

ARTIGO ORIGINAL

Grupos de cessação de tabaco: série histórica de um serviço de atenção primária à saúde no sul do Brasil

Tobacco cessation groups: historical series of a primary health care at the south of Brazil

Júlia Zanini Pretto¹ , Rafaela Soares Rech² , Daniel Demétrio Faustino-Silva³ 

¹Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - Porto Alegre (RS), Brasil.

²Programa Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

³Programa de Pós-graduação Modalidade Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - Porto Alegre (RS), Brasil.

Como citar: Pretto JZ, Rech RS, Faustino-Silva, DD. Grupos de cessação de tabaco: série histórica de um serviço de atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad Saúde Colet*, 2022;30(2):244-254. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020590>.

Resumo

Introdução: O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de doenças e um grande desafio para a saúde pública, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o nível de atenção à saúde com maior potencial de manejo da cessação de uso de tabaco. **Objetivo:** O objetivo foi descrever os resultados de cessação de tabaco em grupos inseridos em um programa público de tratamento do tabagismo ao longo de 11 anos. **Método:** Estudo retrospectivo do tipo série histórica dos grupos de tabagismo desenvolvido no período de 2006 a 2016 nas 12 unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS. Os dados foram coletados nos Relatórios Anuais de Indicadores de Saúde e no Sistema de Informações do GHC. Análises descritivas foram realizadas por meio de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Dos 2.691 tabagistas acompanhados, 1.273 (47%) deixaram de fumar até a quarta sessão do grupo. **Discussão:** A cessação de tabaco em grupos contribuiu para que mais da metade dos participantes conseguisse parar de fumar ao longo do período de 4 semanas de tratamento em grupo. Esta é uma importante estratégia terapêutica acessível e eficiente para auxiliar e oportunizar um atendimento integral aos usuários tabagistas no contexto da APS.

Palavras-chave: tabagismo; tabaco; abandono do uso de tabaco; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Background: Smoking is one of the main preventable causes of diseases and a major challenge for public health. Primary Health Care (PHC) is the level of health care with the greatest potential for managing tobacco cessation. **Objective:** The objective was to describe the results of smoking cessation in groups included in a public smoking treatment program over 11 years. **Methods:** Retrospective study of the historical series type of smoking groups developed between 2006 and 2016 in the 12 health units of the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS. Data were collected in the Annual Health Indicator Reports and the GHC Information System. Descriptive analyzes were performed using absolute and relative frequencies. **Results:** Of the 2,691 smokers monitored, 1,273 (47%) quit smoking until the fourth session of the group. **Discussion:** Smoking cessation in groups contributed to more than half of the participants being able to quit smoking over 4 weeks of treatment groups. This is an important accessible and efficient therapeutic strategy to assist and provide comprehensive care to smokers in the context of PHC.

Keywords: tobacco use disorder; tobacco; tobacco use cessation; Primary Health Care.

Trabalho realizado no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência: Daniel Demétrio Faustino-Silva. E-mail: ddemetrio@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Dez. 22, 2019. Aprovado em: Out 27, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A epidemia de tabagismo continua sendo um dos mais importantes desafios contemporâneos em saúde pública. Além das consequências graves ocasionadas à saúde e do aumento da mortalidade precoce, responsável por cerca de 9% das mortes no mundo, tem um alto custo nos serviços de saúde, considerando os gastos com o tratamento das doenças por ele provocadas¹⁻³. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de tabaco mata quase 6 milhões de pessoas a cada ano e outras 0,6 milhão estão expostas ao fumo passivo⁴.

De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, fumar pode causar efeitos negativos à saúde, entre eles, aumentar o risco de doença cardíaca isquêmica (2 a 4 vezes), acidente vascular encefálico (2 a 4 vezes), câncer de pulmão em homens (23 vezes), câncer de pulmão em mulheres (13 vezes), morte causada por doença pulmonar obstrutiva crônica (12 a 13 vezes)⁵.

O Brasil, embora seja o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, tem investido em políticas públicas como a proibição da propaganda de tabaco na mídia, a inserção de mensagens e imagens nas embalagens e a Lei Antifumo, que contribuem para a diminuição do hábito de fumar. A partir dessas medidas, a prevalência de uso caiu, passando de 34,8% em 1989 para 14,7% em 2013⁶. Ainda assim, é necessário pensar em estratégias para a cessação do uso de tabaco, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o nível de atenção à saúde mais apropriado para tomar medidas nesse sentido. Ela é a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, na qual a oferta de ações de controle do tabagismo deve ser prioritária⁷.

Espera-se que, na APS, o tratamento de tabagistas esteja associado ao alto potencial de redução de morbidade a baixo custo, visto que proporciona um atendimento direcionado, integral e longitudinal do indivíduo^{6,8}. As equipes devem focar na redução do número de tabagistas no seu território e, conseqüentemente, na redução da morbimortalidade, por meio de consultas clínicas e de aconselhamento; incentivo a atividades em grupo com a abordagem cognitivo comportamental; prescrição de medicamentos de apoio para o abandono do uso do tabaco e estímulo à promoção de atividades individuais e coletivas de educação em saúde para o abandono do uso do tabaco, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde^{6,9}.

Com isso, o objetivo do presente manuscrito é descrever os resultados de cessação de tabaco em grupos inseridos em um programa público de tratamento do tabagismo ao longo de 11 anos.

MÉTODO

Caracterização e cenário do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo série histórica dos resultados de cessação de tabagismo dos grupos de tabagismo realizados nas 12 unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no período de 2006 a 2016.

O GHC é uma rede de serviços de saúde vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e 100% Sistema Único de Saúde (SUS), composta por quatro hospitais: Hospital Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital Fêmeina, e pelo Serviço de Saúde Comunitária (SSC) localizado na zona norte do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. O SSC-GHC é um serviço de Atenção Primária à Saúde constituído de 12 unidades de saúde e composto por profissionais da equipe mínima de Saúde da Família (médicos de família, dentistas, técnicos em saúde bucal, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos), que prestam atendimento a, aproximadamente, 105 mil pessoas cadastradas em seus territórios de abrangência. Além da assistência à saúde, o SSC-GHC é responsável pela formação de novos profissionais para o SUS, pelos programas de residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade.

O Programa do Tabagismo do SSC-GHC

Em 2006 o SSC-GHC adotou as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde e aderiu ao programa de controle do tabagismo. A partir de então, vem treinando profissionais para executar as ações de controle do tabagismo e implementando grupos de cessação de uso de tabaco em todas as unidades do serviço, conforme preconizado no protocolo do MS⁶. A organização adotada nos grupos é de quatro sessões estruturadas de 90 minutos cada, com periodicidade semanal. Após as quatro sessões iniciais, recomenda-se acompanhamento posterior, com retornos quinzenais no primeiro mês após o término do grupo, e progressivamente espaçados a fim de aumentar as taxas de manutenção da cessação. O tratamento medicamentoso é utilizado de acordo com a avaliação clínica do fumante. Os medicamentos disponíveis para auxílio da cessação de tabagismo no SUS são: Adesivo Transdérmico de Nicotina de 7, 14 e 21mg, e Cloridrato de Bupropiona 150mg⁶.

Dada a prioridade e importância da temática, o SSC/GHC incluiu a realização desses grupos como metas que compõem avaliação institucional. Desde então, as doze unidades de saúde do serviço tentam realizar um mínimo de três grupos de cessação do tabagismo por ano. Os dados referentes ao monitoramento do programa de tabagismo são agregados e apresentados às equipes em relatórios periódicos e compilados anualmente.

Coleta e análise dos dados

Para o presente estudo, os dados foram coletados em 2017 nos Relatórios Anuais de Indicadores de Saúde do apoio técnico em Monitoramento e Avaliação do SSC-GHC e no Sistema de Informações interno do GHC¹⁰. As variáveis analisadas foram as disponíveis nos relatórios anuais: número de participantes na 1ª e 4ª sessões e porcentagem de usuários que pararam de fumar até a 4ª sessão dos grupos. Análises descritivas foram realizadas por intermédio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e os dados apresentados por frequências absolutas e relativas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (protocolo nº 16-305) e registrado na Plataforma Brasil sob número CAAE 62219316.7.0000.5530, atendendo às declarações universais e às normativas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12.

RESULTADOS

No total, 2.691 tabagistas foram acompanhados pelas 12 unidades de saúde no Serviço de Saúde Comunitária do GHC entre 2006 e 2016, dos quais, 1.273 (47%) deixaram de fumar até a quarta sessão do grupo de terapia. Quando analisadas separadamente, as unidades de saúde não apresentam um padrão de crescimento de cessação da dependência tabágica, alguma periodicidade ou destaque (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Na análise por unidade de saúde em separado não foram observadas importantes mudanças nas porcentagens de cessação do tabaco até a 4ª sessão do atendimento em grupos no período estudado (2006 a 2016). Durante esse período, houve a implementação de uma série de políticas públicas brasileiras alinhadas à Convenção-Quadro Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS) que é o primeiro tratado internacional de saúde pública e tem como objetivo “[...] proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (art. 3º da CQCT/OMS)^{11:32}. Nesse sentido, a Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) vem promovendo sucessivos aumentos de impostos sobre produtos de tabaco e, em 2011, instituiu uma reforma mais efetiva e abrangente no sistema de cobrança do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) de cigarros¹². Soma-se a essa medida financeira a Lei Antifumo nº 12.546 de 2011 que proíbe fumar em ambientes total ou parcialmente fechados de espaços coletivos públicos ou privados.

Tabela 1. Série histórica com a distribuição percentual da cessação de tabaco pelos participantes dos grupos das Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de 2006 a 2016. Porto Alegre, Brasil

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total do período
USⁿ 1												
Pacientes na 1ª sessão	42	66	65	44	49	20	16	48	27	41	33	451
Pacientes na 4ª sessão	29	31	33	31	22	16	18	29	16	28	24	277
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	23(55)	25(38)	36(55)	18(41)	18(37)	9(45)	9(35)	27(56)	12(44)	19(46)	18(55)	214(47)
US 2												
Pacientes na 1ª sessão	22	34	52	21	27	23	27	34	24	31	32	327
Pacientes na 4ª sessão	16	21	48	15	27	20	22	30	21	21	24	265
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	8(36)	18(53)	36(69)	10(48)	19(70)	20(87)	18(67)	26(76)	21(88)	21(68)	24(75)	221(68)
US 3												
Pacientes na 1ª sessão	11	27	18	7	*	9	6	19	26	*	20	143
Pacientes na 4ª sessão	5	10	7	1	*	8	6	13	12	*	8	70
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	4(36)	3(11)	3(17)	0(0)	*	2(22)	0(0)	7(37)	13(50)	*	9(45)	41(29)
US 4												
Pacientes na 1ª sessão	*	*	*	*	*	17	7	22	27	30	17	120
Pacientes na 4ª sessão	*	*	*	*	*	10	5	15	14	14	16	74

*: período sem realização de grupos de tabagismo; #: Unidade de Saúde

Tabela 1. Continuação...

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total do período
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	*	*	*	*	*	4(24)	0(0)	10(45)	9(33)	12(40)	13(76)	48(40)
US 5												
Pacientes na 1ª sessão	12	*	20	11	7	*	2	10	10	28	14	114
Pacientes na 4ª sessão	11	*	10	5	1	*	2	5	5	19	9	67
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	10(83)	*	9(45)	4(36)	1(14)	*	2(100)	3(30)	4(40)	7(25)	7(50)	47(41)
US 6												
Pacientes na 1ª sessão	*	24	45	36	17	13	15	31	26	27	36	270
Pacientes na 4ª sessão	*	18	24	20	15	8	13	16	16	17	21	168
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	*	9(38)	12(27)	7(19)	5(29)	5(38)	0(0)	14(45)	17(65)	15(56)	21(58)	105(39)
US 7												
Pacientes na 1ª sessão	17	21	20	15	24	17	10	18	34	22	24	222
Pacientes na 4ª sessão	17	11	11	6	14	18	8	12	19	13	15	144
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	5(29)	4(19)	9(45)	5(33)	17(71)	9(53)	10(100)	12(67)	15(44)	12(55)	16(67)	114(51)
US 8												
Pacientes na 1ª sessão	*	*	50	27	23	15	31	27	40	37	22	272
Pacientes na 4ª sessão	*	*	34	9	17	12	26	19	23	23	19	182

*: período sem realização de grupos de tabagismo; #: Unidade de Saúde

Tabela 1. Continuação...

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total do período
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	* 26	* 21(42)	5(19)	13(57)	15(100)	23(74)	17(63)	14(35)	20(54)	15(68)	143(53)	
US 9												
Pacientes na 1ª sessão	26	* 5	* 5	5	6	12	34	18	18	17	141	
Pacientes na 4ª sessão	10	* 2	* 2	4	6	13	8	12	11	6	72	
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	5(19)	* 2(40)	* 2(40)	0(0)	4(67)	7(58)	12(35)	11(61)	12(67)	3(18)	56(40)	
US 10												
Pacientes na 1ª sessão	* 29	* 29	11	*	3	20	45	33	32	29	202	
Pacientes na 4ª sessão	* 15	* 15	7	*	2	15	30	27	26	24	146	
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	* 11(38)	* 11(38)	4(36)	*	1(33)	0(0)	23(51)	19(58)	18(56)	25(86)	101(50)	
US 11												
Pacientes na 1ª sessão	11	12	20	13	28	3	31	22	25	24	225	
Pacientes na 4ª sessão	7	9	20	9	17	3	21	19	22	17	152	
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	6(55)	7(58)	9(45)	7(54)	13(46)	0(0)	19(61)	14(64)	13(52)	8(33)	107(48)	
US 12												
Pacientes na 1ª sessão	* 17	* 17	12	15	10	9	26	39	38	28	194	
Pacientes na 4ª sessão	* 10	* 10	7	9	10	2	16	19	23	13	109	

*: período sem realização de grupos de tabagismo; #: Unidade de Saúde

Tabela 1. Continuação...

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total do período
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	* 141	* 184	4(24)	0(0)	2(13)	3(30)	6(67)	9(35)	18(46)	19(50)	15(54)	76(39)
Somatório das 12 US												
Pacientes na 1ª sessão	141	184	341	220	180	161	168	345	326	329	296	2691
Pacientes na 4ª sessão	95	100	214	127	118	127	134	214	203	221	201	1754
Pacientes sem fumar até a 4ª sessão n(%)	61(45)	66(36)	152(41)	64(26)	82(38)	85(50)	75(42)	179(50)	167(52)	168(52)	174(57)	1273(47)

*: período sem realização de grupos de tabagismo; #: Unidade de Saúde

Portanto, o balanço dos efeitos do aumento de impostos e preços de cigarros para a saúde pública brasileira é indiscutivelmente positivo. Uma pesquisa que avaliou o impacto das políticas entre 1989 e 2010 mostrou que o aumento do preço dos cigarros – em conjunto com a proibição de fumar em recintos coletivos, advertências sanitárias nas embalagens, campanhas e programas para cessação do tabagismo – evitou cerca de 420 mil mortes no período. O estudo destaca ainda que o aumento de impostos e preços dos cigarros foi o principal fator para esses resultados, uma vez que correspondeu a quase 50% da queda no tabagismo entre os brasileiros¹³. Nesse sentido, é possível que o aumento do custo do cigarro e as restrições sociais da dependência ao tabaco tenham sido um fator motivador para os indivíduos fumantes procurarem tratamento em grupo nas unidades de saúde e obterem resultados positivos.

As atuais diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) são: reduzir a iniciação do consumo de tabaco, proteger a população contra os riscos do tabagismo passivo, reduzir a aceitação social do tabagismo, aumentar o acesso ao tratamento do fumante, controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco e monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria. Para tal, o PNCT tem seus objetivos estratégicos fundamentados em três pilares: prevenção da iniciação, promoção da cessação e proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos⁹. Devido à complexidade do problema, o PNCT passa a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco por meio de uma rede que envolve outros setores do Ministério da Saúde, de outros Ministérios e Secretarias do governo federal. Como consequência dessa política, a prevalência de tabagismo diminuiu consideravelmente, passando de 34,8% em 1989 a 14,7% em 2013 na população de 18 anos ou mais (inclusive entre os jovens adultos – 18 a 24 anos, passando de 29,0% a 10,6%)¹⁴. Entretanto, os dados ainda continuam alarmantes e o tabagismo é um importante problema de saúde pública, uma vez que ainda há uma parcela da população adicta ao tabaco. Os desafios para gestores e trabalhadores deve-se concentrar em visitar constantemente as perspectivas do PNCT fundamentando-se no social da análise de redes, do capital e do apoio ao tabagista¹⁵.

Segundo a OMS, em 2010, 18% da população brasileira era fumante (aproximadamente 25.569,000 pessoas). Tendo em vista que o controle de tabaco se manterá intenso, a projeção é que o número caia para 12% de fumantes (aproximadamente 20.439,000 pessoas) em 2025. A OMS estima que, no Brasil, cerca de 22% dos homens e de 13% das mulheres fumavam em 2010. Em 2025, a taxa deve cair cerca de 15% para os homens e 9% para as mulheres⁴. Mesmo que os números tenham caído, Porto Alegre continuou sendo a capital com a maior prevalência de fumantes no Brasil (18,2%) e a capital onde as mulheres fumam mais do que os homens (19,3% e 16,8% respectivamente)^{8,9}. Isso pode ter colaborado para o número expressivo de pessoas que participaram dos grupos de cessação de tabaco, e ratifica a importância da oferta desse tratamento.

Além da alta prevalência, cabe destacar que o tabagismo moldou os padrões de doença do século XX, elevando as taxas de câncer de pulmão, outros tipos de câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cardiovasculares. À medida que a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu progressivamente, houve aumento das doenças crônicas associadas ao tabaco¹⁶. Essa nova perspectiva populacional reflete em novos desafios e exige que os representantes governamentais, os cientistas e os líderes sociais se justaponham diante do novo perfil epidemiológico¹⁷. Da mesma forma, a APS deverá estar preparada para produzir serviços, de acordo com as necessidades de saúde do usuário¹⁸.

Sabe-se que a APS se configura como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo¹⁹. O compromisso em ampliar o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de APS e de média complexidade do Sistema Único de Saúde foi garantido com a Portaria nº 1035 de 31 de maio de 2004 e com a Portaria nº 442 de 13 de agosto de 2004, que apresentou como anexo o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina²⁰. Em uma recente revisão de estudos sobre estratégias para o manejo do tabagismo na APS, os autores²¹ destacam como pontos positivos: abordagem individual, prescrição de medicamentos, acompanhamento com auxílio de tecnologias digitais e intervenção em grupos, demonstrando que, no geral, os grupos de combate ao tabagismo da APS são relevantes e

que as ações de saúde pública implementadas auxiliaram temporariamente na diminuição do número de fumantes.

Segundo Cinciripini et al.²², 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém, a cada ano, apenas 3% conseguem parar espontaneamente, sem ajuda terapêutica. Cabe aos profissionais de saúde, especialmente na APS, promover ações de informação e incentivo ao abandono do tabaco para todos os fumantes que utilizam os serviços. Com uso de abordagens no contexto da Saúde da Família²³ a taxa de sucesso pode atingir até 51% de cessação de uso de tabaco. Pesquisas confirmam que abordagens breves e repetidas a cada consulta, reforçando a necessidade de parar o uso do tabaco, aumentam significativamente as taxas de abstinência⁶. Os pacientes que aceitam escolher uma estratégia para mudar de comportamento são considerados preparados para interromper o uso do tabaco. Esses são bons candidatos à abordagem mais intensiva e a um tratamento mais estruturado associado ou não a medicação²⁴. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais de saúde interfiram e auxiliem nesse cuidado.

A despeito dos resultados positivos encontrados neste estudo, mesmo apresentando alta prevalência de cessação do tabaco, não se observou um aumento exponencial nessa porcentagem. Novas tecnologias em saúde têm apresentado importantes efeitos na cessação do tabaco, entre elas a Entrevista Motivacional (EM)²⁵. A Entrevista Motivacional é uma abordagem comunicativa centrada na pessoa, cuja finalidade é trabalhar e aumentar a motivação intrínseca do usuário para uma mudança de comportamento^{26,27}. Sendo assim, é importante que novos métodos e estratégias sejam discutidos e implementados na APS para aumentar as prevalências de cessação do tabaco.

Entre as limitações deste estudo, cabe salientar a utilização de dados secundários coletados pelo serviço de saúde, sem padronização e rigor *a priori*, o que permite viés de registro. Outra limitação está relacionada ao fato de o programa de tabagismo avaliado registrar apenas a cessação de tabaco ao longo das 4 semanas de tratamento, o que não permite inferir sobre a manutenção da abstinência posteriormente. Além disso, seu caráter exploratório é passível de muitas indagações, que, por outro lado, pode influenciar futuras pesquisas. Apesar das limitações, este estudo realizado no serviço de APS conta com a descrição do seguimento de 10 anos, relatando a vida real da APS em um serviço de referência do SUS no Sul do Brasil.

CONCLUSÃO

A cessação de tabaco em grupos contribuiu para que mais da metade dos participantes conseguisse parar de fumar ao longo do período de 4 semanas de tratamento em grupo. A APS proporciona uma ação combinada e coordenada entre diferentes profissionais das equipes de saúde facilitando e aumentando as taxas de cessação do uso de tabaco a partir das políticas nacionais de controle do tabagismo. Essa é uma importante estratégia terapêutica acessível e eficiente para auxiliar e oferecer um atendimento integral aos usuários tabagistas.

REFERÊNCIAS

1. Samet JM. Epidemiology and the tobacco epidemic: how research on tobacco and health shaped epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2016;183(5):394-402. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwv156>. PMID:26867777.
2. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012;380(9842):668-79. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61085-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61085-X). PMID:22901888.
3. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras de Ter Comp Cogn*. 2013;15(2):35-44. <http://dx.doi.org/10.31505/rbtcc.v15i2.601>.
4. WHO: World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011 – Warning about the dangers of tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado em 2019 Jan 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44616>

5. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. Health effects of cigarette smoking [Internet]. 2019 [citado em 2019 Jan 13]. Disponível em: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2019 Jan 13]. Cadernos de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf
7. Portes HP, Campos SEM, Teixeira MTB, Caetano R, Ribeiro C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):439-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevalência de tabagismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 2019 Jan 13]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 2019 Jan 13]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Indicadores de Saúde. Relatório Anual 2016. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.; 2017 [citado em 2019 Jan 13]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/RelatorioAnual2016.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: texto oficial. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado em 2019 Jan 13]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-controle-do-tabaco-texto-oficial.pdf>.
12. Brasil. Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 22 ago. 2011. Seção 1, p. 1.
13. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001336. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>. PMID:23139643.
14. Figueiredo VC, Szklo AS, Costa LC, Kuschnir MCC, Silva TLN, Bloch KV, et al. ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 1):12s. <http://dx.doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006741>.
15. Campos PCM, Gomide M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Cad Saude Colet*. 2015;23(4):436-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040241>.
16. Samet JM. Epidemiology and the Tobacco Epidemic: How Research on Tobacco and Health Shaped Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2016;183(5):394-402. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwv156>. PMID:26867777.
17. Mejia AB, Ling PM. Tobacco industry consumer research on smokeless tobacco users and product development. *Am J Public Health*. 2010;100(1):78-87. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.152603>. PMID:19910355.
18. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1501140>. PMID:26039598.
19. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). PMID:21561655.
20. Portes HP, Campos SEM, Teixeira MTB, Caetano R, Ribeiro C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(2):439-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013>.
21. Santos MDV, Santos ST, Caccia-Bava MCGG. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2019;24(2):563-72. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.27712016>. PMID:30726388.
22. Cinciripini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89(24):1852-67. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/89.24.1852>. PMID:9414173.
23. Mattos LR, Abreu AMM, Portela LF, Jomar RT, Paixão LAR. Cessação do tabagismo entre usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e38987. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38987>.

24. Santos JDP. Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
25. Silva DDF, Melnick R, Celeste RK. Efficacy of Motivational Interviewing in smoking groups in primary health care: a randomized clinical trial. In: Proceedings of the 15th International Congress of Behavioral Medicine; 2018; Santiago. USA: ISBM; 2018.
26. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013.
27. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(6):1050-62. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>. PMID:15612851.