USF*, 23, 681-691. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230408>
- Mesquita, A. A. (2013). Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2), 35-44. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v15i2.601>
- Nunes, M. L. (2017). *Implantação do programa nacional de controle ao tabagismo na cidade de balsas maranhão* [Doctoral dissertation]. Centro Universitário Adventista de São Paulo. <https://cdn1.unasp.br/mestrado/saude/2020/12/08115427/DISSERTACAO-1-MARIA-LUIZA.pdf>
- Pawlina, M. M., Rondina, R. C., Espinoza, M. M., & Botelho, C. (2014). Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 113-20. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014>
- Pawlina, M. M. C., Rondina, R. C., Espinoza, M. M., & Botelho, C. (2015). Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(5), 433-439. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>

- Pereira, M. O., Assis, B. C., Gomes, N. M., Alves, A. R., Reinaldo, A. M., & Beinner, M. A. (2020). Motivation and difficulties to reduce or quit smoking. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180188. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>
- Pessôa, C.L.C. (2017). Tratamento do tabagismo em pacientes com DPOC. *Pulmão RJ*, 26(1), 33-38. http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2017/n_01/08-artigo.pdf
- Portes, L. H., Machado, C. V., & Turci, S. R. B. (2018). Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), e00017317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017317>
- Ribeiro, D. B. C. (2018). *Avaliação do Programa Nacional de controle do tabagismo em São Luís* [Unpublished doctoral dissertation]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25230>
- Rodrigues, N. C., Andrade, M. K., O'Dwyer, G., Dumas, R. P., Neves, R. D., Pereira Neto, A. P., Dutra, M. C., Gerardi, A., & Lino, V. T. (2016). Long-term effects of smoking cessation support in primary care: results of a two-year longitudinal study in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 174-178. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000120>
- Rodrigues, B. J. C., & Velozo Júnior, O. (2017). Intervenções com grupos e tabagismo: Relato de experiência no contexto do sistema único de saúde brasileiro sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. *Única Cadernos Acadêmicos*, 3(3), 1-15. <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/60>
- Rossaneis, M. A., & Machado, R. C. (2011). Cessação do tabagismo em pacientes assistidos em um ambulatório de tratamento de dependência do tabaco. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 306-313. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.15688>
- Sales, M. P., Figueiredo, M. R., Oliveira, M. I., & Castro, H. N. (2006). Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(5), 410-417. <https://doi.org/10.1590/S180637132006000-500007>
- Santos, S. R., Bitencourt, A. R., Engel, R. H., Silva, M. H., Stacciarini, T. S., & Cordeiro, A. L. (2018). Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, 1-7. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.17381>
- Santos, J. D., Duncan, B. B., Sirena, S. A., Vigo, A., & Abreu, M. N. (2012). Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 579-588. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400007>
- Santos, C. B., Scortegagna, S. A., Franco, R., & Wibeling, L. M. (2019). Variáveis clínicas e razões para busca de tratamento de pacientes tabagistas. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 15(2), 77-86. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.149180>
- Silva, L. C., Araújo, A. J., Queiroz, A. A., Sales, M. P., & Castellano, M. V. (2016). Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42(4), 290-298. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000145>
- Silveira, K. M., Assumpção, F., Andrade, A. L. M., De Micheli, D., & Lopes, F. M. (2021). Relação das dependências física, psicológica e comportamental na cessação do tabagismo. *Contextos Clínicos*, 14(2), 540-562. <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.142.08>
- Teixeira, L. A., Paiva, C. H., & Ferreira, V. N. (2017). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS da agenda política brasileira, 2003-2005. *Caderno de Saúde Pública*, 33(3), e00121016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00121016>
- World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic - Offer help to quit tobacco use*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>
- Zancan, N., Colognese, B. T., Ghedini, F., & Both, T. (2011). Intervenções Psicológicas em Grupos de Controle de Tabagismo: relato de experiência. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(2), 534-544. <https://doi.org/10.18256/21755027>

Contribuição

F. M. LOPES foi responsável pela concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados e revisão e aprovação da versão final do artigo. C. A. MORAES e G. RODRIGUES participaram da coleta, análise e interpretação dos dados e discussão dos resultados. L. CARDOZO, J. BEZERRA e K. SZUPSZYNSKI participaram da redação da introdução, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados e revisão e aprovação da versão final do artigo.