

O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE*Ana Cássia Baião de Miranda^a*<https://orcid.org/0000-0001-7862-6984>*Fernando Martins Carvalho^b*<https://orcid.org/0000-0002-0969-0170>*Kionna Oliveira Bernardes Santos^c*<https://orcid.org/0000-0003-3181-2696>**Resumo**

O objetivo desta pesquisa é avaliar o desempenho do Programa de Controle do Tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Realizou-se um estudo caso-controle, do tipo coorte retrospectivo, com 170 fumantes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo da Unidade Básica de Saúde Candeal Pequeno, em Salvador, Bahia, de fevereiro de 2015 a junho de 2017. Usou-se a técnica de regressão logística binária. A taxa de incidência cumulativa para cessação após 12 semanas (57,1%) e a taxa de abandono do programa (26,4%) não se associaram significativamente a faixa etária, sexo, dependência de nicotina, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Após quatro semanas, o não uso da bupropiona associou-se ($P < 0,007$) à cessação do tabagismo. Em 29 meses, o programa atendeu 60,3% do público elegível. Ele apresentou taxas satisfatórias de cessação, abandono do hábito de fumar e de cobertura, considerando o período estudado e a população elegível. Estudos bem desenhados e de abrangência nacional são necessários para melhor avaliar a efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no nível da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Abandono do tabagismo. Tabagismo. Fatores de risco. Atenção primária à saúde.

^a Fisioterapeuta. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho. Membro do Comitê Transfusional do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: anacassia13@hotmail.com

^b Médico. PhD em Occupational Health. Bolsista Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Professor Titular na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: fmc.ufba@gmail.com

^c Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: kionna.bernardes@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Bahia. Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40026-010. E-mail: fmc.ufba@gmail.com

Abstract

This study sought to evaluate the performance of the Tobacco Cessation Program in a Primary Health Care Unit. A retrospective case-control cohort research was carried out with 170 smokers enrolled in the Municipal Tobacco Control Program at the Candeal Pequeno Primary Health Care Unit, Salvador, Bahia, Brazil, from February 2015 to June 2017. Data was analyzed using binary logistic regression. The cumulative incidence rate for cessation after 12 weeks (57.1%) and the dropout rate (26.4%) were not significantly associated to age, gender, nicotine dependence, hypertension, and diabetes mellitus. After four weeks in the program, not using bupropion was associated with smoking cessation ($P < 0.007$). In 29 months, the Program reached 60.3% of the eligible target public. The Program showed satisfactory rates of tobacco use cessation and coverage, considering the period studied and the eligible population. Well-designed, nationwide studies are needed to better evaluate the effectiveness of the National Tobacco Cessation Program in primary health care.

Keywords: Tobacco use cessation. Tobacco use disorder. Risk factors. Primary health care.

EL PROGRAMA DE CONTROL DEL TABAQUISMO EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Resumen

El objetivo de esta investigación es evaluar el desempeño del Programa de Control del Tabaquismo en una Unidad Básica de Salud (UBS). Este es un estudio caso-control, de tipo cohorte retrospectivo, realizado con 170 fumadores del Programa Municipal de Control del Tabaquismo de la Unidad Básica de Salud Candeal Pequeno, en Salvador, Brasil, en el período de febrero de 2015 a junio de 2017. Se utilizó la técnica de regresión logística binaria. La tasa de incidencia acumulativa para cesación después de 12 semanas (57,1%) y la tasa de abandono del Programa (26,4%) no se asociaron significativamente a edad, sexo, dependencia de nicotina, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Después de cuatro semanas, el no uso de bupropiona se asoció ($P < 0,007$) a la cesación del tabaquismo. En 29 meses, el Programa atendió al 60,3% del público elegible. Y presentó tasas satisfactorias de cesación, abandono del hábito de fumar y de cobertura, considerando el período de tiempo estudiado y el público. Estudios bien diseñados y de alcance nacional son necesarios para mejor evaluar la efectividad del Programa Nacional de Control del Tabaquismo en la atención primaria de la salud.

Palabras clave: Cese del uso de tabaco. Tabaquismo. Factores de riesgo. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado a principal causa de óbitos evitáveis. Globalmente, 12% das mortes de adultos com trinta anos ou mais são atribuídas ao tabagismo¹. A Pesquisa Nacional de Saúde estimou que, no Brasil, a prevalência de fumantes habituais, com idade acima de 18 anos, era de 15,0%; desse grupo, 51,1% tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses e apenas 8,8% procuraram tratamento com profissional de saúde². Dados da pesquisa Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) destacam Salvador (BA) como a capital brasileira com menor prevalência de fumantes com mais de 18 anos, com tendência histórica decrescente, de 11,5% em 2007³ para 5,1% em 2016⁴.

Muitos efeitos benéficos decorrem da cessação do hábito de fumar, a curto e longo prazo: dentro de 12 horas, o nível de monóxido de carbono sanguíneo diminui; de um a nove meses, diminui a tosse e melhora a respiração; em um ano, o risco de doença coronariana reduz pela metade; em dez anos, o risco de câncer de pulmão corresponde à metade em comparação com aqueles que fumam. Diminui também o risco de câncer de boca, garganta, esôfago, bexiga, colo uterino e pâncreas. Pessoas que já desenvolveram problemas relacionados ao fumo, comparadas àquelas que continuam fumando, ganham dez anos de expectativa de vida se cessaram o hábito aos trinta anos de idade; ou ganham seis anos de expectativa de vida se cessaram o hábito aos cinquenta anos de idade⁵.

O tratamento do tabagismo foi formalmente introduzido no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002⁶ e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2013⁷. No primeiro semestre de 2015, 2.700 municípios brasileiros possuíam 6.283 equipes ou serviços de saúde tratando o tabagismo. No Brasil, de 2005 a 2014, mais de 800.000 fumantes foram atendidos em unidades do SUS. Dados pouco divulgados e extraídos, com certa dificuldade, de um relatório de gestão e progresso do Programa Nacional de Controle do Tabaco revelam que, de 2009 a 2013, a cessação do tabagismo ocorreu em cerca de 50% dos participantes, menos de um terço dos fumantes abandonou o tratamento e três quartos utilizaram medicamentos de apoio gratuitamente distribuídos pelo Ministério da Saúde. Em 2013, 154.207 fumantes foram atendidos em 604 municípios, em 1308 unidades do SUS; 71.327 (46,3%) pararam de fumar⁶.

Uma pesquisa semiquantitativa envolvendo 16 gestores de Programas de Controle do Tabagismo, implantados há pelos menos dois anos, de várias áreas geográficas e entes federativos distintos, relatou taxa (média) de cessação de 37,7%⁸. Outro estudo levantou informações junto a 145 responsáveis por Programas de Controle do Tabagismo de serviços de saúde do SUS da cidade do Rio de Janeiro (42,8% eram Centros Municipais de Saúde

e 53,1% pertenciam à Estratégia de Saúde da Família). Em 2013, na quarta sessão no programa, 52,8% dos 11.287 participantes com 18 anos ou mais não estavam mais fumando⁹.

As ações de tratamento do tabagismo nas unidades básicas de saúde do SUS deveriam ser mais profundamente avaliadas, especialmente devido ao baixo custo-benefício resultante dessas ações. Apenas dois estudos avaliaram a efetividade de programas desenvolvidos exclusivamente em Unidades Básicas de Saúde, em Cambé¹⁰ e em Curitiba, ambos no Paraná¹¹. Um terceiro estudo, realizado em Tubarão, em Santa Catarina, incluiu participantes de programas de três unidades da Estratégia da Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD) e uma policlínica¹². Outras três pesquisas¹³⁻¹⁵ foram desenvolvidas em programas de hospitais, policlínicas e centros de saúde. Em geral, esses estudos investigaram amostras pequenas e apresentam fragilidades na apresentação e na análise de dados, dificultando a interpretação e a comparação entre os resultados produzidos.

Esta pesquisa objetivou avaliar o desempenho (taxa de cessação, taxa de abandono e respectivos fatores de risco e cobertura populacional) do Programa de Controle do Tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de caso-controle aninhado a uma coorte retrospectiva, a partir de planilhas produzidas pela UBS do Candeal Pequeno, que executa o Programa Municipal de Controle do Tabagismo.

Adaptações na condução das ações preconizadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo¹⁶ são permitidas, de forma a melhor atender as especificidades locais. No município de Salvador, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo baseia-se nas diretrizes propostas pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo¹⁷, pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dependência à Nicotina¹⁸ e pelo documento Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista¹⁹. O tratamento consiste em intervenções psicoterapêuticas e medicamentosas. A intervenção psicoterapêutica está centrada no modelo biopsicossocial que inclui avaliação inicial, com entrevista motivacional para aconselhamento, abordagens com foco na terapia cognitivo-comportamental, prescrição e dispensação de medicamentos¹⁹.

Atualmente, o município de Salvador conta com 45 unidades de saúde que dispõem do serviço de apoio aos usuários dos derivados do tabaco. A UBS do Candeal Pequeno pertence ao Distrito Sanitário de Brotas, bairro predominantemente residencial, com população estimada em 7.896 habitantes (dados do último recadastramento realizado

pelos profissionais da própria UBS). A UBS conta com trinta funcionários, distribuídos em duas equipes de apoio à saúde da família. Oferece 12 serviços; entre eles, o Programa de Controle do Tabagismo. Em dez anos de existência, o programa avaliou 555 pessoas. Na UBS do Candeal Pequeno, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo foi adaptado para atender às necessidades locais. A intervenção tem duração de três meses, com 12 encontros semanais, sendo os quatro encontros iniciais destinados a promover a cessação do tabagismo e os oito encontros subsequentes para acompanhamento e estímulo à manutenção da cessação. Cinco profissionais estão envolvidos na condução do programa: uma médica, responsável pela avaliação inicial dos participantes e prescrição dos medicamentos; uma enfermeira, responsável pelo monitoramento individualizado dos participantes e por conduzir as sessões, em conjunto com uma odontóloga; e duas agentes comunitárias de saúde (ACS). Essas últimas profissionais são responsáveis por reconhecer os tabagistas no território e lhes apresentar a proposta de tratamento no primeiro contato. Durante as visitas domiciliares, são feitas perguntas: “Você fuma?”, “Quantos cigarros fuma por dia?” e “Alguma vez tentou parar de fumar?”. A partir desses questionamentos, o serviço é apresentado e os interessados convidados a participar. Ter mais de 18 anos é um critério de inclusão no programa.

O programa fundamenta-se numa abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso. Os participantes elegíveis são submetidos a uma entrevista motivacional, uma conversa entre o profissional de saúde e o indivíduo tabagista, para facilitar a vinculação entre os envolvidos. Embasa-se numa escuta qualificada, em que o participante verbaliza suas angústias e medos e o profissional de saúde discorre sobre a terapêutica disponível²⁰. Em seguida, os participantes são avaliados clinicamente e realizam exame físico. Nesse momento, informações sobre o perfil do fumante, como sexo, idade, presença de hipertensão e diabetes mellitus e grau de dependência da nicotina (Teste de Fagerström), são coletadas. A abordagem cognitivo-comportamental é realizada em grupo. As quatro semanas iniciais abordam elementos sobre comportamento, pensamentos e sentimentos dos fumantes. Durante esse período é recomendado que os participantes interrompam o hábito de fumar¹⁹.

Os encontros ocorriam às quartas-feiras, das 14h às 17h, numa sala ampla, climatizada e com boa iluminação, com cadeiras suficientes para atender ao público-alvo. A localização da área destinada à condução do programa facilitava o acesso dos usuários. As atividades eram desenvolvidas em dois momentos: o primeiro, das 14:00 às 15:30 horas, com abordagem terapêutica grupal, distribuição de material informativo complementar, relato de vivências, troca de experiências e “dicas” sobre como suportar as crises de abstinência.

Num segundo momento, destinado às consultas individualizadas, havia atualização das informações e dispensação de medicamentos.

No primeiro encontro eram abordados os aspectos relacionados à dependência química e psíquica do tabaco, fazendo menção aos efeitos negativos do hábito de fumar. O material complementar ofertado tinha um questionário com nove quesitos, de escolha binária, que identificava a relação de dependência do cigarro. Já o segundo encontro buscava ensinar como lidar com os primeiros dias de abstinência. Os participantes eram orientados a descrever os principais sintomas associados à cessação do hábito de fumar, propondo estratégias para o enfrentamento. O terceiro encontro retratava métodos de engajamento para manutenção da condição de não fumante. Alguns aspectos negativos, como ganho de peso, eram apresentados com métodos de apoio. Por fim, o quarto encontro destacava os efeitos positivos associados à cessação, reforçando a manutenção da condição. O apoio medicamentoso poderia ocorrer, com prescrição da bupropiona, até a dose máxima de 300 mg/dia, se o fumante ainda não tivesse cessado o hábito até a quarta semana. Os oito encontros sequenciais, para acompanhamento, eram realizados seguindo a mesma estrutura dos encontros anteriores: terapia grupal, com duração de noventa minutos, para escuta ativa e orientações, seguida de acolhimento individualizado.

Nos encontros iniciais eram liberados apenas os medicamentos classificados como Terapia de Reposição de Nicotina (TRN). Quando a resposta obtida não era satisfatória, medicamentos antidepressivos eram ofertados para serem utilizados de forma complementar. Neste estudo, o medicamento bupropiona foi prescrito para os participantes que relataram dificuldade de abandonar o hábito de fumar nas primeiras quatro semanas do programa.

Todas as informações sobre sexo, idade, resultado do Teste de Fagerström, medicamentos utilizados (adesivo de nicotina e bupropiona) e situação do participante ao final de cada sessão (fumando, não fumando e abandono do tratamento) foram retiradas das planilhas eletrônicas, produzidas e disponibilizadas pela Secretária Municipal de Saúde. Informações sobre diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram retiradas dos prontuários individuais, armazenados na UBS escolhida. Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos.

As planilhas continham informações sobre 170 indivíduos que participaram dos grupos de apoio no período de janeiro de 2015 a junho de 2017. Entretanto, não havia informações sobre diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus de 11 indivíduos e eles foram excluídos das análises bi e multivariadas desta pesquisa, restando, portanto, 159 participantes.

A variável dependente foi a cessação do tabagismo, definida como a interrupção total do consumo de cigarros, ao longo das 12 semanas do programa¹⁹. As variáveis independentes foram sexo, idade, dependência de nicotina, uso de adesivo para reposição de nicotina, uso de bupropiona, diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A idade foi agrupada em dois níveis, de 20 a 59 anos e de 60 a 75 anos. O escore do Teste de Fagerström foi agregado em baixa dependência (um a quatro pontos) e alta dependência (cinco a dez pontos), conforme a classificação proposta no Cadernos da Atenção Básica Número 40¹⁹. Como apenas um único participante não fez uso de adesivo para reposição de nicotina, essa variável não foi incluída no estudo.

A assiduidade é considerada um elemento importante para aumentar as taxas de sucesso em programas de tratamento do tabagismo. Nesta pesquisa, participantes ausentes em seis ou mais semanas foram classificados como tendo abandonado o programa.

Os dados foram analisados com uso do Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20. Estudos de coorte partem de uma exposição principal para um desfecho específico. Essa foi a primeira parte do estudo, quando foi determinada a incidência cumulativa da cessação do tabagismo. Na segunda parte, o estudo partiu do desfecho (cessou/não cessou o tabagismo ou abandonou/não abandonou o programa) para avaliar os fatores de risco investigados, usando a razão de chances (Odds Ratio) e respectivo intervalo de confiança de 95%, como se procede em estudos do tipo caso-controle aninhado. Optou-se pelo uso do modelo logístico e pelo cálculo da OR devido à natureza da pergunta básica do estudo: “Quais são as características dos participantes que cessaram de fumar em comparação às dos que não cessaram?”. Análises de regressão logística múltipla foram utilizadas para identificar a importância dos fatores associados à cessação do tabagismo. A qualidade do ajuste dos dados foi avaliada com uso do teste de Hosmer-Lemeshow.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia, conforme parecer número 1.934.676, de 20 de fevereiro de 2017.

RESULTADOS

Cessaçã do tabagismo. Considerando os 170 participantes inscritos no programa, a taxa de incidência cumulativa para a cessação do tabagismo foi de 57,1%. Nas quatro semanas iniciais, a taxa de incidência da cessação do hábito foi de 44,7% (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Hábito de fumar após quatro semanas e após 12 semanas dos participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, Bahia, Brasil – fevereiro de 2015 a junho de 2017

Hábito de fumar	Todos os participantes (n=170)				Participantes sem dados faltantes no Programa (n=159)			
	Após quatro semanas		Após 12 semanas		Após quatro semanas		Após 12 semanas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cessou	76	44,7	97	57,1	69	43,4	91	57,2
Não cessou	77	45,3	28	16,5	73	45,9	26	16,4
Abandonou o programa	17	10,0	45	26,4	17	10,7	42	26,4
Total	170	100,0	170	100,0	159	100,0	159	100,0

Fonte: Elaboração própria.

O hábito de fumar após quatro semanas e após 12 semanas foi estratificado segundo características dos 159 participantes sem dados faltantes à entrada (na primeira sessão) no programa (**Tabela 2**). Na análise univariada, após quatro semanas de participação, o não uso de bupropiona foi significativamente ($P = 0,017$) mais frequente entre os que cessaram o hábito (73,5%) do que entre aqueles que continuaram fumando (55,6%).

Tabela 2 – Hábito de fumar após quatro semanas e após 12 semanas segundo características dos 159 participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, Bahia, Brasil – fevereiro de 2015 a julho de 2017

Características	Após quatro semanas				Após 12 semanas			
	Cessou		Fumante		Cessou		Fumante	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	46	66,7	57	63,3	61	67,0	42	61,8
Masculino	23	33,3	33	36,7	30	33,0	26	38,2
Faixa etária								
20-59	58	84,1	68	75,6	72	79,1	54	79,4
60-75	11	15,9	22	24,4	19	20,9	14	20,6
Hipertensão arterial								
Sim	17	24,6	30	33,3	25	27,5	22	32,3
Não	52	75,4	60	67,7	66	72,5	46	67,7
Diabetes Mellitus								
Sim	5	7,8	13	14,4	10	11,0	8	11,8
Não	64	92,8	77	85,6	81	89,0	60	88,2
Teste Fagerström								
1-4	7	10,1	6	6,7	6	6,6	7	10,3
5-10	62	89,9	84	93,3	85	93,4	61	89,7
Bupropiona								
Sim	18	26,1	40	44,4	32	35,2	26	38,2
Não	51	73,9 ^a	50	55,6 ^a	59	64,8	42	61,8

Fonte: Elaboração própria.
a,a - $\chi^2 = 5,68$; $P = 0,017$

Segundo o modelo logístico, a cessação do tabagismo após quatro semanas de participação no programa associou-se ($P = 0,007$) ao não uso da bupropiona, ajustada por sexo, faixa etária, Teste de Fagerström, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Fumantes que não usaram bupropiona apresentaram chance 2,84 vezes maior de cessar o hábito. Essa associação manteve-se estatisticamente significativa ($P = 0,004$), mesmo após a exclusão dos 17 participantes que abandonaram o programa nas primeiras quatro semanas. A cessação do tabagismo não se associou significativamente a qualquer das variáveis investigadas, após 12 semanas de participação no programa (**Tabela 3**). A exclusão dos participantes que abandonaram o programa não alterou esse resultado (dados não mostrados).

Tabela 3 – Resultados das regressões logísticas múltiplas que tiveram como desfecho a cessação do hábito de fumar após quatro semanas e após 12 semanas em participantes no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, Bahia, Brasil – fevereiro de 2015 a julho de 2017

Variável (referente)	Após quatro semanas, todos os participantes (n=159)			Após quatro semanas, sem os 17 participantes que abandonaram o programa (n=142)			Após 12 semanas, todos os participantes (n=159)		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Sexo (Masculino)	1,92	0,90	4,08	1,89	0,84	4,22	1,41	0,68	2,91
Faixa etária (60-75 anos)	1,61	0,69	3,79	1,88	0,77	4,51	0,94	0,42	2,11
Hipertensão arterial (Sim)	1,43	0,65	3,14	1,62	0,71	3,72	1,36	0,64	2,88
Diabetes mellitus (Sim)	1,48	0,45	4,82	1,60	0,48	5,33	1,00	0,34	2,92
Teste de Fagerström (5-10)	1,44	0,44	4,75	1,66	0,43	6,47	0,62	0,19	1,97
Bupropiona (Sim)	2,84 ^a	1,33	6,07	3,25 ^b	1,46	7,23	1,33	0,65	2,72

Fonte: Elaboração própria.
^a - $P = 0,007$; ^b - $P = 0,004$

Abandono do programa. Ao final de 12 semanas, 45 (26,4%) dos 170 participantes haviam abandonado o programa (**Tabela 1**).

Os 45 participantes que abandonaram o programa no decorrer de 12 semanas não diferiram significativamente ($P > 0,302$ ou maior) daqueles 125 que permaneceram no programa quanto à distribuição por sexo, faixa etária, hipertensão arterial, diabetes mellitus, Teste de Fagerström e uso de bupropiona (**Tabela 4**). O abandono do programa após 12 semanas não se associou significativamente a qualquer dessas variáveis, numa análise de regressão logística múltipla com os 159 participantes do programa sem dados faltantes (11 casos com diagnóstico de diabetes ou hipertensão arterial) (dados não mostrados).

Tabela 4 – Abandono após 12 semanas segundo características dos participantes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Salvador, Bahia, Brasil – fevereiro de 2015 a julho de 2017

Característica (referente)	Abandonaram o programa (n=45)		Permaneceram no programa (n=125)		OR	IC 95%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	19	42,2	42	33,6	1,44	0,72 2,90
Feminino (ref.)	26	57,8	83	66,4		
Faixa etária						
20-59	39	86,7	95	76,0	2,05	0,79 5,23
60-75 (ref.)	6	13,3	30	24,0		
Hipertensão arterial^a						
Sim	12	28,6	35	29,9	0,94	0,43 2,04
Não (ref.)	30	71,4	82	70,1		
Diabetes Mellitus^a						
Sim	3	7,1	15	12,8	0,52	0,14 1,91
Não (ref.)	39	92,9	102	87,2		
Teste Fagerström						
1-4	5	11,1	9	7,8	0,62	0,20 1,96
5-10 (ref.)	40	80,9	116	92,2		
Bupropiona						
Sim	17	37,8	46	36,8	1,04	0,52 2,11
Não (ref.)	28	62,2	79	63,2		

Fonte: Elaboração própria.

^a - 3 casos com dados faltantes

Considerando que a prevalência estimada de fumantes no município de Salvador em 2016 foi de 5,1%⁸ e que a população da área da UBS estudada era de 7.896 habitantes, dos quais cerca 70% (5.527) tinham mais de vinte anos de idade, calcula-se que a população-alvo seja de 282 indivíduos. Portanto, estima-se que o programa nessa UBS, que assistiu a 170 de um total de 282 pacientes elegíveis, no período de fevereiro de 2015 a julho de 2017, correspondeu a uma cobertura de 60,3%.

DISCUSSÃO

A cobertura do programa para a população adscrita (60,3%) foi considerada satisfatória. Essa proporção refere-se a 170 de um total de 282 pacientes elegíveis, para o período de fevereiro de 2015 a julho de 2017. Em dez anos de existência, esse programa já atendeu 555 indivíduos, o que reforça a ideia de uma cobertura satisfatória.

A taxa de incidência cumulativa para a cessação aumentou de 44,7%, nas quatro semanas, para 57,1%, após 12 semanas. Essa taxa é mais baixa do que a relatada para os 85 participantes do Programa de Cambé, no Paraná (66,6%)¹², porém é mais alta do que aquelas relatadas para os 63 participantes do programa de Curitiba, no Paraná, (52,9%)¹⁵ e para os 130 participantes do programa de Tubarão, em Santa Catarina, (42,3%)²¹, todas para o mesmo período de quatro semanas.

A taxa de cessação após quatro semanas de nosso estudo também foi de 44,7%, sendo um pouco mais baixa do que a de 52,8% relatada para 11.287 participantes de 145 programas de Centros Municipais de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro⁹.

A taxa de cessação após um ano no programa foi de 50,8% em uma pesquisa com 258 pacientes de um ambulatório de apoio ao tabagista de um hospital de Fortaleza, no Ceará¹⁵. O maior tempo de permanência no programa cearense prejudica uma comparação direta com a taxa de cessação observada em nosso estudo.

Estudos de revisão da literatura²¹⁻²² identificaram vários fatores associados à cessação do hábito de fumar: sexo, faixa etária, idade no início do consumo, histórico de tentativas anteriores de interrupção, depressão, ansiedade, grau de dependência de nicotina, alcoolismo, motivação e a convivência com outros fumantes, em casa ou no trabalho.

Entre os fatores de risco investigados nesta pesquisa, apenas o não uso da bupropiona foi identificado como um preditor para a cessação do tabagismo, após quatro semanas iniciais. A severidade da dependência de nicotina é um preditor relevante da cessação, inclusive para pacientes em uso de bupropiona²². Em geral, fumantes com resultado do Teste de Fagerström igual ou maior que sete experimentam sintomas mais intensos nas crises de abstinência, têm maior necessidade de medicamentos de apoio para a cessação, como a bupropiona, e têm maior propensão à falha do tratamento antitabágico²³. O estudo desenvolvido com o programa de controle do tabagismo em Tubarão, Santa Catarina, relatou que a dependência à nicotina e o uso de bupropiona não se associaram à cessação do hábito de fumar¹². Uma pesquisa¹⁴ com 216 fumantes de unidades de saúde de Cuiabá, no Mato Grosso, identificou o sexo masculino e as faixas etárias 20-39 anos e 40-59 anos como fatores de risco para o abandono, após seis meses no programa.

Nesta pesquisa, a taxa de abandono do tratamento aumentou de 10,0%, após quatro semanas, para 26,4%, após 12 semanas. Essa taxa é semelhante às taxas de abandono relatadas a cada ano pelo Programa Nacional de Controle do Tabaco, para o período de 2008 a 2013, que variaram de 23,47% a 28,52%⁶. Em programas desenvolvidos exclusivamente em UBS do estado do Paraná, as taxas de abandono após quatro semanas foram mais altas do que as observadas neste estudo: 23,8%¹⁰ e 41,1%¹¹.

O programa brasileiro preconiza que informações sobre a história tabagística, quadro de abstinência, estágio de motivação e descrição dos principais sintomas (presença de tosse, expectoração, dispneia e/ou dor torácica) sejam coletadas na avaliação inicial, pois representam valiosos preditores para a conduta terapêutica¹⁹⁻²⁰. Na Unidade Básica de Saúde estudada, poucas informações desse tipo são coletadas, o que prejudicou a análise de dados. Esse aspecto tornou-se uma importante limitação desta investigação. Apesar dos limites encontrados, o razoável percentual de adesão ao programa, a alta resolutividade e o baixo custo operacional fortalecem o desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo na atenção primária de saúde.

Conclui-se que a taxa de cessação do tabagismo na UBS investigada foi semelhante àquelas relatadas em estudos com populações semelhantes no Brasil. A taxa de cessação nas quatro semanas iniciais associou-se ao não uso da bupropiona. Nenhuma variável preditora da cessação no período de 12 semanas foi identificada. Não foi identificada qualquer variável preditora de abandono do programa. Nessa UBS, a cobertura assistencial ao público elegível de fumantes (60,3%) foi considerada satisfatória. Estudos bem desenhados e de abrangência nacional são necessários para melhor avaliar a efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no nível da atenção primária à saúde. Apesar dos limites encontrados neste estudo, o percentual de adesão ao programa, sua alta resolutividade e o baixo custo operacional fortalecem o desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo na atenção primária à saúde.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Proc. 304563/2014-5 – Bolsa de Produtividade em Pesquisa e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) BOL 0760/2016 – Bolsa de Mestrado.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Ana Cássia Baião de Miranda, Fernando Martins Carvalho e Kionna Oliveira Bernardes Santos.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Ana Cássia Baião de Miranda e Fernando Martins Carvalho.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Ana Cássia Baião de Miranda, Fernando Martins Carvalho e Kionna Oliveira Bernardes Santos.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Ana Cássia Baião de Miranda, Fernando Martins Carvalho e Kionna Oliveira Bernardes Santos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Global report: mortality attributed to tobacco. Geneva: WHO; 2012.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
5. World Health Organization. Quitting tobacco [Internet]. 2018 [citado em 2019 mar 31]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/quitting/en/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2013-2014. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Convenção-quadro da OMS para o controle do tabaco no Brasil: dez anos de história – 2005-2015. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2018.
8. Araújo AJ. Tabagismo como epidemia. In: Araújo AJ, editor. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Rio de Janeiro (RJ): Gen Editorial; 2012. p. 3-12.
9. Casado L, Thuler LCS. Real world evaluation of the smoking cessation services in the Rio de Janeiro municipality, Brazil. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(4):773-8.
10. Meier DAP, Secco IAO, Vannuchi MTO. Análise dos indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(5):129-37.
11. Wittkowski L, Dias CRS. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-11.
12. Kock KS, Arantes MWB, Santos CC, Castellini SS. Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-10.

13. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2013;15(2):35-44.
14. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Abandonment of nicotine dependence treatment: a cohort study. *São Paulo Med J*. 2016;134(1):47-55.
15. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol*. 2006;32(5):410-7.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2003.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Deixando de fumar sem mistérios: manual do coordenador. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2005.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Brasília (DF); 2016.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
20. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80.
21. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong H-H, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006;15(3):83-94.
22. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med*. 2008;102(8):1182-92.
23. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88(8):1127-35.

Recebido: 3.4.2019. Aprovado: 18.6.2020.