

# Relato de experiência: criação de grupo de tabagismo como método para promover o bem-estar dos usuários da Atenção Básica na zona rural de Moreno–PE

Experience report: creating a smoking cessation group as a method to promote the well-being of Primary Health Care users in the rural area of Moreno–PE

Relato de experiencia: creación de un grupo de tabaquismo como método para promover el bienestar de los usuarios de la Atención Básica en la zona rural de Moreno–PE

## Karolyna Maria Lima de Medeiros Ferreira

Pós-graduada em Medicina de Família e Comunidade; Médica da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Olinda, PE, Brasil;

E-mail: medeiroskarolynalima@gmail.com; ORCID: 0009-0008-0676-4649

## Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica; Professora Titular; Escola de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil;

E-mail: amandamsreinaldo@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0283-2313

Contribuição dos autores:  
KMLMF contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. AMSR atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento:  
Próprio.

Recebido em: 29/12/2025

Aprovado em: 12/03/2026

Editora responsável: Sheila Rubia Lindner

**Resumo:** O tabagismo é a principal causa prevenível de morte no mundo, sendo responsável por cerca de metade das doenças em países em desenvolvimento e um dos maiores fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Seus efeitos incluem pior qualidade de vida e maior risco de eventos cardiovasculares quando comparados a não fumantes. No Brasil, observa-se maior prevalência nas áreas rurais do que nas urbanas. O Objetivo é implantar o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo na Unidade de Saúde da Família (USF) de Caraúna, zona rural do município de Moreno-PE, promovendo ações de cessação do tabagismo e melhoria da saúde cardiovascular da população atendida. O trabalho apresentado trata-se de um relato de experiência desenvolvido pela equipe multiprofissional da USF de Caraúna. Realizou-se diagnóstico situacional da comunidade, revisão de literatura e elaboração de um plano de intervenção baseado no Manual do Coordenador do Ministério da Saúde. A ação incluiu a formação de um grupo de tabagismo com abordagem cognitivo-comportamental, tratamento da dependência e avaliação do risco cardiovascular por meio das calculadoras *Prevent*, *Framingham* e *Hearts*, antes e após a cessação do fumo. A curto prazo, observou-se a formação e funcionamento efetivo do grupo de tabagismo na zona rural, com adesão dos participantes e acompanhamento contínuo dos usuários e ex-usuários. Houve redução dos sintomas associados à abstinência e melhora dos indicadores de risco cardiovascular. Concluindo-se que a implantação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo na zona rural de Moreno-PE demonstrou-se viável e benéfica. Espera-se, a longo prazo, manter o grupo ativo, promover adesão sustentável e contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da saúde cardiovascular dos usuários da Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Atenção Primária à Saúde; Prevenção do hábito de fumar.

**Abstract:** Smoking is the leading preventable cause of death worldwide, accounting for about half of all diseases in developing countries and being one of the major risk factors for Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs). Its effects include poorer quality of life and a higher risk of cardiovascular events compared to non-smokers. In Brazil, smoking prevalence is higher in rural areas than in urban regions. The objective is to report the experience

of implementing the National Tobacco Control Program at the Family Health Unit (USF) of Caraúna, a rural area in the municipality of Moreno-PE, aiming to promote smoking cessation and improve the cardiovascular health of the population served. This is an experience report developed by the multiprofessional team of the Caraúna Family Health Unit. A situational diagnosis of the community was conducted, followed by a literature review and the development of an intervention plan based on the Coordinator's Manual from the Brazilian Ministry of Health. The intervention included the creation of a smoking cessation group using a cognitive-behavioral approach, addiction treatment, and cardiovascular risk assessment through the Prevent, Framingham and Hearts calculators before and after smoking cessation.: In the short term, the formation and effective functioning of the rural smoking cessation group were observed, with good participant adherence and continuous follow-up of users and former users. There was a reduction in withdrawal-related symptoms and improvement in cardiovascular risk indicators. Concluding that the implementation of the National Tobacco Control Program in the rural area of Moreno-PE proved feasible and beneficial. In the long term, maintaining the group's activities is expected to promote sustainable adherence and contribute to improving the quality of life and cardiovascular health of primary care users.

**Keywords:** Tobacco Use Disorder; Primary Health Care; Smoking Prevention.

**Resumen:** El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte en el mundo, siendo responsable de aproximadamente la mitad de las enfermedades en los países en desarrollo y uno de los mayores factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Sus efectos incluyen una peor calidad de vida y un mayor riesgo de eventos cardiovasculares en comparación con los no fumadores. En Brasil, se observa una mayor prevalencia en las zonas rurales que en las urbanas. El objetivo es implementar el Programa Nacional de Control del Tabaquismo en la Unidad de Salud de la Familia (USF) de Caraúna, zona rural del municipio de Moreno-PE, promoviendo acciones de cesación tabáquica y mejora de la salud cardiovascular de la población atendida. El trabajo se trata de un relato de experiencia desarrollado por el equipo multiprofesional de la USF de Caraúna. Se realizó un diagnóstico situacional de la comunidad, una revisión bibliográfica y la elaboración de un plan de intervención basado en el Manual

del Coordinador del Ministerio de Salud. La acción incluyó la formación de un grupo de tabaquismo con enfoque cognitivo-conductual, tratamiento de la dependencia y evaluación del riesgo cardiovascular mediante las calculadoras Prevent, Framingham y Hearts, antes y después de la cesación del tabaco. A corto plazo, se observó la formación y el funcionamiento efectivo del grupo de tabaquismo en la zona rural, con adhesión de los participantes y acompañamiento continuo de los usuarios y exusuarios. Se evidenció una reducción de los síntomas asociados a la abstinencia y una mejora en los indicadores de riesgo cardiovascular. Concluyendo que la implementación del Programa Nacional de Control del Tabaquismo en la zona rural de Moreno-PE se mostró viable y beneficiosa. A largo plazo, se espera mantener activo el grupo, promover una adhesión sostenible y contribuir a la mejora de la calidad de vida y de la salud cardiovascular de los usuarios de la Atención Primaria.

**Palabras clave:** Tabaquismo; Atención Primaria de Salud; Prevención del Hábito de Fumar.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é a causa considerada evitável e o principal motivo de morte evitável no mundo, responsável por aproximadamente 50% das doenças dos países subdesenvolvidos e que ameaça minar o desenvolvimento econômico e social destes países<sup>1</sup>. Ele é considerado o maior fator de risco evitável para as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares crônicas<sup>2</sup>, sendo também um fator que aumenta a mortalidade e que tem relação com diversos cânceres, em especial o câncer de pulmão.

De acordo com Urrutia-Pereira et al<sup>3</sup>, estima-se que o custo econômico do tabagismo seja de aproximadamente 40% nos países de baixa e média renda de um total de US\$ 1,4 bilhão por ano no mundo todo, o que categoriza um alto impacto não somente na morbimortalidade da população, mas também apresenta grande relevância financeira<sup>3</sup>.

Diante do impacto mundial do tabagismo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o programa MPOWER, mnemônico que se refere às ações a serem realizadas a fim de reduzir a prevalência do tabagismo, por meio da

iniciativa Sem Tabaco, influenciada pelas medidas da chamada Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)<sup>4</sup>. Esta medida foi assinada em 2005 por 168 países e, dentre eles, 29 pertencem à região das Américas. Apesar disto, os problemas continuam, uma vez que poucos deles conseguiram implementar e executar políticas eficazes de prevenção e controle do tabagismo, e, além disso, demonstra-se que estes programas de implementação estão vivendo uma tendência de desaceleração nos últimos anos<sup>3</sup>.

No caso do Brasil, o uso do tabaco é considerado questão de saúde pública e seu controle tem sido implementado de maneira sistemática desde o ano de 1989. No que o Ministério da Saúde (MS), através do Instituto Nacional de Câncer (Inca), deu origem ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de Câncer com a missão de reduzir a prevalência do tabagismo e o conseqüente impacto na morbimortalidade decorrentes, por meio de ações implementadas de forma descentralizada no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>.

Dessa forma, houve a criação de diversas ferramentas como a implementação de uma linha telefônica nacional para suporte a cessação do tabagismo, a disponibilidade de serviços para auxílio no abandono do uso e a terapia de reposição de nicotina, com custeio total dos valores do tratamento. Em consonância, a lei brasileira de número 12546 de 2011, vetou todas as formas de publicidade de produtos do tabaco, sendo permitida apenas a exposição do produto nos pontos de venda, devendo os locais públicos e de trabalho estarem livres da fumaça do cigarro<sup>3</sup>.

O Inca/MS tem elaborado o Programa “Unidades de Saúde Livres do Cigarro -Saúde e Coerência”, tendo como objetivo capacitar profissionais e oferecer apoio efetivo à cessação do tabagismo aos usuários que buscam atendimento nas Unidades de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>. Nesse caso, a abordagem se dá também, através da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e apoio medicamentoso, quando indicado, associando intervenções cognitivas, pois sendo o fumo um hábito, deve-se treinar também as habilidades comportamentais.

No estado de Pernambuco, foi instituído o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCT/PE) desde a década de 1990, logo após o ano de criação à nível nacional. O programa também buscou ações direcionadas ao tratamento do tabagismo, com avaliação clínica, através de abordagem mínima ou intensiva, podendo ser individual ou em grupo, além de também oferecer terapia medicamentosa, quando necessária e ações de promoção da saúde e de prevenção no ambiente acadêmico/escolar e de mobilização social, contemplando as datas alusivas ao controle do uso do tabaco<sup>5</sup>.

Os municípios que aderiram ao PNCT-PE participaram de um curso de descentralização referente ao programa, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e puderam desenvolver suas ações de forma mais eficaz após a publicação da portaria MS nº 571/201314. Diante da recomendação de que a atenção aos tabagistas passasse a ser realizada prioritariamente nos serviços de Atenção Básica à Saúde, o tratamento do tabagismo foi incluído no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Essa iniciativa foi ofertada em 164 municípios de todo país, incluindo Pernambuco, o que permitiu o acesso ao tratamento do tabagismo<sup>5</sup>.

A Pesquisa Especial em Tabagismo realizada no Brasil em 2008 já indicava que o tabagismo era maior nas áreas rurais do país (20,4%) em comparação às áreas urbanas (16,6%), associado possivelmente, segundo a pesquisa, ao maior consumo de cigarros de palha (de “rolo”) ou enrolados à mão pela população rural<sup>6</sup>. Mesmo havendo redução da quantidade de fumantes de maneira geral no decorrer dos anos, as pesquisas realizadas em 2013 e 2019<sup>6</sup>, demonstram manutenção da disparidade entre as áreas rurais e urbanas, sendo recomendado, deste modo, um reforço maior ao incentivo à cessação do tabagismo em áreas agrícolas, tanto quanto à implementação de medidas para a promoção de ambientes livres de tabaco.

Em consonância, a cidade de Moreno, região metropolitana de Recife, foi um dos municípios que aderiu ao programa de tabagismo desde o início do programa, tendo sido implementada a realização dos grupos no centro da cidade. A área do município de Moreno, segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, era de 194.197km, sendo

8,6 km de área urbanizada<sup>7</sup>. O engenho Caraúna faz parte da área não urbana da cidade, distante aproximadamente 9,6 km do centro<sup>8</sup>. Seus habitantes são predominantemente agricultores, envolvidos com o corte de cana-de-açúcar, plantações de milho e macaxeira e encontram na rotina exaustiva, geralmente das 4 da manhã até as 15 horas, dificuldade de acesso à área urbana por transitarem a pé entre as regiões. Tal fato dificulta a adesão ao tratamento realizado na zona urbana, a exemplo de consultas com especialistas, com equipe multiprofissional e participação no grupo de tabagismo.

Diante do número expressivo de tabagistas identificado por meio das consultas de rotina na APS, e a não adesão devido à distância do serviço às suas moradias, notou-se a necessidade de descentralizar o grupo de tabagismo e capacitar os profissionais para realizá-lo na zona rural, com base no alto número de usuários de tabaco da região, associado ainda a hábitos alimentares e de vida que corroboram com risco de doenças cardiovasculares e baixa qualidade de vida dos moradores do campo.

Trata-se de um relato de experiência que tem por objetivo apresentar o processo de implantação, desenvolvimento e avaliação dos resultados de um grupo de tabagistas criado na zona rural do município de Moreno, em Pernambuco. O tabagismo foi identificado como um problema relevante a partir da análise de um diagnóstico situacional realizado anteriormente à criação do grupo, o qual evidenciou uma alta prevalência do hábito de fumar na comunidade. A condução das atividades seguiu as orientações do *Manual do Coordenador para o Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS)*, elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e pelo Ministério da Saúde (2022)<sup>9</sup>.

## **METODOLOGIA**

Relato de experiência que apresenta os resultados de um Projeto de Intervenção implementado após construção de diagnóstico situacional da comunidade usuária da USF Caraúna (Tabela 1), Zona Rural do município de Moreno, situado em Pernambuco, construído a partir da avaliação de cada distrito (engenho rural) adscrito à referida Unidade de Saúde. O diagnóstico foi realizado para análise dos principais determinantes de saúde da população local, em que se notou grande prevalência em relação ao

**Tabela 1.** Diagnóstico Situacional da população adscrita à USF Caraúna, dividida através dos engenhos adscritos ao território atendido pela USF.

<b>Informações coletadas</b>	<b>Floresta</b>	<b>São Salvador</b>	<b>Mato Grosso</b>	<b>Jardim</b>	<b>Caraúna</b>	<b>Canzanza</b>	<b>Gurjaú de baixo</b>
<b>Atividades econômicas mais prevalentes</b>	Parceleiros (plantação para subsistência e venda)	Agricultura	Pesca; agricultura; parceleiro, cultivo de cana-de-açúcar	Agricultura	Agricultura Pesca; adubação	Parceleiro, Cultivo de cana-de-açúcar	Agricultura de subsistência; pesca; adubação
<b>Meio de transporte mais utilizado</b>	A pé; moto; carro	A pé; moto; ônibus escolar	A pé; bicicleta; carro; moto; ônibus	A pé; a cavalo	A pé; ônibus	A pé	Ônibus
<b>Problemas de saúde prevalentes</b>	Saúde mental; doenças cardiovasculares; tabagismo	Tabagismo; alcoolismo; Gravidez Indesejada	Doenças cardiovasculares; síndromes metabólicas; obesidade	Problemas osteomusculares de disco; artrite; artrose	Doenças cardiovasculares; transtornos mentais (depressão ansiedade etc)	Saúde mental; doenças cardiovasculares; tabagismo	Doenças cardiovasculares
<b>Problemas sociais prevalentes</b>	Menor densidade demográfica da região; difícil acesso por conta do relevo; área descoberta por agentes de saúde; uso de drogas	Violência; vulnerabilidade social; uso de drogas; falta de opções de lazer; falta de cursos profissionalizantes; distância do posto de saúde; comunidade pouco participativa em ações sociais; prostituição	Vulnerabilidade social; poucas opções de lazer	Violência Vulnerabilidade; uso de drogas; falta de opções de lazer; falta de cursos profissionalizantes; distância do posto de saúde; sem agentes; comunidade pouco participativa	Falta de escola	Uso de drogas	Falta de opções de lazer
<b>Nível de escolaridade prevalente</b>	Analfabetismo prevalente	Até ensino médio	Até ensino fundamental 01	Até ensino fundamental	Até ensino fundamental 02	Até ensino fundamental 02 e ensino médio	Até ensino médio
<b>Equipamentos sociais importantes</b>	Não possui	5 igrejas; 1 escola; bares; açude	2 Igrejas Assembleia de Deus; Associação de moradores; campo de futebol	1 igreja; 1 escola	1 igreja; 1 campo de futebol	1 parque; 1 igreja; 1 escola; rio e bica para banhos	1 igreja Evangélica

Fonte: Elaborado pelas autoras.

tabagismo (Quadro 1).



**Quadro 1.** Estrutura das sessões de acordo com o manual do coordenador

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde
Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar
Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar
Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar

Fonte: Adaptado de INCA, 2022<sup>9</sup>.

O diagnóstico situacional da comunidade foi realizado no ano de 2024, como parte das atividades do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMFC), sob supervisão da equipe docente do curso. O objetivo principal dessa atividade foi compreender de forma ampliada o território adscrito à Unidade de Saúde da Família (USF), identificando fatores sociais, econômicos, culturais e de saúde que influenciam o processo saúde-doença da população local e fomentar o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção, que serviria como Trabalho de Conclusão de Curso.

A coleta de dados foi conduzida pela médica atuante na USF, com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de cada microárea. Por residirem nas próprias comunidades, as ACS desempenharam papel central na identificação de características do território e na validação das informações obtidas, garantindo maior fidedignidade aos dados. Foram utilizados registros do e-SUS, cadastros domiciliares, relatórios de acompanhamento das ACS e informações fornecidas pelos próprios moradores durante visitas e rodas de conversa. No prontuário eletrônico, foram aplicados os seguintes códigos da Classificação Internacional de Doenças, 10 revisão (CID-10): “F17.1 Transtornos devido ao uso do fumo – uso nocivo para a saúde”; “F17.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo – síndrome de dependência”; “F17.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo – síndrome (estado) de abstinência”; “T65.2 Efeito tóxico do tabaco e da nicotina”, e “Z72.0 Uso de Tabaco”. Em relação a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) foi empregado o código: “K22 Fator de risco para doença cardiovascular”. Ambos foram

aplicados com o objetivo de avaliar em quantidade os pacientes já notificados em prontuário eletrônico como tabagistas.

O processo de levantamento dos dados e aplicação dos códigos de classificação, subsidiou a construção do diagnóstico situacional, contemplando aspectos como perfil populacional, condições de moradia e saneamento, principais fontes de lazer e convivência, fatores de vulnerabilidade social e prevalência de agravos crônicos. Esse processo foi desenvolvido de forma participativa, fortalecendo o vínculo entre o serviço de saúde e o território, além de orientar futuras ações de promoção e prevenção em saúde.

O diagnóstico situacional orienta a definição de metas e objetivos realistas, possibilita a escolha de estratégias baseadas em evidências e facilita o estabelecimento de indicadores de monitoramento e avaliação, garantindo que a intervenção seja adaptável e responsiva às mudanças ao longo do tempo. Em última análise, essa abordagem permite o desenvolvimento de ações de saúde mais direcionadas e sustentáveis, promovendo uma melhoria significativa na qualidade de vida e na saúde da população-alvo<sup>10</sup>. Estruturado a partir dos achados do diagnóstico e inclui a definição de objetivos, estratégias, atividades e indicadores para monitoramento e avaliação dos resultados. A combinação dessas etapas é crucial para o desenvolvimento de ações sustentáveis e ajustadas à realidade da comunidade, garantindo uma abordagem integral e uma utilização eficiente dos recursos. O diagnóstico situacional e o plano de intervenção fortalecem a interação e o envolvimento da população, promovendo um maior engajamento e adesão às estratégias implementadas<sup>10</sup>.

O plano de intervenção, por sua vez, é estruturado a partir dos achados do diagnóstico e inclui a definição de objetivos, estratégias, atividades e indicadores para monitoramento e avaliação dos resultados. A combinação dessas etapas é crucial para o desenvolvimento de ações sustentáveis e ajustadas à realidade da comunidade, garantindo uma abordagem integral e uma utilização eficiente dos recursos. O diagnóstico situacional e o plano de intervenção fortalecem a interação e o envolvimento da população, promovendo um maior engajamento e adesão às estratégias implementadas<sup>10</sup>.

Inicialmente, foi criado um grupo de Hiperdia realizado todas às primeiras terças-feiras de cada mês, com enfoque no acompanhamento das comorbidades (diabetes e hipertensão), e com abordagem de fatores de risco modificáveis associados, como alimentação saudável, exercícios físicos, técnicas de relaxamento, prevenção/tratamento de obesidade, redução do uso de bebidas alcoólicas e estímulo à cessação do tabagismo.

Foi observado um número frequente de tabagistas, não somente dentre os participantes do grupo, mas também entre adultos jovens, identificados durante a anamnese da consulta médica e com início do tabagismo de maneira precoce entre a pré-adolescência e adolescência. A partir do diagnóstico inicial, foi questionado junto a Coordenação de Atenção Básica do Município e Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) como se dava o funcionamento do grupo de tabagismo da área urbana e aventada a hipótese de criação de um grupo descentralizado na Zona Rural, após capacitação da equipe de saúde com o setor responsável.

O grupo de tabagismo foi estruturado com base no Manual do Coordenador para o Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT/INCA/MS)<sup>9</sup>. O formato adotado contemplou quatro sessões principais, conforme apresentado no Quadro 1. Os participantes foram selecionados por meio de conversas durante as consultas e durante as salas de espera do HIPERDIA, oferecendo livre acesso a quem pudesse interessar. Os encontros foram semanais durante o primeiro mês e após o primeiro mês, a cada 15 dias e tiveram duração total de 6 meses. Para a criação do grupo de tabagismo, foi pactuada com a Coordenação de Atenção Básica a realização de uma capacitação prévia, envolvendo a enfermeira e a médica da Unidade de Saúde da Família (USF) de Caraúna. A capacitação foi conduzida pelo coordenador do grupo de tabagismo da zona urbana, profissional farmacêutico, que compareceu à USF para conhecer o território, compartilhar informações sobre o manejo do grupo e orientar quanto ao fluxo de acesso aos medicamentos disponíveis. A participação do coordenador se restringiu ao momento de treinamento da equipe.

Foi realizada busca ativa dos pacientes nas salas de espera do HIPERDIA por

meio da abordagem breve/mínima, que consiste em Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar (PAAP)<sup>11</sup>, com foco no controle da obesidade por meio de alimentação saudável, melhoria de hábitos de vida, e incentivo a cessação do tabagismo. Nas consultas médicas, foi realizada abordagem PAAP após manifestação do interesse de alguns pacientes em fazer parte do grupo. Para levantamento de dados e registro do tabagismo no sistema de prontuário, foi pré-definida a data de início dos encontros e sua divulgação por meio de redes sociais e via mensagem de texto nos grupos da população com o suporte das agentes de saúde e durante consultas.

Ao ingressar no grupo, o profissional preenchia a partir das informações do paciente, a ficha de Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo fornecida pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA<sup>12</sup>, e realizado o levantamento dos fatores de risco associados, como diabetes e hipertensão, associação do uso do tabaco a outras substâncias lícitas ou ilícitas, incluindo o álcool, sintomas de saúde mental e avaliação sobre qual fase de motivação para a mudança de comportamento cada participante estava naquele momento (pré-contemplação, contemplação, pronto para ação e ação). Foram aplicadas, de maneira comparativa, as calculadoras Framingham, Hearts e Prevent antes e depois da cessação do hábito, bem como analisado os sintomas antes e depois de parar de fumar (Tabela 2).

**Tabela 2.** Aplicação das calculadoras cardiovasculares *Framingham, Hearts e Prevent* antes e depois da cessação do tabagismo dos pacientes.

ANTES	DEPOIS
<p><b>Score de Framingham</b>  PACIENTE 1: Alto risco   PACIENTE 4: Alto risco  PACIENTE 5: Baixo risco</p> <p><b>Score Hearts (Nas Américas)</b>  PACIENTE 1: Moderado risco 7%  PACIENTE 4: Moderado 8%  PACIENTE 5: Baixo risco 4%</p> <p><b>Calculadora Prevent</b>  PACIENTE 1: moderado risco   PACIENTE 4: moderado risco  PACIENTE 5: moderado risco</p>	<p><b>Score de Framingham</b>  PACIENTE 1: Risco baixo (cessação de tabagismo e controle de pressão arterial)  PACIENTE 4: Risco moderado  PACIENTE 5: Manteve (não cessou hábito)</p> <p><b>Score Hearts (Nas Américas)</b>  PACIENTE 1: Baixo risco 3%,  PACIENTE 4: Moderado 5% considerando IMC  PACIENTE 5: Manteve (não cessou hábito)</p> <p><b>Calculadora Prevent</b>  PACIENTE 1: baixo risco (cessação de tabagismo e controle de pressão arterial)  PACIENTE 4: moderado risco (cessou o hábito, porém manteve IMC alto)  PACIENTE 5: Manteve (não cessou hábito)</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A importância da aplicação destas calculadoras, de acordo com Gouveia, Rodrigues e Pinto (2018)<sup>13</sup>, visa avaliar os indivíduos que necessitam de prevenção de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, pois estes ocupam, atualmente, um lugar primordial na atividade dos cuidados de saúde primários. A identificação de fatores de risco para ocorrência de eventos cardiovasculares é uma prática comum e recomendada. A decisão de orientar modificação destes mesmos fatores, com alteração de estilo de vida ou a implantação de terapêutica farmacológica, de acordo com o risco cardiovascular individual, pode ser tomada através de cálculo de risco por meio de modelos matemáticos, a exemplo das calculadoras escolhidas no estudo. Os autores inferem que a tendência da medicina atual é utilizar, cada vez mais, modelos para estimativa de risco como forma de auxiliar a decisão terapêutica, facilitando a prática clínica ao relacionar os fatores de risco mais importantes presentes, permitindo uma avaliação rápida, tendo em vista que médicos estão cada vez mais pressionados a cumprir um maior número de consultas em um curto período. Por outro lado, estes modelos podem ser também uma ferramenta útil em termos de educação em saúde.

Utilizou-se a abordagem com terapia cognitivo comportamental (TCC)<sup>14</sup> e a reposição de nicotina com gomas de mascar e adesivos, bem como o uso da bupropiona (antidepressivo atípico que atua como inibidor da recaptção de dopamina e noradrenalina) nos casos necessários, e foi aplicado o Teste de *Fagerstrom* para diagnóstico clínico do grau de dependência à nicotina<sup>10</sup>, o questionário CAGE, e o Questionário sobre a Saúde do paciente (PHQ-9)<sup>15</sup>.

O CAGE é um questionário utilizado para identificar problemas relacionados ao consumo de álcool e é valorizado pela sua simplicidade e eficácia, pois é de fácil aplicação, sendo utilizado tanto em ambientes clínicos quanto em pesquisas para identificação de riscos, além de fomentar o incentivo ao usuário a adotar uma reflexão sobre os hábitos de consumo de álcool<sup>16</sup>. No Brasil, a validação do CAGE foi feita por Masur e Monteiro<sup>17</sup>, que demonstraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% diante das respostas ao questionário. Os pacientes devem responder afirmativa ou negativamente às quatro perguntas sobre uso do álcool. Considera-se um resultado positivo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa<sup>16</sup>.

O Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) é uma ferramenta de rastreio utilizada na avaliação dos sintomas de depressão. Desenvolvido como uma parte do Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). O PHQ-9 é uma escala autoadministrada composta por nove perguntas, que avalia a frequência de sintomas depressivos experimentados nos últimos 14 dias. Além de ser um recurso eficiente e de fácil aplicação, o PHQ-9 é utilizado tanto em contextos clínicos quanto em pesquisas, auxiliando profissionais de saúde a identificar sinais de depressão, monitorar a progressão dos sintomas e avaliar a resposta ao tratamento. Seu uso é fundamental no contexto de cuidados primários e na gestão da saúde mental, proporcionando uma abordagem padronizada e validada para o diagnóstico inicial e acompanhamento dos pacientes<sup>15</sup>.

Para embasar as ações no grupo foi realizada uma revisão bibliográfica nas seguintes bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. Foram consideradas as publicações disponíveis em língua portuguesa e inglesa, entre os anos de 2010 e 2024, que abordassem métodos e benefícios da criação de um grupo de tabagismo na APS, bem como efeitos na qualidade de vida e risco cardiovascular dos indivíduos relacionadas ao hábito de fumar. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Tabagismo, Atenção Primária à Saúde e Prevenção do hábito de fumar.

O estudo possui como limitação o fato de ser um relato de experiência da criação de um grupo de tabagismo em uma zona rural com um número pequeno de participantes, não podendo ser generalizado para outros cenários, além de que houve a necessidade de adaptação das orientações do manual do coordenador que pedia que cada participante preenchesse a sua própria ficha, porém todos os participantes presentes eram analfabetos e não foi viável o preenchimento de maneira individual. Desta maneira, optou-se por construir a lista de ambivalências em grupo, utilizando cartolina e caneta, perguntando a cada um dos usuários os motivos de parar de fumar em contraponto aos motivos para permanecer fumando.

## RESULTADOS

Ao analisar os engenhos (distritos) que compõem o território adscrito na USF Caraúna, pode-se identificar que um problema prevalente envolve o risco

cardiovascular presente na Zona Rural. Um dos fatores que agravam este risco está associado a fatores de risco modificáveis, tais como o tabagismo. No mês de maio de 2024, os pacientes fumantes e de alto risco cardiovascular somavam uma quantidade menor que 20 registros por meio da avaliação dos CID10 e CIAP2 do prontuário eletrônico.

Após a divulgação da criação do grupo na Zona Rural, 17 usuários demonstraram interesse em cessar o tabagismo, porém, no dia do primeiro encontro, só compareceram 5 pessoas. As coordenadoras do grupo de tabagismo foram a médica e a enfermeira, as quais conduziram o grupo após adequada capacitação. Na primeira reunião contaram com a participação de membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo um farmacêutico e uma psicóloga.

Na primeira sessão foi aplicada a ficha de anamnese que consta no Manual do Coordenador do Ministério da Saúde, seguindo as diretrizes do PNCT do Inca/MS (2022)<sup>9</sup>, e construída em grupo a ficha de ambivalência.

Durante a realização do grupo realizou-se uma explanação dos riscos envolvidos ao uso do tabaco, utilizando de recursos multimídias como vídeos instrucionais e uma palestra ministrada pela médica e pelo farmacêutico. Após isso, foram divulgados os métodos para cessação do tabagismo: parada gradual e parada abrupta, esclarecendo que os dois métodos implicam a escolha de um dia de cessação absoluta, que deveria ser escolhido como tarefa de casa para o próximo encontro.

Os participantes foram orientados a realizar o preenchimento da ficha de “Uso diário de cigarros” como tarefa de casa com a ajuda de algum familiar alfabetizado. O grupo foi composto por 5 participantes do sexo masculino (22,25, 49, 55 anos), e uma do sexo feminino (49 anos). Os pacientes 1 e 4 apresentam cargas tabágicas muito altas, denotando um grande risco. As principais queixas no momento do primeiro encontro eram gástricas (dispepsia), pulmonares (tosse e dispneia), seguida por queixas relacionadas a transtorno mental comum (estresse e ansiedade) e sintomas associados a doenças crônicas, especialmente hipertensão não controlada (Tabela 3). Todos avaliaram sua própria saúde como regular.

**Tabela 3.** Histórico de saúde dos pacientes do grupo de tabagismo segundo sexo biológico, idade, queixas avaliação da própria saúde, aplicação dos questionários CAGE e PHQ-9.

Paciente	Sexo/Idade	Queixas	Avaliação da própria saúde	Consumo de álcool (CAGE)	Saúde Mental (PHQ-9)
1	M/49	Dor no estômago, úlcera ou gastrite; Hipertensão em tratamento; Crises de depressão e/ou ansiedade.	Regular	0	3
2	M/25	Dor no estômago, úlcera ou gastrite	Regular	2	6
3	M/22	Dor no estômago, úlcera ou gastrite	Regular	3	2
4	M/55	Problema pulmonar (dispneia e tosse)	Regular	0	2
5	F/49	Dor no estômago, úlcera ou gastrite	Regular	0	2

M = masculino; F = feminino; CAGE = *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener* (instrumento de rastreio para uso problemático de álcool); PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire-9* (instrumento de rastreio para sintomas depressivos).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os pacientes 2 e 3 não foram analisados pois as calculadoras Prevent, Framingham e Hearts utilizam como ponto de corte a idade mínima de 30 anos, bem acima da idade dos pacientes à época da aplicação dos instrumentos, os quais possuíam respectivamente 25 e 22 anos. Eles cessaram o hábito de fumar a partir do segundo encontro, sem uso de terapia de reposição de nicotina ou bupropiona, ancorando-se na abordagem comportamental das sessões em grupo. Os pacientes 1 e 4 necessitaram de medicamento e de terapia de reposição a nicotina, os quais conseguiram cessar o hábito após, respectivamente, a segunda sessão e a terceira sessão. A paciente do sexo feminino foi a única que até o período final deste relato não cessou o hábito.

Após preenchida a ficha, observou-se que os pacientes que estavam em período de ação conseguiram decidir uma data e cessar o hábito de fumar dentro do prazo das 4 sessões preconizadas pelo Manual do Coordenador do Ministério da Saúde, seguindo as diretrizes do PNCT do Inca/MS (2022)<sup>9</sup>, e os pacientes em estados contemplativos necessitaram de mais sessões para conseguirem chegar até o período de pré-ação e posterior ação (pacientes). Os demais pacientes (1, 4 e 5) apresentaram respectivamente

após aplicado Escore de Framingham: alto risco, alto risco e baixo risco. Na Escala Hearts foi encontrado: moderado, moderado e baixo risco. Já na calculadora Prevent, os três pacientes apresentaram risco moderado.

Após cessado o hábito de fumar, foram relatados e identificados pelos pacientes a melhoria da qualidade de vida, associada a melhora no paladar, desempenho sexual, cessação da tosse, melhora da falta de ar e ajuste no controle pressórico de pacientes hipertensos. Foi realizada a reaplicação das calculadoras que demonstraram melhora significativa do risco cardiovascular em prol da cessação do tabagismo (Tabela 2). Os pacientes 1 e 4, apresentaram, respectivamente, após reaplicado do Escore de Framingham: risco baixo e risco moderado; na Escala Hearts: baixo risco e risco moderado. Já na calculadora Prevent, baixo e moderado risco, respectivamente. O escore da paciente 5 não foi reaplicado, pois esta não cessou o hábito e abandonou o grupo. Ao ser procurada por busca ativa, a paciente informou dificuldade pelo fato do companheiro e filho que moram com ela também serem tabagistas.

A despedida dos encontros incluiu encorajar e parabenizar os participantes pela iniciativa e disponibilidade para participarem do grupo, a fim de criarem vínculos e apoiarem os futuros ex-tabagistas na cessação do uso de tabaco.

## **DISCUSSÃO**

Os dados encontrados são corroborados por estudo sobre desigualdades de gênero e raciais no acesso à Atenção Básica, e um maior uso de tabaco entre homens que buscam esse serviço de saúde e comorbidades associadas<sup>19</sup>. Já o tabagismo entre mulheres tem sido especialmente estudado porque a indústria do tabaco historicamente usou estratégias de marketing voltadas para mulheres atrelando o uso da substância a atributos como liberdade e elegância. As mulheres apresentam maior prevalência de depressão do que os homens, fatores esses que podem ser explicados por uma metabolização mais rápida da nicotina por parte delas, e consequente maior dificuldade de parar de fumar quando comparados<sup>20</sup>. Embora o relato de experiência tenha contado com apenas uma representante do sexo feminino, sua participação corroborou com o observado na literatura, ou seja, há diferenças a serem consideradas na abordagem da cessação do tabagismo nos diferentes gêneros.

Diversos estudos apontaram o papel do estresse e da fissura em mulheres, como mais prolongados, podendo durar meses. Além disso, elas parecem experimentar maior alívio ao retomar o tabagismo após um curto período de abstinência, o que pode contribuir para que as mulheres tenham recaídas com mais frequência se comparadas aos homens. Pesquisas demonstram que as mulheres podem se beneficiar ao parar de fumar junto com o parceiro<sup>20</sup>. Com base nessas diferenças, deve-se considerar que os programas de cessação devem fomentar abordagens sensíveis ao gênero, oferecendo suporte adaptado (grupos, mensagens, medicações) e políticas de controle do tabaco podem integrar a perspectiva de gênero para serem mais efetivas.

A adoção de políticas voltadas à criação de ambientes totalmente livres de tabaco constitui uma das seis estratégias centrais da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS), aprovada pela Organização Mundial da Saúde em 2003, sendo considerada prioritária para os países como forma de frear o avanço do consumo de produtos derivados do tabaco e reduzir os impactos do tabagismo sobre a saúde da população<sup>21</sup>. Dados do documento “Respira Brasil” do INCA/MS<sup>22</sup> apresentam dados da implementação do Projeto de Lei em todos os estados da União, porém o documento não cita se a execução é homogênea entre áreas rurais e urbanas e ao citar “bibliotecas, bares, restaurantes, shoppings” e, pode-se deduzir que são mais comuns em centros urbanos, onde há maior densidade populacional, mais locais de convivência coletiva, e maior infraestrutura para fiscalização.

Esse foco nas regiões urbanas pode ter impacto tanto para fumantes (menos locais para fumar) quanto para não fumantes (menor exposição ao fumo passivo), porém desconsidera as variáveis de densidade demográfica, em que áreas rurais possuem muitos ambientes ao ar livre, em que o uso do fumo não é tão afetado por esta abordagem que visa a proibição do hábito em locais fechados. Essas diferenças sugerem que as políticas de ambientes livres de cigarro podem ter diferentes impactos dependendo de onde são implementadas, revelando uma necessidade de contextualizar políticas públicas considerando os diferenciais sociais-demográficos de cada região, tendo em vista as dimensões continentais e heterogeneidade geográfica brasileira. Sobre a sensação de sintomas pós-parada do tabagismo, aponta-

se a consonância com a *American Cancer Society*<sup>23</sup>, que revela que o corpo inicia uma recuperação rápida após a cessação do uso de tabaco. Segundo a CDC, após 1–12 meses, tosse e falta de ar diminuem; com o tempo, o risco de doenças cardiovasculares e cânceres relacionados ao tabaco também cai. A sociedade também descreve uma linha do tempo, onde observa-se que em poucos dias os níveis de monóxido de carbono no sangue retornam ao normal, em 1 a 12 meses há melhorias pulmonares e em anos o risco de câncer cai significativamente.

Outros benefícios mais imediatos são observados dentro de 48h, tais como a melhora do olfato e paladar, já que os nervos sensoriais começam a se regenerar. A longo prazo, os riscos de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, câncer, entre outras, continuam a reduzir conforme os anos de abstinência aumentam<sup>23</sup>. O envolvimento do uso do tabaco com doenças cardiovasculares justifica a abordagem com aplicação de calculadoras de risco, sendo elas um auxílio na decisão terapêutica de início de uso de medicações cardioprotetoras e da necessidade de exames complementares de maneira individualizada, a depender da pontuação/faixa de risco apontado em cada análise.

Salgado e Fortes (2021)<sup>24</sup> apontam a prevalência comunitária de transtornos mentais comuns e uso de álcool identificados entre pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde. Em consonância, no presente estudo, os pacientes 2 e 3 apresentaram relação conflituosa com o uso de álcool, relatando durante os encontros já terem pensado que é necessário parar de beber. Quando aplicado o PHQ-9 de saúde mental para avaliação de depressão maior, todos ficaram abaixo da nota de corte (9 pontos), ficando apenas o paciente 1 mais próximo, com 6 pontos no questionário (Tabela 3).

Nota-se ainda, a importância da abordagem comportamental do tabagismo, visto que, durante os encontros, foi frisada a necessidade de nova rota de hábitos que excluísse associações ou gatilhos que levariam os usuários ao desejo de fumar. Um exemplo foi o uso de bebida alcoólica e café, as quais foram relatadas na ficha de anamnese como situações que desencadeiam o desejo de fumar, sendo necessário que o usuário compreendesse e identificasse seus gatilhos de uso. Outro método importante envolveu incentivar novos hábitos prazerosos como jogar bola, dominó, dançar, fazer

exercícios de respiração e relaxamento, a fim de substituir a sensação de prazer da nicotina por um novo prazer saudável diário, pois houve relatos de uso do tabaco devido a sentimentos como ansiedade ou tristeza, como passatempo ao telefone e após as refeições. A abordagem comportamental, neste caso através da TCC, tem se mostrado uma importante estratégia para auxiliar os pacientes a cessarem o tabagismo no manejo individual e em grupo na Atenção Primária à Saúde<sup>25</sup>.

Sobre os valores gastos com a compra do cigarro (Tabela 4), os pacientes estimaram entre 3 mil e 7.200 reais por ano. Valores considerados alarmantes quando se observa o diagnóstico situacional de uma população de alta vulnerabilidade econômica e social como a do território adscrito na USF de Caraúna. Acerca da lista de ambivalências entre o desejo de fumar e o desejo de parar de fumar, além da dependência e associações relatadas como mantenedoras do hábito, pontuou-se a saúde futura e atual, e relação com os familiares como as principais motivações para abandono do tabagismo. Muito se discute o custo do tabagismo no sistema de saúde de forma direta e indireta<sup>26</sup>, mas observou-se na revisão de literatura que pouco é estudado sobre o impacto financeiro do uso do tabaco para as pessoas dependentes de nicotina, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade socioeconômica.

Sobre o início das medicações, houve boa adaptação a bupropiona sem necessidade de ajuste de dose para a dose máxima, bem como boa aceitação no uso da goma de nicotina nos momentos de fissura. Já o uso do adesivo de nicotina não obteve aderência por parte dos participantes devido ao efeito adverso sentido pelo paciente 1 que apresentou prurido intenso no local de aplicação, mesmo com a orientação de permuta de locais de aplicação a cada dia. Tal fato causou receio nos demais participantes no uso do adesivo, demonstrando o poder dos pacientes influenciarem as decisões uns dos outros de acordo com a experiência vivida.

**Tabela 4.** História tabagística de cada paciente: carga tabágica, associações que despertam desejo de fumar, valor gasto com fumo, motivos para parar de fumar e pontuação do teste de fagerstrom.

Paciente	Idade de início do tabagismo/ Carga tabágica	Associações do dia a dia, relacionadas hábitos de fumar	Tentativas prévias de cessação do tabagismo	Valor gasto com cigarro/ano	Motivos para parar de fumar	Teste de Fagerstrom
1	15 anos - 68 maços/ ano	Café; trabalho; refeições; ansiedade	Sim	7.200 reais /ano	Saúde atual e futura; gasto financeiro; restrição de fumar nos ambientes bem estar da família	6
2	13 anos - 6 maços/ano	Café; trabalho; refeições; ansiedade; tristeza; bebida alcoólica	Sim	3000 reais/ano	Saúde futura; gasto financeiro exemplo para os filhos/crianças bem-estar da família	9
3	13 anos - 9 maços/ano	Café; trabalho; refeições; ansiedade; tristeza; bebida alcoólica; falar ao telefone; alegria	Sim	3600 reais/ano	Preocupação com saúde futura e gasto financeiro	8
4	12 anos - 74 maços/ano	Café; trabalho; refeições; ansiedade; tristeza; falar ao telefone, alegria	Sim	7.200 reais /ano	Saúde atual e futura; gasto financeiro; exemplo para os filhos/crianças bem-estar da família	8
5	15 anos - carga tabágica não foi possível de ser quantificada devido a uso de cachimbo	Usado para dormir	Sim	Não sabe informar	Bem estar da família (marido também Tabagista)	2

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No contexto da Atenção Primária à Saúde, o tratamento do tabagismo frequentemente inclui o uso combinado de intervenções farmacológicas e comportamentais para aumentar as taxas de sucesso na cessação. A bupropiona, quando combinada com a terapia de reposição de nicotina, como o uso de goma e adesivo de nicotina, potencializa os efeitos no controle da dependência, aumentando as chances de sucesso a longo prazo. A goma de mascar e o adesivo de nicotina ajudam a manter níveis estáveis de nicotina no corpo, o que reduz os sintomas de abstinência e permite uma transição gradual para a cessação<sup>27</sup>.

O teste de *Fagerstrom*, com exceção da paciente 5, trouxe um grau elevado de dependência de nicotina, fato paradoxal quando percebe-se que esta foi a única frequentadora do grupo que não conseguiu cessar o hábito, demonstrando a importância de entender outros fatores, a exemplo das diferenças genéticas que de maneira individual, determinam também um grau de dependência e, a relação comportamental associada ao uso do tabaco que também pode interferir, em determinados casos, de maneira independente da carga tabágica, reforçando o enfoque na terapia cognitivo comportamental, que neste caso específico, deverá focar em uma nova associação para início e manutenção do sono da usuária e convite dos familiares para o grupo de tabagismo. Além disso, há disparidade de gênero em relação à facilidade de cessar o hábito entre os sexos biológicos. A combinação de tratamentos, aliada ao acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde, constitui uma estratégia eficaz na cessação do tabagismo, que pode ser ajustada conforme as necessidades individuais dos pacientes<sup>28</sup>.

Foi possível verificar também a dificuldade de quantificação da carga tabágica de pacientes usuários de cachimbo ou cigarro de “rolo”, o que pode ter subestimado o valor do teste de Fagerstrom da paciente 5, pois ele depende da quantidade de uso de cigarro para pontuar. O teste tem uma pergunta sobre o hábito de uso durante o horário da manhã, tendo a paciente maior uso de tabaco durante a noite, fato que corrobora para possível subestimação do teste em relação a esta usuária. Medir com precisão a carga tabágica em pacientes é um desafio frequente na prática clínica, especialmente devido à variabilidade nos padrões de consumo e à subjetividade dos relatos pessoais.

A carga tabágica é geralmente estimada em anos-maço, calculada com base no número de maços fumados por dia multiplicado pelos anos de consumo. No entanto, esse método simplificado pode não capturar completamente o impacto real do tabagismo, pois não considera a intensidade da inalação, o tipo de cigarro utilizado e o comportamento de cada paciente, como a frequência e a profundidade das tragadas. Além disso, muitos pacientes podem subestimar ou esquecer a quantidade exata de cigarro consumida ao longo do tempo, o que compromete a acurácia dos dados. Essas limitações dificultam uma avaliação precisa do risco relacionado ao tabagismo, essencial para o planejamento de estratégias de cessação individualizadas e para a compreensão dos danos à saúde a longo prazo.

O tabagismo, em particular, é um fator significativo que eleva o risco cardiovascular, pois está associado a danos na função endotelial, aumento da pressão arterial e maior propensão à aterosclerose<sup>29</sup>. Utilizar o Escore de Framingham, a calculadora HEARTS ou Prevent juntos ou separadamente, permite que os profissionais de saúde estimem o impacto do tabagismo na saúde cardiovascular de forma objetiva e ofereçam uma abordagem personalizada para prevenção e tratamento. Assim, essas ferramentas contribuem para a conscientização sobre os riscos do tabagismo e auxiliam na motivação dos pacientes para a cessação, ao demonstrar o potencial benefício cardiovascular ao interromper o uso do tabaco.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O grupo de tabagismo na Zona Rural de Moreno, Pernambuco, Brasil, foi criado a partir de um diagnóstico situacional, que corroborou os dados de análise nacional, que apontam grande prevalência de tabagismo nas áreas rurais do país. O projeto de intervenção demonstrou a necessidade de criar grupos de tabagismo nas zonas rurais, a fim de melhorar a adesão dos participantes e ampliar a oferta de cuidado à população.

Embora deva-se considerar as limitações do estudo, é possível ilustrar por meio do relato de experiência, que é possível intervir na problemática do tabagismo em zonas rurais de forma eficiente e eficaz seguindo as melhores práticas em saúde.

O risco cardiovascular envolvido ao uso do tabaco é bem descrito pela literatura e quando quantificado e aplicado de maneira comparativa antes e depois da cessação do hábito, pode-se afirmar que o abandono do tabagismo diminuiu significativamente o risco cardiovascular em ambas as calculadoras aplicadas (*Prevent, Framingham e Hearts*). A mudança de sintomas relatados pelos pacientes denota a importância da cessação do tabagismo para melhoria da qualidade de vida da população. O uso da terapia medicamentosa e terapia de reposição de nicotina associadas a terapia cognitiva comportamental contribuíram para a cessação do tabagismo.

A criação de grupos de tabagismo possibilita o tratamento de usuários de tabaco na Zona Rural, aumentando a adesão ao tratamento, e promovendo a qualidade de vida das pessoas, apontando-se que a partir da criação do primeiro grupo e seus resultados é possível prospectar seu crescimento progressivo e maior adesão. O projeto de intervenção descrito pode contribuir como espelho para outras unidades rurais investirem na criação de grupos de tabagismo como uma ferramenta para a Atenção Básica em Saúde, para a promoção da saúde, prevenção de agravos e redução de danos.

Aponta-se ainda, a necessidade de estudos em relação ao impacto financeiro na vida da pessoa em uso de tabaco, especialmente quando se pensa nas pessoas em situação de vulnerabilidade social, e a sensibilização das equipes de saúde da família para a preocupante realidade do analfabetismo entre usuários dos serviços na zona rural, que demanda por parte da equipe de saúde, estratégias para incluir essa parcela da população nos serviços e cuidados em saúde.

#### **AGRADECIMENTOS**

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC).

#### **REFERÊNCIAS**

1. Silva STD, et al. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das

ações governamentais. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):539-52. doi:10.1590/1413-81232014192.00062013.

2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 21 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509121>

3. Urrutia-Pereira M, Chong-Neto HJ, Solé D. Relatório sobre o controle do tabagismo nas Américas: qual é a realidade no Brasil? *Arq Asma Alerg Imunol*. 2019;3(3):269-74. doi:10.5935/2526-5393.20190037.

4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Prevalência do tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA [citado 16 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>

5. Oliveira LMAD, Lemos ECD, Souza SLBD, Maciel MGG, Paes IMBS, Reis FKW. Implantação do tratamento do tabagismo em Pernambuco a partir de 2013. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2019 [citado 26 jul. 2024];63(1):13-20. doi:10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n1.150.

6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/pesquisa-especial-tabagismo-2008.pdf>

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Moreno: panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [citado 26 jul. 2024]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/moreno/panorama>

8. Google. Engenho Carauna to Centro [Internet]. 2024 [citado 12 ago. 2024]. Disponível em: <https://maps.app.goo.gl/QWy6uqpAswn5Umas9>

9. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tratamento do tabagismo no SUS: manual do coordenador. Rio de Janeiro: INCA; 2022.

10. Moreno de Souza A, Gomes de Sá MV, Oliveira Mercês R, Souza Nascimento FH, Mota Santana J, Hayasi Pinho P. Diagnóstico situacional de uma unidade de saúde da família em um município do interior baiano – Brasil. *Saude Redes*. 2024;10(2):4254. doi:10.18310/2446-4813.2024v10n2.4254.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo (PCDT). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt\\_tabagismo.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_tabagismo.pdf)

12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Anamnese clínica para o tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: INCA; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//anamnes-e-clinica-para-o-tratamento-do-tagagismo-inca-agosto-2020.pdf>

13. Gouveia M, Rodrigues IP, Pinto D. Importância da validação dos modelos de risco cardiovascular nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*. 2018;34:163-7.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761\\_21\\_06\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html)

15. Boothroyd L, Dagnan D, Muncer S. PHQ-9: one factor or two? *Psychiatry Res*. 2019;271:532-4. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.048.

16. Ramos LR, Bertolote JM. Alcoolismo hoje. *Rev Bras Educ Med*. 1990;14(1):15-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rnW6F4sJ3XZm9dDz7FhhQJc/>
17. Masur J, Monteiro MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983;16(3):215-8.
18. Damázio LCM, Andrade BPO, Gomes JVRS, Ruiz KOG, Amaral MS, Fialho MH, et al. Cardiovascular risk predictors in primary health care: reflections on the adoption of non-laboratory models. *SciELO Preprints [Internet]*. 2024 [citado 10 out. 2024]. doi:10.1590/SciELOPreprints.9190. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/9190>
19. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2021;26(9):4021-32.
20. Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes FLA. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):118-28.
21. Madeira CSP, Madeira CM, Esposto EM. A implementação da CQCT/OMS e a proposta de fim de jogo da epidemia do tabaco na visão dos direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*. 2017;17(3):444-50.
22. Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. *Respira Brasil: as legislações de ambientes livres de fumo das cinco regiões do Brasil*. Brasília (DF): OPAS/INCA; 2012.
23. American Cancer Society. Health benefits of quitting smoking over time [Internet]. [citado 11 out. 2024]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/tobacco/guide-quitting-smoking/benefits-of-quitting-smoking-over-time.html>
24. Salgado MA, Fortes SLCL. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cad Saude Publica*. 2021;37(9):e00178520.
25. Silva LRF, Santos JRS, Oliveira AM, et al. Abordagem cognitivo-comportamental no tratamento do tabagismo. *Rev Interdiscip Saude*. 2022;30:1-10. Disponível em: [https://interdisciplinarem.saude.com.br/Volume\\_30/Trabalho\\_72\\_2022.pdf](https://interdisciplinarem.saude.com.br/Volume_30/Trabalho_72_2022.pdf)
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *O tabagismo no Brasil: morte, doença e política de preços e impostos*. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/15986/1/O%20tabagismo%20no%20Brasil%3A%20morte%2C%20doen%3A%20e%20pol%3ADtica%20de%20pre%3A%20os%20e%20impostos.pdf>
27. Al-Mawali A. Noncommunicable diseases: shining a light on cardiovascular disease, cancer, diabetes and chronic respiratory diseases. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(3):425-7. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5003586/>
28. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Atenção Primária à Saúde. *Quais abordagens para maior adesão à cessação ao tabagismo?* Brasília: BVS APS; 2019. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-abordagens-para-maior-adesao-a-cessacao-ao-tabagismo/>
29. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81(23):2235-48. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10264518>