



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDENCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL:
SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE



OSMAR JOSÉ DA SILVA JUNIOR

**ADESÃO E CESSAÇÃO DO HÁBITO DO TABACO NO GRUPO DE COMBATE AO
TABAGISMO DA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERRATI
LOPES**

PORTO ALEGRE

2019

OSMAR JOSÉ DA SILVA JUNIOR

ADESÃO E CESSAÇÃO DO HÁBITO DO TABACO NO GRUPO DE COMBATE AO
TABAGISMO DA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERRATI
LOPES

Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio grande do Sul com ênfase em Saúde da Família e Comunidade como requisito para formação de pós-graduação *latu-sensu*.

Orientação: Profa. Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena

PORTO ALEGRE

2019

OSMAR JOSÉ DA SILVA JUNIOR

ADESÃO E CESSAÇÃO DO HÁBITO DO TABACO NO GRUPO DE COMBATE AO
TABAGISMO DA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERRATI
LOPES

Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em
Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Rio grande do Sul com
ênfase em Saúde da Família e Comunidade como
requisito para formação de pós-graduação *latu-
sensu*.

Orientação: Profa. Dra. Aline Blaya Martins de
Santa Helena

Porto Alegre, 09 de Dezembro de 2019

Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Renato de Marchi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

PORTO ALEGRE

2019

RESUMO

O tabagismo é apontado como uma importante causa evitável de doenças e mortalidade prematura entre jovens e adultos. Os profissionais da atenção básica são capazes de contribuir em diversos programas de saúde promovidos pela Atenção Primária, incluindo o programa de Cessação do Hábito do Tabaco. Este estudo analisou o perfil dos participantes e a adesão e cessação do hábito do tabaco no grupo de combate ao tabagismo (CGT) da Clínica de Saúde da Família José Mauro Cerrati Lopes em 2018 e 2019/1. Foi realizado um estudo transversal descritivo, e coletados dados dos prontuários do E-SUS e tabela de monitoramento da unidade. O perfil dos usuários participantes foi majoritariamente expresso por mulheres autodeclaradas brancas com idade entre 31 e 50 anos. Verificou-se também a presença de com duas ou mais comorbidades, com destaque para hipertensão, ansiedade, depressão e doença broncopulmonar obstrutiva crônica. Todos os pacientes apresentaram dependência elevada e muito elevada pela escala de Fagerstrom. Foi visto grande desistência a partir do segundo encontro, o que resultou num pequeno número de participantes. Em conclusão, é necessário popularizar mais o GCT e estabelecer estratégias que reduzam essa desistência dos participantes bem como atinjam todos os nichos de raças e gêneros e contextos variados.

Palavras-chave: Tabagismo. Saúde da família. Terapia cognitivo comportamental.

ABSTRACT

Smoking is pointed as an important preventable cause of diseases and premature mortality among young and adults. Basic care professionals are able to contribute in various health programs promoted by Primary Care, including the Tobacco Habit Cessation program. This study analyzed adherence and termination of tobacco habit in the anti-smoking group (ASG) of the Family Health Clinic José Mauro Cerrati Lopes in 2018 and 2019/1. A descriptive cross-sectional study was performed, and data were collected from E-SUS records and unit monitoring tables. The participants' profile was predominantly female self-declared white aged between 31 and 50 years. It was observed the presence of two or more comorbidities, highlighting hypertension, anxiety, depression and chronic obstructive bronchopulmonary disease. All patients presented dependence in the "high" or "very high" degree through the Fagerstrom test. It was seen large withdrawal from the second meeting, which resulted in a small number of participants in this study. In conclusion, it is necessary to popularize the ASG and establish strategies that reduce this withdrawal of participants as well as reach all niches, races and genres and varied contexts.

Keywords: Smoking. Family Health. Cognitive behavioral therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
MS	Ministério da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNCTOFR	Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
RAP	Residências em Saúde em Área Profissional
RMS	Residência Multiprofissional
RUS	Residência Uniprofissional em Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
SMSPA	Secretaria municipal de saúde de Porto Alegre
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DBPOC	Doença Bronco Pulmonar Obstrutiva Crônica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	O TABACO: CONSTITUIÇÃO E EFEITOS DELETÉRIOS PARA A SAÚDE	10
2.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO	10
2.3	FATORES DE RISCO AO TABAGISMO	12
2.4	A CARGA DO TABAGISMO NO BRASIL	12
2.5	SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	13
2.6	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS GRUPOS COMO ABORDAGEM COLETIVA	14
2.7	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)	15
2.8	A RESIDÊNCIA E A ATUAÇÃO EM SERVIÇO	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	METODOLOGIA	19
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	19
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO	19
4.3	POPULAÇÃO ALVO	19
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
4.5	COLETA DE DADOS	20
4.6	ROTEIRO DE PESQUISA	20
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	21
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
5	RESULTADOS	22

5.1	PERFIL SOCIAL DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO GRUPO DE COMBATE AO TABAGISMO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES	22
5.2	PRESENÇA DE COMORBIDADES DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO GRUPO DE COMBATE AO TABAGISMO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES	23
5.3	GRAU DE DEPENDÊNCIA APRESENTADO PELA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO GRUPO DE COMBATE AO TABAGISMO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ATRAVÉS DO ESCORE NO TESTE DE FAGERSTRÖM..	24
5.4	SITUAÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO DE COMBATE AO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA APRESENTADO EM CADA SESSÃO ESTRUTURADA ...	25
5.5	USO DE FÁRMACOS COMO FERRAMENTA AUXILIAR PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE TABACO ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES	27
5.6	PRESENÇA DE COMORBIDADE ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES	27
5.7	ASSOCIAÇÃO DO SEXO DO INDIVÍDUO VERSUS O GRAU DE DEPENDÊNCIA OBTIDO PELO ESCORE DE FAGERSTRÖM ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA...	28
5.8	PRESENÇA DE COMORBIDADES ENTRE OS PARTICIPANTES MASCULINOS E FEMININOS DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
5.9	SITUAÇÃO DOS PARTICIPANTES MASCULINOS E FEMININOS EM CADA SESSÃO ESTRUTURADA DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
5.10	GRAU DE DEPENDÊNCIA OBTIDO PELO ESCORE DE FAGERSTRÖM EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	31

5.11 GRAU DE DEPENDÊNCIA OBTIDO PELO ESCORE DE FAGERSTRÖM EM DIFERENTES RAÇAS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	31
6 DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO A — Tabela para coleta de dados	44
ANEXO B — Teste de Fagerström.....	45
APÊNDICE A — Termo de autorização da SMSPA.....	47
APÊNDICE B — Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados do Pesquisador responsável	48
APÊNDICE C — Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados do Pesquisador Colaborador	49

1 INTRODUÇÃO

O cigarro é produzido através do tabaco, o qual produz várias substâncias tóxicas durante a sua combustão, dentre elas gases, vapores dispersos e partículas de alcatrão. O conjunto destes agentes tóxicos, bem como o alcatrão, quando inalados causam sérios prejuízos a saúde do indivíduo. Nesse âmbito, o tabagismo é apontado como a mais importante causa evitável de doença e mortalidade prematura entre jovens e adultos no mundo. Elevado número de tabagistas preocupa o sistema de saúde, e esse índice deve-se ao fato do tabaco ser uma droga lícita bem aceita pela sociedade, presente no ambiente familiar, e por causar dependência psicológica. Mesmo considerando todo o conhecimento científico e campanhas de conscientização elucidando os prejuízos do tabagismo à saúde, milhares de indivíduos tornam-se dependentes e/ou seguem o hábito tabagista por longos períodos (DELLA ROSA, 1981; LARINI, 1999; KALCHER; KERN; PIETSCH, 1993).

Idade, sexo, nível socioeconômico, hábito de fumar dos pais, irmãos e/ou amigos, baixo rendimento escolar, trabalho remunerado compreendem os principais fatores de risco apontados para o tabagismo. Em paralelo, o hábito tabagista dos pais reflete drasticamente para o início do consumo pelos filhos, especialmente quando estes atuam como modelos e referência de comportamento. Evidências epidemiológicas apontam uma relação de causalidade entre o tabagismo e cerca diversas doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, respiratórias e cânceres. Tais fatores implicam fortemente na saúde e qualidade de vida dos indivíduos tabagistas bem como impacto econômico para os sistemas de saúde pública (SILVA *et al.*, 2011; MALCON *et al.*, 2003; PASQUALOTTO *et al.*, 2002).

De fato, os custos relacionados ao tabaco para indivíduos e sistemas de saúde indicam valores que atingem meio trilhão de dólares ao ano, globalmente. Só no Brasil a carga do tabagismo em 2011 foi de 147.072 óbitos; 2,69 milhões anos de vida perdidos; 157.126 infartos agudos do miocárdio; 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de câncer; com custo para o sistema de saúde de R\$ 23,37 bilhões de reais. Em virtude do grande impacto do tabagismo para a saúde dos indivíduos e o custo causado no sistema de saúde, ferramentas que busquem aumentar a taxa de adesão e melhorar os índices de cessação ao hábito do tabaco assumem grande importância (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

No Brasil, as diversas experiências de organização e oferta da atenção primária no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família, adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção

primária a saúde APS no país. Equipes de Saúde da Família têm o compromisso tanto com as intervenções epidemiológicas e sanitárias quanto com o comprometimento de elevar a qualidade de vida da população considerando o contexto humano. Portanto, esta equipe presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade; considerando a perspectiva da família por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões. Tal concepção tem influência do incentivo para ampliar o entendimento do usuário sobre suas carências de saúde, doença e contribuir para a mudança de hábitos de vida e desenvolvimento da autonomia (TEIXEIRA; MISHIMA, 2000; PORTELA, 2017).

Portanto, a APS pode configurar-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo, uma vez que se caracteriza pela promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Uma ferramenta a ser empregada neste contexto é o Programa de Cessação do Tabagismo, o qual consiste numa consulta de avaliação clínica visando um plano de tratamento e encaminhamento para sessões cognitivo-comportamentais individuais ou em grupo de tabagistas. No que se refere às modalidades de tratamento para a dependência química, o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mostrou um avanço considerável. Dentre as escolas de psicoterapia, a eficácia da TCC no tratamento da dependência química tem se mostrado importante uma vez que possui fundamentação teórica e técnicas consistentes para este problema (a dependência psicológica ao tabaco). O Programa de Cessação do Tabagismo consiste na combinação de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais com finalidade de informar ao fumante sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, assim como apoiar o paciente durante o processo de cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao comportamento de fumar (ABRAHÃO; FREITAS, 2009, MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013; BECK, 1963; BECK, 1964, BRASIL, 2011).

Membros da residência em saúde em área profissional podem vir a ser agentes de saúde capazes de contribuir em diversos programas de saúde promovidos pelo SUS. À medida que estes residentes vivenciam os problemas do cotidiano, utilizando o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, eles podem contribuir como agentes promotores de saúde contribuindo para os programas de Cessação do Hábito do Tabaco em grupos de combate ao tabagismo em Estratégias de Saúde da Família.

Neste contexto, este projeto realizou a aproximação e troca de conhecimentos da Residência Integrada em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio grande do Sul ao Programa de Cessação do Tabagismo. Em paralelo, o residente assumirá o importante papel na coleta de dados e informações que permitam investigar o perfil da população tabagista participante do grupo de combate ao tabagismo da Clínica de saúde da família José Mauro Cerrati Lopes. Por meios destas informações, o projeto se propõe a investigar a taxa de adesão e a cessação do hábito do tabaco apresentados por estes indivíduos ao longo do tempo quem que ocorre o programa. Estes dados poderão ampliar o conhecimento sobre o perfil dos participantes do programa de combate ao tabagismo que frequentam da Clínica de saúde da família José Mauro Cerrati Lopes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O TABACO: CONSTITUIÇÃO E EFEITOS DELETÉRIOS PARA A SAÚDE

A planta tabaco pertence à família das solanáceas e a *Nicotina tabacum* é a espécie mais utilizada para a produção do cigarro. Esta planta é nativa das américas tropical e subtropical, e é cultivada para fins comerciais em grande parte do mundo para a produção tanto de cigarros quanto charutos. O Brasil está consolidado como maior exportador de tabaco no mundo e terceiro maior produtor da cultura. Apesar de ser uma planta não alimentícia, sua produção tem grande relevância econômica em escala mundial, especialmente para o Brasil uma vez que quase 90% de sua produção está destinada à exportação e o mercado internacional (LANDONI, 1990; GUERRERO, 1995).

O cigarro é constituído por várias substâncias tóxicas e a concentração destes componentes deletérios variam conforme diversos fatores, que incluem o tipo de tabaco e solo utilizado no plantio, o clima, as doses e composição dos agrotóxicos empregados no durante o cultivo, o grau de amadurecimento da planta na hora da colheita, e o tratamento dado a planta após colheita (DELLA ROSA, 1981).

A combustão do tabaco produz gases e vapores dispersos; e em sua constituição estão o monóxido de carbono, o óxido de nitrogênio, amônia, aldeídos e nitrosaminas voláteis (também conhecidas como nitrilas), alcatrão, nicotina e água. Dentre todos estes componentes químicos, o alcatrão é o mais investigado devido suas propriedades citotóxicas. O alcatrão caracteriza-se por ser uma substância particulada que acaba sendo inalada quando o fumante traga o cigarro. Cada partícula de alcatrão é composta por uma enorme variedade de produtos químicos orgânicos e inorgânicos, e dentre eles se destacam os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, moléculas com alta carcinogenicidade. Além disso, o alcatrão também tem na sua constituição alguns tipos de íons metálicos, tais como chumbo, cádmio, níquel e arsênio. No organismo, estes metais concentram-se principalmente no fígado, rins e pulmões, tendo uma meia vida biológica de 10 a 30 anos (LARINI, 1999; KALCHER; KERN; PIETSCH, 1993). E por fim, outros compostos também podem aparecer na fumaça na forma de contaminantes, por exemplo, agrotóxicos utilizados durante o plantio (SALGADO, 1997).

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO

O tabagismo está apontado como uma causa evitável de doença e mortalidade prematura entre jovens e adultos no mundo. Estima-se que 100 milhões de pessoas faleceram devido ao consumo de tabaco somente no século XX. Em paralelo a este dado, 12% da mortalidade adulta mundial está relacionada ao hábito de fumar e, infelizmente, estudos epidemiológicos apontam que aproximadamente 10 milhões de mortes associadas ao tabaco venham a ocorrer até o ano de 2020 (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Estes dados apontam números alarmantes, e isto se deve ao fato de o tabaco ser uma droga lítica bem aceita pela sociedade. Exemplo disso é o fato de que muitas vezes o primeiro contato com o tabaco ocorre na própria família, seja por hábitos culturais ou mesmo na forma de diversão. O consumo do tabaco num ambiente familiar confere ao adolescente, por exemplo, uma falsa noção de que este ato não poderá acarretar maiores consequências para sua vida, seja física, mental e psicologicamente (SILVA *et al.*, 2011; MALCON; MENEZES, 2002).

Em paralelo a este contato com o tabaco em ambiente familiar, a dependência psicológica causada por esta droga associado ao estímulo constante nos meios de comunicação, fácil acesso e grande disponibilidade das drogas ilícitas, e a falta de fiscalização também se somam como fatores potencializadores e de risco para os usuários bem como na origem de novos indivíduos tabaco-dependentes (SILVA *et al.*, 2011; MALCON *et al.*, 2003).

É importante destacar que o consumo precoce do tabaco é um fator de extrema relevância no desenvolvimento de novos tabagistas, pois mais de 80% dos fumantes iniciam o consumo do tabaco antes dos 18 anos de idade. Além disso, este hábito persiste até a vida adulta. Assim, relação cigarro *versus* adolescência sempre causou preocupação ao Sistema de Saúde Pública e cientistas entre pesquisadores da área (DANTAS, 2013), pois, mesmo considerando todo o conhecimento científico existente sobre os prejuízos do tabagismo à saúde do organismo, milhares de jovens ainda se tornam dependentes (SILVA *et al.*, 2011).

Evidências epidemiológicas apontam uma relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, respiratórias e cânceres. Em relação a doenças coronarianas, as quais incluem infarto agudo do miocárdio, sabe-se que 45% dos óbitos ocorrem por uso do tabaco. Os números de óbito se elevam para 85% nos casos de doença pulmonar obstrutiva crônica, e 30% por câncer podem ser atribuídos ao consumo de derivados do tabaco (MATHERS; LONCAR, 2006; SHAFETY *et al.*, 2009; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1989)

Além disso, tabagismo passivo também deve ser considerado um problema de saúde pública. O indivíduo exposto a fumaça secundária e derivados do tabaco engloba 40% das

crianças, 35% das mulheres e 33% dos homens não fumantes. Agrava este quadro a estimativa de 603 mil mortes anuais, das quais 47% em mulheres, 28% em crianças e 26% em homens (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015; LIGHTWOOD *et al.*, 2000).

2.3 FATORES DE RISCO AO TABAGISMO

Idade, sexo, nível socioeconômico, hábito de fumar dos pais ou irmãos, dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais compreendem os principais fatores de risco apontados para o tabagismo. É importante ressaltar que a família se constitui como o primeiro ambiente social do indivíduo, portanto, responsável pela construção da sua personalidade. É no ambiente familiar que as crianças aprendem valores éticos, condutas, crenças e modos de ver o mundo, além de habilidades para o enfrentamento de situações futuras. Sendo assim, o hábito tabagista dos pais reflete drasticamente para o início do consumo pelos filhos especialmente quando estes atuam como modelos e referência de comportamento, (SILVA *et al.*, 2011; MALCON; MENEZES, 2002; MALCON *et al.*, 2003; PASQUALOTTO *et al.*, 2002). Estudos longitudinais sugerem também que o fato de conviver com fumantes no domicílio e o baixo nível de apoio social dificultam a cessação do tabagismo (HYMOWITZ *et al.*, 1997).

Além do ambiente familiar, a vulnerabilidade social também é fator de risco para o tabagismo. Este tende a se concentrar em populações que têm especial dificuldade em parar de fumar e que apresentam determinados fatores psicossociais, transtornos mentais, baixo apoio social, dependência a outras drogas e exposição crônica à violência (BLOSNIICH; HORN, 2011).

Em relação ao estresse psicológico resultante da exposição à violência, o tabaco atua como um agente potencialmente relaxante. Entretanto, o papel do estresse psicológico na redução da cessação de tabagismo não está plenamente estabelecido (STUEVE; O'DONNELL, 2007; TUCKER *et al.*, 2005).

2.4 A CARGA DO TABAGISMO NO BRASIL

Os custos relacionados ao tabaco em carga significativa para indivíduos e sistemas de saúde indicam que valores voltados a saúde atribuíveis a doenças relacionadas ao tabagismo chegam a meio trilhão de dólares ao ano globalmente, seja por perda de produtividade, doenças

e mortes prematuras (SHAFEY *et al.*, 2009). No Brasil, Monteiro e colaboradores concluíram que houve uma diminuição na prevalência de tabagismo, de 34,8% em 1989, 22,4% em 2003 e 18,5% para 2008 (MONTEIRO *et al.*, 2007).

Avanços no controle do tabaco no Brasil nas últimas décadas são positivos, mas observa-se que os custos são subestimados. Nesse cenário, o cálculo da carga de doenças relacionadas ao tabaco não é feito com frequência no país. (PINTO; UGÁ, 2010).

A carga do tabagismo em 2011 foi estimada por Pinto, Pichon-Riviere e Bardach (2015). Mortalidade, morbidade e custos da assistência médica das principais doenças tabaco-relacionadas foram investigadas. Os autores verificaram que o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, 2,69 milhões anos de vida perdidos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de câncer. O custo para o sistema de saúde foi de R\$ 23,37 bilhões. Em virtude do grande impacto do tabagismo para a saúde dos indivíduos e o custo causado no sistema de saúde, o monitoramento da carga do tabagismo é um importante estratégia para informar aos tomadores de decisão e fortalecer a política pública de saúde (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

2.5 SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil, as diversas experiências de organização e oferta da Atenção Primária no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família, adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país (PORTELA, 2017). Nesse contexto, a Política Nacional da Atenção Básica enfatiza que é de responsabilidade comum a todas as esferas de governo “[...] apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2012, p. 27).

Com base nos conceitos de Teixeira e Mishima (2000), a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família tem o compromisso tanto com as intervenções epidemiológicas e sanitárias quanto o comprometimento de elevar a qualidade de vida da população considerando o contexto biopsicossocial do ser humano. Portanto, a equipe presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade; considerando a perspectiva da família por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões (TEIXEIRA; MISHIMA, 2000).

2.6 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS GRUPOS COMO ABORDAGEM COLETIVA

Uma das modalidades de atuação dos profissionais de saúde no nível primário de atenção à saúde é por meio do trabalho coletivo, com ações de educação em saúde e atividade física (AQUINO *et al.*, 2009). Tal concepção visa ampliar o entendimento do usuário sobre suas carências de saúde, doença e contribuir para a mudança de hábitos de vida (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013). Segundo Fernandes e Loés (2003), quando o ser humano adoece e se vê repentinamente obrigado a modificar seus hábitos de vida, há que se trabalhar sentimentos, expectativas e, conseqüentemente, a segurança emocional. Eis a importância do trabalho com grupos que podem favorecer aos participantes algo muito além da representação física da doença: aprender a cuidar e cuidar-se (FERNANDES; LOÉS, 2003). O trabalho de grupos na Atenção Básica é uma alternativa para as práticas educativas. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de vida de cada pessoa (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O tabagismo é considerado problema de saúde pública e seu controle sistemático tem sido realizado desde 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) (BRASIL, 2011).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2003), o Programa Nacional de Controle do Tabagismo sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: a) o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; b) o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; c) um terceiro grupo onde se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não-fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; d) e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo, uma vez que se caracteriza por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das

peças e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011, n.p).

O formato do Programa de Cessação do Tabagismo consiste: i) o paciente passa por uma consulta de avaliação clínica visando um plano de tratamento; ii) em seguida, o paciente é encaminhado para sessões cognitivo-comportamentais individuais ou em grupo, estruturadas e desenvolvidas por profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

2.7 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

De acordo com TCC, os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida. Com base nisso, elas comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura. Em outros momentos, estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo (BECK, 1963; BECK, 1964).

No que se refere às modalidades de tratamento para a dependência química, nas últimas décadas houve um avanço considerável da TCC. Dentre as escolas de psicoterapia, a eficácia da TCC no tratamento da dependência química tem se mostrado importante, por possuir fundamentação teórica e técnicas consistentes para este problema (COOPER, 2012; SILVA; SERRA, 2004).

A TCC para a dependência química é feita a partir da conceituação, ou compreensão do caso de cada paciente (crenças e padrões de comportamento). O terapeuta deve ajudá-lo a ter uma mudança cognitiva, ou seja, modificação do pensamento e das crenças, para que assim ocorra uma mudança emocional e comportamental duradoura. Esta teoria foi adaptada a pacientes com diferentes, rendas, idades e níveis de educação. Também, é trabalhada de diversas formas como: grupos, casal, família ou de forma individual (BECK, 2013).

O TCC técnica terapêutica para cessar o tabagismo pode consistir na combinação de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. As suas finalidades são informar ao fumante sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, assim como apoiar o paciente durante o processo de cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos

associados aos comportamentos inerentes ao hábito de fumar (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000; BRASIL, 2001).

Vázquez e Becoña (1996) destacaram o papel das terapias cognitivo-comportamentais e o papel das terapias farmacológicas em termos de eficácia e de estabilidade. Em relação à eficácia, os resultados indicaram que as terapias cognitivo-comportamentais são eficazes mesmo sem o uso de medicamentos. Já os medicamentos, na ausência das terapias cognitivo-comportamentais (TCC) não se mostraram eficazes. Em termos de estabilidade, 48,9% dos que participaram do tratamento com TCC permaneceram sem fumar após seis anos, enquanto apenas 28,8% do grupo controle continuavam abstêmios (VÁZQUEZ; BECOÑA, 1996).

Como afirma Bastos (2010), a técnica de grupo operativo é um trabalho com grupos que tem por objetivo promover um processo de aprendizagem para todos os sujeitos envolvidos, em que aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. Os grupos operativos consistem em uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem (BASTOS, 2010).

2.8 A RESIDÊNCIA E A ATUAÇÃO EM SERVIÇO

No sentido de tornar o SUS uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho, algumas das estratégias implementadas incluíram: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, que passou a incentivar transformações nos processos de formação, com base na reorientação teórica, nos cenários de prática (integração docente-assistencial, diversificação dos cenários e articulação dos serviços assistenciais com o SUS) e na reorientação pedagógica (BRASIL, 2005).

Os princípios do SUS vêm sendo problematizados à luz da formação profissional, os quais exigem que os profissionais de saúde se tornem mais responsáveis pelos resultados das ações, uma vez que tais princípios supõem uma ampliação da “dimensão cuidadora” na prática profissional. A efetivação desses princípios compõe o desafio de implantação do SUS no Brasil, visto que implica a reordenação das práticas e dos serviços, conseqüentemente, a redefinição do modelo de atenção em saúde (BRASIL, 2001).

As Residências em Saúde em Área Profissional (RAP), nas modalidades Multiprofissional (RMS), Uniprofissional (RUS), ou, ainda, Integradas (RIS), se configuram como um convite para a formação dos profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde

(SUS) no Brasil. Nessa formação, não se pensa apenas no “ser profissional”, mas no “ser sujeito histórico”, cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados. Essa implicação deve ser facilitada por uma formação voltada para a transformação da realidade e para o enfrentamento dos dilemas e desafios colocados cotidianamente (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É nesse tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos, considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil, a taxa de adesão e o índice de cessação do hábito do tabaco no grupo de combate ao tabagismo da Clínica de Saúde da Família José Mauro Cerrati Lopes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar no grupo de combate ao tabagismo da Clínica de Saúde da Família José Mauro Cerrati Lopes:

- O perfil dos participantes conforme a idade, sexo, raça/cor, presença de comorbidades.
- A taxa de adesão, grau de dependência pelo score no teste de Fagerström, necessidade de medicação auxiliar ou não, frequência, compareceu abstinente ou não as sessões, e desistência dos indivíduos tabagistas participantes.
- Associação do sexo do indivíduo versus o grau de dependência obtido pelo Escore de Fagerström, associação da presença de comorbidades entre os participantes masculinos e femininos.
- O índice de cessação do hábito do tabaco apresentados pelos participantes.
- Associar os dados do E-SUS e tabela de monitoramento com a taxa de adesão e índice de cessação ao hábito do tabaco.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal descritivo.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes da SMSPA inclui-se na Gerência Distrital Sul Extremo-sul, localizada em área de grande vulnerabilidade social no bairro Restinga em Porto Alegre. É a primeira clínica de saúde da família de Porto Alegre, contém 6 equipes de saúde e diversos profissionais atuando na lógica da ESF. Em decorrência disso, e por ser o cenário de prática do residente/pesquisador, o estudo foi realizado com os dados coletados dos prontuários do E-SUS e tabela de monitoramento da unidade, a partir dos encontros realizados pelas edições dos grupos de combate ao tabagismo da Clínica de saúde da família José Mauro Ceratti Lopes da SMSPA.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo deste estudo foi composta por usuários da Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes da SMSPA que demonstram interesse no cessamento do hábito tabágico e que tenham participado do Grupo de Combate ao Tabagismo, no ano de 2018 e 2019/1. Estes usuários tiveram seu nome disposto em uma lista de espera ao qual foram chamados para participar do grupo de acordo com o número de vagas disponíveis. O grupo ocorreu com um intervalo de um mês cada edição e foram realizadas 6 edições no período. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2019, nos turnos de sexta-feira pela manhã. Contou com a participação de 22 sujeitos na pesquisa, uma vez que foi o número de participantes do grupo de combate ao tabagismo no ano de 2018 e 2019/1.

Este estudo quantitativo dispensa cálculo amostral uma vez que prevê um senso, pois seleciona especificamente os usuários que tenham comparecido pelo menos ao primeiro encontro do grupo de combate ao tabagismo, esta que é atividade coletiva de participação do residente/pesquisador na Clínica da Família José Mauro Ceratti Lopes da SMSPA.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os indivíduos incluídos nesta pesquisa foram participantes do Grupo de Combate ao Tabagismo Realizado na Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes da SMSPA no ano de 2018 e 2019/1, e que compareceram a pelo menos o primeiro encontro. Foram excluídos do estudo participantes que demonstraram interesse em participar do grupo, mas que não compareceram ao primeiro encontro.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelo residente/pesquisador através de uma tabela onde constaram dados disponíveis do paciente no sistema E-SUS, sistema este que integra informações dos usuários da Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes da SMSPA como forma de gerenciar as ações, atividades e consultas dos profissionais da clínica e tabela de monitoramento que é enviada periodicamente a SMSPA para acompanhamento das ações realizadas na unidade. Nesta tabela consta: Idade, sexo, raça/cor, comorbidade (sim/não), necessidade de medicação auxiliar no tratamento do combate ao tabagismo (sim/não), necessidade de uso de adesivo de nicotina (sim/não), grau de dependência pelo teste Fagerström, frequência no grupo, e cessação do hábito (Anexo 1).

O teste Fagerström mede o grau de dependência à nicotina de um indivíduo tabagista. Todo paciente deve ter aferido o seu grau de dependência à nicotina durante sua participação do grupo de combate ao tabagismo. Sabe-se que é a dependência da nicotina que mantém o vício e causa os sintomas de nas pessoas que tentam parar de fumar, fazendo com que 90% delas voltem a fumar dentro de um ano. Em suma, o teste consiste em seis perguntas que abordam: 1) o tempo em que se fuma o primeiro cigarro ao acordar; 2) dificuldade em deixar de fumar em ambientes proibidos; 3) que cigarro você sofreria em deixar de fumar; 4) quantos cigarros você fuma por dia; 5) em que período do dia você fuma mais e 6) se o paciente fuma estando doente ou não. Mais informações podem ser vistas no anexo 2 (questionário emitido pela BVS – Atenção Primária a Saúde).

4.6 ROTEIRO DE PESQUISA

- Momento 1: Seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

- Momento 2: Transposição dos dados relevantes no sistema E-SUS para a tabela do Excel.
- Momento 3: Análise estatística dos dados e interpretação dos resultados.
- Momento 4: Discussão e conclusão

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação dos resultados se deu pela descrição dos dados proveniente dos usuários participantes de pelo menos o primeiro encontro. Os dados serão expressos como média \pm desvio padrão da média. No tratamento estatístico foi aplicado os testes do qui-quadrado e teste t de student, para comparação entre as variáveis. O software utilizado foi SPSS13,0.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado após a apreciação e aprovação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia da UFRGS, conforme Resolução nº 510 de 2016.

O presente trabalho está amparado e respeita todas as responsabilidades éticas previstas pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº 510 de 2016. uma vez que a pesquisa prevê a dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido pois a identidade dos participantes do grupo de combate ao tabagismo estará preservada. Além disso a pesquisa não implicará em risco de divulgação de ordem nenhuma para os participantes da pesquisa.

Cabe salientar também que o estudo apresenta riscos mínimos aos usuários por se tratar de dados presentes no sistema usado pelos profissionais de saúde e por não apresentar nenhuma forma de identificação deste usuário. Todavia o risco de quebra de confidencialidade foi minimizado pela coleta de dados por parte de um único pesquisador com objetivo restritamente acadêmico. O presente estudo possui autorização pelo Coordenador da Atenção Básica em Saúde de Porto Alegre para a realização da Coleta de dados (Anexo II).

Os resultados do presente estudo serão encaminhados à coordenação da Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes e à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para apreciação.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIAL DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO GRUPO DE COMBATE AO TABAGISMO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A Tabela 1 mostra a análise dos dados do perfil demográfico, que indica que mais da metade da amostra investigada (12 pacientes) está na faixa etária entre 31 a 50 anos de idade (54,5%). Em seguida, observou-se um total de sete pacientes com idade acima de 51 anos, representando 31,8% da amostra. O menor grupo foi o público mais jovem avaliado uma vez que foram vistos 3 pacientes, representando 13,6% da amostra.

Em relação ao sexo, 18 participantes eram do sexo feminino, representando 81,8% da amostra. Além disso, a amostra majoritariamente branca uma vez que 63,6% dos participantes se autodeclararam brancos (14 participantes). Os participantes restantes se declararam negros e representam 34,6% da amostra (8 participantes). Finalmente, não houve participantes que se autodeclararam amarelo e indígena.

Tabela 1. Perfil demográfico da população participante do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes. Abreviações: número (N), não se aplica (na)

	FREQUÊNCIA PERCENTAGEM	
	(N)	(%)
IDADE		
19–30	3	13,6
31–50	12	54,5
> 51	7	31,8
SEXO		
FEMININO	18	81,8
MASCULINO	4	18,2
RAÇA/COR		
PRETO	8	34,6
BRANCO	14	63,6
AMARELO	na	na
INDÍGENA	na	na

Fonte: autor (2019).

5.2 PRESENÇA DE COMORBIDADES DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO GRUPO DE COMBATE AO TABAGISMO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A Tabela 2 mostra que 72,7% da amostra apresenta duas ou mais morbidades, correspondendo a 16 participantes. Em seguida, 13,6% da amostra apresentou uma doença e ausência de doença. Uma vez que esta população apresenta majoritariamente duas ou mais doenças, uma análise semi-quantitativa foi feita através de uma nuvem de palavras com as morbidades apresentadas pelos participantes. Pode-se observar na figura 1 que o tabagismo foi citado como a morbidade mais frequente na tabela do CID, seguido por hipertensão arterial, ansiedade, depressão e DBPOC.

elevada representa 59,1% da amostra, atingindo 13 participantes. Em paralelo, 40,9% da amostra apresentou grau muito elevado, atingindo 9 participantes.

Tabela 3. Grau de dependência ao tabaco da população participante do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família José Mauro Ceratti Lopes. Abreviações: número (N), não se aplica (na)

ESCORE DE FAGERSTÖM	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
	(N)	(%)
MUITO BAIXA (ESCORE DE 0-2)	na	na
BAIXA (ESCORE DE 3-4)	na	na
MÉDIA (ESCORE DE 5)	na	na
ELEVADA (ESCORE DE 6-7)	13	59,1%
MUITO ELEVADA (8-10)	9	40,9%

Fonte: autor (2019).

5.4 SITUAÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO DE COMBATE AO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA APRESENTADO EM CADA SESSÃO ESTRUTURADA

A Tabela 4 mostra a frequência e o hábito ao tabaco durante as quatro sessões estruturadas pelo programa de combate ao tabagismo. Na primeira sessão, verificamos que toda a amostra presente na sessão compareceu fumando (90,9% da amostra total, 20 pacientes). Observamos também uma elevação no número de participantes que não compareceram, onde a abstenção da primeira sessão que foi de 9,1% subiu para 45,5% na segunda sessão, 59,1% na terceira sessão e se manteve em 54,4% na quarta sessão.

Em paralelo, verificamos uma redução no número de indivíduos que compareceram fumando (90,9% primeira sessão; 40,9% segunda sessão; 31,8% terceira sessão; 27,3% quarta sessão). O grupo que compareceu abstinente apresentou um pequeno crescimento que se manteve constante ao longo das sessões, com pequenas variações. Na primeira sessão ninguém compareceu abstinente. No entanto, já na segunda sessão 3 participantes se declararam abstinente. Este número caiu para 2 participantes na sessão 3 e subiu para 4 participantes na sessão 4.

A Figura 2 mostra a adesão e evolução da frequência dos pacientes ao longo das 4 sessões programadas pelo grupo de combate ao tabagismo dividido em três populações: ausentes,

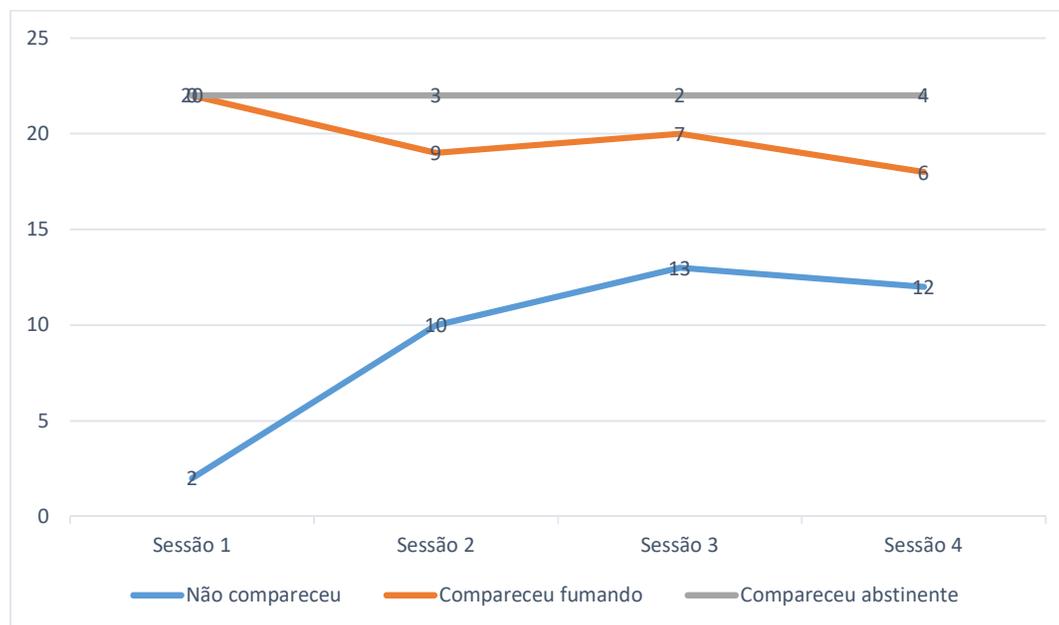
presentes fumando e presentes não fumando. A figura aponta o elevado abandono dos participantes ao longo das sessões do programa de combate ao tabagismo.

Tabela 4. Adesão e situação dos participantes do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família. Abreviações: número (N), não se aplica (na).

	1ª sessão		2ª sessão		3ª sessão		4ª sessão	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não compareceu			10	45,4	13	59,1	12	54,5
Compareceu fumando	20	90,9	9	40,9	7	31,8	6	27,3
Compareceu abstinente	na	na	3	13,6	2	9,1	4	18,2

Fonte: Autor (2019).

Figura 2. Adesão e situação dos participantes do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família

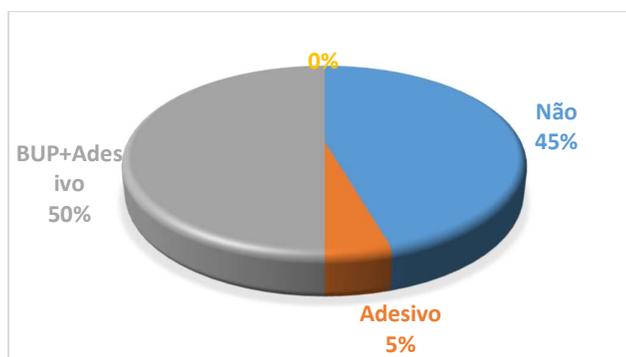


Fonte: autor (2019).

5.5 USO DE FÁRMACOS COMO FERRAMENTA AUXILIAR PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE TABACO ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A Figura 3 mostra que mais da metade da amostra (55%) fez uso de adesivo de nicotina na tentativa de cessar o hábito de tabaco. Em paralelo, observamos também um elevado índice para o uso de bupropiona associado ao adesivo, correspondendo a 50% dos participantes.

Figura 3. Uso de bupropiona (BUP) e adesivos de nicotina entre os participantes do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família

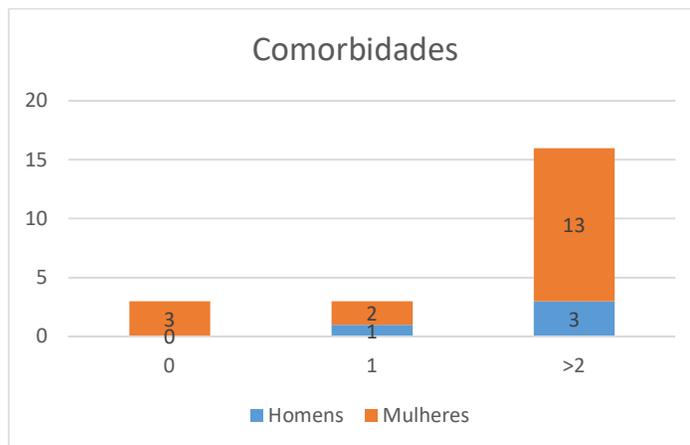


Fonte: autor (2019).

5.6 PRESENÇA DE COMORBIDADE ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A Figura 4 mostra a presença de comorbidades entre os participantes do presente projeto relacionando ao sexo do indivíduo. Os grupos foram divididos entre ausência de doença, presença de uma doença e presença de comorbidade que corresponde a duas ou mais doenças. A relação comorbidade versus sexo do indivíduo foi analisada pelo teste de Qui quadrado e diferenças significativas não foram encontradas nas comparações ($P=0.56$). Em suma, a maior parte da população é representada pela presença de 2 ou mais doenças, sendo composta 81,25% por indivíduos do sexo feminino.

Figura 4. Presença de comorbidade entre os participantes do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família

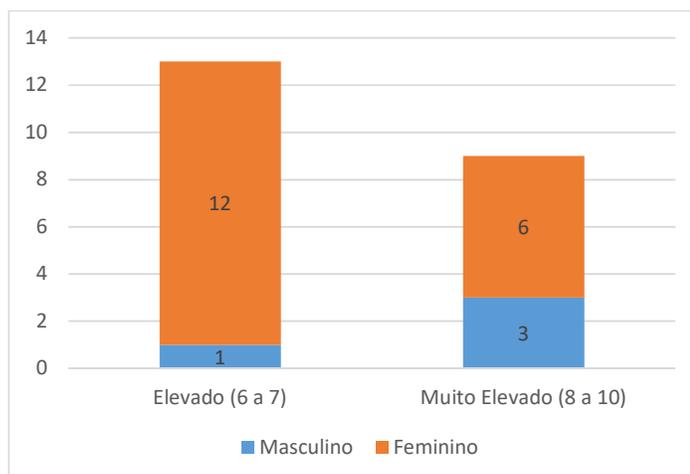


Fonte: autor (2019).

5.7 ASSOCIAÇÃO DO SEXO DO INDIVÍDUO VERSUS O GRAU DE DEPENDÊNCIA OBTIDO PELO ESCORE DE FAGERSTRÖM ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Figura 5 mostra a o grau de dependência ao tabaco em indivíduos do sexo masculino e feminino no escore dos grupos elevado (nota do escore está entre 6 a 7) e muito elevado (nota do escore entre 8 a 10). Observou-se uma maior amostra para o grupo “elevado” totalizando 13 indivíduos, em relação ao grupo “muito elevado” totalizando 9 indivíduos. As mulheres representam a maioria na amostra, correspondendo 92,3% do grupo elevado e 66,66% do grupo muito elevado. A análise obtida pelo teste Qui quadrado não mostrou diferenças significativas entre o grau de dependência e o sexo dos indivíduos ($P=0.07$).

Figura 5. Relação do sexo masculino e feminino versus o grau de dependência ao tabaco obtido pela escala de Fagerström entre os participantes do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família.

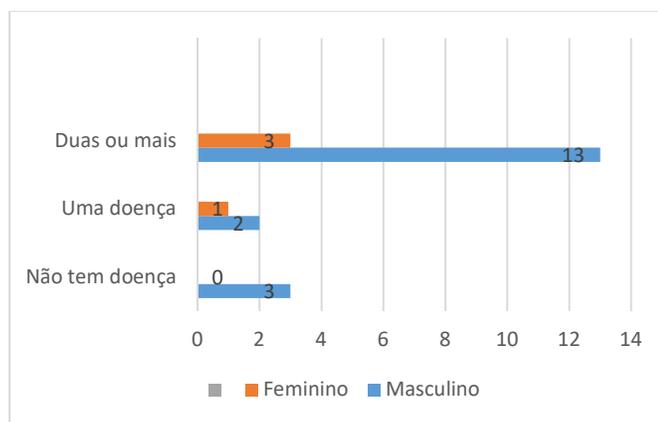


Fonte: autor (2019).

5.8 PRESENÇA DE COMORBIDADES ENTRE OS PARTICIPANTES MASCULINOS E FEMININOS DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Figura 6 mostra o número de homens e mulheres acometidos por comorbidades. Pode-se observar que 72,22% da população feminina e 75% da população masculina apresentaram duas ou mais doenças. A análise obtida pelo teste Qui quadrado não mostrou diferenças significativas entre a presença de comorbidade e o sexo dos indivíduos ($P=0.56$).

Figura 6. Relação do sexo masculino e feminino versus a presença de comorbidades entre os participantes do grupo de combate ao tabagismo na Clínica de Saúde da Família.

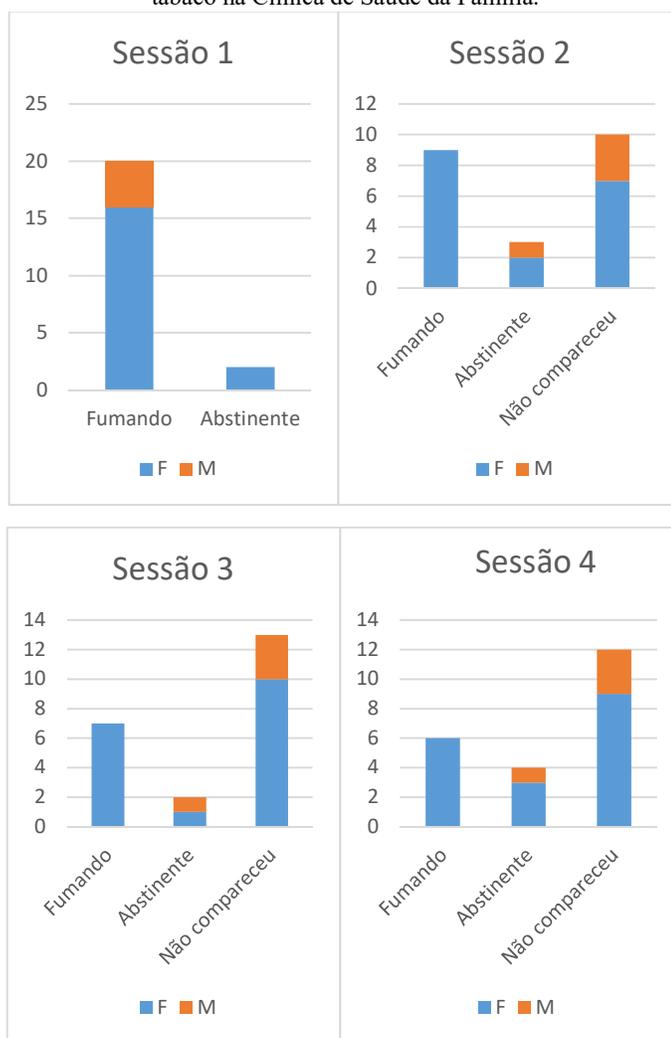


Fonte: autor (2019).

5.9 SITUAÇÃO DOS PARTICIPANTES MASCULINOS E FEMININOS EM CADA SESSÃO ESTRUTURADA DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Figura 7 mostra a situação dos participantes masculinos e femininos em cada sessão estruturada. A análise obtida pelo teste Qui quadrado não mostrou diferenças significativas entre a situação do hábito do tabaco versus gênero ($P=0.40$ para primeira sessão; $P=0.18$ para segunda sessão; $P=0.20$ para terceira sessão; $P=0.40$ para a quarta sessão).

Figura 7. Situação dos participantes masculinos e femininos em cada sessão estruturada do grupo de combate ao tabaco na Clínica de Saúde da Família.

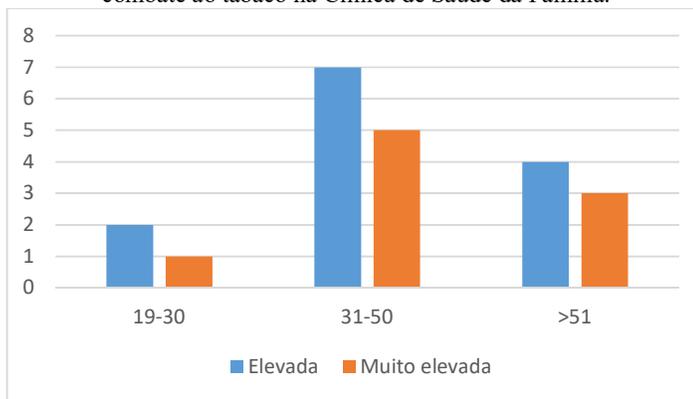


Fonte: autor (2019).

5.10 GRAU DE DEPENDÊNCIA OBTIDO PELO ESCORE DE FAGERSTRÖM EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Figura 8 mostra o grau de dependência em diferentes faixas etárias dos participantes. A análise obtida pelo teste Qui quadrado não mostrou diferenças significativas entre o grau de dependência versus faixa etária ($P=0.90$).

Figura 8. Grau de dependência obtido pelo escore de Fagerström em diferentes faixas etárias do grupo de combate ao tabaco na Clínica de Saúde da Família.

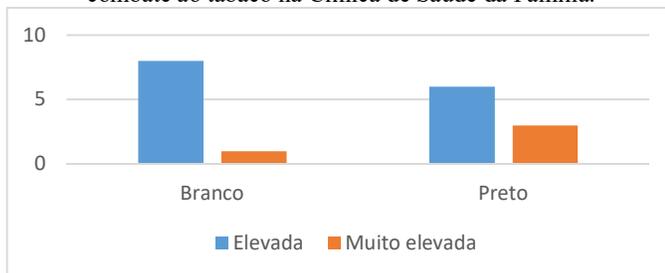


Fonte: autor (2019).

5.11 GRAU DE DEPENDÊNCIA OBTIDO PELO ESCORE DE FAGERSTRÖM EM DIFERENTES RAÇAS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMBATE AO TABACO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Figura 9 mostra o grau de dependência em diferentes raças dos participantes do grupo de combate ao tabaco. A análise obtida pelo teste Qui quadrado não mostrou diferenças significativas entre o grau de dependência versus raça ($P=0.80$).

Figura 9. Grau de dependência obtido pelo escore de Fagerström em diferentes raças participantes do grupo de combate ao tabaco na Clínica de Saúde da Família.



Fonte: autor (2019).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo verificou o perfil, a taxa de adesão e o índice de cessação do hábito do tabaco no grupo de combate ao tabagismo da Clínica de Saúde da Família José Mauro Cerrati Lopes. Através de uma coleta de dados, foi traçado o perfil social, presença de comorbidades, grau de dependência e uso de fármacos como ferramenta auxiliar para a cessação do tabagismo. Em paralelo, realizou-se também uma análise da possível associação entre raça e sexo dos participantes com o grau de dependência e adesão nas sessões estruturadas.

O perfil social da população participante deste estudo mostrou uma predominante amostra constituída de indivíduos do sexo feminino, de raça branca e faixa etária entre 31 a 50 anos. Curiosamente, esses dados estão de acordo com a faixa etária dos fumantes no Brasil uma vez que dados publicados pelo INCA no ano de 2004 apontaram um intervalo de 20 a 49 anos. Em contrapartida, neste mesmo estudo, relatou-se que o sexo predominante dos tabagistas no Brasil são homens, mas destacou uma crescente adesão do hábito de fumar pelas mulheres (BRASIL, 2004).

Com relação a variável sexo, sabe-se que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto. Um outro ponto relevante é o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde (VERBRUGGE, 1989). Estes fatores podem estar associados a maior participação de mulheres no grupo de combate ao tabagismo. Além disso, a maior prevalência de indivíduos de raça branca está vinculada a questões de difícil acessibilidade da população negra aos serviços de saúde em geral (BRASIL, 2006).

O alcance igualitário à saúde como bem social independente da raça/cor ou sexo ainda não é uma realidade no Brasil. Um estudo feito por Nascimento e Ferreira apontou maiores dificuldades de acesso da população negra ao cuidado quando comparadas com não-negras, mesmo quando realizados em populações de semelhante nível de renda pessoal ou familiar (NASCIMENTO; FERREIRA, 2001). Conforme abordado por Nascimento e Ferreira, esta justificativa pode explicar o baixo número de indivíduos de raça negra no grupo de combate ao tabagismo.

Outro fator curioso visto em nossos dados foi a baixa participação de jovens. Tal fato pode ser correlacionado ao aspecto de que o jovem tem mais acesso a informação em amplos aspectos, o que inclui dados sobre o impacto do hábito tabagista para a sua saúde (WAYNE;

CONNOLLY, 2002). Outro ponto a ser visto é que com o aumento da idade, há uma tendência ao aumento da dependência ao tabaco. Isto porque é o maior tempo de exposição do organismo à nicotina, aumento então a dependência do indivíduo (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010). Sendo assim, adolescentes e adultos jovens teriam menor tempo de exposição ao tabaco, e menos cronicidade no processo de dependência.

Uma vez que jovens adultos constituem uma menor população tabagista, a indústria tabagista tem desenvolvido ferramentas para atingir com maior êxito essa população. A propaganda do cigarro vem aperfeiçoando alternativas de cativar o jovem criando novas modalidades e dispositivos de se consumir o tabaco. De fato, crianças e adolescentes comumente relatam não gostar do sabor do cigarro e da tosse ocasionada por ele. A partir disso, cigarros com sabor tornam o hábito de fumar mais palatável. Conforme apontado por Wayne e Connolly (2002), o trabalho com aromatizantes desenvolvidos pela indústria fumageira são indubitavelmente um dos mais excitantes e promissores flavorizantes desenvolvidos durante os últimos anos, com apelo significativo voltado para o grupo de fumantes entre 18-24 anos (WAYNE; CONNOLLY, 2002).

A presença de comorbidades atingiu 72,7% da amostra investigada. Dentre as doenças citadas, as mais frequentes foram a hipertensão arterial, ansiedade, depressão e DBPOC. Curiosamente, estas doenças também foram citadas previamente pelo novo plano estratégico da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2019). Hipertensão arterial, ansiedade, depressão e DBPOC fazem parte do grupo das doenças crônicas não contagiosas e constituem as 10 grandes ameaças à saúde mundial. A incidência dessas enfermidades crônicas é altíssima, sendo responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo e 41 milhões de vítimas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018). Em paralelo aos nossos achados, Karen *et al.* (2012) também verificaram índices semelhantes ao de nosso estudo, onde 70% dos fumantes atendidos em um centro de referência de apoio à cessação do tabagismo possuem comorbidades físicas, sendo, na maioria das vezes, conduzidos ao serviço a partir de encaminhamentos médicos (KAREN *et al.*, 2012). É importante destacar que o tabagismo está relatado como o principal fator causal para pelo menos 80% das mortes causadas pela DPOC, pelas doenças cardiovasculares e de morte precoce; e por aproximadamente 30% de todas as mortes por câncer (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008). Tais fatos mostram a importância de se combater o hábito tabagista, uma vez que o cigarro leva a uma piora no quadro clínico dos pacientes portadores das patologias acima citadas.

O grau de dependência ao tabagismo apresentado pelos participantes deste estudo mostrou que 100% da amostra se enquadram nos grupos de dependência considerados elevado e muito elevado. Em paralelo a esta informação preocupante, destaca-se também a baixa adesão dos participantes nas sessões estruturadas, onde a abstenção da primeira sessão que foi de 9,1% subiu para 45,5% na segunda sessão, 59,1% na terceira sessão e se manteve em 54,4% na quarta sessão. Conforme relatado por Malbergier e Oliveira Júnior (2005), os tabagistas geralmente apresentaram grau elevado e muito elevado de dependência da nicotina, e estão de acordo com os valores encontrados neste estudo. A identificação dos pacientes pertencentes ao grupo de elevada dependência nicotínica é o objetivo principal da aplicação do teste de Fagerström, já que é provável que nesse grupo haja maior ocorrência e/ou gravidade da síndrome de abstinência, maior necessidade do tratamento de substituição e maior dificuldade de manter a abstinência em longo prazo. Os fumantes com elevada dependência, além da abordagem cognitivo-comportamental, necessitam de terapia mais intensa, inclusive farmacológica, para lograr êxito no abandono do tabagismo (MALBERGIER; OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Em relação a baixa adesão mostrada pelos participantes, Karen e colaboradores (2012) ressaltam que a procura por apoio especializado só ocorre após várias tentativas frustradas feitas solitariamente, ficando o suporte ambulatorial e profissional como última opção. Uma vez que a adesão ao programa se traduz pelo número de encontros que cada usuário frequentou, nossos dados apontam uma preocupação vigente com a elevada abstenção apresentada pela amostra. Tal fato pode implicar numa elevada taxa de insucesso no combate ao tabagismo uma vez que Karen e colaboradores (2012) ressaltam uma associação significativa entre a taxa de sucesso em deixar de fumar com a adesão ao programa de combate. Neste âmbito, uma maior adesão ao programa pode ser um fator preditivo na cessação do tabagismo (KOCK *et al.*, 2018).

É importante destacar que o grupo terapêutico da abordagem ao fumante é um tratamento que acontece sob a coordenação e acompanhamento de profissionais capacitados, sendo requisito essencial à presença do fumante nos encontros. O foco principal do tratamento não é o apoio medicamentoso, mas a mudança de hábitos, de estilo de vida e a mudança de comportamento sendo a segunda sessão é o período que mais acontece desistência (DAROLT, 2012). De fato, verificamos uma redução acentuada na adesão dos participantes já na segunda sessão.

Como visto anteriormente, o foco principal no combate ao tabagismo está voltado a uma mudança nos hábitos de vida e mudança de comportamento. Embora o apoio medicamentoso não seja o ponto chave do programa, muitos usuários recorrem ao uso de fármacos como

ferramenta auxiliar para a cessação do hábito de tabaco. Segundo Balbani e Montovani (2005) o uso combinado de TRN (adesivo) e bupropiona praticamente dobra a taxa de sucesso no abandono do fumo. Nossos dados mostram que mais da metade da amostra investigada fez uso de adesivo de nicotina na tentativa de cessar o hábito de tabaco. Em paralelo, observamos também um elevado índice para o uso de bupropiona associado ao adesivo, correspondendo a 50% dos participantes. Jorenby *et al.* (1999) conduziram um estudo prospectivo duplo-cego controlado com placebo para comparar o efeito da bupropiona, do adesivo de nicotina, da associação de bupropiona e adesivo de nicotina ao efeito e placebo. Os autores concluem que a bupropiona de liberação prolongada, isolada ou associada ao adesivo de nicotina, resultou em taxas de abstinência de longo prazo significativamente mais elevadas que o adesivo de nicotina isolado ou o placebo. Embora as taxas de abstinência tenham sido mais altas para a associação de bupropiona e adesivo de nicotina do que para a bupropiona isolada, a diferença não foi estatisticamente significativa.

A presença de comorbidades entre os participantes do presente estudo foi relacionada ao sexo do indivíduo. Diferenças significativas não foram encontradas nas comparações, mas a maior parte da população é representada pela presença de duas ou mais doenças, sendo composta 81,25% por indivíduos do sexo feminino. Este fato pode estar relacionado à maior preocupação das mulheres com sua saúde, favorecendo maior acesso ao diagnóstico das doenças (TAVARES, 2007). Além disso, transtornos de ansiedade e a depressão, patologias frequentemente associadas ao tabagismo, são mais prevalentes entre as mulheres, considerando, então, que os transtornos de ansiedade e os de humor são comumente encontrados em associação com a dependência de tabaco (WILHELM *et al.*, 2003).

Associação do sexo do indivíduo com o grau de dependência obtido pelo Escore de Fagerström não mostrou diferenças significativas entre o grau de dependência e o sexo dos indivíduos. No entanto, observou-se uma amostra majoritariamente formada por mulheres para ambos os grupos “elevados” e “muito elevados”. Muitas variáveis podem estar associadas ao fato das mulheres serem predominantes nos graus de dependência investigados, e o estresse pode ser uma delas. Mulheres comumente levam uma dupla jornada de trabalho, sofrem com a desigualdade de oportunidades tanto na conquista de trabalho quanto nos valores salariais. Em adição, pode-se destacar a violência doméstica ou mesmo por questões estéticas impostas pelos padrões de beleza vigentes na sociedade atual. Tais pontos podem levar à iniciação do fumar e reforçar a manutenção do uso do cigarro (CHOLLAT-TRAQUET, 1992).

Neste contexto, o gênero feminino é o alvo principal da propaganda, tanto por explorar os espaços nos quais a mulher se insere e exerce seus múltiplos papéis sociais, quanto pelas características da dependência da mulher, associando-se aos comportamentos e a um padrão próprio de respostas às situações de enfrentamento de crises e pelas demandas sociais e biológicas. A soma destas variáveis multifatoriais pode culminar uma maior dependência ao hábito tabagista, uma vez que o cigarro atua como um agente potencialmente relaxante, reduzindo sintomas de ansiedade e tensão (STUEVE; O'DONNELL, 2007; TUCKER *et al.*, 2005).

É importante ressaltar um estudo feito por Halty *et al.* (2002), que conduziu um trabalho utilizando o Questionário de Fagerström para medida da dependência nicotínica com 301 fumantes. Nesta investigação, os autores não encontraram diferença entre homens e mulheres com relação ao grau de dependência nicotínica. Mesmo respondendo da mesma forma a dependência a nicotina, os fatores socioeconômicos os quais as mulheres estão mais expostas que os homens podem ser preponderantes como agravante na dependência ao hábito tabagista. De fato, mundialmente, mulheres apresentam maior dificuldade para parar de fumar (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011). Morano (2002) apontou também que mulheres tem mais recaídas do que os homens e hipotetiza que uma das causas pode ser, além do ganho de peso, a ansiedade, que, em grande parte das vezes, ocorre na síndrome de abstinência da nicotina (MORANO, 2002).

A presença de comorbidades dos participantes masculinos mostrou que 72,22% da população feminina e 75% da população masculina apresentaram duas ou mais doenças. Não foi verificadas possíveis associações entre a situação do hábito do tabaco versus gênero para as sessões estruturadas, entre o grau de dependência obtido pelo escore de Fagerström e as faixas etárias e raça. Conforme discutido anteriormente, com o aumento da idade, há uma tendência ao aumento da dependência ao tabaco devido ao maior tempo de exposição do organismo à nicotina (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010). Neste âmbito, os a faixa etária com maior dependência foi de indivíduos de 31-50, contextualizando o maior número de indivíduos do grupo investigado. E por fim, no estudo realizado por Echer *et al.* (2011) não foram encontradas associações entre raça/cor e a dependência do tabagismo.

7 CONCLUSÃO

O grupo de combate ao tabagismo realizado pela Clínica de Saúde da Família José Mauro Cerrati Lopes foi construído como uma ferramenta de ação coletiva com a intenção de auxiliar fumantes daquele território da Restinga/Porto Alegre-RS a cessação do hábito do tabaco. Este trabalho foi realizado para expressar o perfil desse público na tentativa de melhor adequar os encontros programáticos futuros.

Ao avaliar o perfil dos usuários participantes se identificou que o grupo foi majoritariamente expresso por mulheres autodeclaradas brancas com idade entre 31 e 50 anos com duas ou mais comorbidades dentre elas hipertensão, ansiedade, depressão, DBPOC. Com dependencia elevada do hábito do tabaco. Houve grande absenteísmo a partir do segundo encontro o que gerou no resultado final um grupo muito pequeno de abstinentes do hábito do tabaco sendo quatro o valor global de abstinentes em todas as sessões do grupo, ao mesmo tempo que o numero de participantes era no total de apenas 22.

O grupo se demonstrou muito interessado ao inicio do processo porém ao logo do curso muitos ficavam desmotivados ao saber que a cessação deveria contar impreterivelmente com a sua dedicação e esforço ao deixar de fumar e se frustravam com as informações que indicavam sua decisão tanto ao dia de parar de fumar quanto ao saber que mesmo com os encontros e as medicações eles sentiriam vontade de fumar, pois a crença maior era que a medicação auxiliar e a terapia de substituição seria o suficiente, de qualquer forma foi indicado o uso de medicação e adesivo em metade do grupo sendo que três usuários pararam com adesivo + bupropiona e um deles apenas adesivo. Um aspecto importante a ser destacado é a falta de continuidade de encontros programáticos ao longo do tempo seja de forma coletiva ou individual deste paciente que não tem uma rotina de retornos estabelecida para controle na tentativa de longitudinalidade da ação, apenas o convite para que retorne em uma nova edição o que aconteceu apenas com um dos usuários.

Seria interessante criar um grupo menos engessado aos protocolos de encontros do Ministério da Saúde e que leve em consideração as competências culturais deste território este que é um dos atributos da atenção primária, seria um caminho qualificador do trabalho para um grupo de abstinentes maior e de absenteísmo menor.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 3, p. 436–441, 2009.

ACHUTTI, A. C. **Reunião para o controle do hábito de fumar para os países do Cone Sul e Brasil**. OPS, Buenos Aires, 18–22 de nov. 1985.

AQUINO, C. F. de. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 271–279, abr./jun. 2009.

ARAÚJO, A. *et al.* Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher — razões para abordagem específica de gênero. *In*: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP, Saúde, 2006. p. 107–128.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para o abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v. 71, n. 6, p. 820–827, nov./dez. 2005.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160–160, jan./dez. 2010.

BECK, A. T. Thinking and Depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of General Psychiatry**, v. 9, p. 324–333, 1963.

BECK, A. T. Thinking and Depression II: Theory and Therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 10, p. 561–571, 1964.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva Comportamental: Teoria e Prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância — CONPREV. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco**. Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/tabagismo/eguimento/tratamento_consensopdf. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília (DF): SGETES, 2005a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF): SGETES, 2005b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Pró-Saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, 22 out. 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva — INCA. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina.** Divisão de Controle do Tabagismo/Coordenação de Ações Estratégicas. 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/doc/dcnt/2014_diretrizes_inca_terapia_nicotina.pdf. Acesso em: 2 out. 2019.

BLOSNICH, J. R.; HORN, K. Associations of discrimination and violence with smoking among emerging adults: differences by gender and sexual orientation. **Nicotine Tob Res.**, v. 13, n. 12, p. 1284–1295, dec. 2011. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr183>

CARVALHO, A. B. de.; NEPOMUCENO, L. B. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **S A N A R E**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 31–37, jul./dez. 2008.

CARVALHO, A. A. de.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. M. L. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. **J Bras. Pneumol.**, v. 36, n. 3, p. 339–346, jun. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000300012>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Cigarette smoking among adults — United States, 2007. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** 2008;57(45):1221-6. *Erratum in:* **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** 2008;57(47):1281.

CHOLLAT-TRAQUET, C. M. Porqué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. *In: Mujer y Tabaco*. Geneva: WHO, p. 57–73, 1992.

COOPER, L. Combined motivational interviewing and cognitive-behavioral therapy with older adult drug and alcohol abusers. *Health & Social Work*, v. 37, n. 3, 173–179, Aug. 2012.

DANTAS, D. R. G. **Estudo sobre a prevalência do tabagismo entre adolescentes no Brasil**. Orientador: Prof. Dr. Adelmir de Souza Machado, Prof. Dr. Adelmo de Souza Machado Neto. 2013. 121 p. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde) — Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal de Campina Grande, Centro Ciências Biológicas e da Saúde, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13104>. Acesso em: 10 out. 2019.

DAROLT, S. D. **Efetividade do programa nacional de controle do tabagismo em um município da região Sul de Santa Catarina**. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense — UNESC, 2012.

DELLA ROSA, H. V. Importância do controle biológico na prevenção de intoxicações. *Revista da Saúde Ocupacional*, v. 16, p. 51–52, 1981.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of the surgeon general**. Rockville: Office on Smoking and Health, 1989.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline**. Rockville: Department of Health and Human Services, 2000.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221–227, abr./jun. 2009.

ECHER, I. C. *et al.* Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 152–159, jan./mar. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100018>

FERNANDES, M. T. O.; LOÉS, R. R. **O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos**. 2003. 40 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) — Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

GUERRERO, R. C. **El cultivo del Tabaco**. São José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1995. 180p.

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. 180–186, jul./ago. 2002.

HYMOWITZ, N. *et al.* Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. **Tobacco Control**, 1997;6 (Suppl 2):S57–62.

INDA, N. Género masculino, número singular. *In:* BURIN, M.; BLEICHMAR, E. D. (comps.). pp. 212–240. **Gênero, psicoanálisis, subjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 1996.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 39 p. 4ª ed. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>. Acesso em: 5 out. 2019.

JOENBY, D. E. *et al.* A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. **New England Journal of Medicine**, v. 340, p. 685–691, mar. 1999.

KALCHER, K.; KERN, W.; PIETSCH, R. Cadmiun and lead in the smoke of a filter cigarette. **Sci Total Environ**, v. 128, n. 1, p. 21–35, jan. 1993.

KAREN, S. K. K. *et al.* Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Rev Medicina**, v. 45, n. 3, p. 337–342, 2012. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v45i3p337-342>

KOCK, K. de S. *et al.* Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2018. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1562](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1562)

LANDONI, J. H. **Nicotiana tabacum L.** Córdoba: International Programme on Chemical Safety, 1990.

LARINI, L. **Toxicologia dos Praguicidas**. Ed. 1. 230 p. São Paulo: Manole, 1999.

LIGHTWOOD, J. *et al.* Estimating the costs of tobacco use. *In:* JHA, P.; CHALOUPIKA, F. **Tobacco control in developing countries**. p. 63–99. Oxford: Oxford University Press, 2000.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JÚNIOR, H. P. da. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 32, n. 5, p. 276–282, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000500005>

MALCON, M. C. *et al.* Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 13, n. 4, p. 222–228, 2003.

MALCON, M.; MENEZES, A. M. B. Tabagismo na adolescência. **Pediatria**, v. 24, n. 3/4, p. 81–82, 2002.

MANOEL, M. F.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 3, p. 403–408, set. 2013.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Med.**, v. 3, n. 11, e422, nov. 2006.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989–2003). **Bull World Health Organization**, v. 85, n. 7, p. 527–534, jul. 2007.

MORANO, J. P. Science of women and addiction. *In:* MORANO, J. P. **A primer on women and tobacco: the leading american epidemic.** p. 12–20. Reston: American Medical Student Association, 2002.

NASCIMENTO, E. R.; FERREIRA, S. L. Desigualdades raciais no acesso à assistência em saúde: um estudo comparativo entre mulheres. *In:* **Resumos de la 2ª Jornada Australes Interdisciplinares Mujer y Desarrollo: Constuyendo el Derecho a la Igualdad.** p. 13–15, set. 2001. Valdivia: Universidade Austral de Chile, 2001.

NUNES, S. O. B.; CASTRO, M. R. P.; CASTRO, M. S. A. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento** [Internet]. p. 17–38. Londrina: EDUEL, 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Youth and tobacco in the region of the Americas: Results from the Global Youth Tobacco Survey (2010–2017).** 2018. Washington, D.C.: PAHO.

PASQUALOTTO, A. C. *et al.* Relação entre o adolescente e o tabaco: estudo de fatores sócio demográficos de escolares em Santa Maria, RS. **Pediatria**, v. 24, n. 1/2, p. 11–16, 2002.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, jun. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192013>

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1234–1245, 2010.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600016>

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, p. 255–276, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não farmacológicos para o tabagismo. **Revista Psiquiátrica**, v. 32, n. 5, set./out. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000500004>

SALGADO, P. E. T. **Fundamentos de toxicologia.** São Paulo: Atheneu, 1997.

SHAFHEY, O. *et al.* **The tobacco atlas.** 3rd Ed. Atlanta: American Cancer Society, 2009.

SILVA, C. J. da.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência Química. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 33–39, 2004.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>

SILVA, J. P. L. da. *et al.* Influência dos determinantes sociais do tabagismo na adolescência. **Revista Saúde & Ciência**, v. 2, n. 1, ed. 3, p. 67–74, 2011.

STUEVE, A.; O'DONNELL, L. Continued smoking and smoking cessation among urban young adult women: findings from the Reach for Health longitudinal study. **Am J Public Health**, v. 97, n. 8, p. 1408–1411, aug. 2007.

TAVARES, D. M. dos S. *et al.* Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1341–1352, set./out. 2007.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500032>

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. 3, p. 386–400, 2000.

TUCKER, J. S. *et al.* Predictors of attempted quitting and cessation among young adult smokers. **Prev Med**, v. 41, n. 2, p. 554–561, aug. 2005.

VÁZQUEZ, F. L.; BECOÑA, E. **Los programas conductuales para dejar de fumar**. 1996. Eficacia a los 2–6 años de seguimiento. p. 369–392.

VERBRUGGE, L. M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 30, n. 3, p. 282–304, sep. 1989.

WAYNE, G. F.; CONNOLLY, G. N. How Cigarette Design Can Affect Youth Initiation into Smoking: Camel Cigarettes 1983–93. **Tobacco Control**, v. 11, n. 1, p.32–39, 2002.

Disponível em:

https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/11/suppl_1/i32.full.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

WILHELM, K. *et al.* Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. **J Affect Disord**, v. 75, n. 2, p. 155–162, 2003.

ANEXO A — Tabela para coleta de dados

Perfil dos Participantes do Grupo de Combate ao Tabagismo

Informações	Participante
Idade	
Raça/Cor	
Escolaridade	
Sexo	
Comorbidades	
Origem	
Medicação associada (bupropiona)	
Adesivo de nicotina	
Grau de dependência pelo Fagerstöm	
Frequência no grupo	
Cessaçã do hábito	
<hr/> <hr/>	
Total de participantes	

Fonte: E-SUS, SMSPA.

ANEXO B — Teste de Fagerström

**BVS Atenção Primária em Saúde**

Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde

Teste de Fagerström

Descrição:

Mede o grau de dependência à nicotina. Todo paciente deve ter aferido o seu grau de dependência à nicotina. É a dependência da nicotina que mantém o vício e causa os sintomas de nas pessoas que tentam parar de fumar, fazendo com que 90% delas voltem a fumar dentro de um ano.

Uso

Avaliação e manejo do tabagismo, prevenção de doenças associadas ao hábito de fumar.

Perguntas

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
 - Dentro de 5 minutos
 - 6-30 minutos
 - 31-60 minutos
 - Depois de 60 minutos
2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, etc.)
 - Sim
 - Não
3. Que cigarro você mais sofreria em deixar?
 - O primeiro da manhã
 - Qualquer um
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - 31 ou mais
 - 21-30
 - 11-20

- 10 ou menos
5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?
- Sim
 - Não
6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia?
- Sim
 - Não

Resultado: (0)

Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

Público-alvo

Médicos e enfermeiros.

Área

Saúde do adulto

Referências:

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

Stefani, Stephen Doral. Clínica Médica: consulta rápida/ organizadores Stephen Doral Stefani, Elvino Barros. - 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICE A — Termo de autorização da SMSPA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
 ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, **Thiago Frank**, matrícula **592629.2**.

- Diretoria Geral da Atenção Primária em Saúde
- Diretoria Geral da Rede de Urgências e Emergências
- Diretoria Geral de Vigilância em Saúde (DGGVS)
- Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- Outra área/secretaria: _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado: **ANÁLISE DO PERFIL, TAXA DE ADESÃO E CESSAÇÃO DO HÁBITO DO TABACO NO GRUPO DE COMBATE AO TABAGISMO DA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ MAURO CERRATI LOPES**, tendo como Pesquisador Responsável **Aline Blaya Martins de Santa Helena**. Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 22 / 07/ 2019.

Thiago Frank
 Matrícula-592629.2
 CRMES 30854
 Coordenador de Atenção Primária
 GMS - 0504



Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumprdas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
 ☎ 3289.6517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

APÊNDICE B — Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados do
Pesquisador responsável



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa:
Análise do Perfil, Taxa de Adesão e cessação do Hábito do Tabaco no grupo de Combate ao Tabagismo da Clínica de Saúde da Família José Mauro Cerrati Lopes

Pesquisador (a) Responsável: Profa. Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Telefone e e-mail de contato: 51- 993550933 / alineblaya@hotmail.com

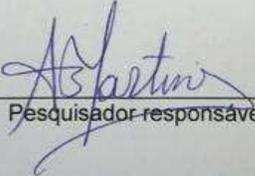
Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, 27/08/19.



Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – CEP SMSPA

APÊNDICE C — Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados do
Pesquisador Colaborador



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa:
Análise do Perfil, Taxa de Adesão e cessação do Hábito do Tabaco
No grupo de Combate ao tabagismo da Clínica de saúde da família
Jose Mauro Cerretti Lopes

Pesquisador (a) Responsável: OSMER JOJI DA SILVA JUNIOR (colaborador)

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Telefone e e-mail de contato: 51-984203411 / osmer.odonto@hotmail.com

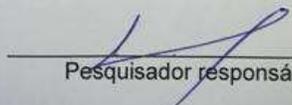
Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, 27.1.09.169



Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br cep_sms@hotmail.com

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – CEP SMSPA