

GRUPO DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS

Smoking cessation group in Primary Health Care: experience at a Health Unit in Porto Alegre, RS

Bruna Maria Krinski¹,
Daniel Demétrio Faustino-Silva², Margaret Schneider³

RESUMO

Objetivo: avaliar a frequência e tempo de cessação de tabaco em usuários que realizaram o Grupo de Cessação de Tabagismo em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre/RS. **Métodos:** um estudo transversal, quantitativo, analítico, por meio da aplicação de um questionário com ex-participantes dos Grupos de Cessação de Tabagismo, realizados entre 2011-2014 da Unidade de Saúde SESC, Porto Alegre/RS. A entrevista foi composta por duas partes: a primeira com dados pessoais e socioeconômicos (sexo, idade, idade no momento do grupo, quantas pessoas moram na mesma casa, a renda total da casa), e a segunda sobre a cessação do tabagismo (se parou de fumar com o grupo, se voltou a fumar, se participou dos 4 encontros do grupo, pontos positivos e negativos do grupo). **Resultados:** trinta e oito pacientes foram entrevistados, 52,6% deles pararam de fumar com a ajuda do Grupo de Cessação, destes 50% seguem sem fumar e 100% deles participaram dos 4 encontros preconizados pelo INCA, essencial na cessação ($p=0,001$). Dos demais que não pararam de fumar (47,4%), apenas 33,3% participaram dos 4 encontros, 60,5% da amostra total usaram algum tipo de medicamento e a diferença entre o índice de Fagerström entre o grupo que parou de fumar e o que não parou não foi significativo. Dos pontos positivos do Grupo, a troca de experiências entre os membros foi o mais relevante, enquanto, no tocante ao ponto negativo, a curta duração do grupo e a falta de um grupo de manutenção tiveram destaque. **Conclusões:** o Grupo de Cessação de Tabagismo da Unidade SESC, na forma como está estruturado tem auxiliado os pacientes na cessação, uma vez que mais da metade dos participantes pararam de fumar. A participação nos 4 encontros do Grupo mostrou ser mais eficaz que o uso dos medicamentos. Algumas modificações

ABSTRACT

Objective: evaluate the frequency and duration of tobacco cessation among users who took part in the Smoking Cessation Group at a Health Unit in Porto Alegre, RS. **Methods:** a cross-sectional, quantitative, analytical study that administered a questionnaire to past participants of Smoking Cessation Groups conducted between 2011-2014 at the SESC Health Unit, Porto Alegre, RS. The interview was composed of two parts: the first with personal and socioeconomic data (gender, age, age at the time of the group, number of people living in the same household, the total income of the household), and the second on smoking cessation (did they stop smoking with the group, did they go back to smoking, did they participate in the four meetings of the group, positive and negative points about the group). **Results:** thirty-eight patients were interviewed, 52.6% of them stopped smoking with the help of the cessation group, of these 50% continue not smoking and 100% of them participated in the four meetings recommended by the Brazilian National Cancer Institute (INCA), essential in cessation ($p=0.001$). Among the others who did not quit smoking (47.4%), only 33.3% participated in the four meetings. Among the total sample, 60.5% used some type of medication, and the difference in the Fagerström index between the group that stopped smoking and the group that did not stop was not significant. Among the positive points about the group, the exchange of experiences among members was the most relevant, while among the negatives the short duration of the group and the lack of a maintenance group stood out. **Conclusions:** we conclude that the Smoking Cessation Group of the SESC unit, in the way it is structured, has helped patients with cessation, since more than half of the participants

¹ Farmacêutica Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: brunakrinski@gmail.com.

² Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Doutor em Saúde Bucal Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.

³ Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Mestre em Saúde Coletiva pela ULBRA.

podem ser feitas, para que cada vez mais os usuários consigam alcançar o objetivo esperado, sendo o Grupo de Manutenção uma estratégia possível, para aumentar o tempo de cessação, auxiliando na recaída.

PALAVRAS-CHAVES: Abandono do Uso de Tabaco; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Atenção Primária à Saúde.

stopped smoking. Participation in the 4 group meetings has proved more effective than the use of drugs. Some modifications can be made so that more and more users could reach the expected goal, with the Maintenance Group being a possible strategy to increase the duration of abstinence, helping against relapse.

KEYWORDS: Abandonment of Tobacco Use; National Programme for Tobacco Control; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Atualmente cerca de meio terço da população mundial adulta é fumante, isso é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões são mulheres. O hábito de fumar causa em torno de 4,9 milhões de mortes por ano, o que corresponde a 10 mil mortes por dia, sendo que no Brasil são aproximadamente 200 mil mortes.¹ A cada dia no mundo, aproximadamente 100.000 jovens começam a fumar, e destes, cerca de 80%, vivem em países pobres.²

O tabagismo é responsável por doenças respiratórias, cardiovasculares, digestivas, geniturinárias, neoplasias malignas, problemas na gravidez e envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, halitose, estomatites, língua pilosa, pigmentação melânica e queda das defesas imunitária.¹ O tabagismo é a causa de 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos,³ sendo maior que a mortalidade por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados.¹ A maior concentração de fumantes aparece nas populações com menos de oito anos de escolaridade, e a cidade de Porto Alegre apresenta maiores proporções de fumantes do Brasil, tanto do sexo masculino como do sexo feminino.⁴

Além de causar problemas à saúde, o tabagismo também tem repercussão socioeconômica devido ao desvio da renda, pois para adquirir o cigarro, o fumante retira os recursos do orçamento das necessidades básicas e também tem perda de produtividade, por hospitalizações prolongadas e absenteísmo no trabalho. Onera os cofres públicos devido ao pagamento de pensões, acidentes, assistência médica, invalidez e mortes precoces.²

Por isso, a prevenção e o tratamento do tabagismo é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde e, desde 1989, promove seu controle por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), instituído pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que tem por objetivo reduzir a prevalência de fumantes no Brasil.⁵

A Atenção Primária tem importante papel no tratamento do tabagismo por ser a porta de entrada dos serviços de saúde, pelo vínculo e acompanhamento longitudinais dos usuários. Por esse motivo, o Serviço Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado no município de Porto Alegre - RS, aderiu ao programa de tabagismo, treinando os profissionais para realizar as abordagens preconizadas, e institucionalizando indicadores de quantidade e qualidade deste programa, desde 2006. O SSC/GHC incluiu a realização desses grupos como metas que compõem avaliação institucional, dada a prioridade e importância da temática. Desde então, a Unidade de Saúde SESC, umas das doze Unidades de Saúde (US) do SSC/GHC, realiza 3 grupos de cessação do tabagismo por ano.⁶

Devido à importância que esses grupos têm para auxiliar os tabagistas a pararem de fumar, é importante avaliar a eficácia dessa ferramenta. Por isso, o objetivo do presente estudo foi avaliar a frequência e tempo de cessação do tabaco, bem como os fatores associados, em usuários que realizaram o Grupo de Cessação de Tabagismo em uma Unidade de Saúde no município de Porto Alegre-RS.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, analítico, tendo como população todos os ex-participantes dos Grupos de Cessação de Tabagismo da Unidade de Saúde SESC, pertencente ao SSC/GHC, de Porto Alegre/RS, no período de julho de 2011 a outubro de 2014,

totalizando 68 pessoas. Destes 68 usuários: 2 faleceram e 6 mudaram do território de abrangência da US e, por isso, foram excluídos do estudo, restando 60 pessoas. Desse universo, 22 pessoas não foram encontradas após contatos telefônicos e três visitas domiciliares em dias diferentes e horários alternados, totalizando uma amostra intencional de 38 pessoas.

As entrevistas foram realizadas por meio de um questionário semiestruturado, por um único profissional treinado e em visitas domiciliares na companhia de Agentes Comunitárias de Saúde de cada micro área do território. Previamente à entrevista, foram apresentados os propósitos do estudo por meio da leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas às perguntas abertas foram posteriormente categorizadas.

Os valores referentes à pontuação do índice de Fagerström foram retirados do sistema de informações do GHC.

Antecedendo ao estudo, foi realizado um teste piloto do questionário elaborado pelos pesquisadores, com três usuários, que participaram de Grupo de Tabagismo, não incluídos na amostra, com a finalidade de fazer ajustes nas questões. O instrumento final usado possui duas partes: a primeira com dados pessoais e socioeconômicos (sexo, idade, idade no momento do grupo, quantas pessoas moram na mesma casa, a renda total da casa), e a segunda sobre a participação no grupo de cessação do tabagismo (se parou de fumar com o Grupo, se participou dos 4 encontros, pontos positivos e negativos).

A segunda parte do questionário contém perguntas importantes para estabelecer resultados sobre a eficácia do Grupo: quantos participantes pararam de fumar, quantos ainda continuam sem fumar, se o Grupo é realmente

uma ferramenta importante na batalha contra o tabagismo. Também foram feitas perguntas sobre o que os usuários acharam do Grupo, se a forma como ele está estruturado auxiliou na cessação, sugestões para melhorar e assim aumentar a taxa de cessação de tabagismo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS, sob o número de CAEE 42105115.6.0000.5530, atendendo as normativas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12. Os casos identificados com necessidades para um novo tratamento para cessação do tabagismo, respeitando o interesse do usuário, foram encaminhados para participar de novos Grupos de Cessação.

Os dados obtidos foram digitados em uma tabela Excel e depois analisados com auxílio do programa SPSS, versão 16.0. Os resultados descritivos foram apresentados em forma de frequência absoluta e relativa, usando o Teste Exato de Fisher e o Teste de Kruskal-Wallis que apresentam medianas e intervalos interquartílicos (percentil 25 e 75), considerando em ambos os testes a significância estatística de $p < 0,5$. Estes testes foram usados para comparativos entre os participantes que pararam de fumar, os que pararam de fumar, mas voltaram e aqueles que não pararam de fumar. O Teste Exato de Fisher foi usado para comparar os desfechos dos grupos que pararam ou não de fumar com a renda *per capita*, idade no momento em que participou do Grupo, Fagerström e as tentativas feitas para parar de fumar antes de participar do Grupo. Já o Teste de Kruskal-Wallis, usado para variáveis categóricas, que foi o caso da comparação dos sujeitos, que pararam de fumar ou não com a sua participação nos 4 encontros e se usou algum tipo de medicamento preconizado.

RESULTADOS

Foram entrevistados 38 ex-participantes dos grupos de cessação de tabagismo da Unidade de Saúde SESC de Porto Alegre/RS. Destes, 86,8% eram do sexo feminino, a

faixa etária quando participou do grupo era de 53,50 anos $\pm 10,57$. A maioria tem uma média de até 3 moradores na mesma casa (73,7%) com uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (60,1%), dando uma renda *per capita* menor de um salário mínimo (48%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de pacientes participantes de grupo de cessação de tabagismo US SESC, Porto Alegre/RS.

Variáveis	n = 38
Sexo - n (%)	
Masculino	5 (13,2)
Feminino	33 (86,8)

Variáveis	n = 38
Idade (anos) - média±dp	
No grupo	53,50±10,57
Atualmente	54,87±10,55
Nº de moradores - n (%)	
Até 3 moradores	28 (73,7)
De 4 a 6 moradores	10 (26,3)
Renda Familiar - n (%)	
Menos de 1 salário mínimo (R\$788,00)	3 (8,6)
1 a 3 salários mínimos	21 (60,1)
Mais de 4 salários	11 (31,6)
Renda per capita - n (%)	
Menos de 1 salário mínimo/pessoa	17 (48,6)
1 a 3 salários mínimos/pessoa	16 (42,9)
Mais de 3 salários mínimos/pessoa	2 (5,8)

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à caracterização do hábito de fumar (Tabela 2), a maioria dos participantes apresentou um Fagerström de 9 (23,7%), fez mais de 4 tentativas (42,1%) para

parar de fumar antes do grupo e ficou menos de um mês (40%) sem fumar.

Tabela 2 - Caracterização quanto ao hábito de fumar da amostra de pacientes participantes de grupo de cessação de tabagismo US SESC, Porto Alegre/RS.

Variáveis	n = 38
Fagerström n (%)	
1	1 (2,6)
3	1 (2,6)
4	4 (10,5)
5	2 (5,3)
6	6 (15,8)

Variáveis	n = 38
Fagerström n (%)	
7	7 (18,4)
8	7 (18,7)
9	9 (23,7)
10	1 (2,6)
Nº de tentativas para parar de fumar n (%)	
Nenhuma tentativa	13 (34,8)
1	6 (15,8)
2	2 (5,3)
3	1 (2,6)
> de 4	16 (42,1)
Já tinham parado de fumar antes do grupo n (%)	
Sim	25 (65,8)
Não	13 (34,2)
Quanto tempo sem fumar n (%)	
Menos de 1 mês	10 (40)
1-6 meses	8 (32)
6-12 meses	1 (4)
12-24 meses	3 (12)
Mais de 24 meses	3 (12)

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao desfecho principal (Tabela 3), observa-se que a maioria dos participantes parou de fumar com o Grupo (52,6%), porém metade destes voltou a fumar. Observa-se, também, que o tempo que ficaram ou ainda estão sem fumar foi mais de 24 meses (35%), que 57,9% participaram dos 4 encontros preconizados e que 60,5% usaram algum tipo de medicamento preconizado para auxílio da cessação.

A Tabela 4 descreve os desfechos quanto ao parar ou não de fumar, durante o Grupo, demonstrando que os que pararam de fumar, 100% deles participaram dos

4 encontros, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) em relação aos que estiveram em menos encontros. Em contraponto, entre aqueles que não pararam de fumar apenas 33,3% participaram dos 4 encontros. Quanto à renda *per capita* e as tentativas para parar de fumar, antes dos grupos, os valores foram bem semelhantes, assim como a idade em que realizaram o grupo. O índice de Fagerström que teve uma pequena alteração de 8 para aqueles que não pararam de fumar e 6 para os que conseguiram parar de fumar no Grupo e não voltaram, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,098$).

Tabela 3 - Descrição dos desfechos relacionados à cessação ou não após o grupo de tabagismo, US SESC. Porto Alegre - RS, Brasil.

Variáveis	n = 38
Não parou de fumar no grupo n (%)	18 (47,4)
Parou de fumar, mas voltou n (%)	10 (26,3)
Parou de fumar n (%)	10 (26,3)
Quanto tempo sem fumar n (%)	
Menos de 1 mês	4 (20)
1 mês-6 meses	5 (25)
6 meses-12 meses	1 (5)
12-24 meses	3 (15)
Mais de 24 meses	7 (35)
Participou dos 4 encontros n (%)	
Sim	22 (57,9)
Não	14 (36,8)
Usou algum medicamento n (%)	
Sim	23 (60,5)
Não	15 (39,5)

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Comparação dos desfechos quanto ao parar de fumar ou não relacionados com suas características socio-econômicas e hábitos de fumar.

	Não parou de fumar n=18	Parou, mas voltou n=10	Parou de fumar n=10	P
Renda <i>per capita</i> em R\$	658,33 (413,7-788,0)	788 (216,7-1091)	769 (378,8-1078,3)	0,768**
Idade no grupo	54 anos (44-61,50)	58anos (44,75-64,25)	58 anos (45,75-62,75)	0,576**
Fagerström	8 (6,75-9)	7,50 (4,75-8,25)	6 (5,50-7)	0,098**
Tentativas de cessação	4 (2-4)	4(1-4)	3,50 (1,25-4)	0,718**
Realizaram 4 encontros	33,3%	77,8 %	100%	0,001*
Usaram medicamentos	44,4%	80%	70%	0.161*

*Teste exato de Fisher. ** Teste de Kruskal-wallis: medianas e intervalos interquartílicos (percentil 25 e 75).

Fonte: dados da pesquisa.

Quando questionados sobre os fatores positivos do grupo de cessação (Quadro 1), os usuários relataram que a troca de experiências entre os membros do grupo foi o fator mais relevante, seguido pelo relato dos ex-fumantes.

Por ser uma pergunta aberta, outros fatores surgiram: apoio dos familiares e da equipe de saúde, bem como a conversa em ambiente seguro entre pares na mesma situação.

Quadro 1 - Descreve os fatores positivos apontados pelos ex-participantes dos Grupos de Cessação.

Fatores Positivos	F
Troca de experiência entre os membros	32
Relatos dos ex-fumantes	20
Conversas (ambiente seguro)	14
Apoio da Equipe de Saúde	11
Medicamentos	9
Apoio da Família	7
Falar das doenças, o que é mostrado	3
Tudo Positivo	1

Fonte: dados da pesquisa.

Já nos aspectos negativos (Quadro 2), destaca-se a curta duração do Grupo (4 encontros) e não disponibilidade

de grupos de manutenção, uma vez que a maioria dos participantes sugeriu que tenham mais encontros.

Quadro 2 - Descreve os fatores negativos apontados pelos ex-participantes dos Grupos de Cessação.

Fatores Negativos	F
Deveria ter mais encontros	12
Nada Negativo	12
Horário do Grupo	8
Falta de medicamentos	6
Grupo de Manutenção	5
Inibição para “falar” em grupo	4
Necessidade de participar do grupo para ter acesso ao medicamento	2
Imagens chocantes	2
Falta de apoio da família para participar do grupo	1
Redução dos Adesivos de forma rápida	1

Fatores Negativos	F
Maior divulgação do início dos grupos	1
Ter que marcar o dia “D” para parar de fumar	1
Procurar os ex-participantes para saber como está	1
Um apoio maior da equipe	1
Alguém da família participando do grupo	1
Mais medicamentos	1
Mais apoio psicológico	1

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O Consenso de 2001 mostra resultados de pesquisas que relatam que 80% dos fumantes têm o desejo de parar de fumar, mas apenas 3% conseguem sem a ajuda necessária de um profissional de saúde, e que o acesso aos avanços do campo de cessação de fumar aumenta em 20-30% as chances em um ano.³

A Unidade de Saúde SESC iniciou os grupos de cessação de tabagismo em 2011, sendo que, desde então, já foram realizados 12 grupos, destes participaram 109 pessoas das quais 46 haviam parado de fumar no 4º encontro, o que representa 42,2% de cessação. Esses dados foram tirados do Sistema de Informação da Unidade, que é alimentado em cada grupo de cessação realizado.

Na amostra estudada foi identificado que 52,6% conseguiram parar de fumar com a ajuda do Grupo de Cessação de Tabagismo realizado na Unidade SESC. Destes 50% continuam sem fumar, após o fim do grupo e todos participaram dos 4 encontros, sendo que 70% deles usaram algum tipo de medicamento preconizado pelo INCA. Comparando com os outros 50% que voltaram a fumar, percebe-se que 77,8% participaram dos 4 encontros e 80% usaram algum tipo de medicamento. Por meio dessa análise, obteve-se um resultado significativo para a participação dos 4 encontros, mostrando-se até mais importante que a utilização da farmacoterapia, que não demonstrou nenhuma significância para a cessação do tabagismo. A literatura traz que as terapias cognitivo-comportamentais (Grupos de Cessação) são eficazes na cessação de tabaco, mesmo sem o uso de medicamentos e que os medicamentos, na ausência das terapias cognitivo-comportamentais, não se mostraram eficazes.⁷

Em um estudo feito num Hospital de Brasília, que ava-

liou 109 fumantes, identificou-se, no término do tratamento, que 83,6% dos pacientes que participaram das 4 sessões pararam de fumar.⁸ Em outro estudo, realizado em um centro especializado e com abordagem multiprofissional, os 91 pacientes incluídos foram, primeiramente, encaminhados para uma avaliação médica, após para nutricionista, psicóloga e educador físico. Da totalidade da amostra, 43% pararam de fumar e destes 17% se mantiveram em abstinência, após um ano do final do tratamento. Além de participarem do grupo de cessação, que teve duração de 3 meses, os pacientes também tiveram tratamento individual com a psicóloga o que ajudou muito para ter uma boa taxa de cessação e de abstinência, auxiliando no controle da ansiedade e dos momentos de fissuras comuns após a cessação.⁹

Outra experiência encontrada na literatura foi de um estudo no Hospital Universitário Pedro Ernesto da cidade do Rio de Janeiro, que além de grupos de parada, eles também tinham grupos de preparação e manutenção. Os pacientes que não tiveram êxito na cessação, apenas com orientação médica, eram encaminhados pelos pneumologistas, para participarem do grupo. No estudo foram propostos dois grupos diferentes, um composto por 20 pessoas, que tiveram apenas o grupo de cessação durante 6-5 semanas, destes 13(65%) pararam de fumar. No outro grupo com 5 mulheres, elas tiveram uma sessão de preparação e 5 sessões de parada, 3 pacientes (60%) pararam de fumar, as outras duas diminuíram a quantidade de cigarro e, após um mês, retornaram e estão participando do grupo de manutenção, juntamente com o restante do grupo. Neste estudo não foi levado em conta o uso de medicamentos, apenas do acompanhamento do grupo junto com a psicóloga.⁷

Recaídas fazem parte da adição, sendo que apenas

25% das pessoas que abandonam o cigarro conseguem fazê-lo na primeira tentativa. Foi constatado em outro estudo que 4 meses após a cessação, 43,2 % permaneciam sem fumar e 6 meses depois esta porcentagem caiu para 36,6 %.¹⁰ Na amostra apresentada, a maioria já havia feito mais de 3 tentativas para parar de fumar e mais da metade dos entrevistados já havia ficado sem fumar antes de participar do Grupo, porém, por um curto período de tempo, menos de um mês.

A curta duração do Grupo, com apenas 4 encontros, e a falta de grupos de manutenção foram os principais fatores negativos encontrados. Os participantes relataram que muitos se sentem “abandonados” com o fim do grupo e/ou o fim do tratamento medicamentoso. Ter um grupo de manutenção, que eles pudessem trocar experiências e ter o apoio da equipe seria importante para evitar recaídas. Ter um lugar seguro para falar sobre as dificuldades de parar de fumar, poder trocar experiências, trocar ideias, escutar as histórias do ex-fumantes foram destaques entre os fatores positivos apontados pelos entrevistados. Segundo o Consenso (Brasil, 2001) o ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de cigarro sejam acompanhados, para garantir um apoio na fase inicial da abstinência, quando os riscos de recaída são maiores. Ainda sugere-se que o paciente que está em processo de cessação retorne para acompanhamento em pelo menos 3 momentos, durante os seis meses subsequentes à parada de fumar.³

A revisão da literatura mostra que o tratamento por meio da abordagem cognitivo comportamental associada ao apoio de medicamentos tem resultados de abandono maiores que 6 meses, independentemente se conduzido por um serviço especializado ou por qualquer profissional de saúde da atenção básica,¹⁰ porém na atenção básica de Porto Alegre, durante os anos de realização dos Grupos de Cessação, a realidade quanto à distribuição de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde(SUS) foi um tanto adversa, pois em muitos momentos houve falta total ou parcial de medicamentos durante os tratamentos. O gasto total para um tratamento com adesivos (21,14 e 7 mg) varia de R\$ 413,40 a R\$ 501,40 (entre oito e doze semanas), já a bupropiona, em apresentação genérica, apresenta o custo mais baixo dos medicamentos considerados de primeira linha no tratamento (R\$ 328,72).¹¹ Quando os medicamentos estão em falta para distribuição pelo SUS acaba sendo inviável a sua compra pelos usuários, visto que a renda *per capita* média da amostra foi de menos de um salário mínimo (R\$788,00). Um estudo feito, no ano de 2003, com a população do território adstrito da Unidade de Saúde SESC, mostrou que 35,5% das famílias tinham uma renda *per capita* inferior a meio salário míni-

mo (R\$240,00),¹² enquanto apenas 31% recebiam mensalmente o equivalente a um salário mínimo da época.¹³ No ano de 2014, a renda *per capita* do Rio Grande do Sul foi de 1.318 Reais,¹⁴ se mostrando bem maior do que a encontrada nos participantes desta pesquisa, o que deflagra ainda mais a vulnerabilidade social dos usuários do território.

A maior prevalência de fumantes em grupos populacionais economicamente desprivilegiados é uma tendência em vários países, incluindo o Brasil. Estudos mostram que, na região sul, o gasto mensal com o cigarro alcançou 58,88 Reais em 2008. Esse desvio pode gerar, em curto prazo, prejuízos para o fumante e sua família, uma vez que, ao empregar parte do recurso em cigarros, deixa de destiná-lo à compra de bens essenciais para a família.¹⁵ Nesse sentido, é importante que se tenha um trabalho em rede, em que o paciente possa ter seu tratamento garantido para que isso não seja mais um entrave na cessação do tabagismo.

Em relação à caracterização da população em estudo (68 pessoas), 79,4% eram mulheres e na amostra estudada (38 pessoas), a sua maioria também era de mulheres. Esse fenômeno é bem conhecido na literatura, uma vez que as mulheres procuram mais os serviços de saúde.¹⁶ Tal fato não é diferente em relação ao tabagismo, uma vez que as mulheres constituem a maior parte da amostra na maioria dos estudos publicados no Brasil e no exterior sobre fumantes, que procuram tratamento.¹⁷

Segundo o levantamento nacional denominado Vigitel (2014),¹⁸ no conjunto das 27 cidades do Brasil analisadas, na cidade de Porto Alegre se concentra a maior parte de fumantes, tanto do sexo masculino (17,9%) como do sexo feminino (15,1%), além de ser a cidade onde os fumantes consomem mais que 20 cigarros por dia. Diante desse cenário, faz-se necessário, cada vez mais, planejar e avaliar estratégias de cessação de tabagismo na atenção básica, tendo em vista que essa é a porta de entrada dos usuários e com a qual devem manter vínculo e cuidado longitudinal, integral e multidisciplinar.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, então, que o Grupo de Cessação de Tabagismo da Unidade SESC, na forma como está estruturado, tem auxiliado os pacientes na cessação, uma vez que mais da metade dos participantes pararam de fumar. A participação nos 4 encontros do Grupo mostrou ser mais eficaz que o uso dos medicamentos. Algumas modificações podem ser feitas, para que cada vez mais os usuários consigam alcançar o objetivo esperado, sendo o Grupo de Manutenção uma estratégia possível, para aumentar o tempo de cessação, auxiliando na recaída.

REFERÊNCIAS

1. SBPT-Sociedade Brasileira Pneumologia e Tisiologia, et al. Tabagismo-Parte I in Diretrizes em foco. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010 [Citado 2016 mar. 10]; 56(2):127-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200005&script=sci_arttext>.
2. INCA-Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo, um grande problema de saúde. Rio de Janeiro, 2007 [Citado 2016 mar. 10]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso. 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 [Citado 2016 mar. 10]; 38p. il. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde 2013. [Citado 2016 mar. 10]; 136 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf.
5. Da Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RMM. Combate ao Tabagismo no BR: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Sociedade Coletiva*. 2014; 19(2):39-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200539&script=sci_arttext>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. GHC/GSC. Sistema de Informações e Saúde do Serviço de Saúde Comunitário. Boletim Informativo Mensal. Indicadores de Saúde. Brasil; 2014 dez.
7. Sardinha A, Oliva AD, Augustini J, Ribeiro F, Falcone EMO. Intervenção Cognitivo-Comportamental com grupo para abandono do cigarro. *Rev. Bras. Ter. Cogn.* 2005 [Citado 2016 mar. 10]; 1(1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010>.
8. Mesquita AA. Avaliação de um Programa de Tratamento do Tabagismo. *Rev. Bras. Trap. Comp. Cong.* 2013 [Citado 2016 mar. 10]; 15(2):25-34. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n2/v15n2a04.pdf>>.
9. Costa AA, Filho JE, Araújo ML, Ferreira JES, Meirelles LR, Magalhães CK. Programa Multiprofissional de Combate do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. *Revista da SOCERJ*. 2006 set./out. [Citado 2016 mar. 10]; 19(5):397-403. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2006_v19_n05_art04.pdf>.
10. Nitschke CAS, Oliveira RL. O tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde. In: III Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2012 [Citado 2015 dez. 18]. Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/71>>.
11. Mendes ACR. Análise de custos do Programa de Cessação do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (dissertação). Goiânia: Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás; 2013.168f. [Citado 2016 mar. 03]. Disponível em: <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/AndreaMendes2013_atualizada.pdf>.
12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.699/2003. Brasília 2003 jul. 09. [Citado 2016 mar. 03]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.699.htm>.
13. Schneider MI. Fatores associados ao déficit do índice de altura para idade em crianças da unidade básica SESC/GHC (dissertação). Canoas: Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Luterana do Brasil; 2003.114 f.
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e Estados do Brasil. [Citado 2016 mar. 03]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>.
15. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011 [Citado 2016 mar. 03]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e diretrizes). 2008 [Citado 2016 mar. 03]. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>.

17. Santos SR, Gonçalves MS, Filho FSSL, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2008 [Citado 2016 mar. 03]; 34(9):695-701. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000900010&script=sci_arttext>.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015 [Citado 2016 mar. 03]; Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>.

Submissão: março de 2016

Aprovação: junho de 2017
