

GRUPO DE APOIO AO TABAGISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: FATORES DE SUCESSO

Maria Rita Alves Barbosa de PAIVA¹

Walnéia Aparecida de SOUZA²

Sueli Leiko Takamatsu GOYATÁ²

Luciano Martins de Siqueira JÚNIOR³

Márcia Helena Miranda Cardoso PODESTÁ²

Eric Batista FERREIRA²

¹Farmacêutica. Profissional Residente em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais.

²Professor da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais.

³Ciência da Computação. Especialista em Engenharia de *Software*. UNIS-MG

Endereço para correspondência:

Walnéia Aparecida de Souza -walne23@hotmail.com

Recebido em: 17/08/2016- Aprovado em: 20/11/2017 - Disponibilizado em: 30/12/2017

RESUMO

Introdução: O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. No Brasil é considerada uma doença epidêmica, responsável por cerca de 200 mil mortes por ano.

Objetivos: Este estudo apresentou como objetivo analisar os fatores que contribuíram para o sucesso no abandono ao tabagismo, em um Grupos de apoio ao tabagista, no município de Alfenas, Sul de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo por triangulação de métodos, no qual foram entrevistados 37 usuários vinculados a seis Unidades de Saúde de Família. Foram analisadas as características sociodemográficas, a história do tabagismo e a presença de condições clínicas. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente por meio do teste exato de Fisher, adotando-se nível de 5% de significância. **Resultados:** Em relação aos resultados, 70,3% eram mulheres; 70,3% casados; 37,9% apresentavam ensino fundamental incompleto. Dos usuários, 54,1% começaram a fumar antes dos 15 anos; 75,7% já tinham tentado parar de fumar; 46,2% apresentaram alto grau de dependência; 59,5% decidiram por vontade própria participar do grupo terapêutico. Em relação à cessação do tabagismo, 56,8% pararam de fumar ao final do Programa. **Conclusão:** A frequência de participação nos grupos de apoio ao tabagismo e a utilização de terapia de reposição de nicotina foram fatores decisivos na cessação de fumar.

Palavras-chave: Tabagismo; Cessação de fumar; Grupo terapêutico.

GROUP SMOKING CESSATION PROGRAM IN FAMILY HEALTH STRATEGY: SUCCESS FACTORS

ABSTRACT

Introduction: Smoking is considered by the World Health Organization (WHO), the major cause of preventable death in the world. In Brazil is considered an epidemic disease, accounting for about 200,000 deaths per year. **Objectives:**

This study aimed to analyze the factors that contributed to success in the abandonment of smoking in the smoking cessation support groups in the city of Alfenas, southern Minas Gerais. **Methodology:** This is a study by triangulation of methods, in which we interviewed 37 users linked to six Family Health Units. We analyzed sociodemographic variables, history of smoking and the presence of clinical conditions. The interviews were subjected to Analysis of Content. Quantitative data were statistically analyzed by the Fisher exact test, adopting a 5% level of significance.

Results: Regarding the results, 70.3% were women, 70.3% were married, 37.9% had completed primary school. Of the users, 54.1% started smoking before age 15, 75.7% had already tried to quit smoking, 46.2% had a high degree of dependence, 59.5% decided willingly participate in the therapeutic group. Regarding smoking cessation, 56.8% stopped smoking at the end of the program. **Conclusion:** The frequency of participation in support groups of smoking and use of nicotine replacement therapy were key factors in smoking cessation.

Keywords: Smoking; Smoking cessation; Therapeutic group.

INTRODUÇÃO

Os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos e existem fortes evidências epidemiológicas disponíveis que apontam a relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 diferentes doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, os cânceres e as respiratórias (PINTO; UGÁ)¹. O controle do uso do tabaco é considerado pela Organização Mundial da Saúde um dos maiores desafios de saúde pública atualmente, já que é a maior causa de mortes evitáveis no mundo, matando cerca de 6 milhões de pessoas a cada ano. Os dados apontam que, se as tendências atuais continuarem, até 2030 o tabaco levará a óbito mais de 8 milhões de pessoas no mundo a cada ano, sendo que cerca de 80% dessas mortes prematuras será entre as pessoas que vivem em países de baixa e média renda (WHO, 2011)².

Além disso, o uso do tabaco causa atualmente gastos de centenas de bilhões de dólares na economia mundial. Isso está relacionado com os custos do tratamento das doenças associadas ao tabagismo, com a diminuição da produtividade dos fumantes acometidos por essas doenças, pelas mortes prematuras, além do gasto familiar uma vez que famílias de baixa renda chegam a comprometer cerca de 10% de seu orçamento com o uso do tabaco (WANNMACHER, 2007)³.

Estudos epidemiológicos demonstram que, apesar de 70% dos fumantes desejarem parar de fumar, apenas 5% desses conseguem fazê-lo por si mesmos (KHURANA et al., 2003)⁴. No entanto, existem vários modelos de tratamento propostos para auxiliar o fumante. A escolha do método mais adequado ao paciente depende de uma boa avaliação inicial, cujos fatores extrínsecos (condições socioeconômicas) e intrínsecos (motivação do paciente e diagnóstico) devem ser levados em consideração. Os métodos de tratamento preconizados como de primeira linha são a terapia comportamental breve em grupo ou individual, a terapia de reposição de nicotina e a utilização de bupropiona (MARQUES; CAMPANA; GIGLIOTTI, 2001)⁵. As baixas taxas e a existência desses modelos de tratamento sinalizam a importância da realização de ações para o tratamento de fumantes e a necessidade de profissionais capacitados para auxílio dos pacientes nesse processo.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer, organizou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo no ano de 1989. Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Para isso, utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo; proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco;

promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco que visam ações educativas e de mobilização de políticas e de iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2011)⁶.

A Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, baseada no modelo adotado pelo Instituto Nacional do Câncer para a abordagem e para o tratamento dos fumantes, desenvolve várias atividades para o controle do tabagismo. Visto que as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram implantadas para mudança da forma tradicional de prestação de assistência e são vistas como locais de trabalho na lógica da Promoção da Saúde (BESEN et al., 2007)⁷. Esses locais foram escolhidos para a realização de grupos a fim de acompanhar os usuários que desejam parar de fumar.

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar os fatores que contribuíram para o sucesso no abandono do tabagismo pelo Programa “Alfenas Livre do Tabaco”.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo por triangulação de métodos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005)⁸, com 37 tabagistas, participantes do Programa “Alfenas Livre do Tabaco”, durante o período de outubro a novembro de 2012, em seis Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Nessas unidades de saúde são realizadas triagens para a busca de tabagistas que queiram cessar de fumar. De acordo com a demanda, são organizados grupos de apoio aos usuários que são encaminhados para o Programa “Alfenas Livres do Tabaco”. Esse grupo é formado por profissionais da equipe de saúde (médico, cirurgião dentista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico e fonoaudiólogo). O grupo tem duração de três meses, sendo composto por oito sessões e as reuniões são realizadas por um período de uma hora e meia. Nessas sessões, são discutidas as dificuldades e as barreiras de cessação de fumar, os fatores relacionados à dependência da nicotina e as alternativas de tratamento, que consiste em farmacológico e não farmacológico. Ao término das sessões, o usuário que cessou de fumar é convidado a comparecer trimestralmente às Unidades de Estratégia de Saúde da Família, até completar um ano da interrupção do tabagismo, como manutenção de seu tratamento.

Assim, a coleta de dados foi realizada três meses após o término das reuniões do grupo, pela profissional residente em saúde da família em duas etapas. A primeira consistiu na coleta de dados secundários por meio das fichas de avaliação inicial do Programa “Alfenas Livre do Tabaco”. Os dados coletados foram características sociodemográficas; a razão que motivou a decisão de cessação de fumar; a forma de

chegada ao serviço; a história tabágica; as tentativas anteriores de cessação e o grau de dependência pela Escada de Fagerström. Essa escala auxilia na avaliação do grau de dependência à nicotina, com a seguinte pontuação: leve (0 a 4), médio (5 a 7) e alto (8 a 10) (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989)⁹.

Na segunda etapa, foi realizada a pesquisa de campo, por meio de entrevista semiestruturada aos usuários, nas residências e nas unidades de saúde da família do município, após um período de 6 meses da inclusão no programa. As entrevistas visavam o levantamento sobre o desfecho do tratamento (cessação, redução, manutenção ou aumento do número de cigarros); se haviam cessado de fumar durante ou após a realização do grupo; a análise dos relatos e dos depoimentos dos participantes do estudo. Nessa etapa da pesquisa foi adotada a Análise de Conteúdo (MINAYO, 2000)¹⁰.

A análise de conteúdo foi realizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o do tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, os documentos foram analisados, segundo os objetivos iniciais da pesquisa. Nessa etapa,

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 37 tabagistas entrevistados, a idade média encontrada foi de 51,8 ± 13,3

foram retomados os conceitos de forma categorizada para que direcionassem a análise final. Na exploração do material, buscou-se alcançar a compreensão dos relatos por meio das unidades de registro estabelecidas na pré-análise, classificando e agregando-as em seguida. Na última fase, os resultados obtidos foram submetidos a uma análise de conteúdo formal dos discursos, sendo preservada a regularidade. A partir da análise de conteúdo, apreendeu-se a significação e da compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2000)¹⁰.

Os resultados dos dados quantitativos foram apresentados em tabelas, após análise percentual das respostas encontradas e tratamento estatístico. Os dados foram armazenados em banco de dados criado por meio do *software* R (R CORE TEAM R)¹¹ em que foram determinados a média e o desvio-padrão, posteriormente, analisados por meio do teste exato de Fisher, adotando-se nível de 5% de significância ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas-MG, sob o protocolo n. 143/2011. Todos manifestaram concordância em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

anos, variando de 29 a 74 anos. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da população estudada.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes, Alfenas, 2012.

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Gênero		
Feminino	26	70,3
Masculino	11	29,7
Estado civil		
Casado	26	70,3
Não casado	11	29,7
Grau de escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	14	37,9
Ensino fundamental completo	12	32,4
Ensino médio completo/ superior	11	29,7
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	4	10,8
Entre 1 e 2 salários mínimos	16	43,2
Acima de 2 a 3 salários mínimos	17	46,0

n= número

Destaca-se a predominância de mulheres entre os que procuram por tratamento para cessar de fumar (70,3%), já que estudos nacionais e internacionais apontam maior taxa de tabagismo entre homens (BRASIL, 2012; AMERICAN LUNG ASSOCIATION, 2011)^{13,14}. Apesar disso, o predomínio de mulheres também foi encontrado em um grupo para tratamento de tabagistas em um serviço ambulatorial de psiquiatria, em Campinas, São Paulo (AZEVEDO, 2009)¹⁵ e em usuários participantes de um grupo antitabagismo em uma unidade de saúde da família, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais (VELOSO et al., 2011)¹⁶. Torna-se relevante a avaliação

dos motivos para a menor procura por parte dos homens aos tratamentos para parar de fumar, para que seja possível a oferta desse tipo de serviço que atenda a essa parcela da população de tabagistas.

Do ponto de vista das variáveis associadas ao tabagismo, os dados corroboram aos estudos nacionais: início do tabagismo antes de 15 anos; mais de 30 anos de hábito tabágico; grau de dependência variando de médio a alto e ao menos uma tentativa anterior de cessação (AZEVEDO, 2009; SALES et al., 2006)^{15,17}. Em nosso estudo, 56,8% dos usuários referiram consumir mais que 20 cigarros diariamente. Esse resultado é preocupante uma vez que

quanto maior o consumo de cigarros, maior a gravidade da síndrome de abstinência (MARQUES; CAMPANA; GIGLIOTTI,

2001)⁵. Os dados estão demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2 - Características do comportamento tabagista dos usuários e aspectos relacionados ao tratamento, Alfenas, 2012.

Características	n	%
Idade que começou a fumar (anos)		
Começou a fumar antes de 10 anos de idade	6	16,2
Começou a fumar entre 11 e 15 anos de idade	14	37,9
Começou a fumar entre 16 e 19 anos de idade	11	29,7
Começou a fumar após 20 anos de idade	6	16,2
Número de cigarros consumidos no dia		
1 a 10 cigarros	6	16,2
11 a 20 cigarros	10	27,0
Mais de 20 cigarros	21	56,8
Tentativas de cessação de fumar		
Nunca tentou	9	24,3
Uma tentativa de parar de fumar	8	21,6
Duas a três tentativas de parar de fumar	8	21,6
Quatro ou mais tentativas de parar de fumar	12	32,5
Grau de dependência		
Leve	4	10,8
Médio	7	18,9
Alto	26	70,3
Dificuldades encontradas na cessação de fumar*		
Inquietude	5	6,0
Dificuldades de concentração	6	7,1
Estado depressivo	8	9,5
Aumento do apetite/ganho de peso	9	10,7
Insônia	14	16,7
Irritabilidade	21	25,0
Ansiedade	21	25,0

*O paciente poderia dar mais de uma razão; n= número

Ao final das oito sessões realizadas, 56,8% dos usuários obtiveram sucesso terapêutico e haviam parado de fumar. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa realizada em um ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará, onde 50,8% cessaram de fumar após tratamento (SALES et al., 2006)¹⁷. Estudo realizado por Goyatá e Colaboradores (2014)¹⁸ em uma Unidade de

Saúde da Família de Alfenas-MG, com um grupo de 35 tabagistas, verificou que o índice de cessação de fumar durante o programa foi de 82,9% e mesmo após 18 meses, 65,7% não apresentaram recaídas.

As três principais dificuldades encontradas na cessação do fumar foram irritabilidade (25%), ansiedade (25%) e insônia (16,7 %). Esses são sintomas

característicos da síndrome de abstinência. Essa síndrome é mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após o paciente fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia. Por isso os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência ao fumarem o primeiro cigarro da manhã (BALBANI; MONTOVANI, 2005)¹⁹. Assim, os sintomas apresentados na síndrome de abstinência representam uma importante dificuldade para a cessação de fumar (BRASIL, 2011)⁶. Esses resultados estão apresentados na Tabela 2.

Também foi investigada a presença ou não de condições crônicas e 31,3% dos entrevistados relataram possuir algum tipo de condição. A hipertensão arterial, mais citada, foi encontrada em 15,3% dos entrevistados. Ezzati e Colaboradores (2005)²⁰ citaram em seu estudo que 11% de todas as mortes cardiovasculares ocorridas no mundo em 2000 poderiam ser atribuídas ao tabaco, embora com maior destaque para as doenças isquêmicas do coração e para as cerebrovasculares.

O principal motivo que levou os usuários a procurarem o Programa “Alfenas Livre do Tabaco” foi a vontade própria de parar de fumar (59,5%), mas desses apenas 57,1% cessaram de fumar. A decisão do próprio indivíduo em parar de fumar é considerada como determinante no êxito do processo, sem a qual a mudança se tornaria

mais difícil, mesmo com auxílio familiar, profissional e a utilização de medicamentos (ECHER ; BARRETO, 2008)²¹. A motivação é fator preponderante e, quando aliada ao apoio dos profissionais de saúde, na cessação do tabagismo, alertando sobre os benefícios da cessação de fumar, contribuiu para o sucesso no abandono ao tabagismo (ARAUJO et al., 2004)²².

Em relação ao comparecimento às sessões do programa, verificou-se que 59,5% compareceram a todas as sessões; 16,3% compareceram entre cinco e sete sessões e 27,1% compareceram entre uma a quatro sessões. Daqueles que compareceram a todas as sessões, 81,0% pararam de fumar, enquanto que dos que compareceram entre cinco a sete sessões, 50,0% pararam de fumar e, dos compareceram entre uma a quatro sessões, apenas 11,1% pararam. Neste estudo, o número de comparecimento nas sessões do programa pelo paciente foi um fator decisivo para a cessação de fumar (p-valor=0,0003602). Marques et al., (2001)⁵ aponta que a psicoterapia, individual ou em grupo, as sessões de aconselhamento e os grupos de autoajuda são coadjuvantes eficazes no tratamento da dependência de nicotina.

O tratamento farmacológico com adesivos de nicotina foi utilizado por 67% usuários. Desses, 84% utilizaram adesivos com 21, 14 e 7 mg de nicotina; 4% utilizaram

adesivo com 14 mg e 8%, apenas adesivos com 21 mg.

No entanto, 33% dos participantes não usaram medicamentos, frequentando apenas o grupo terapêutico. Isso ocorreu devido ao fato de os usuários não conseguirem seguir o protocolo, que preconizava um período de 24 horas sem fumar, antes do início da terapia de reposição de nicotina. Esse fato constituiu um dos fracassos do programa.

Assim, dos indivíduos que fizeram uso de adesivos, 76% pararam de fumar. Dos que participaram apenas do grupo terapêutico, somente 16,7% pararam de fumar. Portanto, verificou-se que a utilização de medicamentos é ainda um dos melhores métodos para a cessação do tabagismo (p-valor=0,02394). A escolha da terapia de reposição com nicotina se deve ao fato de ser considerada um método seguro no tratamento da dependência, pois, quando comparada ao placebo, demonstrou ser mais efetiva, influenciando também na frequência das recaídas. Outra vantagem do uso de reposição de nicotina é o seu fornecimento pelo Sistema Único de Saúde, por meio dos programas do Ministério da Saúde (BALBANI; MONTOVANI, 2005)¹⁹.

Em relação à qualidade do Programa “Alfenas Livre do Tabaco” oferecido aos usuários, 59,6% avaliaram como ótimo; 32,4%, como bom; 5,5%, como ruim e 5,5% não responderam. Quanto à avaliação sobre o

apoio da equipe de saúde do Programa recebido pelos usuários, 43,2% afirmaram que tiveram apoio total da equipe durante o tratamento e 32,4%, frequentemente. Estudo realizado na cidade de Porto Alegre apresenta o acompanhamento e o apoio profissional como importantes fatores para o abandono do tabagismo (ECHER; BARRETO, 2008)²¹.

O fato de os grupos antitabagismo serem desenvolvidos nas Unidades de ESF, nas quais os usuários são cadastrados, pode influenciar positivamente no processo de cessação de fumar. Assim, são consideradas condições favoráveis a possibilidade de atendimento do usuário por uma equipe que já lhe é familiar, próxima ao seu domicílio e inserida em seu contexto sociocultural.

É importante lembrar que os usuários foram atendidos pela equipe multiprofissional, sendo relatada a participação de médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e educadores físicos, sendo que o número de profissionais presentes em cada sessão variou entre as unidades de saúde. A participação de uma equipe multiprofissional no enfrentamento do tabaco é de extrema importância. Assim, os participantes podem se tornar mais motivados diante do interesse genuíno demonstrado por parte do grupo de profissionais no combate ao tabagismo, e que há de fato a disponibilidade de uma equipe multiprofissional de apoio

nesse processo (VELOSO et al., 2011)¹⁶. Além disso, as repercussões físicas sistêmicas advindas do uso do cigarro, os sintomas e os sinais da síndrome de abstinência de nicotina, podem ser melhores identificados e tratados na presença de uma equipe multiprofissional.

A transcrição literal das entrevistas foi o início da análise de conteúdo, que focalizou a experiência dos entrevistados nos grupos de apoio e a modificação de comportamento vivenciada durante a trajetória de parar de fumar. Após a transcrição, foi realizada a pré-análise e, em seguida, a exploração do material. Foram identificadas as seguintes categorias de análise: a) apoio social e contribuição do grupo na modificação do comportamento de fumar; b) a cessação de fumar e a melhoria nas relações familiares; c) o papel do Agente Comunitário de Saúde na construção dos grupos de apoio ao tabagista; d) o ganho de peso indesejado nos pacientes em abstinência de nicotina; e) o contexto econômico e social como fator que dificulta a cessação do tabagismo.

a) Apoio social e a contribuição do grupo na modificação do comportamento de fumar:

Diversos entrevistados relataram que o suporte oferecido pelas pessoas do grupo do tabagismo foi um fator que colaborou para vencer a dependência à nicotina.

“As pessoas do grupo ajudam muito, você fica com vergonha de fumar porque o outro não tá fumando” (Entrevistado 7)

“A turma era boa [...] um apoio muito grande, você vê as outras pessoas, é uma luta muito grande” (Entrevistado 8)

“O grupo foi o que me apoiou a continuar, pois não é fácil” (Entrevistado 17)

Esses relatos estão em consonância com os achados de Echer e Barreto (2008)²¹ cujos depoimentos relatam que só quem fuma entende a dificuldade de parar de fumar. As trocas de experiências entre os participantes do grupo, por vivenciarem dificuldades, problemas e carências semelhantes, assim como o aumento de compromisso com a própria mudança comportamental decorrente das relações e apoio recebido, foram reconhecidas e pesaram fortemente para uma avaliação positiva dessa modalidade de atendimento ao fumante (MARTINS, 2009)²³. Sardinha (SARDINHA et al., 2005)²⁴ relatou a relevância das técnicas cognitivo-comportamentais em grupo para a cessação do hábito de fumar também em estudo realizado em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

b) A cessação de fumar e a melhoria nas relações familiares:

Para alguns participantes, parar de fumar significou uma possibilidade de

resgatar e estreitar os vínculos nas relações com os familiares.

“Todo mundo ficou feliz porque acabou o cheiro ruim lá em casa.” (Entrevistado 13)

“Minha neta de 2 anos falou assim: “Vovó você tá cheirosa”. Até ela percebeu que eu parei.” (Entrevistado 20)

“Minha filha ficava preocupada porque eu fumava, por causa desses problemas do coração, então ela achou bom eu parar.” (Entrevistado 32)

“Meu marido não fuma, sabe? Ele queria muito que eu parasse e ficou feliz porque eu consegui.” (Entrevistado 36)

O processo de cessação de fumar é uma experiência difícil e o apoio familiar é extremamente importante para o objetivo ser atingido. A família é o centro de apoio e de estímulo, já que no seio familiar o fumante se sente seguro, podendo expressar suas angústias, temores e receber o carinho que o ajudará a vencer as suas dificuldades (MARTINS, 2009)²³.

c) O papel do Agente Comunitário de Saúde na construção dos grupos de apoio ao tabagista:

Destaca-se que 54,1% dos entrevistados receberam as informações sobre o Programa “Alfenas Livre do Tabaco” por meio das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

“Eu fiquei sabendo por que foi a Agente de Saúde que me entregou um bilheteinho.” (Entrevistado 15)

“Eu pedi pra aquela moça que passa lá em casa me avisar se ia ter o negócio pra parar de fumar e ela me avisou.” (Entrevistado 29)

Esses depoimentos reforçam o fato de que, nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, se espera que o Agente Comunitário de Saúde seja protagonista na construção de vínculos entre a comunidade, as pessoas e a família com os serviços de saúde e que intermediem o saber (prática biomédica) e a cultura da sociedade (território no qual trabalha; NASCIMENTO; CORREA, 2008)²⁵. Nesse aspecto, os agentes comunitários de saúde, graças ao seu vínculo com a população, foram capazes de reconhecer os usuários de tabaco em sua área de abrangência, que gostariam ou que necessitavam de tratamento para a cessação de fumar e os convidaram para participar dos grupos.

d) O ganho de peso indesejado nos pacientes em abstinência de nicotina:

O ganho de peso foi observado em 65% dos usuários e, por meio dos depoimentos, percebe-se a relação de insatisfação dos entrevistados com esse fato.

“Tava comendo demais, muito ansiosa. Nunca fui gorda. Credo!” (Entrevistada 2)

“Olha a barriga, parece que eu tô grávida!” (Entrevistado 11)

“Ganhei uma barriga que não acaba nunca.” (Entrevistado 14)

Sabe-se que o ganho de peso indesejado é um dos sintomas que mais incomodam os indivíduos em abstinência da nicotina e que na maioria dos casos o aumento de peso é de 4 a 6 kg, podendo chegar a 10% do peso corporal em algumas pessoas (BALBANI; MONTOVANI, 2005)¹⁹. O paciente deve ser alertado sobre a possibilidade de ganho de peso, porém se deve enfatizar que a prioridade é deixar de fumar, e que o ganho de peso depois pode ser tratado com a ajuda de nutricionistas das Unidades de Saúde (MARQUES et al., 2001)⁵.

e) O contexto econômico e social como fator dificultador na cessação do tabagismo:

O contexto econômico e social dos entrevistados constituiu um fator dificultador no processo de participação nos grupos, levando ao abandono do programa em alguns casos.

*“Eu acreditava, queria parar, mas começou a **panha** do café e eu tive que parar*

de ir nos encontros. Ai fiquei nervosa por isso.” (Entrevistado 30)

“Só consegui ir em dois encontros por causa do trabalho, eu viajo muito.” (Entrevistado 31)

“Eu só consegui ir porque eu sou aposentado. Podia mudar o horário.” (Entrevistado 32)

Estudos apontam prevalência superior do tabagismo em populações menos favorecidas (LEITÃO FILHO et al., 2009)²⁶ sendo que o impacto dessa dependência na vida de pessoas com baixa renda é ainda pior (VELOSO et al., 2011)¹⁶. Assim, devem ser pensadas estratégias que possibilitem a participação de pessoas economicamente ativas nos serviços de apoio aos tabagistas oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem concluir que, ao final das sessões do Programa, 56,8% dos usuários haviam parado de fumar. O abandono do tabagismo resultou de um conjunto de fatores, sendo os mais relevantes a frequência de participação nos grupos de apoio ao tabagismo e a utilização de terapia de reposição de nicotina.

A participação dos usuários em grupos antitabagismo deve ser estimulada pelas equipes de saúde da família uma vez que se mostra como fator de sucesso, como política

de educação e de saúde, significativa na prevenção do tabagismo. Foi possível observar que a formação dos grupos terapêuticos nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, o apoio pela equipe multiprofissional e a participação dos Agentes Comunitários de Saúde na formação dos grupos são de relevância para o sucesso na cessação do tabagismo.

Por fim, salienta-se que o sistema de saúde deve criar e otimizar estratégias para a atenção integral à pessoa que fuma, possibilitando a prevenção e a melhora do controle do tabagismo. Para isso, é necessário o reconhecimento do perfil sociodemográfico e clínico da população atendida, o que torna o cenário da Atenção Primária como o mais indicado para a realização das propostas de tratamento antitabagista.

REFERÊNCIAS

1. PINTO, M.M.; UGÁ, A.D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. *Rev Saúde Públ*, v.45, n.3, p.575-82, 2011.

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Geneva, 2011.

3. WANNMACHER, L. Tratamento medicamentoso antitabagismo. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados*. Brasília, v.4, n.4, p.1-6, 2007.

4. KHURANA, S.; BATRA, V.; PATKAR, A.A. et al. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. *Respiratory Medicine*, v.97, n.4, p. 295-301, 2003.

5. MARQUES, A.C.P.R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*, v.23, n.4, p. 200-14, 2001.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso*. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

7. BESEN, C.B.; NETTO, M.S.; ROS, M.A. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p. 57-68, 2007.

8. MINAYO, M.C.S. ; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

9. FAGERSTRÖM, K.O.; SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*, v. 12, n.2, p. 159-82, 1989.

10. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

11. R CORE TEAM R Foundation for Statistical Computing. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2012.

12. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. *Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, 1996.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *VIGITEL Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012.
14. AMERICAN LUNG ASSOCIATION. Research and Program Services Epidemiology and Statistics Unit. *Trends in Tobacco Use*. Washington: Research and Program Services Epidemiology and Statistics Unit, 2011.
15. AZEVEDO, R.C.S.; HORI HIGA, C.M.; ASSUMPCÃO, I.S.M.A. et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Ass Med Bras*, v.55, n.5, p. 593-96, 2009.
16. VELOSO, N.S.; RODRIGUES, C.A.Q.; LEITE, M.T.S.L. et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.6, n.20, p.193-98, 2011.
17. SALES, M.P.U.; FIGUEIREDO, M.R.F.; OLIVEIRA, M.I. et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol*, v. 32, n.5, p. 41-7, 2006.
18. GOYATÁ, S.L.T.; SILVA, M.J.D.; SOUZA, W.A.S.; PODESTÁ, M.H.M.C.; BEIJO, L.A. Grupo de apoio terapêutico ao tabagista de um município do Sul de Minas Gerais, Brasil. *Rev Ciencia Enfermería*, v. XX, n.1, p.75-88, 2014.
19. BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v.71, n.6, p. 820-27, 2005.
20. EZZATI, M.; HENLEY, J.; THUN, M.J. et al. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*, v.112, n.4, p. 489-97, 2005.
21. ECHER, I.C.; BARRETO, S.S.M. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v.16, n.3, p. 445-51, 2008.
22. ARAUJO, A.J.; MENEZES, A.M.; DOREA, A.J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*, v.30, supp 1, p.1-76, 2004.
23. MARTINS, K.C. "Eu queria, mas não conseguia ...": aspectos relacionados à mudanças do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
24. SARDINHA A, OLIVA AD, D'AUGUSTIN J, et al. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Rev Bras Ter Cogn*, v.1, n.1, p. 83-90, 2005.
25. NASCIMENTO EPL, CORREA CRSC. Agente Comunitário de Saúde: Formação, Inserção e Práticas. *Cad Saúde Públ*, v.24, n.6, p.:1304-13, 2008.
26. LEITÃO FILHO FS, GALDURÓZ JCF, NOTO AR, et al. Levantamento randomizado sobre a prevalência do tabagismo nos maiores municípios do Brasil. *J Bras Pneumol*, v.35, n.12, p.1204-11, 2009.