

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NÁDIA CRISTINA DE SOUZA CORDEIRO

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM MATO GROSSO DO SUL:
OFERTA, ADESÃO E EFETIVIDADE**

CAMPO GRANDE
2022

NÁDIA CRISTINA DE SOUZA CORDEIRO

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM MATO GROSSO DO SUL:
OFERTA, ADESÃO E EFETIVIDADE**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Professora Dra. Marli Marques

CAMPO GRANDE
2022



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO

Aos dezesseis dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e dois, às catorze horas, por Videoconferência, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Marli Marques (UFMS), Adriane Pires Batiston (UFMS) e Paulo de Tarso Guerrero Muller (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: NÁDIA CRISTINA DE SOUZA CORDEIRO, CPF 95603395168, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "Programa de Tratamento do Tabagismo em Mato Grosso do Sul Brasil" e orientação de Marli Marques. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR:

Dr^a. Marli Marques (Interno)
Dr^a. Adriane Pires Ba ston (Interno)
Dr. Arthur de Almeida Medeiros (Interno) (Suplente)
Dr^a. Lais Alves de Souza Bonilha (Externo) (Suplente)
Dr. Paulo de Tarso Guerrero Muller (Externo)

RESULTADO FINAL:

Aprovação Reprovação

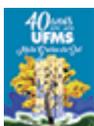
OBSERVAÇÕES:

A aluna apresentou sua dissertação no tempo regulamentar e respondeu satisfatoriamente aos questionamentos feitos pelos membros que compuseram a banca examinadora. A aluna ainda se comprometeu a fazer as alterações sugeridas pelos membros da banca, antes da entrega da versão final da dissertação.

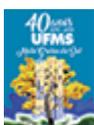
Este é o parecer.

Ata assinada eletronicamente de acordo com o Ofício Circular nº 1/2020 CPG/PROPP/UFMS.

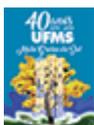
file:///C:/Users/marla/OneDrive/Área de Trabalho/SEI - Ata Nadia_files/documento_consulta_externa.html 1/2 21/09/22, 19:19 SEI/UFMS - 3479667 - Ata



Documento assinado eletronicamente por **Marli Marques, Usuário Externo**, em 16/08/2022, às 16:11, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Pires Batiston, Coordenador(a) de Curso de Pós-graduação**, em 17/08/2022, às 15:59, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo de Tarso Guerrero Muller, Professor do Magistério Superior**, em 17/08/2022, às 16:10, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3479667** e o código CRC **A079BBA8**.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 -
Campo Grande - MS

Para Laura, minha filha amada. De todas as
bençãos que Deus me proporcionou você é a
melhor e maior de todas elas.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, parece mais difícil do que escrever uma dissertação, colocar em palavras o meu carinho e agradecimento a tantas pessoas que foram importantíssimas desde o momento em que decidi fazer este mestrado. Seus nomes podem ser mencionados, mas a extensão e o significado de suas colaborações são impossíveis de transmitir.

Quero agradecer primeiramente a Deus por todas as bênçãos que me concedeu, sendo meu refúgio, fortaleza e sabedoria nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo Diogo. Por sempre estar ao meu lado, por me dar força nos momentos de cansaço e pelo apoio em todas as decisões. Iniciou comigo esta trajetória, demonstrou orgulho em cada etapa vencida, ouviu-me quando eu mais precisava e me fez acreditar que sou capaz. A ti, o meu amor e gratidão.

À minha família, em especial à minha mãe Dirce e meus irmãos Nadiane e Jefferson, por acreditarem que sempre consigo ir mais além e por estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

À Professora Doutora Marli Marques. Pelo apoio e paciência prestados, pelo incentivo e entusiasmo, pelos conhecimentos partilhados desde o início até ao término desta etapa. Esta caminhada em conjunto se tornou muito enriquecedora, tanto a nível pessoal como a nível profissional. Obrigada pela sua orientação, força e palavras de conforto.

À direção da UFMS e ao programa de pós-graduação em Saúde da Família (INISA), na pessoa da coordenadora professora Dr^a Adriane Pires Batiston. A todos, meu reconhecimento, admiração e gratidão.

Aos professores, pelos conhecimentos que me foram compartilhados.

Também sou grata à banca de qualificação pelas contribuições significativas na melhoria desse trabalho.

À coordenação Estadual e Municipal do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Mato Grosso do Sul que disponibilizaram dados importantes da aplicação do programa, participantes fundamentais desta pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado, por partilharmos da mesma caminhada e sonho de uma saúde pública mais efetiva e com qualidade. Compartilho com vocês, as alegrias desta realização

Enfim, a todos que de alguma forma, apoiaram, incentivaram e contribuíram para a efetivação desta dissertação, o meu muito obrigada.

RESUMO

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina e integra a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas, além de ser considerado pela Organização Mundial da Saúde como a principal causa de morte evitável no mundo. O estudo teve por objetivo avaliar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Mato Grosso do Sul, taxas de cobertura, abandono, cessação, uso de medicamentos, rede de serviços de saúde e das razões pelas quais as equipes de Estratégia Saúde da Família de Campo Grande não aderiram ao programa. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, baseada em dados primários e secundários sobre o PNCT em Mato Grosso do Sul. Os dados primários foram obtidos por meio de questionário aplicado aos profissionais das Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campo Grande, sem oferta do programa e avaliados quanto a frequência e presença de correlação entre as variáveis analisadas utilizando V de Cramer e teste de Qui-quadrado. Os dados secundários foram obtidos junto ao consolidado do Instituto Nacional de Câncer com os registros produzidos pelos serviços e comparando a situação da capital e interior. A cobertura populacional com a primeira avaliação clínica foi 12,45% em Campo Grande e 34,80% no interior. A demanda foi atendida por 100 unidades de saúde, prioritariamente na atenção básica. A efetividade do tratamento no estado foi 34,91% e o interior apresentou a maior taxa de abandono (40,21%). As principais correlações entre as respostas dos 86 pesquisados foram: interesse em ser capacitado *versus* interesse em implantar o programa; entre treinamento de ingresso sobre o programa *versus* sua oferta na unidade de saúde. Concluímos que o PNCT no estado apresenta baixa cobertura e oferta restrita na rede de saúde, além do desempenho mediano da assistência aos tabagistas. Evidencia-se a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais da saúde, incluindo as equipes de ESF dando-lhes condições de responder as necessidades de promoção da saúde, reconhecendo o programa como de maior custo efetividade.

Descritores: Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; tratamento do tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is recognized as an epidemic disease resulting from nicotine dependence and is included in the 10th International Classification of Diseases (ICD10) in the group of mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances, in addition to being considered by the World Health Organization as the leading cause of preventable death in the world. The study aimed to evaluate the National Tobacco Control Program in Mato Grosso do Sul, coverage rates, abandonment, cessation, medication use, network of health services and the reasons why the Campo Grande Family Health Strategy teams joined the program. This is a descriptive research, with a quantitative approach, based on primary and secondary data on the PNCT in Mato Grosso do Sul. The primary data were obtained through a questionnaire applied to professionals from the Family Health Strategy (ESF) of Campo Grande, without offering the program, and evaluated for the frequency and presence of correlation between the variables analyzed using Cramer's V and Qui-test. square. Secondary data were obtained from the Institute's consolidated National Cancer Service with the records produced by the services and comparing the situation in the capital and interior. Population coverage with the first clinical assessment was 12.45% in Campo Grande and 34.80% in the countryside. The demand was met by 100 health units, primarily in primary care. The effectiveness of treatment in the state was 34.91% and the interior had the highest dropout rate (40.21%). The main correlations between the responses of the 86 respondents were: interest in being trained versus interest in implementing the program; between entry training on the program versus its offer at the health facility. We conclude that the PNCT in the state has low coverage and restricted supply in the health network, in addition to the median performance of assistance to smokers. The need to invest in the training of health professionals is evident, including the FHS teams, enabling them to respond to health promotion needs, recognizing the program as being more cost-effective.

Keywords: National Tobacco Control Program; Primary Health Care; Family Health; smoking treatment.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Caracterização da divisão de funções entre as esferas de governo e os órgãos públicos para a estratégia do tratamento do tabagismo no SUS.....	18
Figura 2 – Manuais do participante dos grupos de apoio ao fumante na cessação do tabagismo	24
Figura 3 – Esquematização da abordagem intensiva do PNCT.....	25
Figura 4 - Grau de associação entre as respostas do questionário.....	45
Figura 5 – Razões das equipes de Estratégia Saúde da Família de Campo Grande na não adesão ao PNCT (n=86)	48
Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos estimados e realizados aos fumantes e desempenho do PNCT em Mato Grosso do Sul, 2019.....	34
Tabela 2 – Rede de serviços que atenderam ao PNCT em Mato Grosso do Sul, 2019.....	39
Tabela 3 – Distribuição das unidades de saúde que ofertaram atendimento do PNCT segundo classificação, Mato Grosso do Sul, 2019.....	40
Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e do PNCT, por categoria profissional. Campo Grande, MS – 2021.....	42
Tabela 5 - Resultados da avaliação da associação entre as variáveis “Interesse em ser capacitado para atuar frente ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Interesse em implantar o PNCT na sua unidade de saúde”	46
Tabela 6 - Resultados da avaliação da associação entre as variáveis “Recebeu algum treinamento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Houve a oferta do PNCT ao usuário”	47

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ACT Aliança de Controle do Tabagismo

AMB Associação Médica Brasileira

APS Atenção Primária à Saúde

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde, décima edição.

CIT Comissão Intergestores Tripartite

COVID-19 Sigla em inglês para doença por Coronavírus 2019 (coronavirus disease 2019)

CQCT Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS

CONICQ Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DCNT Doenças crônicas não transmissíveis

EP Educação Permanente

ESF Estratégia Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA Instituto Nacional do Cancer

NICE *National Institute for Health and Care Excellence*

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-americana de Saúde

PCDTT Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tabagismo

PNCT Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNS Pesquisa Nacional de Saúde

PSE Programa Saúde na Escola

SES Secretaria Estadual de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Terapia Cognitivo Comportamental

TRN Terapia de Reposição de Nicotina

UBS Unidade Básica de Saúde

UPAS Unidades de Pronto Atendimento

US Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	Aspectos epidemiológicos do tabagismo	13
2.2	Evolução das Políticas antitabaco no Brasil e no mundo	15
2.3	Programa Nacional de Controle do Tabagismo enquanto política pública	16
2.4	Abordagem e tratamento do tabagismo no SUS.....	20
2.5	Etapas do Tratamento do Tabagismo.....	23
2.6	O Tabagismo em Mato Grosso do Sul e no município de Campo Grande	26
3	OBJETIVOS	27
4	MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1	Tipo, local e período da pesquisa	28
4.2	Amostra e critérios de inclusão	28
4.3	Organização e análise dos dados	30
4.4	Aspectos éticos	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	Indicadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Estado, capital e interior.....	33
5.2	Rede de serviços de saúde que ofertaram ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado capital e interior.....	39
5.3	Caracterização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Campo Grande que não ofertavam ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	41
5.4	Associação entre categorias profissionais e variáveis sociodemográficas e epidemiológicas.....	45
5.5	Razões apontadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Campo Grande relacionadas a não oferta do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	48
6	CONCLUSÕES	52
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A – Questionário aplicado aos profissionais de saúde	62
	APÊNDICE B - Parecer Consubstanciado do CEP.....	63

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina e integra a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10), no grupo de transtornos mentais e de comportamento, devido ao uso de substâncias psicoativas. Seu uso, acarreta aproximadamente outras 50 doenças incapacitantes e fatais. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é responsável por 71% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e aproximadamente 10% das doenças cardiovasculares, além de ser fator de risco para doenças transmissíveis, como a tuberculose (BRASIL, 2020a; DROPE et al., 2018).

Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS-2019), a prevalência de usuários de produtos derivados de tabaco na população brasileira, acima de 18 anos, é de 12,8%, o que equivale, em números absolutos, a 20,4 milhões de pessoas consumindo um produto que mata cerca de 50% de seus usuários (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Visando proteger as pessoas dos malefícios gerados pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, os Estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) elaboraram o primeiro tratado internacional de saúde pública da história, a Convenção-Quadro da OMS (CQCT/OMS), que tem como objetivo conter a epidemia global do tabagismo. O Brasil, reconhecido internacionalmente por sua liderança no controle do tabagismo, teve sua adesão à CQCT/OMS ratificada em 2005. Desde então, a implementação das respectivas medidas resultou na Política Nacional de Controle do Tabaco (BRASIL, 2015).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) criado em 1989 pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) transformou-se em uma referência mundial, seu objetivo é reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao uso do tabaco, através de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, para prevenir a iniciação ou promover a cessação ao tabagismo e proteger a população da exposição ambiental à fumaça do tabaco (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002)

Todos os estados brasileiros possuem coordenações locais de controle do tabagismo e desenvolvem ações em consonância com o PNCT e, mais especificamente, com a CQCT (BRASIL, 2013).

O PNCT fornece tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com orientações atuais sobre sua organização previstas nas portarias nº 571/2013 e 10/2020 do Ministério da Saúde. As diretrizes de cuidado à pessoa tabagista expõem que todos os pontos da Rede de Atenção do SUS devem fornecer o tratamento adequado para o tabagismo, sobretudo nos serviços da Atenção Primária a Saúde (APS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020a)

Dados da PNS de 2019, apontam prevalência de uso de derivados do tabaco em Mato Grosso do Sul de 16,30% entre maiores de 18 anos, sendo o estado com a maior taxa no país, bem como a capital, Campo Grande liderando este ranking com taxa de 16,60% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

O PNCT em Mato Grosso do Sul é desenvolvido sob responsabilidade técnica da Diretoria Geral de Atenção à Saúde, na Coordenadoria de Redes de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES MS) cuja implantação ocorreu em meados de 2006.

Este programa enquanto política pública representa a forma como o Estado organiza suas ações a fim de garantir sua operacionalização e execução, através de metas e estratégias previamente definidas. Assim, a realização deste estudo tem como propósito avaliar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Estado de MS, considerando os principais indicadores estabelecidos, além de identificar as razões na sua implementação nos serviços de atenção à saúde, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde com Estratégias Saúde da Família (ESF) no município de Campo Grande.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos do tabagismo

Os agravos provocados pelo consumo de tabaco acarretam sofrimento para os usuários e custos para a sociedade, porém, eles são passíveis de intervenção e podem ser evitados. Todavia, abandonar o tabaco é uma tarefa desafiadora e depende não apenas da iniciativa do fumante, mas também de outras ações, tais como formulação de políticas públicas e apoio dos familiares e de profissionais de saúde nesse processo (DROPE et al., 2018).

O tabaco constitui o principal fator de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e segundo dados da Organização Mundial da Saúde, em 2016 foram cerca de 884.000 mortes causadas pelo tabagismo passivo e no ano de 2017 cerca de oito milhões de mortes foram decorrentes de doenças relacionadas ao seu consumo. Seguindo esta tendência, o tabaco matará mais de 175 milhões de pessoas no mundo até 2030, com maior incidência em cerca de 70% de países desenvolvidos (DROPE et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a).

As despesas anuais no SUS com assistência médica relacionados ao tabagismo em 2005 causaram prejuízos aos cofres públicos no Brasil da ordem de R\$ 39,4 bilhões, além dos custos indiretos relacionados à produtividade perdida em consequência de morte prematura e incapacitação para o trabalho, da ordem de 17,5 bilhões. Esta perda anual ao país é de R\$ 56,9 bilhões, representando 1% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Por outro lado, a arrecadação fiscal pela venda de derivados do tabaco no mesmo período foi de aproximadamente R\$ 13 bilhões, representando apenas 23% dos custos diretos ao sistema de saúde decorrentes do tabagismo (PINTO; UGA, 2010).

Dentre as doenças causadas pelo tabagismo, está o câncer de pulmão, vinculado de forma importante ao uso do tabaco, e a doença pulmonar crônica (cerca de 45% dos casos de doença pulmonar crônica no mundo estão relacionados ao seu uso) (DROPE et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a). Entre os óbitos atribuídos ao tabaco, em 2017, destacaram-se as doenças cardiovasculares isquêmicas, doenças respiratórias crônicas e cânceres de pulmão, traqueia e brônquios (MALTA et al., 2021).

Em 2019, o tabagismo no Brasil, foi responsável, por 191 mil óbitos e mais de 5 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MALTA et al., 2021).

No ano 2000 cerca de 1.397 milhões de pessoas acima de 15 anos fumavam no mundo, considerando todas as formas de uso do tabaco. Em 2015 esse número passou para 1.351 milhões e a estimativa para 2025 é que sejam 1.299 milhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a).

A prevalência do tabagismo no mundo declinou de 22,5% para 19,2% entre 2007 e 2017, mostrando uma redução relativa de cerca de 15% no consumo do tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a). A projeção para os próximos anos é que essa prevalência continue diminuindo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019b), No entanto, é necessário considerar que essa taxa varia de país para país e entre homens e mulheres, sendo maior entre homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a).

O Brasil tem sido destaque no mundo em relação ao enfrentamento da epidemia do tabaco integrando o grupo dos 23 países que adotaram o pacote de políticas “MPOWER”, parte do Plano de Ação da OMS para a prevenção e o controle das DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a).

E, como resultado da forte política de controle do tabagismo com enfoque multisetorial, a prevalência do tabagismo no Brasil está em queda. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que o percentual de usuários de derivados do tabaco foi 12,8% em 2019, sendo o percentual de fumantes passivos de 9,2%. Em 2013, a prevalência de tabagismo foi de 14,9%. Fazendo o comparativo entre os dois períodos, é possível observar uma redução de 2,1 pontos percentuais (BRASIL, 2020b), representando a maior redução nos últimos 25 anos (MALTA et al., 2021).

Ainda segundo a PNS, a maior prevalência de usuários de tabaco ocorreu na região Sul do país, com 16%. A pesquisa mostra ainda que houve redução na prevalência de tabagismo em todas as regiões do Brasil, no entanto, a região Centro-Oeste, foi a que apresentou menor redução, com apenas 0,3% (PNS/IBGE 2019).

2.2 Evolução das políticas antitabaco no mundo e no Brasil

Em 1990, a Assembleia Mundial da Saúde convocou os seus Estados membros a adotarem estratégias para o controle do consumo de tabaco. Em 1996, durante a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, determinou-se a elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) (CAVALCANTE, 2005).

O texto final da CQCT foi aprovado em 2003 e entrou em vigor em 2005, depois da adesão de 40 países. O Brasil foi o segundo país a assinar o tratado, que em 2021, reunia 181 países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). A missão dos signatários é adotar uma série de medidas intersetoriais abrangentes para reduzir e controlar o uso de produtos derivados do tabaco em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

Para auxiliar na implementação das medidas para redução da oferta e demanda de tabaco, propostos pela CQCT, a OMS elaborou e publicou em 2007 um documento intitulado MPOWER, que contém um pacote de intervenções que contemplam seis estratégias importantes e efetivas para o controle do tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008):

- **Monitor** - Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção;
- **Protect** - Proteger a população contra a fumaça do tabaco;
- **Offer** - Oferecer ajuda para cessação do fumo;
- **Warn** - Advertir sobre os perigos do tabaco;
- **Enforce** - Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio;
- **Raise** - Aumentar os impostos sobre o tabaco;

A implementação do MPOWER tem potencial de mudança da realidade mundial a partir do monitoramento anual de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por causas evitáveis, da capacitação profissional para cessação do fumo, entre outras ações que contribuem para o enfrentamento da epidemia do tabaco por meio de políticas efetivas e abrangentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

A CQCT prevê que estratégias para vigilância e monitoramento do consumo de produtos de tabaco são ações relevantes para o seu controle. Inclui a coleta regular de dados sobre a magnitude, padrões, determinantes e consequências do consumo de produtos de tabaco e da exposição passiva aos resíduos resultantes de seu consumo. Através destes dados, são desenvolvidas políticas para o controle do tabagismo na população em geral, sobretudo para os grupos com maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020b).

O monitoramento e o enfrentamento ao tabagismo são assegurados por compromissos nacionais e globais. No Brasil, destacam-se o Plano de Ação de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que propõe a redução da prevalência de tabagismo em adultos (18 anos ou mais) em 40%, passando de 9,8% para 5,9% entre 2020 à 2030 e o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da OMS, que prevê redução de 30% no tabagismo até 2025. Monitorar os indicadores do uso e exposição ao tabaco é essencial para acompanhar os progressos dos compromissos assumidos (BRASIL, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

2.3 Programa Nacional de Controle do Tabagismo enquanto política pública

O artigo 196 da Constituição do Brasil destaca a responsabilidade do Estado em prover a saúde através de políticas econômicas e de assistência à saúde, com vista a atender as demandas advindas da relação abusiva com o uso do tabaco. O governo brasileiro tem atuado de forma exemplar, criando leis intersetoriais de controle do tabaco. Uma destas medidas foi implantada pela Lei Federal 9.294, de 15 de julho de 1996, que vedou a veiculação de textos e/ou imagens que induzissem o consumo do tabaco. Outra medida não menos importante, foi a tributação significativa sobre os produtos derivados do tabaco, visando com isso diminuir o seu consumo no país (CAETANO; HOFFMANN, 2016).

Estas políticas públicas são ações ou programas instituídos pelo bem ou interesse comum e representam a ação do Estado a fim de organizar suas decisões, das mais simples até as mais complexas, tornando suas intenções em ações conhecidas. O objetivo das políticas públicas é permitir o acesso da população, no processo de discussão, implementação e avaliação das ações do governo,

configurando o modo pelo qual estas serão operacionalizadas ou executadas, sendo descritas em metas e estratégias. Elas nascem para o fortalecimento da cidadania e como uma alternativa pacífica de resolução dos conflitos sociais (BRASIL, 1998; RODRIGUES, 2010; OLIVEIRA; SPENGLER, 2012).

As políticas públicas antitabagismo segundo Caetano e Hoffmann (2016), são imprescindíveis na luta contra a dependência do tabaco, visto que a cessação requer prévia conscientização dos malefícios do tabagismo, enquanto a indiferença diante das consequências malélicas da nicotina agrava o quadro de saúde pública no país.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) através do Ministério da Saúde foi o responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, além de coordenar as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros setores do Ministério da Saúde, além de inúmeras representações da sociedade civil organizada (TEIXEIRA; JAQUES, 2011; PORTES et al., 2018; BRASIL, 2019).

O PNCT implantado em 1986 pelo Ministério da Saúde tinha como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade desencadeada por doenças relacionadas ao uso abusivo do tabaco (CAETANO; HOFFMANN, 2016; BRASIL, 2015). Enquanto política de Estado, o PNCT envolve ações intersetoriais, intermediadas pelo INCA, pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) e pela Aliança de Controle do Tabagismo (ACT). Este programa segue um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com ações legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover sua cessação e protegendo a população dos riscos do tabagismo passivo (TEIXEIRA; JAQUES, 2011; MIRRA; ROSEMBERG; ARAÚJO, 2012; PORTES et al., 2018; BRASIL, 2019).

Para que as ações do PNCT pudessem abranger todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional de gerenciamento regional do programa, por meio de um processo de descentralização e uma parceria entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo os princípios do SUS. Essa descentralização objetivou aumentar a capilaridade das ações, promovendo uma melhoria na qualidade de vida da população. Em todas as UF, as Secretarias de Saúde dispõem

de uma coordenação que, por sua vez, descentralizam as ações para seus municípios (CARVALHO, 2009).

A gestão federal estabelece as diretrizes do PNCT, seu financiamento (procedimentos, aquisição e distribuição de medicamentos), além da divulgação e do incentivo à implantação do tratamento do fumante no SUS. Ela também se encarrega da elaboração de consenso e materiais educativos para profissionais de saúde, programas de ensino para capacitação desses profissionais, apoio aos estados na capacitação, no planejamento, na organização das ações, no monitoramento e na avaliação da estratégia de tratamento (CARVALHO, 2009).

Às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, são incumbidas de coordenar, consolidar as informações sobre insumos e atendimentos, capacitar os profissionais de saúde para atuarem no programa, bem como conduzir o tratamento cognitivo comportamental, conforme pontuado na figura 1.

Figura 1 - Caracterização da divisão de funções entre as esferas de governo e os órgãos públicos para a estratégia do tratamento do tabagismo no SUS.

Esferas de governo/órgãos	Funções/Atribuições
Federal/INCA	- Subsidiar o Ministro da Saúde na formulação e no planejamento da política; - Subsidiar a elaboração de instrumentos para regulação; - Elaborar materiais educativos para profissionais de saúde; - Planejamento e programação de insumos.
Federal/SAS	- Financiamento dos procedimentos.
Federal/ASCOM (até 2006)	- Financiamento do material educativo para o tratamento do tabagismo.
Federal/SCTIE-DAF	- Financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos.
Estadual	- Responsabilidade pela coordenação da estratégia no âmbito do estado, capacitação dos profissionais de saúde e consolidação das informações sobre distribuição de insumos e do atendimento.
Municipal	- Execução da estratégia (garantia de acesso do fumante ao tratamento).

Fonte: Carvalho, 2009, p.82

O INCA desde 2002 apoiava o processo de capacitação dos profissionais de saúde, através de um programa de ensino, que incluía em seu conteúdo, aspectos

do tabagismo como doença, diretrizes clínicas de tratamento e instrumentos de informação do tratamento e materiais educativos para subsidiar os profissionais no desenvolvimento de suas atividades (CARVALHO, 2009).

Segundo Carvalho (2009), existiam fragilidades no planejamento federal, referentes à divulgação do tratamento do tabagismo e incentivos a sua implantação, falhas no apoio à organização das ações junto às Secretarias de Saúde, onde a maior parte das estratégias não tinham um fluxo pré-definido e nem planejamento sistemático. Além de tais fragilidade, também não existia um sistema de informação nacional para acompanhamento e avaliação das ações relacionadas ao tratamento no SUS, levando o INCA a criar planilhas eletrônicas para o monitoramento dos dados coletados pelos municípios e estados para o cálculo de insumos necessários ao tratamento, cujo preenchimento depende do repasse de informações consolidada pelos estados (CARVALHO, 2009).

Para monitorar a implantação do PNCT e o tratamento do fumante no SUS, o INCA empreendeu esforços que resultaram em indicadores de processo e de resultado, que avaliam a adesão dos municípios, o volume de atendimentos realizados e capacitação de profissionais de saúde. Para acompanhamento do tratamento foram definidos os seguintes indicadores: (1) a evolução do número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica; (2) a evolução do número de pacientes que participaram da primeira e da quarta sessão estruturada; (3) a proporção entre o número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada; (4) e o percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento (CARVALHO, 2009).

De acordo com a Portaria nº 571 GM/MS de 2013, a atenção às pessoas tabagistas deve ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS). Essa portaria atualizou as Diretrizes no âmbito do SUS, reforçando a APS enquanto um espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis (BRASIL, 2013).

Após a aprovação desta portaria, houve expansão do PNCT para todos os níveis de atenção à saúde, no entanto, com oscilação no número de municípios ofertando ações do programa, vinculado à disponibilidade ou falta dos medicamentos do programa. Segundo Carvalho (2009), em 2006 os estados da Região Sul e

Sudeste brasileiros estavam com a estratégia implantada em todos os municípios, enquanto na Região Centro-Oeste, os estados de Mato Grosso e Goiás contavam com apenas um município e Mato Grosso do Sul destacava-se com 11 municípios passando para 24 em 2008.

Apesar dos avanços conquistados com as políticas antitabagistas, ainda há um longo caminho a ser percorrido, até que os prejuízos à saúde pública sejam colocados dentro de índices “aceitáveis”. É preciso dar atenção aos entraves na condução das políticas, como a interferência da indústria do tabaco que mede forças e cria estratégias contra o controle, na tentativa de abrir novos campos de exploração (TURCI et al., 2017; FIGUEIREDO; TURCI; CAMACHO, 2017).

A trajetória do PNCT é permeada de ações normatizadoras e alicerçada por conhecimentos teóricos e práticos, responsáveis pela consolidação do PNCT no país, tornando-se uma referência mundial. No entanto, ainda é necessária a intensificação das ações e o monitoramento do tratamento preconizado pelo SUS para que este controle seja cada vez mais efetivo (PINTO, PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015; TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

2.4 Abordagem e tratamento do tabagismo no SUS

O principal objetivo da assistência à saúde dos fumantes é cessar o uso do tabaco. Apesar de estudos demonstrarem que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, apenas 3% conseguem espontaneamente e, somente 7% dos que tentam parar sozinhos se mantêm abstinentes por um longo período. A taxa de sucesso de abstinência pode aumentar em 15% a 30% com a utilização de intervenções psicossociais e farmacológicas, cujo tratamento, quando ofertado na APS apresentam alto potencial de redução de mortalidade e baixo custo (BRASIL, 2001; GARCIA; BORGES; TAVARES, 2019).

O tratamento deve estar amplamente disponível, acessível e ser inclusivo, levando em conta fatores como gênero, religião, cultura, idade, escolaridade, situação socioeconômica e necessidades especiais, e ocasionalmente deve ser adaptado às necessidades reais de diferentes tabagistas e dos grupos com maior prevalência de consumo do tabaco (BRASIL, 2020a).

O tratamento do tabagismo foi inserido no SUS através da pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que gerou as Portarias Ministeriais GM/MS

1.035 de maio de 2004 e SAS 442 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004), aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência a Nicotina. Tais portarias ampliaram o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo para a atenção básica, além dos serviços de média complexidade da rede do SUS (CAVALCANTE, 2005). Essas, foram revogadas pela Portaria Nº 571 de abril de 2013 e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tabagismo (PCDTT) atualizado, foi aprovado pela Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020a).

Segundo o PCDTT o tratamento do tabagismo deve ser desenvolvido de forma ágil e com baixo custo, os recursos e infraestruturas existentes devem ser aproveitados e utilizados de forma que os usuários de tabaco recebam no SUS, pelo menos um aconselhamento breve. Este aconselhamento requer treinamento dos profissionais da saúde para perguntar ao fumante, registrar as respostas nos prontuários, dar breves conselhos sobre o abandono e encaminhar para o tratamento mais adequado e eficaz onde estiver disponível (BRASIL, 2013).

O tratamento do tabagismo envolve métodos que vão desde uma abordagem mínima (aconselhamento breve de até dez minutos) até uma abordagem intensiva (aconselhamento mais longo). A abordagem mínima busca mudar o comportamento dos indivíduos por meio do treinamento de intervenções cognitivas, para que possam tornar-se agentes de sua própria mudança (FIORE; BAILEY; COHEN, 2000).

A abordagem intensiva consiste em dedicar um tempo maior, cerca de 90 minutos, para o aconselhamento, podendo ser feita individual ou coletivamente. Trata-se de uma abordagem mais específica, que prepara o fumante para enfrentar situações-problema; desenvolver habilidades para resistir à vontade de fumar; prevenir a recaída e lidar com situações de tensão. É apropriada para qualquer usuário de tabaco que esteja motivado a participar desse tipo de abordagem. Além disso, mesmo os pacientes que não apresentam um grau de motivação para deixar de fumar, relatam um aumento na sua motivação após uma abordagem ou aconselhamento intensivo (FIORE; BAILEY; COHEN, 2000).

No entanto, o PCDTT (BRASIL, 2013) define como abordagem breve/mínima (PAAP, sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar) aquela que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para deixar de fumar, sem, no entanto, acompanhá-lo neste processo. Pode ser feita por qualquer profissional

da saúde, com duração média de 3 minutos, durante a consulta de rotina, que pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação do tabagismo (BRASIL, 2001). A abordagem básica (PAAPA – sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar um fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional da saúde, com duração média de 5 minutos, durante a consulta de rotina, em cada contato. É mais recomendada que a anterior (PAAP) porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública (BRASIL, 2001).

O uso de medicamento apresenta maior eficácia entre fumantes com elevado grau de dependência à nicotina, visto que os sintomas da abstinência são mais acentuados entre estes fumantes (FIORE; BAILEY; COHEN, 2000);

Este apoio medicamentoso deve ser administrado em associação a abordagem comportamental, visto a necessidade em ajudar este paciente a lidar com a dependência psicológica e a dissociar as situações comportamentais relacionadas ao ato de fumar, aumentando a taxa de abstinência se comparada com a abordagem comportamental, ou a medicamentosa isolada (FIORE; BAILEY; COHEN, 2000; OTERO, 2006).

O tempo de tratamento total preconizado é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência. O desfecho esperado é a cessação total do tabagismo, ou seja, a interrupção do uso da nicotina em qualquer de suas formas e a falha terapêutica deve ser entendida como o não alcance da cessação do tabagismo ao final do tratamento (BRASIL, 2020a).

Segundo Fiore, Bailey, Cohen (2000), a eficácia do uso de medicamentos na cessação de fumar incluem os nicotínicos e não nicotínicos. Os nicotínicos, denominados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), apresentam-se em forma de adesivo, goma de mascar, aerossol e inalador. Já os medicamentos não nicotínicos correspondem ao cloridrato de bupropiona e à nortriptilina (antidepressivos); à clonidina (anti-hipertensivo) e à vareniclina (que atua diretamente nos receptores de nicotina).

Em suma, o tratamento para cessação do tabagismo no SUS consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva, acompanhado ou não pelo tratamento medicamentoso. Os medicamentos padronizados no programa são:

nicotina (adesivo, goma e pastilha), na Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) isolada ou em combinação e cloridrato de bupropiona (BRASIL, 2020a).

2.5 Etapas do Tratamento do Tabagismo

2.5.1 Avaliação

Na avaliação inicial, será possível conhecer a história tabagística (idade de iniciação e tentativas para deixar de fumar), histórico patológico (presença ou não de doenças relacionadas ao tabaco), avaliação do grau de dependência da nicotina e estágios de motivação para cessação do tabagismo. O grau de dependência será aferido pelo uso do Teste de Fargeström, que consiste na aplicação de um questionário cuja soma de pontos obtidos no teste definirá o grau de dependência, ou seja: 0 a 2 pontos: muito baixo; de 3 a 4 pontos: baixo; de 5 a 7 pontos: moderado e acima de 7 pontos: elevado.

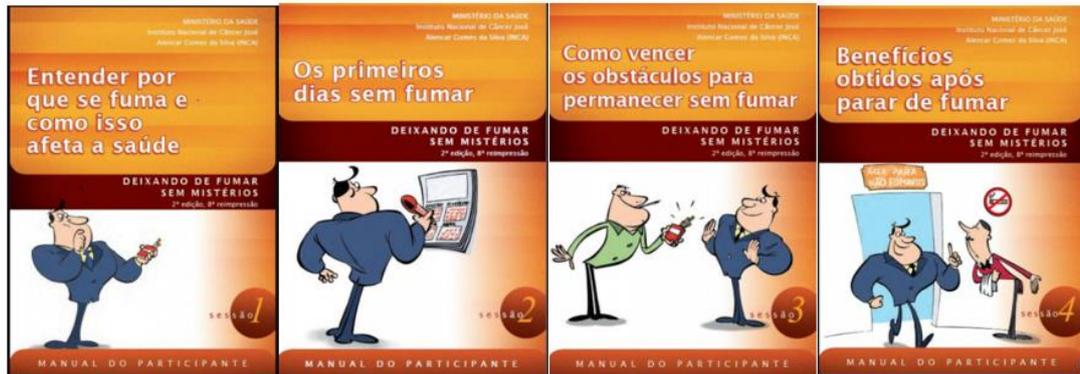
A terapia cognitiva comportamental (TCC) é uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis), baseada em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (BECK, 1964; ALFORD, BECK, 1997).

A partir da pontuação encontrada no Teste de Fargeström o profissional de saúde conseguirá definir se, além da terapia cognitivo-comportamental (TCC), o paciente necessitará de apoio farmacológico e quais tipos (BRASIL, 2020a).

2.5.2 Intervenção e manutenção

Como parte da terapia cognitivo-comportamental, o programa prevê quatro encontros iniciais, também conhecidos como “sessão estruturada”, pois sua abordagem segue um roteiro pré-definido em atenção individual, estratégias e informações, revisão, discussão e tarefas. Estes encontros são preferencialmente semanais e a cada sessão, o participante recebe um manual (figura 2) elaborado pelo Ministério da Saúde, que traz orientações sobre os processos para deixar o cigarro (KLUTHCOVSKY et al., 2019).

Figura 2 – Manuais do participante dos grupos de apoio ao fumante na cessação do tabagismo.



Fonte: Publicações | INCA - Instituto Nacional de Câncer

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (BRASIL, 2020a), nas sessões são abordados os seguintes assuntos:

PRIMEIRO MÊS

Sessão 1: *Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.* Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo; ambivalência do fumante em parar ou continuar fumante; métodos para deixar de fumar; as principais substâncias contidas na fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Também serão abordadas tarefas para que o paciente identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e o método que usará futuramente para deixar de fumar e apresentará na sessão 2, objetivando a organização de seu processo de cessação.

Sessão 2: *Os primeiros dias sem fumar.* Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, definição de assertividade e sua relação com o parar de fumar, o que são e quais as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas que estimulem o fumante a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.

Sessão 3: *Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.* Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso

que se segue ao parar de fumar, o papel do álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio interpessoal para continuar sem fumar. Também serão apresentadas tarefas que envolvem leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura (ânsia).

Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar. Nesta sessão, após a definição pelo coordenador da abordagem sobre os benefícios indiretos em parar de fumar, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. O coordenador aborda então as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.

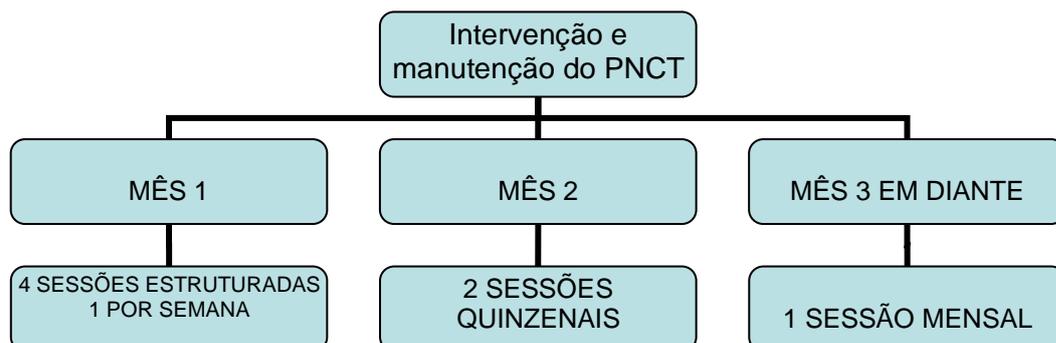
SEGUNDO MÊS

Duas sessões quinzenais, iniciando a fase de manutenção da abstinência. O teor das sessões de manutenção não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações.

TERCEIRO MÊS 3 EM DIANTE

Uma sessão mensal aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano. Assim como nas sessões de manutenções quinzenais, as sessões de manutenção mensal não são estruturadas, e seu teor continua sendo o de conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, orientar e fortalecer a decisão de permanecer sem fumar. A, exemplificar a abordagem de intervenção e manutenção do PNCT: figura 3.

Figura 3 – Esquematização da abordagem intensiva do PNCT



Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (BRASIL, 2020a, p. 17).

2.6 O Tabagismo em Mato Grosso do Sul e no município de Campo Grande

Segundo dados da PNS-2019, a taxa de prevalência de uso de derivados do tabaco entre maiores de 18 anos, em Mato Grosso do Sul foi 16,3%, representando o maior índice do país. O município de Campo Grande, também é líder no ranking, apresentando prevalência em 16,6% no respectivo grupo etário (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Em um estudo de Malta et al., 2007, foi relatada a tendência de mortalidade por câncer de pulmão, nos estados brasileiros. Os coeficientes mais altos foram detectados na Região Sul, e os mais baixos na Região Nordeste, em ambos os sexos. Entre os estados brasileiros que apresentaram aumento nos índices de mortalidade, envolvendo pessoas na faixa etária de 70 anos, está o estado de Mato Grosso do Sul, com uma taxa de 4,2%.

O PNCT foi implantado nas Secretarias Municipais de Saúde nos cinco maiores municípios de Mato Grosso do Sul nos respectivos anos, a saber: Dourados (2003); Campo Grande (2004); Ponta Porã (2007); Três Lagoas (2008) e, Corumbá (2009). A implantação do programa ocorreu em diferentes serviços de atenção à saúde, incluindo Centro de Especialidades Médicas (CEM); Pronto Atendimento Médico (PAM), Centro de Atenção Psicossocial álcool e Outras Drogas (CAPSad); e outro pela Gerência de Vigilância Epidemiológica (BEZERRA, 2020).

Mesmo que transcorrido quase 20 anos desde a implantação das ações de tratamento do tabagismo em Mato Grosso do Sul, ainda são escassos os estudos que abordem esta temática e que tragam a luz as fragilidades de um programa com comprovado custo efetividade. Este agravo segue representando um problema de saúde pública de reconhecida magnitude em Mato Grosso do Sul, requerendo avaliações relacionadas a oferta e efetividade das ações para a população que deseja livrar-se da dependência, em localidades de maior concentração da população, onde haja cobertura pelas equipes de Estratégias Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a oferta, adesão e efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo oferecido em Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) analisar os indicadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo: cobertura populacional, taxa de adesão, taxas de abandono, taxa de cessação (efetividade) e taxa de uso de medicamentos entre os usuários atendidos no interior do estado e no município de Campo Grande no ano de 2019;
- b) conhecer a rede de serviços de saúde que oferece tratamento ao tabagismo no interior do estado e no município de Campo Grande em 2019; e,
- c) identificar as razões das equipes de Estratégia Saúde da Família de Campo Grande da não adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de pesquisa transversal, analítica, com abordagem quantitativa, com base em dados primários e secundários sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Mato Grosso do Sul e no município de Campo Grande, em 2019.

O estado de Mato Grosso do Sul é composto por 79 municípios, possui uma extensão territorial de 357.145 km² e é o 21º estado mais populoso da federação, com 2.752.760 (dois milhões, setecentos e cinquenta e dois mil e setecentos e sessenta) habitantes. Localiza-se na Região Centro Oeste do Brasil e limita-se com cinco estados brasileiros: Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Paraná; e, faz fronteira com dois países sul-americanos: o Paraguai e a Bolívia. O município mais populoso do estado é a capital, Campo Grande, com uma população estimada de 885.711 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

4.2 Amostra e critérios de inclusão

4.2.1 Dados primários

Os dados foram obtidos por meio de questionário com 12 questões sendo 11 objetivas e uma descritiva (APÊNDICE A) aplicado aos profissionais de nível superior das equipes de Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio a Saúde da Família da rede básica de saúde, do município de Campo Grande, que não ofertavam ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Este questionário foi disponibilizado via aplicativo WhatsApp pela plataforma Google Forms®. O acesso ao questionário pelo público-alvo da pesquisa foi favorecido pelos gerentes dos sete Distritos Sanitários de Campo Grande (Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo), através do repasse do link de acesso ao endereço eletrônico de cada profissional, gerando uma amostra por conveniência. Todos os participantes tiveram acesso às informações do projeto e aos objetivos da pesquisa e responderam ao questionário após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na análise, não foram considerados os

questionários respondidos por profissionais de nível superior, enquadrados em funções de nível médio, visto a ausência do registro da categoria profissional pertencente.

4.2.2 Dados secundários

Os dados do ano de 2019 foram obtidos por meio de consulta as planilhas de Excel, disponibilizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde, que consolida e retroalimenta as coordenações estaduais e municipais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo com todos os registros dos atendimentos.

Foram coletados os dados do município de Campo Grande e dos demais municípios sul-mato-grossenses e, com a finalidade de comparação, foram consolidados em dois blocos denominados “capital” e “interior”, com valores absolutos e percentuais, incluindo os seguintes registros:

- a) pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica;
- b) pacientes que participaram da primeira sessão de terapia cognitiva comportamental;
- c) pacientes que participaram da quarta sessão (adesão) e sua condição em relação ao hábito de fumar e ao uso de algum medicamento padronizado pelo programa para o tratamento do tabagismo;
- d) pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada (abandono);
- e) pacientes que cessaram o tabagismo: pacientes da primeira sessão que estavam sem fumar na quarta sessão (efetividade);
- f) pacientes que participaram de sessões de manutenção;
- g) pacientes que necessitaram de apoio medicamentoso: pacientes da primeira sessão que usaram pelo menos um dos medicamentos ofertados pelo programa e estavam presentes na quarta sessão estruturada;
- h) unidades de saúde ideal para atender a demanda mínima de tabagistas;
- i) média de unidades de saúde que ofertaram o tratamento;
- j) percentual de unidades de saúde que realizam o tratamento; e
- k) unidades de saúde segundo classificação do tipo de assistência.

4.3 Organização e análise dos dados

Os dados primários foram analisados considerando as diversas faces das informações. Assim, foram construídos gráficos e tabelas descrevendo as informações, bem como o uso de medidas de associação entre as variáveis.

Os dados secundários foram tabulados no software Microsoft Excel 2010® considerando os parâmetros estabelecidos para cada indicador, analisados com utilização da estatística descritiva e analítica.

4.3.1 Medidas de associação estatística de dados primários

Os dados utilizados neste trabalho possuem basicamente duas naturezas, sendo contínuos ou categóricos. Para medir o grau de associação/relação entre duas ou mais variáveis, essas naturezas se fazem importante à medida que elas limitam o tipo de coeficiente que pode ser aplicado. Como no caso das variáveis do questionário aplicado temos apenas variáveis do tipo categórica, faz-se uso do V de Cramer.

4.3.1.1 V de Cramer

A fim de verificar o grau de associação entre duas variáveis categóricas, fez-se o uso do V de Cramer (CRAMER, 1946). O seu valor varia entre 0 e 1 e tem sua formulação baseada no teste de Qui-quadrado. Matematicamente, define-se a estatística de Qui-quadrado como:

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - \frac{n_i \cdot n_j}{n})^2}{\frac{n_i \cdot n_j}{n}}$$

em que n_{ij} corresponde o número de vezes que os valores (A_i, B_j) foram observados, levando-se em conta que A e B são duas variáveis distribuídas simultaneamente. A partir da estatística do Qui-quadrado, o V de Cramer é dado pela sua raiz quadrada dividida pelo tamanho da amostra, onde essa expressão é dividida, por sua vez, pelo mínimo entre o número de dimensões menos 1, ou seja:

$$V = \sqrt{\frac{\varphi^2}{\min(k-1, r-1)}} = \sqrt{\frac{\chi^2/n}{\min(k-1, r-1)}}$$

A estatística V de Cramer, no entanto, pode incorrer em viés significativo, sobrestimando a associação entre as variáveis. Dessa forma, aplica-se a seguinte correção (BERGSMA, 2013):

A estatística V de Cramer, no entanto, pode incorrer em viés significativo, sobrestimando a associação entre as variáveis. Dessa forma, aplicou-se a seguinte correção (BERGSMA, 2013):

$$\tilde{V} = \sqrt{\frac{\tilde{\varphi}^2}{\min(\tilde{k}-1, \tilde{r}-1)}}$$

onde:

$$\tilde{\varphi}^2 = \max\left(0, \varphi^2 - \frac{(k-1)(r-1)}{n-1}\right)$$

$$\tilde{k} = k - \frac{(k-1)^2}{n-1}$$

4.3.1.2 Teste de associação do qui-quadrado:

A avaliação da associação entre a categoria profissional e as demais variáveis categóricas avaliadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. O teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni, foi utilizado na análise da associação entre as variáveis “Interesse em ser capacitado para atuar frente ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Interesse em Implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na sua unidade de saúde” e entre as variáveis “Recebeu algum treinamento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Houve a oferta do Programa Nacional de Controle do Tabagismo ao usuário”. Esta análise foi realizada no programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5%.

4.4 Aspectos éticos

Atendendo aos aspectos éticos exigidos em uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o Parecer Nº 4.761.277 (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Indicadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Estado, capital e interior

Em Mato Grosso do Sul, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) a proporção de fumantes de 18 anos ou mais, que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores a pesquisa, era de 48,00%, representando 166.188 pessoas, sendo 54.769 (32,95%) residentes na capital e 111.419 (67,05%) no interior. E, aqueles que procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses era de 8,2% (PNS/2013).

Os fumantes que realizaram a 1ª avaliação clínica no estado representaram 1,08% (3.738/346.226) e aqueles que participaram da 1ª sessão estruturada do programa declinaram para 0,97% (3.346/346.226), ou seja, a vinculação dos fumantes avaliados e que foram vinculados ao PNCT representou 27,43%, muito inferior ao quantitativo da população alvo das ações de controle do tabagismo.

Na capital a 1ª avaliação clínica representou 0,49% do total de fumantes estimados, caindo para 0,42% dentre os que participaram da 1ª sessão do programa, ou seja, a vinculação com o PCT dos que foram avaliados clinicamente representou apenas 12,45% dos fumantes estimados, metade do desempenho em nível estadual.

Os índices de fumantes (17,30%), os que tentaram parar de fumar no ano de 2012 (48,00%) e aqueles que em 2012 buscaram ajuda profissional para parar de fumar (8,2%) nortearam as avaliações de desempenho dos serviços em nível estadual, na capital e no interior, a despeito da possibilidade de estarem superestimados, em vista do tempo transcorridos desde a PNS de 2013.

Os dados dos atendimentos realizados aos fumantes residentes em Mato Grosso do Sul, na capital e no interior, estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos estimados e realizados aos fumantes e desempenho do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Mato Grosso do Sul, 2019

Característica dos atendimentos	MS		Capital		Interior	
	N	%	N	%	N	%
Estimativa de pacientes que buscaram ajuda profissional nos últimos 12 meses ¹	13.627	100	4.491	100	9.136	100
Pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica ²	3.738	27,43	559	12,45	3.179	34,80
Pacientes participantes da 1ª sessão dentre os atendidos na 1ª avaliação clínica	3.346	89,51	476	85,15	2.870	90,28
Pacientes presentes na 4ª sessão dentre os participantes da 1ª sessão (adesão)	2.034	60,79	318	66,80	1.716	59,79
Pacientes ausentes na 4ª sessão dentre os presentes da 1ª sessão (abandono)	1.312	39,21	158	33,19	1.154	40,21
Pacientes abstinentes na 4ª sessão (efetividade da 1ª fase do tratamento)	1.100	32,87	98	20,58	1.002	34,91
Pacientes participantes de sessões de manutenção dentre os presentes na 4ª sessão (encontros manutenção)	1.426	70,10	236	74,21	1.190	69,35
Pacientes que utilizaram fármacos dentre os participantes da 1ª sessão (apoio medicamentoso)	2.866	85,65	153	32,14	2.866	99,86

1 Número de fumantes de 18 anos ou mais, que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses x 8,2% (Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade fumantes que procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses (%) segundo a PNS/2013).

2 Número de pacientes que foram avaliados por um profissional de saúde no ano de 2019.

No entanto, a 1ª avaliação clínica realizada para menos de 2% dos fumantes estimados no estado e abaixo de 0,5% na capital evidenciam um desempenho mediano, provavelmente em decorrência da oferta restrita do PNCT em 23 municípios (29,11%) e sendo reiniciado em outros 19 municípios, o que assinala interrupções e retomadas. Campos et al., (2021) buscou conhecer as dificuldades na manutenção do programa e constatou ser decorrentes da falta de medicamentos e de profissionais qualificados para o tratamento da pessoa tabagista.

O melhor desempenho nos atendimentos de fumantes na 1ª sessão estruturada foi alcançado pelos municípios do interior, provavelmente devido a maior facilidade de acesso as US com oferta das ações do PNCT, bem como maior vínculo com a equipe.

Bittencourt, Cruz e Scarinci (2014) assinalam que o atendimento do paciente implica na consulta de avaliação clínica, com vista a um plano de tratamento. Enquanto Silva et al. (2016) enfatizam a importância em avaliar o paciente quanto

aos aspectos pessoais, histórico do tabagismo, o grau de motivação e dependência, e, solicitar outros exames, tais como radiografia do tórax e espirometria (exame que mede a capacidade pulmonar). Esses autores alegam que esses procedimentos podem ser úteis na conscientização do fumante, servindo como fatores de motivação para o abandono do tabagismo.

Em nosso estudo, a taxa de adesão ao tratamento (presentes na 4ª sessão de grupo comparativamente aos presentes na 1ª sessão) foi melhor na capital (66,80%), enquanto a taxa de efetividade (sem fumar na 4ª sessão de grupo em relação aos presentes na 1ª sessão) foi melhor no interior (34,91%).

Meier, Vannuchi e Secco (2011) encontraram uma taxa de adesão ao programa de 76,2%, enquanto Mesquita (2013) encontrou adesão de 66,9%. Visando aumentar a adesão dos pacientes ao programa, Santos et al., (2012) sugerem a implementação de estratégias para o envolvimento de toda equipe de Saúde da Família junto a esses pacientes, visto que o abandono da nicotina não acontece facilmente. Szupczynski; Oliveira (2008) consideram importante na relação terapêutica com pacientes tabagistas, o conhecimento de que o paciente passa por estágios motivacionais, até que a mudança realmente aconteça. Pensamento corroborado por Casto; Passos (2005) e por Azevedo et al., (2009).

Analisando a efetividade do programa, o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* define como “taxa de sucesso” pelo menos 35% dos pacientes em abstinência após 4 semanas de tratamento, o que demonstra insuficiência deste indicador em Mato Grosso do Sul, influenciado pelo baixo desempenho verificado na capital (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008).

Em um estudo descritivo realizado no estado de Goiás foi observado que no final da quarta semana de tratamento 43,78% dos pacientes haviam parado de fumar (GARCIA; BORGES; TAVARES, 2019). Outros estudos, como o realizado por Wittkowski; Dias (2017), em Curitiba/PR, encontrou uma taxa média de efetividade de 52,8% entre 8 grupos analisados; em Minas Gerais/MG, Paiva et al., (2017), identificaram média terapêutica de cessação em 56,8%.

Como padrão de referência o Ministério da Saúde utiliza o período de quatro sessões semanais para a coleta e cálculo dos indicadores de atendimento (taxa de adesão, taxa de cessação/efetividade e taxa de uso de medicamentos). Suas diretrizes terapêuticas indicam que um programa de cessação é considerado efetivo quando a taxa alcançada for igual ou superior a 30%, após doze meses, visto que o

tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante a doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas (BRASIL, 2016).

Em nosso estudo, a baixa efetividade do PNCT na capital, além de manter o risco a saúde da população tabagista também compromete a meta estabelecida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030). Duas ações incluídas no referido plano recaem principalmente sobre o sistema de saúde, que requer ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas) e o fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE), através de ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e tabaco (BRASIL, 2021).

De acordo com a Portaria nº 571 GM/MS de 2013, a atenção às pessoas tabagistas deve ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS). Essa portaria atualizou as Diretrizes no âmbito do SUS, reforçando a APS enquanto um espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis (BRASIL, 2013).

A taxa de abandono representada pelos pacientes ausentes na 4ª sessão, esteve próximo a 40% em nível estadual, no entanto, mostrou-se menor na capital (33%). Taxas de abandono variam entre estudos e localidades: 30,50% no estudo de coorte realizado em São Paulo (LONGANEZI, 2016); 40,40% em um município de Santa Catarina (ROCHA; VIEIRA; SCHNEIDER, 2021), e 23,8% em uma análise do Programa de Controle do Tabagismo na Região Norte do Paraná (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011). Apesar de não ter sido avaliada em nosso estudo, a motivação do abandono merece ser compreendida e reconhecida. Meier; Vannuchi; Secco (2011) identificaram como sendo a principal dificuldade dos fumantes que abandonaram o tratamento o local das reuniões (97%), o tipo de terapia prescrita e o horário dos encontros desagradou 26,4% e 23,5% dos participantes respectivamente e a incompatibilidade com os profissionais que prestaram assistência, desmotivaram 23,5% os fumantes a continuarem o tratamento. Além disso, terapia cognitivo-comportamental como única forma de tratamento, apresentou o maior percentual de abandono (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011).

Em nosso estudo os encontros de manutenção variam em torno de 70% dos presentes na 4ª sessão. Em Mato Grosso do Sul, segundo Bezerra (2020), nos municípios de Campo Grande, Dourados, Corumbá, Três Lagoas e Ponta Porã as sessões de manutenção foram realizadas de forma distinta para cada município. Em um deles, as sessões se iniciam no 2º mês, quando ocorrem duas sessões e, a partir do terceiro mês os encontros são mensais até o 12º mês. Em outro, os encontros de manutenção ocorrem após três meses de tratamento, sem especificação da frequência. E ainda, em outro são inicialmente realizadas quatro sessões semanais, e posteriormente mensais, não sendo especificado por quanto tempo. Diferentemente às anteriores, há uma que, embora afirme realizar encontros de manutenção, não disse quando acontece nem a quantidade de encontros.

O “apoio medicamentoso” através da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) com uso de adesivo, goma e pastilha, de forma isolada ou em combinação com cloridrato de bupropiona representou mais de 85% dos fumantes que iniciaram o tratamento, utilizando pelo menos um dos fármacos disponíveis no PNCT, com taxa de uso de 99,86% no interior e de 32,14% na capital.

Um estudo realizado em quatro municípios de Mato Grosso do Sul por Bezerra (2020), identificou entre distintos números de atendimentos as seguintes taxas de uso de medicamentos: Campo Grande (338-46,6%), Dourados (210-96,8%), Três Lagoas (372-76,4%) e Corumbá (71-91%) corroborando com nossos achados. A menor taxa de uso de fármacos nos atendimentos na capital também foi constatado em nosso estudo, o que pode estar evidenciando a falta dos insumos necessários para o tratamento ou, para o interior, difere do preconizado com a quase totalidade de pacientes utilizando fármacos.

Conforme já citado, o PNCT preconiza a ideia de grupos psicoterápicos no tratamento do tabagismo (BRASIL, 2001). O Sistema Único de Saúde orienta que todo tabagista seja abordado com o objetivo de abandonar o tabaco, e que essa abordagem aconteça durante a rotina de atendimento ou de uma forma mais intensiva e estruturada, com momentos específicos para a intervenção. Ele preconiza ainda que o tratamento do tabagismo seja com base na terapia cognitivo-comportamental, associada ao treinamento de habilidades sociais, com apoio de medicamentos, quando necessário (BRASIL, 2015). Portes et al., (2018) enfatizam que o tratamento do tabagismo está entre os principais marcos e estratégias da Política Nacional de Controle do Tabaco entre os anos de 1986 e 2016.

Não há relatos na literatura de um padrão esperado para o uso do medicamento, mas a proposta formulada pelo Ministério da Saúde é que o programa de cessação do tabagismo tenha como estratégia principal a terapia cognitivo-comportamental, sendo o apoio farmacológico um auxiliar e, portanto, não abrangendo seu uso a todos os usuários, mas apenas àqueles que apresentarem grau de dependência da nicotina mais elevado ou quando é identificada a necessidade através da consulta médica (BRASIL, 2021). A taxa de sucesso de abstinência pode aumentar em 15% a 30% com a utilização de intervenções psicossociais e farmacológicas associadas (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que todos os fumantes devem receber tratamento baseado em evidências, incluindo apoio farmacológico, para auxiliar na cessação (REICHERT et al., 2008). Os fármacos entram neste contexto como um suporte à abordagem comportamental à medida que contribuem para diminuir os sintomas da abstinência e tornam menos desconfortável o alcance da cessação. Esses medicamentos não devem ser administrados isoladamente, visto que a combinação de abordagem comportamental e medicamentosa aumenta a taxa de abstinência se comparada com tais abordagens isoladamente (OTERO, 2006). O uso associado de bupropiona com adesivo de nicotina favoreceu a cessação do tabagismo na quarta sessão em 36,5% dos fumantes (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011).

Também é importante destacar que o uso de fármacos não é recomendado para tabagistas que apresentem contraindicações clínicas para o tratamento medicamentoso e nem para aqueles que optarem pelo não uso de medicamento (mesmo com o devido esclarecimento), independentemente da carga tabágica (número de cigarros/dia ou anos de tabagismo) e do grau de dependência à nicotina. As possibilidades de tratamento medicamentoso devem sempre ser precedidas pela avaliação individual e cuidadosa do paciente, pois somente mediante o conhecimento das características de seu quadro clínico e da dependência à nicotina será possível ao profissional da saúde a escolha do fármaco que potencializará as chances de cessação do tabagismo pelo paciente ou da contraindicação ao uso do fármaco selecionado (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021).

5.2 Rede de serviços de saúde que ofertaram ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado capital e interior.

De acordo com as planilhas do PNCT, em 2019, para atender a demanda mínima estimada de tabagistas em Mato Grosso do Sul seriam necessárias 228 Unidades de Saúde (US) oferecendo o tratamento em qualquer nível de atenção, das quais 75 na capital e 153 no interior (Tabela 2). Esta quantidade é estimada considerando o total de tabagistas que procuraram atendimento nos últimos 12 meses, dividido por 60 pacientes novos, distribuído por US em 2 grupos de 10 pacientes novos em cada grupo, por quadrimestre.

Tabela 2 – Rede de serviços que atenderam ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Mato Grosso do Sul, 2019

Variáveis	MS	Capital	Interior
Nº de US ideal para atender a demanda mínima de tabagistas por tratamento ¹	228	75	153
Média de US que ofertaram o tratamento ²	100	10	90
Percentual de US que ofertaram o tratamento	43,85	13,33	58,82

¹ Estimativa fornecidas pelo INCA aos estados para acompanhamento dos atendimentos do PNCT.

² Dado fornecido pelas coordenações municipais do PNCT.

A média estadual de US que ofereceram o programa no referido ano, foi de 100 unidades (43,85%), sendo que a capital apresentou maior defasagem, com apenas 10 US (13,33%) e uma situação melhor foi vista no interior, onde as 90 US representam cobertura de 58,82%.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) contempla a ampliação das ações de prevenção e cessação ao tabagismo como meta, o que parece estar comprometida em nosso estado em vista da baixa oferta de serviços que atendam esta população. Carvalho (2009) pontua como atribuição da coordenação estadual do PNCT sensibilizar e apoiar os municípios na organização da rede de serviços e ao gestor municipal compete dar prioridade a organização da rede de serviços para

atender as necessidades da população, com risco de o atendimento ao fumante ficar prejudicado pela falta de adesão dos municípios ao PNCT (CARVALHO, 2009).

No que diz respeito à caracterização do perfil de oferta do tratamento do tabagismo em relação ao nível de atenção do serviço, verificou-se o predomínio da oferta do tratamento na atenção básica à saúde em relação à atenção especializada, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das unidades de saúde que ofertaram atendimento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) segundo classificação, Mato Grosso do Sul, 2019

Localidades	US	Classificação das Unidades de Saúde		
		Atenção Básica (AB)	Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	Assistência Especializada (AE)
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
MS	99 (100,00)	90 (90,91%)	2 (2,02%)	7 (7,07%)
Capital	10 (10,10)	9 (90,00%)	-	1(10,00%)
Interior	89 (89,90)	81(91,01%)	2(2,24%)	6 (7,75%)

Quanto aos níveis de atenção que foram ofertados o tratamento, a maior parte ter sido realizada na atenção básica corrobora com o preconizado pela Portaria n. 571/2013, que atualiza as diretrizes sobre o cuidado da pessoa tabagista.

O serviço pode ser ofertado em todos os pontos de atenção do SUS, porém o atendimento deve ocorrer prioritariamente na atenção básica, pois tal nível assume um papel relevante na redução da prevalência de fumantes por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento, principalmente por meio de grupos para cessação do tabagismo. Essas ações são estratégias coletivas de atuação, pois motivam a interação e o diálogo entre os participantes (BRASIL, 2013).

O tratamento do tabagista nas Unidades Básicas de Saúde é também destacado na pesquisa de Bittencourt et al., (2014). Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, a oferta de tratamento deve ocorrer, prioritariamente, na Atenção Básica (AB), devido ao seu grau de descentralização e capilaridade, podendo ser ofertado na média e alta complexidade, compreendendo

Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais Gerais, dentre outros (BRASIL, 2020a).

A disponibilidade de tratamento em uma UBS pode facilitar o acesso e adesão do paciente. Ser atendido por uma equipe que já lhe é familiar, próxima ao seu domicílio e inserida em seu contexto sociocultural, são condições favoráveis que podem influenciar positivamente no processo de cessação de fumar (AZEVEDO et al., 2009).

A ausência de oferta do PNCT em Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS-ad) em Campo Grande compromete ainda mais a oferta para grupos prioritários. Cabe ressaltar que, desde 2007, o INCA citou como desafio a necessidade de mobilizar os gestores municipais para implantação do tratamento para cessação de fumar na rede básica e nos Centros de Atenção Psicossocial (CARVALHO, 2009).

A literatura mostra forte evidência da relação entre tabagismo e doenças mentais como ansiedade e depressão (MALBERGIER, OLIVEIRA JÚNIOR, 2005; PEREIRA, 2008). Além disso, a severidade da dependência da nicotina nestes pacientes, vem se mostrando de forma mais intensa e há muitas dificuldades para o abandono do tabaco, sendo as recaídas constantes (ROSEMBERG, 2003).

O tabagismo visto como um problema não mais do especialista, mas uma questão de saúde pública, de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, incluindo os que atendem Saúde Mental, deve ser repensado enquanto organização do serviço em termos assistenciais e a formação profissional, uma vez que os usuários dos serviços de saúde mental também apresentam alto índice de dependência à nicotina (PILLON et al, 2011).

5.3 Caracterização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Campo Grande que não ofertavam ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Os questionários foram respondidos entre os meses de junho a setembro de 2021 por 86 profissionais que atuavam em UBS com Estratégia Saúde da Família.

No último trimestre de 2019 o PNCT estava sendo ofertado em 8/125 UBS com ESF (6,4%) dentre as equipes formalmente registradas no eGestor Atenção Básica do Ministério da Saúde. A representatividade dos respondentes das ESF sem

ações do PNCT com base no número de enfermeiros representou 28/117 (23,93%) das equipes alvo da pesquisa.

Dentre as sete categorias profissionais que responderam ao questionário predominou a de enfermeiros, 28/86 (32,6%). Se observa predomínio do sexo feminino (76,74%), a faixa etária de 31 e 40 anos abrangeu 43,0%, onde 68,6% referiram ter especialização/residência, 39,5% estavam atuando a menos de três anos, com metade referindo conhecer a situação do tabagismo na sua área de atuação, aproximadamente um quarto afirmou ter recebido treinamento de ingresso sobre o PNCT e os demais não receberam ou não se lembravam. A maioria (53,5%) disse não ter havido oferta do programa na unidade onde atua e não encaminham ou desconhece para onde encaminhar o fumante foi respondido por 47,6%. Ter interesse em ser capacitados foi manifestado por 73,3% dos profissionais, bem como implantá-lo, por 69,8%, conforme demonstra a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, por categoria profissional. Campo Grande, MS – 2021

Variáveis	Enf. (n=28)		Far. (n=14)		AsS. (n=11)		Méd. (n=11)		Den. (n=11)		Fis. (n=8)		Nut. (n=3)		Valor de p	Total (n=86)	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%		n.	%
Sexo																	
Feminino	23	85,2	11	78,6	11	100,0	7	63,6	8	72,7	4	50,0	2	66,7	0,163	66	76,7
Masculino	4	14,8	3	21,4	0	0,0	4	36,4	3	27,3	4	50,0	1	33,3		19	22,1
lgn	1															1	1,2
Faixa etária																	
18 a 30 anos	8	28,6	1	7,1	0	0,0	3	27,3	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0,121	13	15,1
31 a 40 anos	10	35,7	7	50,0	6	54,5	4	36,4	7	63,6	1	12,5	2	66,7		37	43,0
41 a 50 anos	10	35,7	5	35,7	3	27,3	4	36,4	3	27,3	5	62,5	1	33,3		31	36,1
51 a 60 anos	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0		3	3,5
61 ou mais	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0		2	2,3
Escolaridade																	
Graduação	4	14,3	4	28,6	4	36,4	1	9,1	3	27,3	1	12,5	1	33,3	0,367	18	20,9
Espec./Resid.	22	78,6	9	64,3	6	54,5	8	72,7	8	72,7	4	50,0	2	66,7		59	68,6
Mestrado	2	7,1	1	7,1	1	9,1	2	18,2	0	0,0	3	37,5	0	0,0		9	10,5
Tempo de atuação																	
< 1 ano	5	17,9	2	14,3	1	9,1	1	9,1	2	18,2	1	12,5	1	33,3	0,642	13	15,1
1 a 3 anos	6	21,4	3	21,4	4	36,4	2	18,2	4	36,4	1	12,5	1	33,3		21	24,4
4 a 5 anos	9	32,1	5	35,7	4	36,4	4	36,4	4	36,4	2	25,0	1	33,3		29	33,7
6 a 10 anos	3	10,7	4	28,6	0	0,0	2	18,2	0	0,0	4	50,0	0	0,0		13	15,1
> 10 anos	5	17,9	0	0,0	2	18,2	2	18,2	1	9,1	0	0,0	0	0,0		10	11,6
Conhece a situação do tabagismo na região de atuação																	
Não	10	35,7	8	57,1	7	63,6	6	54,5	6	54,5	4	50,0	2	66,7	0,690	43	50,0
Sim	18	64,3	6	42,9	4	36,4	5	45,5	5	45,5	4	50,0	1	33,3		43	50,0
Treinamento de ingresso sobre PCT																	
Não	15	53,6	5	35,7	3	27,3	8	72,7	8	72,7	2	25,0	2	66,7	0,331	43	50,0
Sim	7	25,0	3	21,4	5	45,5	1	9,1	2	18,2	3	37,5	0	0,0		21	24,4
Não lembro	6	21,4	6	42,9	3	27,3	2	18,2	1	9,1	3	37,5	1	33,3		22	25,6
Houve oferta do PCT na US onde atua																	
Não	14	50,0	10	71,4	5	45,5	6	54,5	8	72,7	2	25,0	1	33,3	0,364	46	53,5
Sim	8	28,6	1	7,1	2	18,2	3	27,3	1	9,1	4	50,0	0	0,0		19	22,1
Não sei	6	21,4	3	21,4	4	36,4	2	18,2	2	18,2	2	25,0	2	66,7		21	24,4
Encaminhamento do fumante																	
Não	2	7,1	4	28,6	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	12,5	0	0,0	0,414	10	11,6
Sim	15	53,6	7	50,0	8	72,7	3	27,3	7	63,6	4	50,0	1	33,3		45	52,3
Desconheço	11	39,3	3	21,4	2	18,2	7	63,6	3	27,3	3	37,5	2	66,7		31	36,0
Tem interesse em ser capacitado																	
Não	1	3,6	1	7,1	0	0,0	1	9,1	2	18,2	1	12,5	0	0,0	0,436	6	7,0
Sim	23	82,1	11	78,6	10	90,9	5	45,5	6	54,5	6	75,0	2	66,7		63	73,3
Talvez	4	14,3	2	14,3	1	9,1	5	45,5	3	27,3	1	12,5	1	33,3		17	19,8
Tem interesse em implantar o PCT																	
Não	2	7,1	1	7,1	1	9,1	0	0,0	1	9,1	1	12,5	1	33,3	0,655	7	8,1
Sim	21	75,0	11	78,6	9	81,8	6	54,5	7	63,6	5	62,5	1	33,3		60	69,8
Talvez	5	17,9	2	14,3	1	9,1	5	45,5	3	27,3	2	25,0	1	33,3		19	22,1

Obs.: Categorias Profissionais: Enf.:enfermeiro; Far.:farmacêutico; AsS.:assistente social; Méd.:médico; Den.:dentista; Fis.:fisioterapeuta; Nut.:nutricionista
Valor de p no teste do qui-quadrado.

O predomínio de mulheres na área da saúde se confirma, especialmente entre os enfermeiros (HAUSER, et al., 2013; KOLLING, 2008 e TOMASI et al., 2008).

O processo de feminilização dos profissionais de saúde que atuam na APS pode ser resultado da redução das taxas de natalidade em associação com a elevação dos níveis de escolaridade, o que possibilitou a entrada das mulheres no mercado de trabalho (PINTO, MENEZES, VILLA; 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é formada por equipes multidisciplinares, contando com a participação de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde (ACSs). Podem agregar outros profissionais, como dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos de saúde bucal e agentes de combate a endemias (BRASIL, 2017).

Quanto à faixa etária dos profissionais, a maioria dos estudos identificaram, adultos jovens atuando na APS (MARQUES et al., 2015; TAMBASCO et al., 2017; TRINDADE et al., 2014), a semelhança do encontrado em Campo Grande, com 43,1% dos profissionais com idades variando entre 31 a 40 anos. A média de idade dos profissionais corrobora com o estudo de Zanetti, Van der San e Perline (2010) realizado na Coordenadoria Regional de Saúde do RS, sendo a faixa etária dos 20 aos 50 anos, segundo os autores, correspondente à idade produtiva.

O tempo de atuação nos serviços é de quatro a cinco anos (33,72%). De acordo com Araújo; Mendonça; Souza (2015) sob o ponto de vista de profissionais de saúde em serviços de APS, o tempo do profissional no serviço favorece a extensão do vínculo.

Com relação à formação complementar ao curso de graduação, foi observada preponderância de profissionais com especialização/residência, divergindo de achados de outros estudos (TURCI; LIMA; MACINKO, 2015; LIMA et al., 2016), nos quais os profissionais careciam de formação para melhor desempenho, ou que boa parte dos profissionais que atuavam nas ESF eram recém-formados e com pouca experiência em Atenção Básica (LOPES, 2009; SILVA, 2011; TRINDADE, 2011).

A prevalência de profissionais de saúde com pós-graduação em Campo Grande, representa uma tendência refletida na busca por melhores qualificações através de especializações na área da saúde, conseqüentemente refletindo em uma atenção mais qualificada à população (CHOMATAS et al., 2013; COSTA et al., 2013).

Com relação ao treinamento sobre o PNCT, cabe salientar que é atribuição do estado e municípios, a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento, bem como a organização da rede de serviços, o credenciamento das UBS, além do monitoramento e avaliação do tratamento do tabagismo. Para reorganizar as práticas de atenção à saúde, é necessário investimentos em política de formação e um processo permanente de capacitação dos profissionais (BRASIL, 2018).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo em que ocorre a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são construídos no dia a dia das pessoas e das organizações. Este aprendizado ocorre a partir dos problemas encontrados no cotidiano, e deve levar em consideração os conhecimentos e as experiências prévias pessoais (BRASIL, 2018).

A EPS deve estar associada ao pensar e ao fazer dos profissionais, a fim de que ocorra o seu crescimento pessoal e profissional, contribuindo para a organização do processo de trabalho de maneira integralizada. Sendo assim, em se tratando de profissionais que trabalham na ESF, a EPS se torna um método obrigatório para desenvolver uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais (BRASIL, 2018).

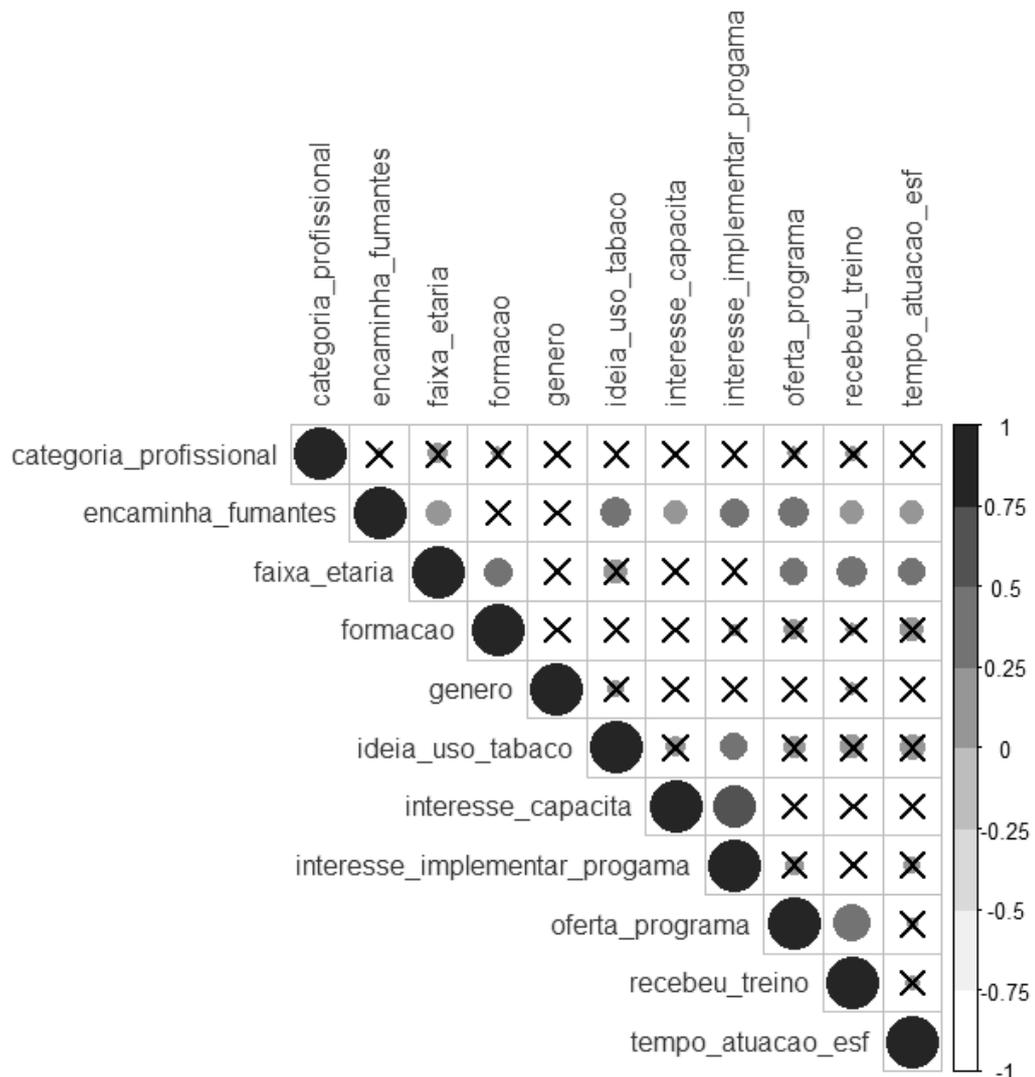
Considerando a necessidade de incentivar o financiamento e o processo de planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no nível estadual e municipal, a Gestão Federal, lançou o PRO EPS-SUS, via Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Esta iniciativa contempla repasse financeiro do Ministério da Saúde diretamente aos municípios, para ações de EPS nos territórios. Para tanto, é necessário a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) para obter incentivo de custeio para municípios e Distrito Federal, incentivo para a execução de ações de EPS para as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

Conforme observado na política da EPS cabe a gestão municipal identificar as necessidades e buscar junto a instância estadual, formas para suprir tais demandas, frente a urgência em capacitação para os profissionais das ESF do município de Campo Grande, para atender ao PNCT.

5.4 Associação entre categorias profissionais e variáveis sociodemográficas, epidemiológicas.

As respostas objetivas coletadas no questionário foram avaliadas a fim de identificar o grau de associação entre elas. O V de Cramer foi adotado, uma vez que todas as variáveis são do tipo nominal/categórica. Ressalta-se que, por se tratar de uma matriz, os valores na diagonal referem-se à associação da variável com ela mesma. As correlações não significativas a 5% estão marcadas com um “X”. Todas as correlações estão apresentadas na figura 4.

Figura 4 – Grau de associação entre as respostas das perguntas do questionário



Nesse contexto, o maior grau de associação foi verificado entre as variáveis “Interesse em ser capacitado para atuar frente ao Programa Nacional de Controle do

Tabagismo” e “Interesse em implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na sua unidade de saúde” (coeficiente de correlação=0,636).

Corroborando com este resultado, também houve associação entre estas duas variáveis no teste de associação do qui-quadrado ($p < 0,001$), onde o percentual de profissionais que tinham interesse na capacitação e que também mostraram interesse em implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na sua unidade de saúde (89,5% - $n=68$) foi significativamente maior do que aquele observado entre os que responderam que não tinham interesse (22,2% - $n=2$) ou talvez tivessem interesse na capacitação (11,8% - $n=2$) e que também tinham interesse em implantar o referido programa (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$). Estes resultados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Resultados da avaliação da associação entre as variáveis “Interesse em ser capacitado para atuar frente ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Interesse em implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na sua unidade de saúde”.

Interesse em implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na sua unidade de saúde	Interesse em ser capacitado para atuar frente ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo			Valor de p
	Não	Talvez	Sim	
Não	55,6 (5)a	11,8 (2)a	2,6 (2)b	
Talvez	22,2 (2)b	76,5 (13)a	7,9 (6)b	<0,001
Sim	22,2 (2)b	11,8 (2)b	89,5 (68)a	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença entre as respostas do interesse em ser capacitado (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$).

No estudo de Carvalho (2009) foi verificado que no período de 2003 a 2006, a quantidade de profissionais de saúde capacitados, quando comparada ao número de US que realizaram atendimento no mesmo período, não implicou na implantação do tratamento do tabagismo na rede de serviços. No entanto, foi observado em nosso estudo, associação entre capacitação e oferta do programa, o que leva a

concluir que o profissional capacitado está mais sensível a implantar o programa e ofertá-lo a população.

Na análise V de Cramer ainda foi observado correlação significativa entre as variáveis “Recebeu treinamento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Houve a oferta do Programa Nacional de Controle do Tabagismo ao usuário” (coeficiente de correlação=0,480). Da mesma forma, também houve associação entre estas duas variáveis no teste de associação do qui-quadrado ($p < 0,001$), onde o percentual de profissionais que tinham recebido algum treinamento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e que na unidade de saúde também houve a oferta deste programa (76,7% - $n=23$) foi significativamente maior do que aquele observado entre os que não tinham recebido este treinamento sobre o programa (22,0% - $n=11$) ou não se lembravam se tinham recebido este treinamento (0,0% - $n=0$) e que na unidade de saúde também houve a oferta deste programa (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$). Estes resultados estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6 - Resultados da avaliação da associação entre as variáveis “Recebeu algum treinamento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo” e “Houve a oferta do Programa Nacional de Controle do Tabagismo ao usuário”

Houve a oferta do Programa Nacional de Controle do Tabagismo ao usuário	Recebeu algum treinamento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo			Valor de p
	Não	Sim	Não lembra	
Não	62,0 (31)a	20,0 (6)b	45,5 (10)ab	
Sim	22,0 (11)b	76,7 (23)a	0,0 (0)b	<0,001
Não sabe	16,0 (8)b	3,3 (1)b	54,5 (12)a	

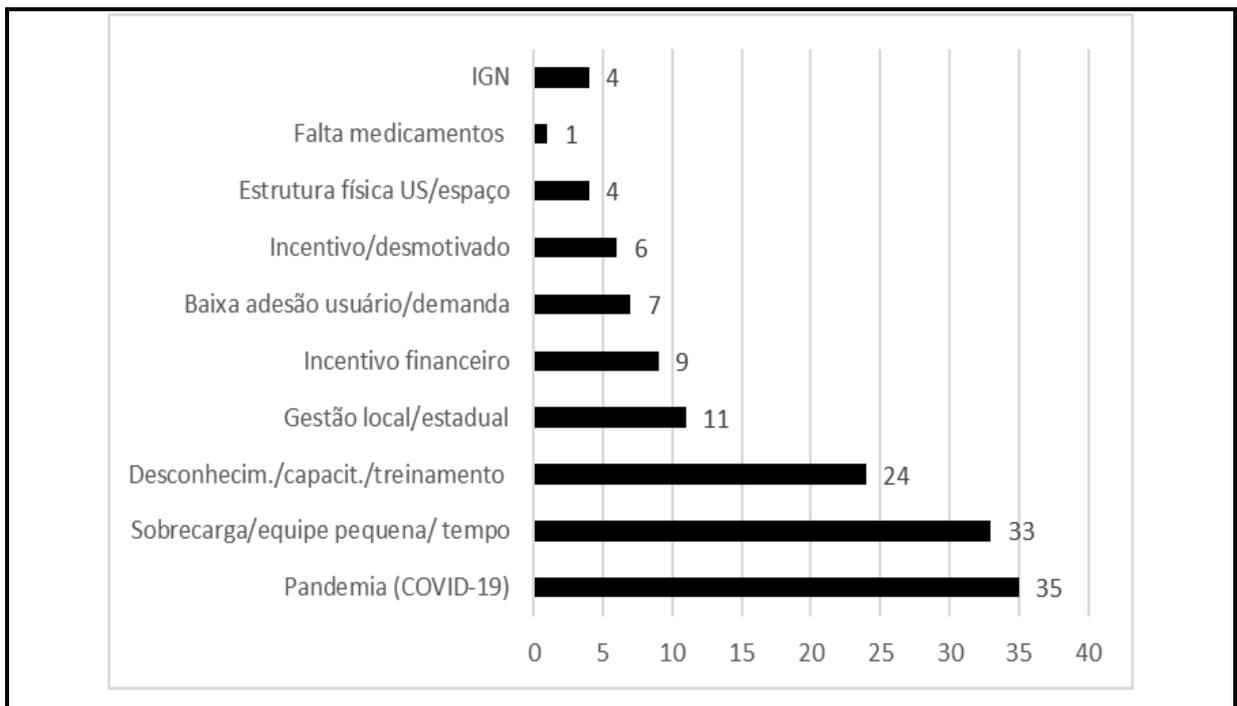
Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença entre as respostas do interesse em ser capacitado (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$).

Dois questões pouco se associaram com as demais variáveis: “Gênero” e “Qual a sua categoria profissional?”, registrando valores do V de Cramer próximos de zero.

5.5 Razões apontadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Campo Grande relacionada a não oferta do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

As respostas discursivas sobre “três motivos pelos quais a unidade de saúde não desenvolve ações do PNCT” foram consolidadas, e agrupadas por semelhança, em nove questões e estão apresentadas de forma ilustrativa na figura 5.

Figura 5 – Razões apontadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família de Campo Grande na não adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (n=86)



Considerando que a pesquisa foi realizada nos meses de junho a setembro de 2021, o principal motivo citado foi a Pandemia de Covid-19 (35 citações). A segunda dificuldade mais citada foi a sobrecarga e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo (33 citações). O desconhecimento do programa, a falta de capacitação e/ou treinamento para executar as ações foi a terceira mais frequente (24 citações) e dificuldades com a gestão local e estadual, a quarta mais frequente (11 citações).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia a situação epidemiológica da COVID-19, enfermidade causada pela nova cepa viral da família Coronaviridae (SARS-CoV-2), tornando-se um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade. Foram necessárias

diversas e rápidas respostas dos sistemas de saúde, que precisaram ser reorganizados em todos os seus componentes, incluído a APS (SARTI et al., 2020).

As atividades de rotina da APS foram seriamente comprometidas, com necessidade de readequação de determinados procedimentos e incorporação de outros para que a APS continuasse cumprindo sua missão. Isto incluiu novas formas de cuidado à distância, evitando deste modo o risco de profunda exclusão do acesso e desigualdades sociais. O uso de tecnologias de informação e comunicação, como WhatsApp e telefone, para a realização de tele consultas, surgiu para garantir a oferta de ações de forma segura, de modo que não houvesse descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento (MEDINA et al., 2020).

A pandemia de Covid-19, tornou-se um imenso desafio para a manutenção das ações de tratamento do tabagismo no SUS, visto que são feitas, em sua maioria, por meio de atendimentos em grupo. Diante de um cenário em que não era mais possível reunir as pessoas de forma presencial, toda a rede de controle do tabaco, em especial o tratamento, precisou desenvolver estratégias e ações para lidar com esse desafio.

Nesta perspectiva, uma parceria entre INCA, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Associação Médica Brasileira (AMB), e profissionais de saúde especialistas em tabagismo, resultou na elaboração de vídeos de apoio para o tratamento do tabagismo, com o intuito de minimizar os efeitos do distanciamento social. O conteúdo dos vídeos baseou-se nas sessões estruturadas do tratamento e o público-alvo dos minis vídeos foi o paciente ou o grupo de pacientes atendidos na US. Eles foram utilizados para manter o tema das sessões do grupo em evidência, gerando maior reflexão sobre as condições de saúde do fumante (BRASIL, 2020d).

Outra dificuldade citada apontou a sobrecarga de trabalho e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo provavelmente se deve à grande demanda por atendimento nas US, também observado em outras pesquisas.

Pinto, Menezes e Vila (2010) constataram através do relato de 40,5% dos profissionais do município de Ceará-Mirim/RN, que o excessivo número de famílias acompanhadas pelas equipes é dificultoso.

Marchon; da Cunha (2008), observaram que 91% dos profissionais de saúde consideravam desgastantes as atividades profissionais diária, insatisfatória renda mensal, extensa carga horária, acrescida de um número excessivo de famílias cadastradas e outros vínculos empregatícios para melhorar a renda.

O desconhecimento sobre o programa/falta de capacitação/treinamento foi citado por 24 participantes como barreiras na adesão ao mesmo. O PNCT inclui participação multiprofissional e tem como prerrogativa a capacitação dos profissionais para abordagem ao tabagista. Em razão das reconhecidas consequências para a saúde, o tratamento para cessação do tabagismo deve ser valorizado e priorizado nas US, tendo em vista que seu custo-efetividade é padrão-ouro em comparação ao tratamento das doenças tabaco-relacionadas. A capacitação é destinada a profissionais de nível superior (médico, dentista, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico e assistente social) que poderão capacitar profissionais de nível médio para atuar no PNCT (BRASIL, 2019).

Bittencourt et al., (2014), afirmam que a seleção e capacitação dos profissionais que atuam no controle do tabagismo nas UBS é de responsabilidade das coordenações do programa nos estados e municípios. O processo de seleção visa proporcionar o conhecimento e habilidades técnicas necessárias ao profissional de saúde, para oferecer suporte aos pacientes no processo de tratamento.

As dificuldades com a gestão local, devido à falta de apoio multidisciplinar também apareceram como entraves, bem como a falta de incentivo financeiro para implantar o PNCT. Com relação ao incentivo financeiro, cabe salientar que o programa não tem custos para o município, visto que o fornecimento dos materiais e medicamentos é proveniente da gestão federal.

É compreensível que a falta de incentivo financeiro para quem coordena o grupo do tabagismo não foge do escopo das atribuições do profissional que atua na UBS.

As dificuldades na implantação do PNCT nas US, segundo Carvalho (2009), na visão das coordenações estaduais foram: insuficiência de recursos financeiros; baixa adesão dos profissionais de saúde; dificuldade na gestão municipal da estratégia e; insuficiência de apoio de outras esferas de governo na fase de implantação; sobrecarga de trabalho dos profissionais; falta de incentivo financeiro; despreparo profissional da categoria médica para utilizar uma metodologia baseada na abordagem cognitivo-comportamental; resistência e/ou dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a cessação de fumar junto aos fumantes. Apesar do tempo já transcorrido desde a avaliação realizada por Carvalho (2009) as razões encontradas em nosso estudo se assemelham, evidenciando a

necessidade de capacitação/aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre a metodologia proposta pelo INCA para o tratamento do tabagista.

Dias (2011), em estudo realizado no município de Juiz de Fora, identificou as seguintes dificuldades, na visão dos gestores: financiamento, não valorização da promoção da saúde via atenção básica; ausência de acompanhamento e monitoramento junto às UBS; limitada capacitação técnica dos gestores municipais. Sobre o financiamento, o fato de o PNCT não ofertar incentivo financeiro conforme ocorre com outros programas, sendo destacado pela autora o interesse político do município por programas que gerem um retorno financeiro ao serem implementados.

6 CONCLUSÃO

A cobertura da população atendida com a primeira avaliação clínica pelas ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Mato Grosso do Sul, no ano de 2019, representou apenas 27,43%, com percentuais discrepantes entre o município de Campo Grande (12,45%) e o grupo de municípios do interior (34,80%).

Os atendimentos aos tabagistas foram realizados por 100 US, prioritariamente na atenção básica de saúde, representando aproximadamente 13% na capital e 58% no interior do estado, com quantitativo de serviços muito abaixo da necessidade de atendimento da demanda mínima estabelecida para o quantitativo de tabagistas.

A efetividade do tratamento no interior foi melhor que no município de Campo Grande, mas ambas localidades com desempenho abaixo de 35%, considerada muito baixa, além da elevada taxa de abandono (40%) no interior, evidenciando baixa qualidade da assistência a essa clientela.

As principais correlações estatísticas encontradas entre as respostas dos participantes das ESF de Campo Grande sem oferta do programa foram: interesse em ser capacitado e interesse em implantar o PNCT, indicando que existe interesse dos profissionais na capacitação e implantação; também houve correlação significativa entre treinamento de ingresso sobre o PNCT e antiga oferta na UBS, sendo possível inferir que, aqueles que receberam treinamento estão inseridos em US que de alguma forma, já ofertaram ações relacionadas ao tabagismo.

As principais dificuldades a serem suplantadas pelas ESF de Campo Grande para que a oferta do PNCT ocorra são: sobrecarga de atividades e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo e, ausência de capacitação/treinamento, visto que a Pandemia de Covid-19 saiu deste elenco deve ser a compreensão e sensibilização dos gestores e equipe técnica sobre a liderança de Mato Grosso do Sul no ranking de fumantes, e seguramente nos registros de doenças e agravos relacionados ao tabagismo.

Em que pese as dificuldades relacionadas com uso de dados secundários, baixa adesão dos profissionais das ESF na pesquisa, concluímos que o PNCT em Mato Grosso do Sul tem baixa cobertura populacional, devido a oferta restrita na rede de saúde, além do desempenho mediano do programa aos tabagistas atendidos.

Os resultados apresentados nesse estudo servem de alerta para a necessidade de mais pesquisas no estado, relacionadas ao tema. Além disso, fica

evidenciada a necessidade de um maior investimento na expansão do PNCT no estado de Mato Grosso do Sul, com foco na capacitação dos profissionais da saúde, dando-lhes condições de responder as necessidades de promoção da saúde, reconhecendo o programa como o de maior custo efetividade.

REFERÊNCIAS

ALFORD, B. A.; BECK, A. T. **The integrative power of cognitive therapy**. New York: Guilford Press, 1097.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 387-399, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002007> Acesso em: 05 jun. 2022.

AZEVEDO, R.C.S.; HIGA, C. M. H.; ASSUMPÇÃO, I. S. M. A.; FRAZATTO, C. R. G.; FERNANDES, R. F.; GOULART, W.; BOTEGA, N. J.; BOSCOLO, M. M.; SARTORI, R. M.; Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após segmento de dois anos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 55, n. 5, p. 593-596, 2009.

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

BERGSMA, W. A bias correction for Cramér's V and Tschuprow's T. **Journal of the Korean Statistical Society**, v. 42, n. 3, p: 323 – 328, 2013. [doi:10.1016/j.jkss.2012.10.002](https://doi.org/10.1016/j.jkss.2012.10.002)

BETTIO, C. J. S.; BONILHA, L. A. S.; MARTINS, A. M.; BATISTON, A. P. Percepção de Usuários sobre um Programa de Cessação do Tabagismo. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 131-143, 2021.

BEZERRA, J. F. O.; **Programa de controle do tabagismo: achados na literatura e aplicabilidade no Estado de Mato Grosso do Sul**. Dissertação (Mestrado em Psicologia - UFGD), Dourados, 2020.

BITTENCOURT, L.; CRUZ, R. C.; SCARINCI, I.C. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 645-654, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação**. Brasília-DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/ N.º 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Trata de regulamentar a Portaria GM/MS nº 1035, de 31 de maio de 2004. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro, INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Convenção-Quadro para Controle do Tabaco: texto oficial**. 2. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2015. p. 59

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para Implementação do Artigo 14 da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco – Medidas de redução de demanda relativas à dependência e à cessação do consumo do tabaco**. Rio de Janeiro: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Inca, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: 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 2019** [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Dados e números da prevalência do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA; 2020c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Minivídeos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em: Programa Nacional de Controle do Tabagismo | INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2020d Acesso em: 4 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CAETANO, G. S.; HOFFMANN, M. E. **Políticas públicas antitabagistas: uma saída possível contra a dependência, 2016.** Disponível em: [Gisieli-Simplicio-Caetano.pdf \(sed.sc.gov.br\)](https://gisieli-simplicio-caetano.pdf (sed.sc.gov.br)). Acessado em: 07/07/2022.

CASTRO, M. M. L. D., & PASSOS, S. R. L.; Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 6, p. 330-335, 2005.

CARVALHO, C. R. **O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS.** Dissertação (Modalidade Profissional em Saúde Pública – FIOCRUZ/ENSP), Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, C. L.; FRANÇA, D. M. L.; MACHADO, M. C.; SANTOS, R. R. Monitoramento do programa controle do tabagismo no contexto da pandemia de covid-19: experiência da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 98-109, 2021.

CAVALCANTE, T. M. O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

COSTA, S. de M.; PRADO, M. C. M.; ANDRADE, T. N.; ARAÚJO, E. P. P.; SILVA JUNIOR, W. de S. e; GOMES FILHO, Z. C.; RODRIGUES, C. A. Q. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90–96, 2013.

DOI: 10.5712/rbmfc8(27)530. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530>. Acesso em: 5 jun. 2022.

CRAMER, H. **Mathematical Methods of Statistics.** Princeton: Princeton University Press. 1946.

DIAS, H. M. **Programa de controle do tabagismo no município de juiz de fora: a especificidade do tratamento na atenção básica.** 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social - Universidade Federal de Juiz de Fora), Juiz de Fora, 2011.

DROPE J., SCHLUGER NW, CAHN Z, DROPE J, HAMILL S, ISLAMI F, ET AL. **The tobacco atlas.** Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. s5-s6.

IORE, M.C.; BAILEY, W. C.; COHEN, S. J. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. **Public Health Service**; 2000.

GARCIA, L. P. R. R.; BORGES, M. A. S. R.; TAVARES, S. A. O. Programa de Controle do Tabagismo em Goiás: Resultados do 3º Quadrimestre de 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 20, n. 1 Gerência de Vigilância Epidemiológica, Superintendência de Vigilância em Saúde- SES de Goiás, 2019.

HAUSER, L.; CASTRO, R. C. L.; VIGO, A.; TRINDADE, T. G.; GONÇALVES, M. R.; STEIN, A. T.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2020.

KOLLING, J. H. G. **Orientação à Atenção Primária à Saúde nas Equipes de Saúde da Família nos municípios do projeto Telessaúde RS**: estudo de linha de base. Dissertação (Mestrado Biblioteca FAMED/ HCPA), Porto Alegre, 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; DORNELLES, C. F.; MÜLLER, E. V.; TORRANI, A. C. K.; PUPULIM, A. F.; PUCCI FILHO, C. R.; NAKAMURA, M. C.; STUMPF, M. A. M. Análise da cessação do tabagismo durante e após o tratamento e fatores associados **RIES**, v.8, n. 1, p. 237-249, 2019.

LENCUCHA, R.; DROPE, J.; BIALOUS, S.A.; RICHTER, A.P.; SILVA, V.L.C. As instituições e a implementação do controle do tabaco no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, 2017.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. C. D.; SOUZA, M. H. N.; PRIMO, C. C. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016.

LONGANEZI, V. **Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no Estado de São Paulo - 2016**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Secretária de Estado da Saúde, São Paulo, 2016.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil, 2009.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JÚNIOR, H. P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 276-282, 2005.

MALTA, D.C.; GOMES, C. S.; ANDRADE, F. M. D.; PRATESI, E J. S.; ALVES, F. T. A.; OLIVEIRA, P. P. V.; FREITAS, P. C.; PEREIRA, C. A.; CAIXETA, R. B.; Uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco no Brasil: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, suple. 2, p. 1-16, 2021.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438. 2011.

MARCHON, S. G., & DA CUNHA, Z. Diagnóstico dos problemas que interferem nas ações do PSF do município de Araruama: sugerindo o empowerment como teoria organizacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 13, p. 40-45, 2008.

MARQUES, A. L. N.; GUIMARÃES, M. B. F.; DUARTE, J. M. G.; COSTA, N. S.; HAAS, V. J.; SIMÕES, A. L. A. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE**, v. 16, n. 5, p. 672-681, 2015.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. Comitê gestor da rede de pesquisa em atenção primária à saúde da abasco: Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, ago. 2020.

MEIER, D.A.P.; VANNUCHI, M.T.O.; SECCO, I.A.O. Abandono do tratamento do tabagismo em Programa de Município do norte do Paraná. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-44, 2011.

MESQUITA, A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XV, n. 2, p. 35-44, 2013.

MIRRA, A. P.; ROSEMBERG, J.; ARAÚJO, J. A. Marcos históricos do controle do tabaco no Brasil. In: ARAÚJO, J. A. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. São Paulo: GEn Editorial, 2012. p. 5-7

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE. **NATIONAL public health guidance 10: Smoking cessation services**. Fevereiro, 2008. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10>. Acesso em: 04 ago.2020.

OLIVEIRA, L. D.; SPENGLER, F. M. Mediação como política pública de fortalecimento da democracia participativa. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 2, n. 2, p. 131-140, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Tabaco**. OPAS [internet]. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/4968> acesso em: 18 mai. 2022.

OTERO, U. B. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 439-449, 2006.

PAIVA, M. R. A. B.; SOUZA, W. A.; GOYATÁ, S. L. T.; SIQUEIRA JÚNIOR, L. M.; PODESTÁ, M. H. M. C.; FERREIRA, E. B. Grupo de apoio ao tabagista na estratégia de saúde da família: fatores de sucesso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 2, p. 436-448, 2017.

PEREIRA, G. A. M. **Evolução dos pacientes com síndrome de dependência de álcool no CAPS-AD II**. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2008.

SILVA, D. E. **Avaliação do trabalho na estratégia de saúde da família do município de Parintins sob a perspectiva do trabalho precário**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, 2011.

PILLON, S. C.; JORA, N. P.; AMORIM, G. P.; DOMINGOS, J. B. C.; SANTO, R. A. Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 313-319, 2011.

PINTO, E. S. G.; DE MENEZES, R. M. P. & VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1234- 1245, 2010.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

PORTES, L. H., MACHADO, C. V., TURCI, S. R. B., FIGUEIREDO, V. C., CAVALCANTE, T. M., SILVA, V. L. C. Política de controle do tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p.1837-1848, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1837.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

REICHERT J.; ARAUJO, A. J.; GONÇALVES, C. M. C.; GODOY, I.; CHATKIN, J. M.; SALES, M. P. U.; SANTOS, S. R. R. A. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

ROCHA, B. V.; VIEIRA, D. S. R.; SCHNEIDER, I. J. C.; Abandono do tratamento e cessação do tabagismo: análise dos dados de um programa de controle* programa de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, e. 41, 2021.

RODRIGUES, M. M. A. Políticas Públicas - Coleção Folha Explica, São Paulo: Publifolha, p. 46-53, 2019. Disponível em: [marta-rodrigues-ciclos-das-politicas-publicas.pdf \(wordpress.com\)](https://www.marta-rodrigues-ciclos-das-politicas-publicas.pdf). Acesso em: 05/07/2022

ROSEMBERG J.; ROSEMBERG, A. M. A.; MORAES, M. A. **Nicotina: droga universal**. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; São Paulo, 2003.

SANTOS, J. D. P.; DUNCAN, B. B.; SIRENA, S. A.; VIGO, A.; ABREU, M. N.; Indicadores da efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 579-588, 2012.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C.: Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020.

SILVA, D. E. **Avaliação do trabalho na estratégia de saúde da família do município de Parintins sob a perspectiva do trabalho precário**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, 2011.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R., & OLIVEIRA, M. S.; O modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: teoria e prática**, v.10, n.1, p. 162-173, 2008.

TAMBASCO L.P.; SILVA, H. S.; PINHEIRO, K. M. K.; GUTIERREZ, B. A. O. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 140-151, 2017.

TEIXEIRA, L.A., & JAQUES, T.A. A Legislação e Controle do Tabagismo no Brasil entre o final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 3, p. 295-304, 2011.

TOMASI E, FACCHINI LA, PICCINI RX, THUMÉ E, SILVEIRA DS DA, SIQUEIRA FV, RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A.; Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 193-201, 2008.

TRINDADE, L. D. L. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, 2011.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P.; AMESTOY, S. C.; FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L.; BORDIGNON, M. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.528-535, 2014.

TURCI, M. A.; LIMA, C. M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

TURCI, S. R. B.; KORNALEWSKI, A. M.; CARVALHO, D. C. S.; CAVALCANTE, T. M.; BIALOUS, S. A.; JOHNS, P.; SILVA, V. L. C. Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco: uma nova perspectiva para o monitoramento da interferência da indústria nas políticas de controle do tabaco no Brasil e no mundo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. s12-s16, 2017.

WITTKOWSKI, L.; DIAS, C. R. S. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Free Initiative (TFI) Reporto on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package**. WHO Global Report, Genebra: OMS, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**. Genebra: World Health Organization; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000- 2025 third edition**. 2019a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>. Acesso em: 26 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use**. 2019b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>. Acesso em: 08 abr. 2021

ZANETTI, T. G.; VAN DER SAND, I. C. P.; PERLINE, N. M. O. G. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

APÊNDICE A – Questionário aplicado aos profissionais de saúde

QUESTIONÁRIO

1 - Qual a sua formação acadêmica? *

2 - Nível de formação: *

- a) Graduação
- b) Especialização/Residência
- c) Mestrado
- d) Doutorado
- e) Pós-doutorado

3 - Gênero: *

- a) Feminino
- b) Masculino
- c) Prefiro não dizer

4 - Faixa etária: *

- a) 18 a 30 anos
- b) 31 a 40 anos
- c) 41 a 50 anos
- d) 51 a 60 anos
- e) 61 ou mais

5 - Há quanto tempo está atuando na Estratégia de Saúde da Família? *

- a) Menos de 1 ano
- b) 1-3 anos
- c) 3-5 anos
- d) 5-10 anos
- e) Mais de 10 anos

6 - Você recebeu alguma capacitação para atuar na equipe de Estratégia Saúde da Família? *

- a) Sim
- b) Não

7 - Você tem ideia sobre a quantidade de fumantes na população da área de abrangência da sua unidade de saúde? *

- a) Sim
- b) Não

8 - Você tem conhecimento sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo? *

- a) Sim
- b) Não

9 - Você tem interesse em ser capacitado para atuar no Programa? *

- a) Sim
- b) Não
- c) Talvez

10 - Na Unidade de Saúde da Família em que você atua existe a oferta do Programa ao usuário? *

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei responder

11 - Caso a resposta anterior seja NÃO ou NÃO SEI RESPONDER, liste três motivos pelos quais sua unidade não desenvolve ações de prevenção ao tabagismo: *

12- Você tem interesse em implantar o PCT na sua unidade de saúde?

- a) Sim
- b) Não
- c) Talvez

APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO OFERECIDO PELO SUS NO MATO GROSSO DO SUL - BRASIL

Pesquisador: Nádia Cristina de Souza Cordeiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42980821.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.761.277

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo geral avaliar o Programa de Controle do Tabagismo oferecido pelo SUS, no estado de Mato Grosso do Sul em 2019 e como objetivos específicos: a) estimar os indicadores do Programa de Controle do Tabagismo: cobertura populacional, taxas de permanência, taxa de cessação e taxa de uso de medicamentos entre os usuários atendidos no estado, no município de Campo Grande e nas Unidades Básicas com Estratégias em Saúde Família de Campo Grande; b) quantificar e identificar os tipos de serviços de saúde que fazem o tratamento no estado e no município de Campo Grande; e c) identificar as dificuldades das equipes de Estratégia em Saúde da Família de Campo Grande na adesão ao Programa de Controle do Tabagismo (PCT). Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários e secundários, realizada no estado de Mato Grosso do Sul, onde a análise será composta pelos municípios que possuem unidades credenciadas no PNCT e que realizaram o tratamento do fumante no ano de 2019. Será aplicado um questionário estruturado com 12 questões para profissionais de nível superior que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família da rede básica de saúde de Campo Grande, que ainda não aderiram ao PCT. Este questionário será realizado via aplicativo WhatsApp pela plataforma Google Forms® e será preenchido após conhecimento do projeto e assinatura do TCLE. Os dados secundários serão coletados na base de dados da SES e da SMS tabulados e analisados usando recursos da estatística descritiva e analítica. (TEXTO DO PESQUISADOR)

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.761.277

Outros	SESAU.pdf	16/01/2021 12:08:35	Nádia Cristina de Souza Cordeiro	Aceito
--------	-----------	------------------------	-------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 09 de Junho de 2021

Assinado por:

Jeamre Augusto dos Santos Jaques
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br