



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PORTARIA MEC Nº251/2011

ERIVAN MIRANDA DO NASCIMENTO

TATIANE PANÁGIO DE CARVALHO

**O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)
NA ATENÇÃO BÁSICA (AB) DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ**

Itaituba-PA

2019

ERIVAN MIRANDA DO NASCIMENTO
TATIANE PANÁGIO DE CARVALHO

**O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)
NA ATENÇÃO BÁSICA (AB) DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação de
Enfermagem da Faculdade de Itaituba, em
cumprimento a exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf^a Ma. Juliane de Almeida Lira

Itaituba-PA

2019

CARVALHO, Tatiane Panágio; NASCIMENTO, Erivan Miranda.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na Atenção Básica (AB) do Município de Itaituba de Itaituba, Pará/ Tatiane Panágio de Carvalho; Erivan Miranda do Nascimento. Itaituba: FAI, 2019.

68 f. : il.

Orientadora: Juliane de Almeida Lira, Ma.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Graduação em Enfermagem- Faculdade de Itaituba- FAI, 2019.

1. Tabagismo 2. Atenção Básica. Juliane de Almeida II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2019.

ERIVAN MIRANDA DO NASCIMENTO
TATIANE PANÁGIO DE CARVALHO

**O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)
NA ATENÇÃO BÁSICA (AB) DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação de
Enfermagem da Faculdade de Itaituba, em
cumprimento a exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem

Orientador: Enfª Ma. Juliane de Almeida Lira

BANCA EXAMINADORA

Orientador Presidente: _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador(a): _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador(a): _____ Nota: _____
Prof.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba-PA ____ de _____ 2019

AGRADECIMENTOS

Erivan Miranda do Nascimento

Agradeço a **Deus**, em primeiro lugar, por todas as benções concedidas.

Aos meus pais **Valderice** e **Antônio** por terem me criado e apoiado durante toda a minha vida.

Aos meus irmãos **Adriano, André, Andréia, Edivan** e **Vânia** por fazerem parte da minha vida.

Aos meus sobrinhos queridos **Felipe, Ikaro, Lorena, Maria Clara** e **Marrie**.

A minha querida tia **Marlene** por sempre me ajudar, apoiar e incentivar.

Ao amigo-irmão **Ednaldo Lucas** pelos anos de convivência, amizade, estímulo, incentivo ao sucesso e por ter colaborado durante toda a elaboração deste trabalho.

A amiga-mãe **Tatiane Panágio** que se dispõe festivamente a embarcar comigo nessa jornada e contribuiu de forma brilhante para a concretização deste estudo.

A minha amiga **Cleidimara Gonçalves** que durante toda a graduação foi tão prestativa, ajudando nos momentos difíceis e auxiliando na obtenção de conhecimentos teórico-práticos.

Aos meus amigos **Alini Silva, Bárbara Araújo, Francilon Silva, Iranildo Lopes** e **Nayane Silva** com quem passei os últimos cinco anos partilhando conhecimentos e momentos incríveis ao qual irei lembra-me com muito carinho.

A coordenadora do curso e orientadora **Juliane de Almeida Lira** pela credibilidade ofertada, por toda dedicação, tranquilidade e compromisso, não só durante a realização deste trabalho, como também durante a minha trajetória nesta graduação.

Aos Docentes da disciplina de TCC **Ivaneide da Silva Furtado** e **Thallyta** por todas as dicas preciosas que contribuíram para a formação deste trabalho e todos os Docentes do curso, que sempre procuraram transferir seus ensinamentos de maneira dinâmica e responsável.

Aos **enfermeiros** e **participantes** desse estudo que contribuíram substancialmente para o trabalho.

A **Faculdade de Itaituba** e todos meus colegas do curso de Enfermagem por me proporcionarem um ambiente repleto de aprendizados.

Tatiane Panágio de Carvalho

Primeiramente, quero agradecer **a Deus** por essa oportunidade, agradeço a ti Senhor por tantas bênçãos alcançadas, não sou merecedora de tanto, meu sonho sendo realizado - nossa que orgulho sinto de mim - não cai uma folha se não for da vontade de Deus, então agora é o meu momento, depois de tanto choro, tantas dificuldades e obstáculos enfrentados estou eu aqui fazendo os meus agradecimentos.

A **Faculdade de Itaituba** pela oportunidade, aos professores pela paciência e credibilidade, todos sem exceção, aprendi um pouco com cada um. Como sou grata por tudo, aqui fiz amizades, meus amigos me deram muita força e ajudaram muito me incentivando, animando e acreditando em mim, fazendo-me sorrir e chorar também, recebi tanto amor que não cabe no peito.

Agradeço a minha família pois todos me apoiaram, meus pais **Antônio e Maria** sempre com uma palavra amiga, acreditaram em meu potencial.

Aos meus irmãos **Edinéia, Eguinaldo, Moisés e Valéria**, como é bom ter vocês para compartilhar meu sucesso obrigada por estarem na torcida.

Ao meu esposo e companheiro **Fábio**, sempre ao meu lado entendendo minhas dificuldades, ajudando nos momentos difíceis, sou agradecida por tudo que fez por mim.

Aos meus filhos **Júnior e Tallita** por serem compreensivos, entendendo minha ausência, contribuindo com meu aprendizado, eu amo tanto vocês, são minhas inspirações, por vocês estou lutando por um futuro melhor.

Aos meus amigos e filhos de coração: **Alini Maia, Erivan Miranda, Nayane Silva, Barbara Araújo, Francilon Quadro, Iranildo Lopes**, Deus foi tão generoso comigo, colocou vocês em meu caminho para tornar essa jornada mais leve, não tenho palavras para descrever o que vocês significam pra mim! Poderia escrever umas cem páginas e mesmo assim não descreveria tudo que sinto, foram tão pacientes e compreensivos, sempre respeitando minhas limitações, ensinaram tantas coisas que eu precisava.

A minha amiga **Cleidimara Gonçalves** que durante toda a graduação, sobretudo nos estágios, sempre esteve por perto ajudando com os seus conhecimentos técnicos de Enfermagem.

A minha orientadora, enfermeira **Juliane Almeida Lira** por ter disponibilizado seu tempo e dedicação, um ser humano incrível, uma profissional excelente, um exemplo de mulher, obrigada pela credibilidade e confiança.

Ao meu colega e parceiro de TCC **Erivan Miranda** juntos desenvolvemos esse trabalho, obrigada por acreditar em minha capacidade.

Foi graças a todo incentivo que recebi durante esses anos que hoje posso celebrar este marco na minha vida: a minha formatura.

“Elevo meus olhos para os montes de onde me virá o socorro? O meu socorro vem do Senhor que fez o céu e a terra.” Salmo 121 vers. 1 ao 2.

“Todas as coisas me são lícitas, mas nem todas as coisas me convêm. Todas as coisas me são lícitas, mas não me deixarei dominar por nenhuma.”

1º Coríntios 6:12

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral analisar o cenário atual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na Atenção Básica (AB) do município de Itaituba e objetivos específicos: caracterizar o perfil dos enfermeiros gerentes da AB do município de Itaituba; descrever as ações da AB para cumprir com os seus atributos e responsabilidades no cuidado com a pessoa tabagista e descrever a percepção dos enfermeiros gerentes da AB do município de Itaituba acerca do PNCT. Em 2017, o PNCT foi introduzido no município de Itaituba, porém não há informações a respeito de seu funcionamento e do cenário em que este se encontra. Assim o estudo possui a seguinte questão norteadora: Qual o cenário atual do PNCT na AB do município de Itaituba? Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em 2019, com 14 enfermeiros gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Itaituba. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada com questionário semiaberto e interpretados com base na análise de conteúdo de Bardin (2016). Da análise dos dados surgiram quatro categorias principais: caracterização dos entrevistados; o andamento do PNCT na AB do município de Itaituba; as dificuldades para a efetivação do programa e o PNCT na ótica dos enfermeiros da AB de Itaituba. Foi evidenciado que os enfermeiros gerentes da AB são em sua maioria do sexo feminino com idade entre 20 a 39 anos que atuam nas UBS há no máximo dois anos e na enfermagem entre dois a dez anos. A cobertura do programa ainda não está descentralizada no município, no entanto oito das quatorze UBS pesquisadas estão com as ações em andamento, estas ocorrem por meio de terapia grupal em locais considerados improvisados, ademais outras ações coletivas são realizadas para públicos específicos. A Secretária Municipal de Saúde de Itaituba (SEMSA) fornece os recursos materiais do programa de acordo com a demanda de pacientes. Os profissionais foram capacitados para atuar no programa quando ele foi implantado. Dentre as dificuldades identificadas para a efetivação do PNCT destacam-se o excesso de programas na rotina das UBS, a estrutura física inadequada e a baixa adesão ao programa pelos fumantes. Na visão dos Enfermeiros o programa é de suma importância para o município de Itaituba.

Palavras-chaves: Tabagismo. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Atenção Básica. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the current scenario of the National Tobacco Control Program (PNCT) in Primary Care (AB) of the municipality of Itaituba and specific objectives: to characterize the profile of nurse managers of the Itaituba AB; describe as AB actions to fulfill its attributes and require no care with a smoker and describe the perception of the AB nurse managers of the municipality of Itaituba about the PNCT. In 2017, the PNCT was introduced in the municipality of Itaituba, but there is no information on respect for its operation and the scenario in which it is found. Thus, the study has the following central question: What is the current scenario of the PNCT in the municipality of Itaituba? This is an exploratory and descriptive research with a qualitative approach, carried out in 2019, with 14 nurse managers of Itaituba Basic Health Units (BHU). Data were collected through a semi-structured interview with semi-open questionnaire and interpreted based on Bardin's content analysis. From the analysis of the collected data four main categories: Characterization of the interviewees; the progress of the PNCT in the municipality of Itaituba; as difficulties for the implementation of the program and the PNCT from the perspective of nurses from the Itaituba AB. It was evidenced that the nurse managers of the AB are mostly female aged between 20 and 39 years who work in the UBS for a maximum of two years and in nursing between two years. The coverage of the program is not yet universalized in the city, however, eight of the UBS surveyed have actions in progress, these occur through group therapy in prohibited places, and other collective actions performed for public audiences. The Itaituba Municipal Health Secretariat (SEMSA) makes available the material resources of the program according to patient demand. The professionals were trained to work in the program when it was implemented. Among the difficulties identified for the implementation of PNCT, we highlight the excess of routine UBS programs, an inappropriate physical structure and low adherence to the program by users. In the Nurses' view or in the program, it is extremely important for the municipality of Itaituba.

Keywords: Smoking. National Tobacco Control Program. Primary care. Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitários de Saúde

AB – Atenção Básica

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CDS – e – SUS AB - Ficha de Cadastro Individual

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CQCT-OMS - Convenção Quadro de Controle do Tabagismo

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DO – Diretoria Operacional

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

eSF- equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FTND - Teste de Dependência Para a Nicotina

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNEPS - Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

SEMSA - Secretária Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Substâncias químicas do cigarro.....	18
Figura 2: Cartaz da lei Nº 12.546/2011.	21
Figura 3: Caderno de Atenção Básica Nº 40.....	22
Figura 4: Vista da área da cidade de Itaituba.	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sexo dos Entrevistados.....	38
Quadro 2: Situação atual do PNCT nas UBS	41
Quadro 3: As dificuldades para a efetivação do PNCT	44
Quadro 4: Posicionamento dos entrevistados acerca da importância do PNCT.	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:Prevalência de fumantes no Brasil (1989-2013).....	31
Gráfico 2:Tempo de atuação na UBS.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Conceitos e Definições	17
2.2 Substâncias químicas componentes do cigarro	17
2.3 Evolução do controle do tabagismo no Brasil	19
2.4 Diretrizes para o tratamento e cessação	22
2.5 Responsabilidades e atributos da Atenção Básica (AB) no cuidado com a pessoa tabagista	23
2.6 Avaliação da pessoa tabagista	25
2.6.1 Postura-Comportamento do profissional de saúde	27
2.7 Intervenção e tratamento	27
2.8 Epidemiologia	29
2.8.1 Epidemiologia mundial	29
2.8.2 Epidemiologia no Brasil	30
2.9 Relação do tabagismo com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	31
2.10 Benefícios da interrupção do tabagismo	32
3 METODOLOGIA	34
3.1 Tipo de pesquisa	34
3.2 Local da pesquisa	34
3.3 População e Amostra	36
3.4 Instrumento de coleta de dados	36
3.5 Análise de dados	37
3.6 Aspectos éticos	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1 Caracterização dos entrevistados	38
4.1.1 Sexo e Idade	38
4.1.2 Tempo de atuação na UBS e na Enfermagem	39
4.2 O andamento do PNCT na AB do município de Itaituba	40
4.2.1 Estrutura física, recursos materiais e humanos	42
4.2.2 Organização do atendimento e ações executadas	43
4.3 As dificuldades para o efetivação do programa	44
4.4 O PNCT na ótica dos enfermeiros da AB de Itaituba	46

5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICES	60
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ..	60
APÊNDICE B: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA -ENFERMEIROS	64
APÊNDICE C: OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA.....	66
ANEXOS	67
ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA.....	67
ANEXO B: PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA.....	68

1 INTRODUÇÃO

Há milhares de anos o tabaco faz parte da cultura humana e tem sido consumido sem moderação. Ele pode colaborar estritamente para o desenvolvimento de várias Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e patologias do sistema respiratório. (BRASIL, 2015). O número de usuários aumentou progressivamente no último século, o que suscitou custos sociais e econômicos inimagináveis, sobretudo nos países em desenvolvimento

Desde o fim da década de 1980, com o enfoque na promoção à saúde, o gerenciamento do controle do tabagismo no Brasil tem sido articulado pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), através das ações do PNCT (BRASIL, 2018).

O Programa objetiva diminuir a prevalência de fumantes e reduzir consequentemente a morbimortalidade associada ao tabagismo. Os métodos empregados pelo programa incluem ações educativas, de comunicação e de assistência à saúde, que juntamente com medidas legislativas e econômicas se combinam para a prevenção do ato de fumar, auxiliar na cessação daqueles que já fumam e resguardar a população da exposição ambiental à fumaça do tabaco (BRASIL, 2018).

Por isso nos últimos anos, o Brasil ratificou diversas regulamentações a respeito do seu consumo em locais abertos ao público, formas de propaganda, elevação de impostos sobre a compra e venda, a vedação do uso de aditivos, e até mesmo políticas para substituir o tabaco por outros produtos agrícolas. São geralmente estas ações, que alcançam toda a população, que é atribuída a queda do tabagismo na população adulta brasileira nas últimas décadas (BRASIL, 1990; 2014).

No entanto, dados atuais mostram que dos tabagistas que tentam parar de fumar, somente uma pequena parte recebe aconselhamento de um profissional de saúde a respeito de como parar e uma parte menor ainda recebe um acompanhamento adequado para este fim (BRASIL, 2014a).

Neste sentido, o MS através Portaria nº 571 de 05 de abril de 2013, atribuiu a AB a responsabilidade do cuidado com a pessoa tabagista, já que estes assumem um papel essencial nesse cenário, a partir da oferta do cuidado longitudinal, integral e mais adjunto ao usuário, encontram-se em posição de privilégio para fortalecer o

vínculo, de modo a elevar sensivelmente a efetividade do tratamento para extinção do tabagismo (BRASIL, 2015).

Em 2017, o PNCT foi introduzido no município de Itaituba através de um treinamento para os profissionais da AB, porém não há dados a respeito do seu funcionamento no município, em que cenário atualmente este se encontra, a população atendida, e as contribuições na saúde pública da localidade. Assim surge a seguinte questão norteadora: Qual o cenário atual do PNCT na AB do município de Itaituba?

Neste sentido o presente estudo teve como objetivo geral: analisar o cenário atual do PNCT na AB do município de Itaituba e objetivos específicos: caracterizar o perfil dos enfermeiros gerentes da AB do município de Itaituba; descrever as ações da AB para cumprir com os seus atributos e responsabilidades no cuidado com a pessoa tabagista e descrever a percepção dos enfermeiros gerentes da AB do município de Itaituba acerca do PNCT.

A importância deste estudo reside no fato do tabagismo ser um grave problema de saúde pública nacional que precisa ser debatido em âmbito local, pois Itaituba ainda não conta com estudos e pesquisas a respeito, tão pouco sobre a atuação do PNCT, justifica-se ainda pela oportunidade de poder explorar e difundir conhecimentos ao mundo acadêmico, profissionais de saúde e sociedade em geral a respeito do funcionamento de um programa na AB que pode ser um instrumento para auxiliar os tabagistas na cessação do fumo e assim reduzir problemas de saúde correlacionados a este, o que impactará positivamente no âmbito social, econômico e cultural.

Este estudo trata-se de uma pesquisa, segundo os seus objetivos mais gerais, exploratória e descritiva, enquanto aos procedimentos é um estudo de campo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em 14 unidades Básicas de saúde do município de Itaituba, em 2019, com os gestores das respectivas unidades que disponibilizaram dados e informações com a finalidade de se conhecer o cenário atual em que se encontra o PNCT no município de Itaituba.

Este trabalho está dividido em cinco partes principais. São elas: Introdução; fundamentação teórica; metodologia; resultados e discussões e a conclusão. Além das referências, apêndices e anexos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceitos e Definições

O uso de produtos derivados do tabaco, que é considerado tabagismo, pode ocorrer de formas distintas, determinados em duas grandes classes: Tabaco fumado e não fumado. O tabaco fumado é consumido por meio da folha do tabaco queimado, o que gera a “fumaça”, sendo o cigarro industrializado o representante basilar desta classe, que também engloba cachimbos, charutos, cigarros de palha e narguilé. A fumaça processada na queima possui o potencial de afetar tanto o próprio fumante quanto as pessoas que estão próximas inalando a fumaça, ao qual se intensifica quando o cigarro é consumido em locais fechado e cobertos, em virtude da exposição à poluição ambiental do tabaco (BRASIL, 2015).

Considera-se tabaco não fumado aquele que é consumido sem ser queimado, assim não gera “fumaça”. Ele pode ser colocado entre a gengiva e os lábios superiores ou inferiores, mascado, inalado ou até mesmo aplicado sobre a pele (FIORE *et al.*, 2008). O consumo do tabaco não fumado também é nocivo à saúde e está associado a vários agravos de saúde, que incluem o câncer, principalmente em cavidade oral e dependência à nicotina (CDC, 2009). O tabaco mascado e o rapé (tabaco em pó, aspirado pelo nariz) são formas de consumo bastante difundidas, porém sua representatividade na magnitude total de usuários de tabaco no País é pequena (BRASIL, 2011).

O fumante regular é aquele que já consumiu mais de 100 cigarros durante toda a vida e que permanece fumando, quando ocorre a interrupção é definido como ex-fumante. Já quando o consumo é menor que isso, é considerado fase de experimentação. (CDC, 2009). Mesmo que tais definições não estejam em consonância na literatura, elas podem ajudar a equipe de saúde a se planejar em relação ao acompanhamento e cuidado da sua população tabagista (BRASIL, 2015).

2.2 Substâncias químicas componentes do cigarro

Segundo estudos realizados cerca de 4.700 substâncias foram encontradas na fumaça do cigarro, ficou comprovado que mais de 60 destas são altamente cancerígenas. Os efeitos causados pela fumaça do cigarro estão ligados ao tempo e à exposição, ainda que em pequenas quantidades e está ligada a diversas doenças, desta forma não existe segurança no consumo (ACHUTTI; ROSITO; ACHUTTI, 2004, ONU, 2009).

De acordo com Figueiró *et al.*, (2016), os malefícios aos fumantes ativos bem como para os passivos são procedentes das substâncias disponibilizadas no momento da queima dos produtos oriundos do tabaco. A fumaça que sai do cigarro se difunde homogeneamente no ambiente, de tal modo que qualquer pessoa que esteja no local ou distante da origem ficará exposto.

Segundo Repace e Johnson (2006), na fumaça do cigarro existem 172 substâncias malélicas, engloba três classificações de poluentes ao ar externo, sendo elas 33 poluentes atmosféricos nocivos, 47 substâncias químicas exclusivas e classificadas como resíduos inseguros e 67 danosos cancerígenos tanto para os seres humanos quanto para os animais.



Figura 1: Substâncias químicas do cigarro.

Fonte: Tobacco Atlas; OMS; How Stuff Works (2011).

De acordo com Brasil (2018a), a fumaça do cigarro é uma fusão que possui em torno de 4.720 substâncias malélicas distintas que se organizam em duas fases essenciais: A particulada e a gasosa. A primeira é composta por nicotina e alcatrão, já a segunda contém dentre outros: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína.

De acordo com as pesquisas publicadas o alcatrão é composto por mais de 40 substâncias tóxicas cancerígenas, proveniente da queima do tabaco. Dentre elas: o níquel; cádmio; arsênio; benzopireno; sedimentos de agrotóxicos; e compostos radioativos, tais como: acetona, polônio 210, naftalina e fósforo P4/P6 utilizadas na fabricação de veneno para o extermínio de ratos (BRASIL, 2018a).

Segundo Brasil (2018a), o monóxido de carbono (CO) tem afeição com a hemoglobina (Hb) encontrada nos glóbulos vermelhos do sangue, que conduz oxigênio para os órgãos do corpo. A interação do CO com a hemoglobina produz o composto de carboxihemoglobina que prejudica a oxigenação do sangue e dos órgãos e desencadeia doenças como a aterosclerose.

2.3 Evolução do controle do tabagismo no Brasil

No que tange ao controle do Tabagismo, o Brasil é referência mundial, isso só foi possível devido um longo esforço da sociedade, intensificado desde a década de 1980, em prol dessa finalidade, de tal maneira que, foram fundamentais o estímulo e a adoção de medidas educativas e de tratamento, adjunto as medidas legislativas, publicitárias e econômicas (BRASIL, 2015).

Pesquisas distintas atribuem a diminuição da prevalência do tabagismo a partir dos anos 1980 as ações que buscam desestimular a introdução do ato de fumar, como a conscientização da população, a elevação dos preços dos cigarros e da tributação sobre o produto, o incentivo a promoção de ambientes livres à exposição ao fumo, a adesão de advertências nos maços de cigarro sobre os danos à saúde, bem como limitações a sua publicidade e patrocínio (MONTEIRO, *et al.*, 2007; MALTA, *et al.*, 2015, 2016; SZKLO, *et al.*, 2012). Levy *et al.*, (2012), em investigação das medidas adotadas entre 1989 e 2010, evidenciaram que a principal razão que levou a diminuição da prevalência do tabaco foi a elevação dos preços e tributos sobre o cigarro (SZKLO, *et al.*, 2016).

Segundo Portes; Machado; Turci (2018), o êxito das políticas públicas brasileira no combate do tabaco entre 1986 e 2016 é comprovado pela significativa diminuição da prevalência de fumantes nesse período. A solidificação da sociedade no desprezo ao tabagismo, a organização e estruturação governamental da política, a colaboração da sociedade civil e a reputação do Brasil no cenário internacional constituíram fatores fundamentais para a efetividade do controle do tabagismo no país. Ressalta-se

também a pertinência da relação entre elementos pautados no conteúdo da política, ao cenário nacional e internacional.

O Brasil foi precursor na adoção de um conjunto de medidas que colaborou para as relações de negociação da Convenção Quadro de Controle do Tabagismo (CQCT-OMS). Após a firmação do tratado Internacional, evidenciou-se os conflitos pertinentes a interesses econômicos, o que aprazou a sua ratificação no plano internacional e resultou em obstáculo a implantação das medidas de controle do tabaco no Brasil. No entanto, a CQCT-OMS demonstrou um novo estágio para a batalha dos sujeitos comprometidos com o controle do tabaco, assim passou a oferecer sustentação e a dirigir a política brasileira (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018). De acordo com a Organização das Nações Unidas (2015), o Brasil tem papel de destaque na implementação de ações de controle do tabaco no cenário Internacional, assim como a Austrália, Canadá, Panamá, Turquia e Uruguai.

Portes, Machado e Turci (2018), afirmam que além da continuidade da Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na agenda de prioridades do governo, da expansão da base de apoio aliada à política e da subvenção apropriada para as ações, destacam-se obstáculos relacionados a alta diversidade de áreas plantadas de tabaco, à batalha ao tráfico de cigarros e à intervenção da indústria do fumo na política brasileira. Recomenda-se a realização de pesquisas que avaliem a complexidade de cada desafio, com a finalidade de suscitar indícios que possibilitem contribuir para o seu enfrentamento com objetivo à concretização e equilíbrio das políticas públicas no controle do tabaco em médio e longo prazo.

Para Portes, *et al.*, (2018), mesmo com o fato do controle do tabaco no Brasil ter começado no âmbito da saúde, e sua evidência estar pautada sobretudo pelo combate à morbimortalidade pertinente ao tabagismo, os progressos na PNCT dependem profundamente do empenho de demais setores, especialmente aqueles correspondentes à economia e agricultura. A existência de uma articulação entre os poderes Executivo, Judiciário, e Legislativo, os meios de comunicação social e a sociedade civil similarmente são fundamentais para a garantia do estabelecimento do controle do tabaco no País.

Malta *et al.*, (2014), após uma investigação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2006 a 2014, ressaltaram as aquisições relacionadas ao controle do tabaco nos domínios do gerenciamento, financiamento, regulação,

conexão entre setores envolvidos, promoção de saúde, mobilização da sociedade e comunicação social.

Segundo Iglesias (2016), diversas medidas de controle do tabagismo foram adotadas e praticadas no Brasil desde a década de 1980, em maior parte foram responsáveis pela redução do consumo de tabaco. Uma das ações mais importantes diz respeito a atualização periódica da tributação sobre cigarros e da elevação dos valores de sua venda no varejo. Destaca-se as transformações ocorridas em 2011, que abrangeu o recolhimento do Imposto sobre produtos industrializados e a instituição de um valor mínimo na venda de cigarros. Embora exista o mercado ilícito de derivados do tabaco, a experiência vivenciada no Brasil aponta que a elevação dos encargos tributários pode ampliar a arrecadação do governo e diminuir a incidência do fumo no País.

A criação de ambientes livres da fumaça do tabaco se concebe como uma das ações mais pertinentes da política brasileira de controle do tabaco. A contenção do fumo progrediu no país a partir do final dos anos 1980, fundamentada em Leis de competência das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Desde 2011, a lei nº12.546 - Lei Antifumo - não permite fumar em ambientes coletivos fechados, privados ou públicos, excluindo-se determinadas exceções, como locais de exercício de culto religioso, tabacarias, estúdios e instituições de saúde (PORTES *et al.*, 2018).



Figura 2: Cartaz da lei Nº 12.546/2011.

Fonte: Brasil (2014).

Embora o Brasil tenha progredido consideravelmente no controle do tabaco, este ainda permanece como um grave problema de saúde pública no país, suscitando números impactantes associados a morbimortalidade, e aos gastos no Sistema Único de Saúde (SUS) (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

2.4 Diretrizes para o tratamento e cessação

O PNCT começou a realizar, a partir de 1996, uma atuação com o objetivo de levar os tabagistas do País a interromperem o hábito de fumar. Em 1997, foi publicado o livro “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”, que continha informações concernentes ao vício pela nicotina, abordagem mínima ao tabagista e utilização de fármacos no tratamento do tabagismo (BRASIL, 1997; 2001).

Da regulamentação conferida à cessação do tabagismo, destaca-se a Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013, pois inovou as diretrizes do tratamento do tabagismo no campo do SUS e fortaleceu a AB como um recinto excepcional e estratégico para o incremento das ações de estímulo que se concretizam como uma base de apoio à adesão de hábitos mais saudáveis (BRASIL, 2015).

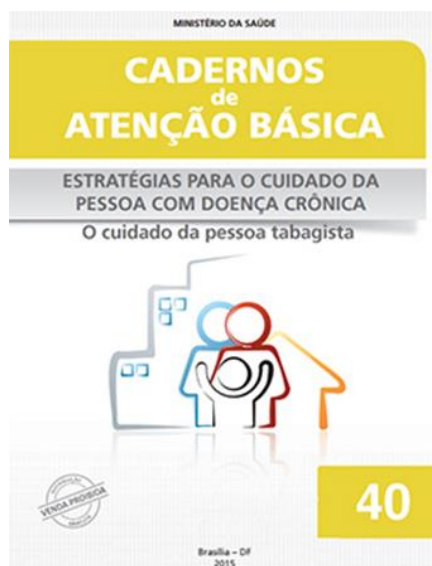


Figura 3: Caderno de Atenção Básica Nº 40.

Fonte: Brasil (2015).

Tendo em vista o reconhecimento dos impactos causados a saúde, admite-se que o tratamento para a interrupção do tabagismo necessita ser enaltecido e priorizado nas UBS, com igual valoração oferecida para os tratamentos de hipertensão

ou diabetes. A intervenção para interrupção do tabagismo possui alto padrão de custo-efetividade nos cuidados em saúde, haja visto que os gastos de implementação do PNCT, inclusive das ferramentas de habilitação profissional e de obtenção de fármacos, é menos dispendioso do que o tratamento de outras doenças associadas ao tabagismo, tal como as doenças cardiovasculares (FIORE *et al.*, 2008; KAHENDE *et al.*, 2009).

2.5 Responsabilidades e atributos da Atenção Básica (AB) no cuidado com a pessoa tabagista

A AB é imprescindível para prestação de assistência a outros agravos crônicos à saúde e encontra-se em uma posição privilegiada e estratégica para o controle do tabaco no âmbito do SUS, e precisa sistematizar as ações, portanto é essencial que atenda os seguintes atributos: O primeiro acesso; integralidade; longitudinalidade; e coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

O primeiro acesso, também conhecido como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é o atributo delineado quanto a acessibilidade e uso do serviço de saúde como uma fonte de cuidado, ocorrerá a cada vez que surgir um novo problema de saúde ou recorrência deste (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

O primeiro acesso nasce do pressuposto que os profissionais dos serviços de saúde estejam mais próximos ao usuário, assim se estabelece um vínculo concreto entre as partes. A presença destes fatores se relaciona diretamente com a efetividade de tratamentos, sobretudo aqueles conectados à mudança de hábitos, que inclui a interrupção tabagística (BRASIL, 2015).

A integralidade é qualificada pelas opções de serviços disponíveis e proporcionados pela rede de AB, ou seja, ações que os setores de saúde precisam oferecer para que os usuários sejam assistidos integralmente, tanto no aspecto biopsicossocial no processo saúde-doença, quanto nas ações que promovem, previnem, curam e reabilitam apropriadas ao contexto da AB, embora algumas dessas ações não possam ser concretizadas junto as UBS (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

A fonte ininterrupta da prestação de assistência, bem como seu uso ao longo do tempo constitui a longitudinalidade. Da mesma maneira que ocorre no primeiro acesso, a relação entre o usuário e sua fonte de assistência deve ser considerada em

uma relação interpessoal sólida que desperte a confiança recíproca entre os usuários e os prestadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

Compreende por Coordenação do Cuidado a competência de associar todo cuidado que o usuário recebe em pontos diversos, por meio do gerenciamento e da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010). Sem a sua presença, os demais atributos seriam prejudicados, a longitudinalidade perderia sua potencialidade, a integralidade seria complexa e a responsabilidade de primeiro contato tornar-se-ia função genuinamente administrativa (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado preconiza uma assistência multidisciplinar, como no caso de particularidades médicas ou matriciamento pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e também as programações mais amplas, que envolvem diversos setores, como por exemplo, as áreas da Educação e da Assistência Social. A AB responsabiliza-se em todos os casos pelo indivíduo, ostentando a premissa básica de auxiliar na configuração e no arranjo da teia de serviços que a compete (BRASIL, 2015).

Segundo Oliveira; Pereira (2013), um dos grandes entraves do SUS é capacitar a AB para desempenhar a coordenação do cuidado e estabelecer setores de atenção especializada de forma integrada, onde exista comunicação entre eles, apropriados para garantir que a prestação de cuidado integral, assim recomendado pelo próprio SUS, esteja inteiramente em articulação na AB e propicie aos usuários do sistema respostas adequadas as suas necessidades.

A AB se configura como o cenário ideal para a concretização das ações do PNCT, tendo em vista, se assinalar por um contíguo de ações no domínio da saúde, tanto individual como coletivo, em que compreende a promoção e amparo da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a diminuição de danos e a conservação da saúde com o intuito de fortalecer a prestação de cuidados integrais que faça a diferença no panorama da saúde, na autonomia das pessoas e nos fatores determinantes e condicionantes da saúde coletiva (BRASIL, 2011).

Para Mendes (2012), embora considere-se a AB indispensável para o pleno exercício dos sistemas de saúde, ela ainda possui vultuosos desafios a enfrentar para conseguir cumprir com sua função de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. A deficiência na infraestrutura, a qual não é adequada nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o reduzido suporte tecnológico, a ausência de um gerenciamento especializado, o baixo número de equipes

multiprofissionais, as condições precárias nas relações de trabalho, a vulnerabilidade do modelo de atenção para suprir um cenário em que há forte prevalência de DCNT, o oferecimento de ações e serviços de saúde de forma fracionada, a captação de recursos insuficientes são os desafios mais preponderantes que impedem a AB de cumprir sua real finalidade no Brasil.

Segundo Starfield (2002), a AB organiza-se e viabiliza todos os recursos, tanto básicos quanto os mais especializados, com vistas a promover a evolução dos serviços de saúde e seu oferecimento contínuo. Robustecer a AB com destaque nas ações de promoção à saúde, possibilita seu avanço e evidencia na sociedade, a concretização do princípio da equidade e a diminuição de custos (MILSTEIN; HOMER; HIRSCH, 2010). Com isto ver-se que os serviços prestados de forma fracionada carecem de táticas inovadoras que ensejem no implemento de ações profiláticas na coletividade local e que ofereça mais planejamento e uma assistência integral (ONOCKO, *et al*, 2012).

Para Portes, *et al.*, (2014), a mais perfeita qualidade das atividades desenvolvidas na AB retratam aspectos relevantes, tais como: a qualificação dos profissionais de saúde, o que se apresenta como forma estratégica para a materialização do SUS e da promoção da atenção à saúde; o ajustamento da estrutura física das UBS; as normas de arquitetura e a articulação entre os diversos setores, já que a saúde é fator intrínseco para o desenvolvimento econômico da sociedade.

Adverte-se que, a efetivação do acolhimento ao fumante por meio da qualificação dos profissionais de saúde tropeça em diferentes obstáculos, tais como: estrutura imprópria das unidades, os distintos níveis de empenho profissional e qualificação. Ademais, contratemos como o alto rodízio dos profissionais nas unidades e a deficiência de métodos que possibilite aos profissionais praticarem a continuidade nos serviços entre as outras prerrogativas que possuem, conformam-se como barreiras ao desafio da plena oferta do atendimento sucessivo e resolutivo aos tabagistas (PORTES *et al.*, 2014).

2.6 Avaliação da pessoa tabagista

O primeiro passo para a avaliação da pessoa tabagista é reconhecê-lo na área correspondente à UBS por meio da sua inscrição na Ficha de Cadastro Individual (CDS – e – SUS AB), realizado pelos Agente comunitários de Saúde (ACS), ou ainda por demanda espontânea na UBS (BRASIL, 2015)

A equipe de saúde da família necessita acolher e avaliar o usuário tabagista de forma humanizada, devendo inclusive fazer uma averiguação das principais doenças e fatores de risco conexas com o tabagismo, avaliar também o nível de dependência do indivíduo ao cigarro, o estágio de motivação que este se encontra para cessar com o fumo e suas prioridades com relação a terapia (BRASIL, 2015).

Reichert *et al.*, (2008) afirmam que uma boa avaliação deve, sempre que possível, abranger as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do tabagista. Esta avaliação convém tanto como parâmetro para provimento da medicação mais apropriada ao indivíduo, quanto para iniciar a adaptação aos métodos psicoterápicos.

Os autores assinalam ainda quais os itens a serem avaliados, que são: o antecedentes pessoais do tabagista, Teste de Dependência Para a Nicotina (FTND), teste do grau de motivação, avaliação dos sintomas físicos, Investigação de ocorrência de comorbidades e de utilização de medicamentos (REICHERT *et al.*, 2008).

Segundo Mesquita (2014), antes de se começar uma intervenção e tratamento, deve-se dirigir uma avaliação do comportamento de fumar, levando-se em conta a finalidade do fumo. Por exemplo, se um fumante utiliza o cigarro para sair da ociosidade de ficar sozinho, quando começar a cessação do fumo e não haver sido orientado outra atividade com intuito de substituir a função do cigarro, acabará acarretando em uma recaída ou ele experimentará um comportamento diferente do habitual que ensejará em prejuízo, como consumir bebidas alcoólicas e comer excessivamente, por exemplo.

O cigarro pode desempenhar vários papéis na vida de um fumante; muitos criam coragem para trabalhar quando fumam; outros se sentem menos envergonhado para a interação social; há aqueles que fumam para aumentar a autoestima e realizar atividades; o ato de fumar para algumas pessoas também pode ser uma espécie reforço para gerar fama social, em virtude do seu vício ser um problema inerente à pessoas de comportamento complicado. Portanto, em determinadas ocasiões, interromper com o fumo pode causar um desequilíbrio comportamental, porém uma avaliação criteriosa e cautelosa pode prevenir essa condição (MESQUITA, 2014).

O autor ainda ressalta que um trajeto conciso do que deve ser analisado inclui: A biografia de implantação do comportamento e seu desenvolvimento, inclusive evoluções e agravos; As características do feedback que o fumo trás, neste caso em específico, a constância e a dimensão que ocorre; Averiguar e comparar o feedback

de outros motivos com o de fumar, isto é, se o fumo faz parte de uma classe mais distinta de repostas; Identificar os antecedentes pessoais. Dessa forma, é essencial ter ciência de quando se fuma, onde e por quê, que pensamentos e emoções despertam o ato de fumar. É relevante também que seja observado, quais são os estímulos positivos e negativos do hábito de fumar, e, por último, examinar se há outras atividades que tenham o mesmo efeito do fumo (MESQUITA, 2014).

2.6.1 Postura-Comportamento do profissional de saúde

A efetivação do tratamento está proporcionalmente conectado ao relacionamento que se constitui entre o usuário, a equipe de profissionais de saúde e a família. Para o alcance do sucesso na extinção do hábito de fumar é necessário considerar alguns aspectos com relação as atitudes e posturas do profissional de saúde (BRASIL, 2015)

É importante que o profissional tenha empatia e realize um acolhimento que leve em conta a relação do usuário com o tabaco, pois há um sentimento ambíguo, em que o tabagista pode reconhecer os prejuízos à saúde que o hábito de fumar causa e que precisa parar, porém em contrapartida, ele não consegue negar a tranquilidade e o prazer que sente ao fumar, assim o profissional deve estimular a mudança de comportamento (BRASIL, 2015).

Compete ao enfermeiro orientar o usuário sobre o que é dependência química, os danos à saúde, as manifestações clínicas da abstinência, bem como os métodos que podem ser utilizados para alcançar a cessação, as medicações disponíveis e a sua função no tratamento (BRASIL, 2015).

Ressalta-se que é essencial a permanência do usuário até o término do tratamento, ainda que este tenha interrompido com o fumo. Também deve ser alertado sobre a possibilidade de recaídas, já que os tabagistas alcançam a cessação definitiva depois de mais de duas tentativas, e neste sentido, o profissional de enfermagem necessita entender o processo da síndrome de abstinência para criar estratégias que possam estimular o usuário a buscar novamente a interrupção e aprender a identificar o que levou a recaída (BRASIL, 2015).

2.7 Intervenção e tratamento

As estratégias empregadas para a terapêutica da cessação do tabagismo podem ser classificadas em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso.

As intervenções psicossociais abrangem orientações, entrega de materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental, com mais enfoque nesta última, que é considerado o principal fundamento do tratamento. O tratamento à base de medicações eleva expressivamente as oportunidades de o fumante conseguir a cessação definitiva, mas exerce um papel secundário no acompanhamento do indivíduo (BRASIL, 2015).

Diversas pesquisas já discutiram sobre o tratamento do tabagismo. Mesquita (2013), em seu estudo identificou que um programa público de tratamento do tabagismo que possui como intervenção a psicoterapia breve, que harmonizada com a medicação pode surtir um grande efeito, e elevar o número de indivíduos a cessação. Observou também que 83,5% dos indivíduos interromperam o fumo após o quarto encontro. Esta taxa é maior do que algumas identificadas nas pesquisas concretizadas no Brasil e no exterior.

Em um estudo posterior o autor identificou que a psicoterapia pode elevar a possibilidade de o fumante interromper com o fumo e entrar em abstinência. Contudo, antes do emprego de procedimentos ou protocolos, deve-se dirigir uma avaliação particular do comportamento de fumar no intuito de oferecer a terapêutica adequada em cada caso (MESQUITA, 2014).

Intervenções céleres, com duração de poucos minutos, como perguntar se é fumante, se possui pretensão de cessar, aconselhar sobre os problemas acarretados sem colocar medo, mostrar opções para o tratamento e oferecer estímulos e apoio ao paciente em suas escolhas podem originar o aumento da motivação para a interrupção (MESQUITA, 2014).

Haggstram *et al.*, (2001) empregando metodologia análoga à utilizada no estudo de Mesquita (2013), mas com maior extensão de sessões, conferiu que após o tratamento 49,1% dos indivíduos encontravam-se em abstinência.

Azevedo *et al.*, (2009) aferiram 171 pacientes acolhidos em um clínica especializada em dependência química. O tratamento incidia em grupos terapêuticos, com uma sessão por semana e medicação com reposição de nicotina, bupropiona e nortriptilina. As análises mostraram que 79,1% dos participantes cessaram com fumo e, após dois anos, 62% permaneciam sem fumar.

Meier, Vannuchi e Secco (2011) mediram a eficácia de um programa de tratamento do tabagismo fundamentado no manual de tratamento do INCA. 92 pacientes em tratamento voluntariaram-se a participar. Aconteceram quatro sessões

de terapia cognitivo-comportamental e 88,8% destes indivíduos empregaram também o tratamento medicamentoso. Após o término 66,6% haviam parado de fumar enquanto 23,8% haviam abandonado o tratamento.

Sales *et al.*, (2006) avaliaram também um programa público de terapêutica para os fumante, que por sua vez, também era baseado nos protocolos instituídos pelo INCA, cujo tratamento versava em sessões de terapia cognitivo-comportamental, combinado com bupropiona e goma de nicotina. Como decorrência do estudo identificaram que dos 320 pacientes em tratamento, 50,8% alcançaram o sucesso na intervenção após quatro sessões e, após 12 meses, somente 17,8% reincidiram.

Oliveira *et al.*, (2015) demonstraram que um programa de atividade física juntamente com a terapia do PNCT, pode servir como uma ferramenta estimuladora para a adesão do tabagista a cessação, proporcionando grandes benefícios para as condições de saúde deste público.

Por fim, é importante ressaltar que no estudo realizado por Rodrigues (2017) evidenciou-se que a boa condução no tratamento do tabagismo, depende da interação da equipe de profissionais de saúde com os usuários, da importância que estes profissionais oferecem ao programa, e ao estímulo que o fumante recebe dos profissionais de saúde para expandirem a sua visão sobre a complexidade que se insere a dependência ao tabaco. Ressalta-se ainda que a religiosidade poderia ser implementada como um estimulante para o processo motivacional, em que profissionais da equipe de saúde precisariam empregar como mais um instrumento para prover apoio aqueles que querem cessar com o fumo.

2.8 Epidemiologia

2.8.1 Epidemiologia mundial

A epidemia mundial do tabaco já atingiu dimensões de pandemia, com aproximadamente 1 bilhão e 300 milhões de tabagistas ativos, em que as taxas de mortalidade relacionados ao tabaco ultrapassam seis milhões de mortes por ano. Ela demanda assistência e cuidados de saúde complexos, além de altos custos socioeconômicos em todos os países. Os agravos para a saúde derivam tanto do consumo ativo do tabaco bem como da exposição passiva ao fumo de forma indireta (ASMA *et al.*, 2015).

Na maioria dos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento foram obtidas uma considerável diminuição na prevalência de fumantes; contudo, de

uma forma geral, no mundo inteiro a prevalência continua crescendo, principalmente nos países subdesenvolvidos, que apresentam menores taxas de escolaridade e enfrentam uma série de problemas sociais e econômicos. Segundo os dados de 2014, ocorreram 6 milhões de mortes por enfermidades associadas ao consumo do tabaco, e estima-se que em 2030, esses números ultrapassem os oito milhões de óbitos. Assim é preciso que as autoridades mundiais busquem soluções para controlar essa pandemia (SILVA *et al.*, 2016).

Apesar de a população mundial reconhecer os danos relacionados ao uso do tabaco, sua prevalência ainda é alta no mundo inteiro. Mesmo em declínio na grande maioria dos países desenvolvidos, a utilização do tabaco nos últimos anos, cresceu consideravelmente nos países em desenvolvimento, com pouquíssimas exceções, sendo uma delas, o Brasil (GARRETT; ROSE; HENNINGFIELD, 2001; ONU, 2001). Um dos motivos basilares para o crescimento da epidemia mundial do tabagismo, no Hemisfério Sul, especialmente, foi o aumento significativo de mulheres jovens que iniciaram o consumo do tabaco (ONU, 2009).

2.8.2 Epidemiologia no Brasil

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o percentual de fumantes com idade igual ou superior a 18 anos no Brasil em 1989 era de 31,7% (BRASIL, 1990). Enquanto que, entre 2002 e 2003, o percentual total de fumantes na população com mais de 15 anos já havia decaído para 19%, oscilando de 13% em Aracaju até 25% em Porto Alegre (BRASIL, 2004). Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) identificou que a prevalência total de fumantes na população com mais de 15 anos de idade diminuiu para 17,2% (com percentual de 21,6% entre os homens e 13,1% entre as mulheres) (BRASIL, 2011).

Duas pesquisas nacionais realizadas em 2013, com procedimentos metodológicos distintos, identificaram a prevalência de fumantes na população com idade igual ou superior a 18 anos – a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) que registrou um percentual de 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que apontou uma taxa de 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino) (BRASIL, 2014; 2014b). Portanto, todas essas pesquisas confirmam

uma tendência de queda nas taxas de consumo do tabaco no Brasil nas últimas duas décadas (BRASIL, 2015).

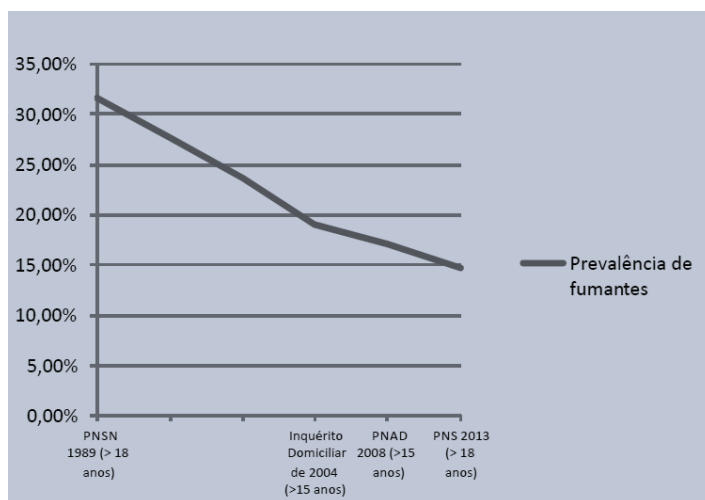


Gráfico 1: Prevalência de fumantes no Brasil (1989-2013).

Fonte: INAN, 1990; IBGE; FIOCRUZ, 2010, 2014.

Determinadas variáveis se relacionam com a incidência do tabagismo, principalmente o sexo, a raça/cor, o tipo de região, o nível de escolaridade e fator socioeconômico. A prevalência do número de usuários do tabaco é consideravelmente maior no sexo masculino, pessoas da raça/cor preta em áreas rurais. Com relação ao nível de escolaridade, aqueles com menor grau de instrução apresentam uma incidência mais acentuada e expressiva, a incidência se reduz progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além do mais, a prevalência de tabagistas encontrados é maior quando a renda é menor (BRASIL, 2011; 2014b).

Para Bazotti *et al.*, (2014), identificar as particularidades do perfil da população tabagista e não tabagista pode colaborar na orientação da elaboração e fixação de políticas públicas dirigidas aos distintos perfis populacionais no que diz respeito a prevenir e superar os costumes dos tabagistas, de uma maneira que seja mais voltada para aqueles que são mais vulneráveis ao uso do tabaco.

2.9 Relação do tabagismo com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Diversas pesquisas apontam a relação do tabaco com o aumento de enfermidades. O fumo é fator de risco para mortalidade prematura e doenças incapacitantes em que se destacam as cardiovasculares, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), diabetes, e câncer. A extraordinária diminuição da

prevalência do tabaco nos últimos trinta anos, na faixa de 70% e, por conseguinte a redução na exposição ao produto, pode elucidar a redução nas taxas de mortalidade das enfermidades associadas com o tabaco. A redução nas taxas de mortalidade entre 1990 e 2015, foi em torno de um terço por DPOC, mas, em contrapartida, essa taxa vem apresentando uma nova tendência de crescimento nos últimos três anos do referido período estudado. Análises futuras são necessárias com o objetivo de determinar se a tendência atual de crescimento dos últimos três anos da taxa de mortalidade por DPOC prevalecerá (JOSÉ *et al.*, 2017).

Quando o assunto é a ocorrência de câncer pertinentes ao tabaco, a queda é bem menos inferior. A prevalência de câncer de pulmão, traqueia e brônquios no sexo feminino exhibe uma curva contínua de crescimento desde 1990, distinguindo-se da tendência apresentada nos indivíduos do sexo masculino e das demais tendências relacionadas ao tabagismo. No entanto, a ausência de diagnóstico preciso e a subnotificação são situações menos presentes nos casos de câncer em comparação à DPOC, e com a redução da prevalência dos usuários do tabaco, há, portanto, uma disposição para a diminuição desses números nas próximas décadas (JOSÉ *et al.*, 2017).

É sabido que o tabagismo alcança magnitude de pandemia mundial (ASMA *et al.*, 2015). No Brasil, um conjunto de medidas fixadas nas últimas três décadas têm apresentado grandes resultados na redução da mortalidade, mas está ainda continua em dimensões inadmissíveis. Ainda existem amplas barreiras a serem vencidas, sobretudo quanto aos recortes populacionais: Jovens e mulheres (JOSÉ *et al.*, 2017)

2.10 Benefícios da interrupção do tabagismo

A cessação definitiva é considerada quando ocorre a interrupção permanente do uso do tabaco ou até que ocorra a recidiva, sem que haja, contudo, consenso do intervalo de tempo imprescindível para se caracterizá-lo. A recidiva é o regresso do hábito de fumar depois de um período de cessação, enquanto o lapso é a utilização aleatória e independente da substância durante o intervalo de sua abstinência, assinalado como um “deslize” (CDC, 2009; REICHE *et al.*, 2008).

Em uma célebre pesquisa prospectiva realizado no Reino Unido, averiguou-se que a ação de cessar com o tabaco, ainda que seja numa fase mais tardia da vida, eleva a expectativa de vida do indivíduo. Os usuários que abandonaram o tabaco aos 60 anos obtiveram um aumento em sua expectativa de vida em mais de 3 anos; os

que interromperam o fumo aos 50 anos receberam 6 anos a mais; e os que cessaram aos 40 alcançaram cerca de 9 anos adicionais. Já aqueles que fizeram a interrupção antes dos 40 anos aumentaram sua expectativa em torno de 10 anos e apresentaram tendência de sobrevida análogas às de indivíduos que nunca experimentaram o ato fumar (DOLL *et al.*, 2004).

A extinção do hábito de fumar, suscita no longo prazo, enormes benefícios para a saúde das pessoas. Cessar de fumar antes dos 50 anos causa uma diminuição de 50% nas chances de morte por DCNT conexas ao tabaco após 16 anos de abstinência. Depois de uma década de cessação definitiva as chances de óbito por câncer de pulmão sofrem uma queda de 30% a 50% em ambos os sexos, e o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares diminui em 50% após um ano de interrupção (BRASIL, 2001).

Além da redução de riscos do surgimento de DCNT, existem várias outras vantagens que a interrupção do fumo pode trazer, podem se destacar: A melhora da autoestima, do hálito, da cor dos dentes e da vitalidade da pele, aumento das relações sociais com pessoas não fumantes, eleva o cumprimento e execução de atividades físicas, amortiza os impactos ao meio ambiente, já que, uma árvore é derrubada para produzir 300 cigarros e o seu filtro demora 100 anos para degradar-se no meio ambiente (BRASIL, 2001).

Para Fiore *et al.*, (2008) em virtude destes fatos, justificam-se o trabalho mundial no controle do tabaco, inclusive as ações que colaboram para a cessação do tabagismo. Os profissionais de saúde precisam, na medida do possível, realizar ações que elevem o conhecimento, estimulem e auxiliem os tabagistas com a finalidade de alcançarem a cessação.

Pesquisas comprovam que as consultas com abordagens céleres, e de forma repetitiva, com ênfase na orientação aos prejuízos a saúde causado pelo tabaco e a relevância da cessação, elevam expressivamente os percentuais de abstinência. Embora as taxas de abstinência aumentem individualmente com a ampliação e intensificação da abordagem do tabagista, o impacto coletivo apropriado com o propósito da saúde pública apresenta-se mais vantajosa e superior com criação de abordagens breves em um maior número de fumantes, (FIORE *et al.*, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa que segundo os seus objetivos mais gerais é exploratória e descritiva, já que busca explorar e descrever o cenário atual do PNCT na AB do município, enquanto aos métodos de pesquisa empregados será um estudo de campo com abordagem qualitativa. Ainda com relação aos métodos empregados é considerado uma pesquisa bibliográfica (GIL, 2010).

Segundo Gil (2010), as pesquisas exploratórias possuem como objetivo se familiarizar com o problema, no intuito de torná-lo mais explícito ou hipotético. Pesquisadores afirmam que ela não forma pressuposições e é utilizada quando o conhecimento a respeito do tema estudado é escasso. Possui grande valor, já que serve de alicerce a outros tipos de pesquisas, quando a temática carece de bibliografia, assim este é o seu fundamento científico (LEITE, 2008).

A pesquisa descritiva merece destaque na tipologia de métodos científicos, sendo amplamente utilizada por pesquisadores. Ela é o tipo de pesquisa que se descreve e explica determinados fatos sociais, econômicos, políticos, administrativos, psicossociais, dentre outros e dependendo do seu objetivo pode ser considerada uma pesquisa de campo (LEITE, 2008).

A pesquisa qualitativa está mais relacionada ao levantamento de dados a respeito das razões de um grupo em entender e interpretar comportamentos, as opiniões e as expectativas da população estudada (GIL, 2010).

De acordo com Gonçalves (2001) a pesquisa de campo objetiva investigar dados diretamente com a população que está sendo estudada, assim requer do pesquisador um encontro face a face com o objeto pesquisado. O pesquisador deve se dirigir ao local em que se deseja pesquisar e levantar os dados para sua análise.

3.2 Local da pesquisa

O presente estudo foi realizado no município de Itaituba-PA. Localizado na mesorregião do Tapajós, o município é considerado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) um centro sub-regional de médio porte, já que com uma população estimada (2018) em 101.097 habitantes exerce forte influência cultural e socioeconômica sobre os municípios vizinhos (ALMEIDA, 2012).



Figura 4: Vista da área da cidade de Itaituba.

Fonte: Cordeiro (2014).

Segundo o IBGE a taxa de mortalidade infantil média no município é de 19.35 para 1.000 nascidos vivos e as internações devido a diarreias são de 6.4 para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2017).

Segundo os dados da base virtual do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no município consta com os seguintes estabelecimentos de saúde: 1 Secretária de Saúde, 2 Academias de Saúde, 1 Hospital, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 1 Centro de Referência de Saúde da Mulher, 1 Unidade de Pronto Atendimento, 1 Centro de Reabilitação, 3 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF-AB), 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS – II) e 24 Unidades de Básicas de Saúde da Família (UBS), das quais 16 se encontram na Zona Urbana e 8 na zona Rural (BRASIL, 2019).

Os dados foram coletados em 14 UBS da zona urbana do município de Itaituba, que fazem parte do departamento da AB, pois são estes locais que possuem a atribuição de desenvolver as ações de cuidado a pessoa tabagista que se encontra em tratamento para realizar a cessação.

Os locais de pesquisa foram nas seguintes UBS: Maria Madalena, que não possui ESF; Bom Remédio, Edson Botelho e Jardim das Araras, que possuem 2 ESF; Floresta, que possui 1 ESF e 1 Estratégia de Agente Comunitários de Saúde (EACS); Carlos Furtado, Distrito de Miritituba, Iza Climaco (Bela Vista), Piracanã, Jardim Aeroporto, Liberdade, São Tomé, Vale do Piracanã e Wirlande Freire, as quais possuem 1 ESF cada uma.

3.3 População e Amostra

O conjunto de elementos que possuem as características do que será estudado é chamado de população. Na seleção da amostra será utilizado uma amostragem não probabilística de conveniência, em que a seleção da amostra ocorre por acessibilidade aos elementos que representam a população alvo (VERGARA, 1997). Dessa forma, compuseram a amostra 14 enfermeiros, gerentes de 14 UBS da zona urbana do município de Itaituba.

Os enfermeiros gerentes das UBS do município de Itaituba foi o critério de inclusão para a composição da amostra, enquanto que os critérios para exclusão foram os enfermeiros que preencheram os requisitos dos critérios de inclusão, mas que estavam de licença, férias ou afastado de suas funções na época da coleta dos dados, impossibilitando-os, dessa forma, de participarem da entrevista.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados no ano de 2019, através de entrevista semiestruturada com um questionário semiaberto composto por nove perguntas com os gestores das respectivas UBS participantes a respeito do funcionamento do PNCT. Segundo Boni; Quaresma (2005), a entrevista semiestruturada ajusta questionamentos abertos e fechados, em que o entrevistado detém a possibilidade de discorrer a respeito do tema em evidencia. O pesquisador deve adotar um conjunto de perguntas antecipadamente definidas, no entanto ele o realiza num contexto parecido ao de uma entrevista. Esse tipo de entrevista é amplamente utilizado quando se quer delimitar os resultados, interferindo de modo a direcionar os objetivos a alcançarem o seu fim pretendido.

A entrevista foi realizada com 14 enfermeiros nas UBS da zona urbana de Itaituba. Inicialmente, foram realizados questionamentos que subsidiaram a formação da caracterização dessa amostra, posteriormente uma abordagem inicial com duas perguntas fechadas que levavam o entrevistado a dois cenários de acordo com a resposta ao segundo questionamento: “As ações do PNCT no que concerne ao tratamento e cessação do tabagismo estão sendo realizados em sua UBS?”. No primeiro cenário para aqueles que responderam “Não” e no segundo para aqueles que responderam “Sim”. Em ambos os cenários foram realizados questionamentos abertos.

3.5 Análise de dados

Após a obtenção dos dados estes foram analisados com a finalidade de estabelecer uma compreensão do conteúdo coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder as indagações formuladas e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado. A técnica para análise de dados utilizada foi a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2016) organiza-se em três períodos: pré-análise; exploração do material e interpretação dos resultados. Das entrevistas realizadas surgiram quatro categorias: caracterização dos entrevistados; o andamento do PNCT na AB do município de Itaituba; as dificuldades para a efetivação do programa e O PNCT na ótica dos enfermeiros da AB do município de Itaituba.

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos da legislação na realização de pesquisas científicas com seres humanos conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPA - Universidade do Estado do Pará – Campus XII – Tapajós com o Parecer de Nº 3.714.676. Esta pesquisa apresentou apenas riscos físicos irrisórios aos seus participantes, como cansaço de participar da entrevista e riscos psicológicos mínimos como o constrangimento dos mesmos ao responder parte do questionário. Sendo assim, com o objetivo de atenuar este risco foram realizadas orientações a respeito do conteúdo do questionamentos.

Inicialmente, foi solicitado autorização da pesquisa à Diretoria Operacional (DO) da SEMSA do Município de Itaituba, posteriormente a aprovação, foi solicitado aos gestores das respectivas unidades a participação no estudo, na ocasião foi apresentado os objetivos da pesquisa e a justificativa para sua realização e somente após a anuência expressa destes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foram realizadas as entrevistas.

As informações fornecidas, que serviram de fonte de dados da pesquisa, em que originaram informações sobre os usuários da rede SUS, foram mantidos em sigilo para assegurar o direito constitucional a inviolabilidade, a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. O teor dos dados coletados foi exclusivamente para fins de investigação científica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão evidenciados e discutidos todos os dados coletados através das entrevistas aplicadas com os enfermeiros. Estruturado pelas seguintes categorias: caracterização dos entrevistados; o andamento do PNCT na AB do município de Itaituba; as dificuldades para a efetivação do programa e o PNCT na ótica dos enfermeiros da AB de Itaituba.

4.1 Caracterização dos entrevistados

4.1.1 Sexo e Idade

Dos 14 profissionais entrevistados, 12 (85,71%) são do sexo feminino e dois (14,29%) do sexo masculino. Como mostra o quadro abaixo:

Quadro 1: Sexo dos Entrevistados.

IDENTIFICAÇÃO	GÊNERO
Entrevistado 1	Feminino
Entrevistado 2	Feminino
Entrevistado 3	Feminino
Entrevistado 4	Feminino
Entrevistado 5	Feminino
Entrevistado 6	Feminino
Entrevistado 7	Masculino
Entrevistado 8	Feminino
Entrevistado 9	Feminino

Entrevistado 10	Feminino
Entrevistado 11	Masculino
Entrevistado 12	Feminino
Entrevistado 13	Feminino
Entrevistado 14	Feminino

. Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Lima *et al.*, (2016) através de um estudo transversal descritivo, no município de Serra, Espírito Santo, identificaram que o sexo feminino compõe a maioria dos profissionais enfermeiros das equipes de Saúde da Família (eSF) – 84,4%. Tais resultados corroboram com o presente estudo. Fernandes, *et al.* (2010) também encontraram em seu estudo uma prevalência de 90% para o sexo feminino. Ademais, destaque-se que o Conselho Federal de Enfermagem e a Fiocruz (2015) relataram que 85,1% dos trabalhadores de Enfermagem no Brasil é do sexo feminino.

Com relação a idade ficou evidenciado, segundo os dados coletados que, 43% dos enfermeiros possuíam idade entre 20 a 29 anos, 43% entre 30 e 39 anos de idade e apenas 14% relataram ter mais de 40 anos de idade. Ohira *et al.*, (2014) também identificaram em um estudo realizado com os enfermeiros gerentes das UBS de 49 municípios de pequeno porte no estado do Paraná a mesma tendência, segundo eles, 50% dos enfermeiros gerentes estavam na faixa etária de 21 a 30 anos de idade.

4.1.2 Tempo de atuação na UBS e na Enfermagem

O gráfico abaixo esquematiza o tempo de atuação dos enfermeiros entrevistados como gerentes de suas respectivas UBS.

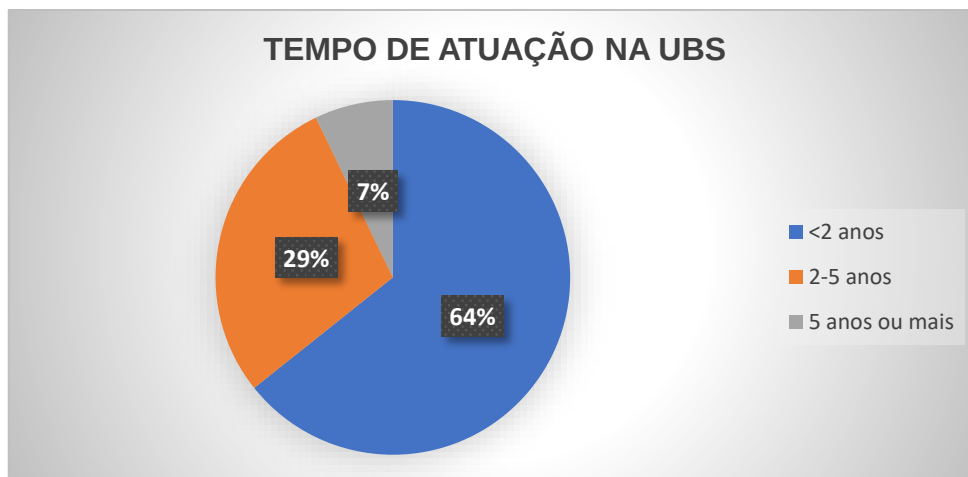


Gráfico 2:Tempo de atuação na UBS.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Como é possível observar no gráfico, em sua maioria, os enfermeiros atuam como gerente das UBS há menos de dois anos (64%). Este resultado também esteve de acordo com outros estudos realizados - OHIRA, *et al.*, (2014); LIMA *et al.*, (2016). Dessa forma foi observado uma alta rotatividade de profissionais na AB de Itaituba.

Dos enfermeiros entrevistados, 21% estavam atuando como profissional de enfermagem há mais de 10 anos, outros 36% entre 5 a 10 anos, 36% entre 2 a 5 anos e apenas 7% estavam no mercado de trabalho há menos de 2 anos. Assim, na amostra analisada, 57% estão formados há mais de 5 anos o que vai de encontro ao que foi identificado no estudo de Ohira *et al.*, (2014), em que 40% dos profissionais atuavam há mais de 5 anos.

4.2 O andamento do PNCT na AB do município de Itaituba

Nesta categoria estão arrolados os aspectos que dizem respeito as unidades que estão com o programa em funcionamento, o tempo de atuação, a estrutura física, recursos materiais e humanos e a organização da assistência e das ações executadas.

Primeiramente, os enfermeiros relataram se o programa estava em funcionamento na unidade de saúde em que trabalham, e caso estivesse, há quanto tempo. Os resultados estão exibidos no quadro abaixo:

Quadro 2: Situação atual do PNCT nas UBS

Identificação	Programa em funcionamento?	Há quanto tempo?
Entrevistado 1	Sim	3 meses
Entrevistado 2	Sim	1 ano
Entrevistado 3	Sim	1 mês
Entrevistado 4	Sim	4 anos
Entrevistado 5	Não	_____
Entrevistado 6	Não	_____
Entrevistado 7	Sim	3 meses
Entrevistado 8	Sim	2 anos
Entrevistado 9	Sim	3 anos e 9 meses
Entrevistado 10	Sim	1 mês
Entrevistado 11	Não	_____
Entrevistado 12	Não	_____
Entrevistado 13	Não	_____
Entrevistado 14	Não	_____

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pode se observar no quadro que seis entrevistados relataram que suas respectivas UBS não estão com o programa em funcionamento, isso representa 42%

da amostra analisada, dessa forma fica evidente que o PNCT não está plenamente descentralizado e efetivado na AB do município de Itaituba. Segundo Kouichi; Rocha; Neves (2009) a implantação das ações do programa de combate ao tabagismo é pouco difundida no Brasil e são escassos os estabelecimentos de saúde que prestam essa assistência de forma permanente e sistematizada.

De acordo com Longanezi (2016), apesar de o Brasil ter fama internacional pela forte redução da prevalência de fumantes nas últimas décadas, é percebível que a oferta de serviços habilitados na assistência ao fumante que pretende cessar com o vício ainda é insuficiente para atender a demanda.

4.2.1 Estrutura física, recursos materiais e humanos

Para a realização das ações o programa dispõe da estrutura das UBS, geralmente as reuniões de acompanhamento ocorrem nas salas de reuniões dos ACS. Não existe uma sala específica para este tipo de atendimento, assim a sala de reuniões é utilizada de forma improvisada, o que já era evidenciado por Portes *et al.*, (2014), segundo eles muitos dos locais que são realizadas as ações do programa são improvisados e inadequados para as atividades desenvolvidas, gerando óbice ao bom atendimento.

Segundo os enfermeiros entrevistados as UBS recebem da SEMSA recursos materiais como cartilhas, impressos, formulários educativos e medicações de acordo com a necessidade. Em seu estudo Portes *et al.*, (2014) também identificaram a mesma logística em que as UBS que ofereciam intervenção por abordagem cognitivo-comportamental empregavam o materiais de apoio cedido pelo MS ou mesmo produzidos pelas próprias unidades ou fornecidos pela secretária municipal ou secretaria estadual de saúde.

Com relação aos recursos humanos cada unidade compõe-se de até 2 eSF, composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS que possuem também o apoio da equipe multiprofissional do NASF – AB que inclui profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, etc. Todos estes profissionais receberam uma capacitação específica ofertado pela SEMSA, em dezembro de 2017, com objetivo de prepará-los para o cuidado com a pessoa tabagista. A própria portaria do MS Nº 571/2013 ressalta em seu Art. 9º, inciso I, que no mínimo um profissional por estabelecimento de saúde deve ser capacitado pela gestão municipal para atuar

no cuidado à pessoa tabagista, no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do SUS (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria Ministerial Nº 198, de fevereiro de 2004, assevera que a gestão da educação na saúde, por meio do treinamento e do desenvolvimento de profissionais em saúde é uma demanda basilar para que a atenção em saúde seja prestada com qualidade à população e em consonância com os protocolos e diretrizes estabelecidos pelo MS (WÜNSCH FILHO *et al.*, 2010). Segundo Ferreira (2017) a capacitação é um elemento essencial para conduzir os profissionais que operam na AB.

4.2.2 Organização do atendimento e ações executadas

Segundo o Entrevistado 1 o atendimento é organizado por meio de grupos que devem ser formados de, no mínimo, 10 pessoas e, no máximo, 15 pessoas. São realizadas quatro rodas de conversas mensais, uma por semana, além de acompanhamento individual com uma consulta anual. Na última sessão é feita uma avaliação para identificar se há necessidade do paciente iniciar o tratamento medicamentoso. Para Krinski; Silva; Schneider (2018) a metodologia grupal mostra-se mais eficaz que o tratamento medicamentoso, pois a reunião de pessoas com propósito em comum é um fator motivacional que influencia o fumante à cessação por vontade própria.

De acordo com as informações repassadas pelos entrevistados foram formados grupos nas UBS: Bom Remédio, um grupo de oito pessoas em 2018, das quais duas pararam de fumar; Floresta, um grupo com quatro pessoas em andamento; Piracaná, cinco grupos; Residencial Vale do Piracaná, um grupo com 10 pessoas, em que dois pararam de fumar e São Tomé, um grupo com 14 usuários, em que seis cessaram com o fumo, dois entraram para o tratamento medicamentoso e os demais desistiram.

Nas demais entrevistas em que o programa está sendo trabalhado: Edson Botelho, Liberdade e Miritituba não foi formado grupos devido a não adesão pelo público tabagista. Contudo, as ações como palestras educativas têm sido realizadas por essas unidades para públicos-alvo específicos de programas da UBS, tal como o grupão de Hipertensão (clientela hipertensa e diabética).

A alternativa de realizar atividades de educação em saúde na sala de espera em grupos exclusivos a respeito dos malefícios do tabagismo pode ser considerada como uma estratégia adequada, já que nestes ambientes, sobretudo nas ações

grupais, conformam-se como boas ocasiões para a elucidação de informações sobre enfermidades comuns, para a permuta de conhecimentos e experiências (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011). As ações realizadas nos espaços abertos das UBS, influenciam de forma positiva na modificação de costumes através conhecimento das moléstias causadas a saúde por conta do tabaco (DIAS, 2011).

Entretanto, Portes *et al.*, (2011) afirmam que é relevante voltar o olhar para a denominação dos grupos citados, que pode insinuar o marcante aspecto do modelo assistencial tradicional em alguns deles, em virtude das doenças serem utilizadas como uma forma de identificar as pessoas pertencentes aos grupos, como dos “hipertensos”, “diabéticos” e “desnutridos”. No momento da atividade educativa sobre tabagismo na sala de espera deve ser desconsiderado a patologia, o foco deve ser no indivíduo e não nas suas características enquanto representante de um grupo.

4.3 As dificuldades para o efetivação do programa

Nas unidades em que o programa não se encontra em funcionamento (Carlos Furtado, Iza Climaco, Jardim Aeroporto, Jardim das Araras, Viva Itaituba e Wirland Freire) os enfermeiros quando perguntados sobre as dificuldades para a efetivação do programa nas UBS destacaram, de modo geral, três motivos principais, como pode ser observado no quadro 3.

Quadro 3: As dificuldades para a efetivação do PNCT

Identificação	Dificuldade?
Entrevistado 5	“O excesso de programas e tarefas na Unidade. Priorizamos outras atividades, mas será dado início ainda.”
Entrevistado 6	“Estrutura física inapropriada.”
Entrevistado 11	“A alta quantidade de programa que sobrecarrega a UBS, além da alta rotatividade dos profissionais capacitados.”
Entrevistado 12	“Não possui estrutura física e recursos.”
Entrevistado 13	“A sociedade não quer, a população não dá credibilidade.”

Entrevistado 14	“Dificuldade de aceitação, têm os recursos, mas não há pacientes.”
-----------------	--

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

O excesso de programas na rotina das UBS foi o primeiro problema destacado como um óbice a concretização do PNCT, pois segundo os entrevistados o programa acaba não sendo priorizado pelas unidades. O entrevistado 11 ressaltou que há uma sobrecarga de programas na AB em relação à quantidade de recursos humanos, além do mais também existe uma alta rotatividade dos profissionais capacitados, o que prejudica a assistência prestada. De acordo com Ferreira (2017) o excesso de trabalho diário dos profissionais da AB realmente é explicado pela alta quantidade de população atendida para um reduzido número de profissionais.

Segundo Portes *et al.*, (2014) gargalos, como a alta rotatividade de profissionais nas unidades, a grande demanda de serviços, bem como a insuficiência de mecanismos que possibilite os profissionais implantarem atendimentos de forma ininterrupta em meio às múltiplas atribuições que possuem, são barreiras ao projeto de concretizar a oferta do atendimento ao tabagista com continuidade e resolução.

A estrutura física inadequada e a falta de recursos foi o segundo problema a ser apontado para assistência a esses pacientes. Segundo o relatado algumas unidades possuem uma estrutura física pequena que não contempla as ações do programa. Para Portes *et al.*, (2014) a estrutura inadequada pode desestimular a execução do trabalho, colaborar para ações serem ineficientes ou em último caso não serem concretizadas. Ademais, a estrutura inadequada danifica de forma significativa as atividades de educação em saúde, o que resulta em diminuição da oferta de tais ações nos serviços e consequentemente optando-se por dar mais ênfase as ações de curativas e de abordagem individual.

A última limitação citada, de grande relevância para a efetivação do programa, foi a baixa demanda e a dificuldade de adesão ao programa pelos fumantes. Os usuários são resistentes em aderir ao PNCT. O Entrevistado 14 garantiu que há recursos para o programa, porém não há público interessado, já o entrevistado 13 afirmou que a sociedade não tem interesse no programa. De acordo com Pereira *et al.*, (2018) muitos tabagistas não hesitam em mostrar desinteresse por cessar com o fumo. Ainda, segundo o autor outros fatores explicam a baixa aceitação do público

como a escassez de divulgação sobre a existência do programa, a dificuldade de transporte para se chegar a unidade, a incompatibilidade de horários, etc.

Destaque-se que de acordo com Portes *et al.*, (2014) a consolidação do acolhimento à pessoa tabagista atravessa vários obstáculos, dentre os quais merecem ênfase a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a estrutura inadequada das unidades, o nível variável de empenho dos profissionais em se dedicarem a um bom atendimento. Scavazzini (2012) ressalta que atualmente é perceptível que os desafios relacionados ao tabagismo depende do empenho de toda a sociedade.

4.4 O PNCT na ótica dos enfermeiros da AB de Itaituba

Um dos temas abordados na entrevista foi sobre a visão que os enfermeiros possuem acerca do PNCT. Ao serem questionados se consideravam importante a efetivação do programa na localidade, bem como em todo o município de Itaituba, os quatorze entrevistados foram unânimes, considerando de suma importância a implantação do programa para a população local. O quadro 4 explicita as motivações de cada entrevistado para justificar o seu posicionamento.

Quadro 4: Posicionamento dos entrevistados acerca da importância do PNCT.

Entrevistado 1	“Pois muitos moradores querem para de fumar há muito tempo”.
Entrevistado 2	“Muitos fumantes querem parar.”
Entrevistado 3	“É importante mostrar a eles a importância de parar de fumar, como tratar o vício e prevenir contra as doenças”.
Entrevistado 4	“É importante devido o combate as doenças respiratórias, além do que há muitos usuários de entorpecente neste bairro”.
Entrevistado 5	“Há muitos idosos que fumam e possuem doenças respiratórias. Eles possuem o interesse em parar de fumar”.
Entrevistado 6	“Nesse bairro há demanda de tabagistas interessados em parar de fumar”.
Entrevistado 7	“Apesar da falta de aceitação, ele deve ser ofertado, pois um dia os que necessitam procurarão o programa”.

Entrevistado 8	“Eu considero importante interromper com o fumo, mas a população não considera importante.
Entrevistado 9	“Levando-se em consideração o elevado número de pessoas com câncer no bairro do Piracaná, além de outras DCNT”.
Entrevistado 10	“Pois tem o objetivo de ajudar, prevenir e recuperar os pacientes fumantes”.
Entrevistado 11	“Pela quantidade de tabagistas que precisam de apoio”.
Entrevistado 12	“Pois melhora a qualidade de vida das pessoas se pararem de fumar”.
Entrevistado 13	“Ajudar a estimular e explicar as doenças que causadas pelo fumo”.
Entrevistado 14	“Porque no bairro têm muitos fumantes e usuários de drogas”.

Fonte: Dados da Pesquisas (2019).

Apesar das dificuldades os entrevistados concordam que é de grande valia divulgar e incentivar a população no apreço pelo programa, assim pode-se evitar futuras complicações através da prevenção, já que a maioria da população segundo o entrevistado 2 preferem a cura medicamentosa.

Neste sentido, o trabalho do enfermeiro frente à atenção primária é priorizar a educação em saúde continuada de acordo o entrevistado 1, pois muitos moradores querem parar de fumar há muito tempo. Já para o entrevistado 3 é importante mostrar a eles a importância de parar de fumar, como tratar o vício e prevenir contra as doenças. De acordo com INCA (1997) os profissionais de saúde são imprescindíveis para sensibilizar a população quanto a importância de cessar o uso do tabaco melhorando assim a qualidade de vida, mostrando os riscos decorrentes do prolongado uso de derivados do tabaco.

Os enfermeiros acreditam que o PNCT pode aguçar a população na interrupção do hábito de fumar, para o entrevistado 13 isso pode ajudar a estimular e explicar as doenças que são causadas pelo fumo, o entrevistado 5 diz que existem muitos idosos fumantes que possuem doenças respiratórias e eles têm interesse em parar de fumar. Enquanto o entrevistado 12 afirma que melhora a qualidade de vida das pessoas se pararem de fumar.

Segundo Cruz; Gonçalves (2010) é válido que o profissional de saúde envolva-se na elaboração de métodos e materiais para colaborar na divulgação do PNCT, assim como capacitar a equipe que irá contribuir para o andamento do programa, trabalhando com medidas educativas e preventivas ressaltando a magnitude do problema que o tabaco pode trazer ao indivíduo fumante e a população em geral.

O entrevistado 8 diz que considera importante interromper com o fumo, mas a população não considera importante. O mesmo relatou que a população tem interesse em participar, porém, quando são orientados como funcionará o PNCT não mostram entusiasmo e compromisso em aderir aos encontros e ao tratamento.

De acordo com Dórea; Botelho (2004) entre as dificuldades para a adesão ao tratamento contra o tabagismo pode-se destacar: prover maneiras para interrupção do tabaco, razões ligadas ao estilo de vida de cada indivíduo, fator social, autocontrole na crise de abstinência, interesse, empenho e aumento de peso.

5 CONCLUSÃO

De forma geral, os resultados mostraram que o PNCT não está plenamente descentralizado na AB do município de Itaituba, ainda há muito o que avançar no que diz respeito a cobertura do acesso para todos os bairros da cidade, porém o programa está em andamento em algumas UBS do município, auxiliando os tabagistas que anseiam combater o hábito de fumar.

A estrutura física para o programa não é ideal para atender a população tabagista, sendo que em algumas UBS este problema é um óbice ao funcionamento do programa. Os recursos humanos ainda não são suficientes, tendo em vista que, apesar de terem sido capacitado, e por uma única vez, estes ficam sobrecarregados de atividades, o que é um grande desafio para prestar um bom atendimento ao fumante.

As UBS recebem o apoio por parte da SEMSA de Itaituba no que tange à recursos materiais como impressos e medicamentos que servem de base para a terapia grupal. Além da terapia grupal está sendo trabalhado o método individual e as ações coletivas, aquela de forma mais tímida e está mais prevalentemente, é de grande valia para a divulgação e avanço do programa.

Deve-se também destacar as dificuldades enfrentadas no contexto para concretização das ações do programa como a falta de interesse do público-alvo (tabagistas), pois apesar de ser uma postura esperada já que se trata de um vício, estratégias específicas já deveriam ter sido aplicadas para aumentar o nível de aceitação dos tabagistas. O que se observa na prática é que não existe tantos métodos que despertem o interesse dos fumantes, a maioria desiste ou apenas possui o empenho para receber a terapia medicamentosa.

Entretanto, o PNCT na visão dos Enfermeiros da AB de Itaituba é uma ferramenta de grande relevância para o público fumante da localidade e que deve continuar a ser ofertado. Embora não se obtenha um grande sucesso na terapia individual ou grupal, as ações coletivas pontuais podem influenciar de forma efetiva o fumante a escolher, mesmo que por meios próprios, a cessação.

A descentralização e efetividade do PNCT na AB do município é um desafio igualmente enfrentado por todo o Brasil, parte da sociedade ainda desconhece este programa. Assim é importante divulgá-lo e difundi-lo na sociedade Itaitubense, bem como realizar outros estudos para melhor compreensão desta temática.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. C.; ROSITO, M. H.; ACHUTTI, V. A. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ALMEIDA, Djalмира de Sá. **História do Município de Itaituba**: Importância econômica e geopolítica na Amazônia legal, na mesorregião do Tapajós e no estado do Pará. – 1.ed.- Curitiba, PR: CRV, 2012.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativas e qualitativas**. São Paulo: Editora Pioneira, 2001.

ASMA, S; MACKAY, J; SONG, S.Y; ZHAO L, MORTON J, PALIPUDI KM, *et al.* **The GATS Atlas**. Atlanta: CDC Foundation; 2015. Disponível em: www.gatsatlas.org/. Acesso em 18 de nov. 2018.

AZEVEDO, R. C. S., HIGA, C. M. H., ASSUMPÇÃO, I. S. M. A., FRAZZATO, C. R. G. FERNANDES, R. F., GOULART, W. *et al.*, (2009). Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Revista da Associação Médica Brasileira** 55(5), 593-596.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAZOTTI, A; FINOKIET, M; CONTI, I.L; FRANÇA, M.T.A; WAQUII, P.D. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):45-52, 2016.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br>. Acesso em 25 de outubro de 2018.

BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)**. 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 08 set 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE). **Itaituba**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/itaituba/panorama>. Acesso em 07 ago. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; **Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2019. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=05138730000177&VEstado=15&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20ITAITUBA>. Acesso em 07/08/19.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante** - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **Programa nacional de controle do Tabagismo**. 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/pro

[grama-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional](#)>. Acesso 16 de setembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. **Tabagismo passivo**. 2018a. Disponível em:< <https://www.inca.gov.br/tabagismo/tabagismo-passivo>>. Acesso em 14 jul. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição** — PNSN-1989. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília: INAN, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tabagismo Passivo**: Apresenta os malefícios à saúde relacionados ao tabagismo passivo. 2014a. disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013**. 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html >. Acesso em 12 out 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Ferramenta de avaliação de cuidados primários. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. BRASIL, 2014b. Brasília, 2014.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), **Exposição ao fumo passivo específica do estado e tabagismo atual entre adultos** - Estados Unidos, 2008. MMWR, Atlanta, v. 58, n. 44, p. 1232-1235, 2009.

COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Perfil_Enfermagem_DadosRS.pdf>. Acessado em: 24 agosto 2017.

DIAS HL. **Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na Atenção Básica** [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.

DOREA AJP, BOTELHO C. Fatores dificuldades da cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol** 2004 Aug.30(2).41(6).

CRUZ MS, GONÇALVES MJF. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle ao Tabagismo. **Rev Bras Cancerol**. 2010;56(1):35-42

DOLL, R. et al. **Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors**. BMJ, [S.l.], v. 328, jun. 2004.

FERNANDES MC, BARROS AS, SILVA LMA, NÓBREGA MFB, SILVA MRF, TORRES RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, núm. 1, enero-febrero, 2010, pp. 11-15. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019595002>>. Acesso em 16 Out 2019.

FERREIRA, LV. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre as ações para a cessação do hábito de fumar/ UFJF: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, 2017.

IORE, M. C., et al. **Tratar uso e Dependência do Tabaco**: Atualização de 2008. Diretriz de Prática Clínica. Rockville, MD: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, maio de 2008.

FIQUEIRÓ, Luciana Rizzieri; ZIULKOSKI, Ana Luiza; DANTAS, Denise Conceição Mesquita. *Thirdhand smoke*: quando o perigo vai além do que se vê ou sente. **Cad. Saúde Pública** 2016; 32(11):e00032216. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/csp>. Acesso em 14 jul. 2019.

GARRETT, B. E., ROSE C. A., HENNINGFIELD, J. E. **Tabagismo e intervenções farmacológicas**. Expert Opin Pharmacother, Londres, v. 2, n. 10, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. -5. Ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, E.P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

HAGGSTARM, F. M., CHATKIN, J. M., CVALET-BLANCO, D., RODIN, V. & FRITSCHER, C. (2001). Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J. Pneumologia**, 2(5), 265-261.

IGLESIAS, R.M. Increasing excise taxes in the presence of an illegal ciarette market: the 2011 Brazil tobacco tax reform. **Rev Panam Salud Publica** 2016; 40(4):243-249.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp): **ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA; 1997.

JOSÉ, B.P.S; CORRÊA, R.A; MALTA, D.C; PASSOS, V.M.A; FRANÇA, E.B; TEIXEIRA, R.A; CAMARGOS, P.A.M. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Rev Bras Epidemiol** MAIO 2017; 20 SUPPL 1: 75-89.

KAHENDE, J. W. *et al.* Uma revisão das avaliações econômicas dos programas de controle do tabaco. *Int. J. Environ. Res. Saúde Pública*, Basel, v. 13, n. 1, p. 51-68, 2009.

KOUICHI, CT; ROCHA, EFR; NEVES, IA. UNISALESIANO/ **O papel do programa de controle ao tabagismo no combate do vício ao tabaco**. Lins-SP, UNISALESIANO, 2009.

KRINSKI, BM; SILVA DDF; SCHNEIDER M. Grupo de cessação de tabagismo na Atenção Primária à Saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. **Rev. APS.** 2018 jan/mar; 21(1): 66 - 76. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15867>. Acesso em 15 Out 2019.

LEITE, Francisco Tarcisio. **Metodologia Científica**: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros. – Aparecida – SP: Ideias & Letras, 2008.

LEVY, D; DE ALMEIDA, L.M; SZKLO, A. **The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle-income nation**. PLoS Med 2012.

LIMA, EFA *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(1):e9405. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf>. Acesso em 24 agosto 2019.

LONGANEZI, Valeria. **Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo**/Valeria Longanezi. São Paulo, 2016.

MAFFACCIOLLI R, LOPES M JM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Cien Saude Colet** 2011; 16(Supl. 1):973-998.

MALTA, D.C; OLIVEIRA, T.P; SANTOS, M.A.S; ANDRADE, S.S.C.A; SILVA, M.M.A. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011- 2015. **Epidemiol Serv Saúde** 2016; 25:373-90.

MALTA, D.C; OLIVEIRA, T.P; LUZ, M; STOPA, S.R; DA SILVA JUNIOR J.B, DOS REIS A.A. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. **Ciênc Saúde Coletiva** 2015; 20:631-40.

MALTA, D.C; SILVA, M.M.A; ALBUQUERQUE, G; LIMA, C.M; CAVALCANTE, T; JAIME, P.C; *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc Saúde Coletiva** 2014; 19:4301-12.

MEIER, D. A. P., VANNUCHI, M. T. O. & SECCO, I. A. O. (2011). Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. **Revista Espaço para Saúde**, 13(1), 35-44.

MENDES, E.V. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.

MESQUITA, A. A. (2013). **Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 15(2), 35-44.

MESQUITA, A.A. Avaliação e tratamento psicológico do fumante: uma revisão bibliográfica. Mudanças – **Psicologia da Saúde**, 22 (2), Jul.-Dez. 2014, 33-41p.

MILSTEIN, B; HOMER, J; HIRSCH G. Analyzing national health reform strategies with a dynamic simulation model. **Am J Public Health** 2010; 100(5):811-819.

MONTEIRO, C.A; CAVALCANTE, T.M; MOURA, E.C; CLARO, R.M; SZWARCOWALD, C.L. **Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003)**. Bull World Health Organ 2007; 85:527-34.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda; JUNIOR, Luiz Cordon; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2): 393-400,

2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00393.pdf>>. Acesso em 24 agosto 2019.

OLIVEIRA, JDF. *et al.* **Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas no processo de cessação do tabaco.** Ver. Salusvitar; 34(3) 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-775844>. Acesso em 02 de dez. 2018.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2013;66(esp):158-64.

ONOCKO, C.R. T; CAMPOS, G.WS; FERRER A.L; CORRÊA C.R.S; MADUREIRA, P.R; GAMA, C.P; DANTAS, D.V; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saude Publica** 2012; 46(1):43-50.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), **Enfrentando a epidemia do tabaco em uma era de liberalização comercial.** Genebra: WHO, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), **Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco, 2009:** Implementando ambientes livres de fumo. Genebra: WHO, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2015:** raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.

PEREIRA, AAC; GRITSCH, LJ; PASSOS, MS; FURTADO, MD. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.** (23)3: e55096, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55096>. Acesso em 15 Out 2019.

PINTO, M.T, PICHON-RIVIERE, A; BARDACH, A. **Estimativa da carga do tabagismo no Brasil:** mortalidade, morbidade e custos. Cad Saúde Pública 2015; 31:1283-97.

PORTES LH, CALDAS MARIA AJ, PAULA LT, FREITAS MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev. APS**. 2011; 14(1):111-119.

PORTES, L.H; CAMPOS, E.M.S; TEIXEIRA, M.T.B; CAETANO, R; RIBEIRO, L.C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):439-448, 2014.

PORTES, L.H; MACHADO, C.V; TURCI, S.R.B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cad Saude Publica** [Internet]. 2018 [acessado 8 de março de 2018]; 34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2018000205012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 16 de nov. 2018.

PORTES, L.H; MACHADO, C.V; TURCI, S.R.B; FIGUEIREDO, V.C; CAVALCANTE, T.M; SILVA, V.L.C. **A Política de Controle do Tabaco no Brasil**: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1837-1848, 2018.

REICHERT J., ARAÚJO A. J., GONÇALVES C. M. C., GODOY I, CHATKIN J. M., SALES M. P. U., SANTOS, S. R. R. A. *et al.* (2008). Diretrizes para a cessação do Tabagismo - Abordagem de grupos específicos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 34 (10), 859 – 869.

REPACE, J. L.; JOHNSON, K. C. **Can displacement ventilation control secondhand ETS?** ASHRAE IAQ applications, v. 7.n. 4, p. 3-6, 2006. Disponível em: < http://www.repace.com/pdf/Black_Dog_Pub_Study.pdf >. Acesso em: 14 Jul. 2019.

RODRIGUES, M.L. **Associação entre a religiosidade e a cessação do tabagismo em usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família** /. Rio de Janeiro, 2017.

SALES, M. P. U., FIGUEIREDO, M. R. F., OLIVEIRA, M. I. & CASTRO, H. N. (2006). Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 32(5), 410-417.

SCAVAZZINI, A. **A Estratégia de Saúde da Família e o combate ao tabagismo.** UFMG, Formiga, 2012.

SILVA, L.C.C; ARAÚJO, A.J; QUEIROZ, A.M.D; SALES, M.P.U; CASTELLANO, M.V.C.O. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J Bras Pneumol.** 2016;42(4):290-298. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S180637562016000000145>. Acesso em 18 de nov. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SZKLO, A.S; ALMEIDA, L.M; FIGUEIREDO, V.C; AUTRAN, M; MALTA, D; CAIXETA, R. *et al.* A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Prev Med** 2012; 54:162-7.

SZKLO, A.S; SOUZA, M.C; SZKLO, M; ALMEIDA, L.M. **Smokers in Brazil:** who are they? **Tob Control** 2016; 25:564-70.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 1997.

WÜNSCH FILHO V, MIRRA AP, LÓPEZ RVM, ANTUNES LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.** 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Centro de Estudo Superiores de Itaituba S/C LTDA

Faculdade de Itaituba – FAI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- ENFERMEIROS

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, na qualidade de profissional de saúde, desta pesquisa, que lhe trará como benefícios a oportunidade de poder explorar conhecimentos no que concerne o funcionamento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) junto a Atenção Básica do município de Itaituba no intuito de arquitetar parâmetros para a atuação do referido programa. A sua participação ocorrerá através de uma Entrevista Semiestruturada com um roteiro de perguntas que abordam sobre o desenvolvimento do PNCT em sua Unidade Básica de Saúde (UBS) e a importância deste para a população atendida na área adstrita a respectiva UBS.

A presente pesquisa, denominada de “O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT) NA ATENÇÃO BÁSICA (AB) DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PA” tem por objetivo geral: Analisar o cenário atual do PNCT na AB de Itaituba, e objetivos específicos: Caracterizar o perfil dos Enfermeiros Gerentes da AB do município de Itaituba; Descrever as ações da AB para cumprir com os seus atributos e responsabilidades no cuidado com a pessoa tabagista e Descrever a percepção dos Enfermeiros Gerentes da AB do município de Itaituba acerca do PNCT.

A importância deste estudo reside no fato do tabagismo ser um grave problema de Saúde Pública Nacional que precisa ser debatido em âmbito local, pois Itaituba ainda não conta com estudos e pesquisas a respeito do tabagismo e atuação do PNCT, além da oportunidade de poder explorar e difundir conhecimentos ao mundo acadêmico, profissionais de saúde e sociedade em geral a respeito do funcionamento de um programa na AB que pode ser um instrumento para auxiliar os tabagistas na cessação do fumo.

Esta pesquisa não apresenta riscos físicos aos seus participantes, todavia pode apresentar riscos mínimos, como o constrangimento dos mesmos ao responder parte do questionário. Sendo assim, com o objetivo de atenuar este risco serão realizadas orientações a respeito do conteúdo do questionamentos.

Conforme a resolução do CNS nº 466/2012, caso o participante sinta-se prejudicado o mesmo tem direito a indenização com cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano mediante a comprovação nexa causal.

Esta pesquisa só será desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPA - Universidade do Estado do Pará – Campus XII – Tapajós, localizada na Av. Plácido de Castro, 1399, no bairro Aparecida do Município de Santarém – PA, com Cep: 68.040.090 e contato de telefone: (93) 3512-8013, Fax: (93) 3512-8000 e E-mail: cepuepa@outlook.com.

O Comitê de Ética e Pesquisa – CEP é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa, e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Ademais devem informar e educar seus membros e a comunidade quanto a sua função no controle social.

No caso de quaisquer dúvida ou questionamento você poderá entrar em contato com os pesquisadores desta pesquisa, Erivan Miranda do Nascimento pelo telefone (93) 991101903 ou pelo e-mail erivannascimento19@gmail.com e Tatiane Panágio de Carvalho pelo telefone (93) 991344719 ou pelo e-mail tatianepanagio80@gmail.com.

Sua participação nesta pesquisa é voluntaria, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não lhe implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. O conteúdo desta entrevista será utilizado para fins de pesquisa sobre a temática, cujos resultados serão publicados ou apresentados em eventos científicos. Você poderá ter acesso aos resultados gerais da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com o pesquisador. Sendo o termo redigido em mais de uma folha, as mesmas são numeradas e deverão ser rubricadas por todos os participantes do estudo em todas as suas folhas.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu _____
declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar, e em caso de dúvidas poderei entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores Juliane Almeida Lira, pelo telefone (93) 991247285 ou pelo e-mail ajulira28@hotmail.com, Erivan Miranda do Nascimento, pelo telefone (93) 991101903 ou pelo e-mail erivannascimento19@gmail.com e Tatiane Panágio de Carvalho, pelo telefone (93) 991344719 ou pelo e-mail tatianepanagio80@gmail.com.

Sendo assim, declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Itaituba, _____ de _____ de 2019.

Participante

Juliane de Almeida Lira
Pesquisadora

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu _____

declaro que informei ao participante dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, sanando todas as suas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento o participante poderá solicitar novas informações e interromper sua participação se assim o desejar. Dessa forma, declaro que cumpro com todas as exigências contidas na Resolução CNS 466/12 para obter o consentimento do participante.

Itaituba, _____ de _____ de 2019.

Pesquisador

APÊNDICE B: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA -ENFERMEIROS



Centro de Estudo Superiores de Itaituba S/C LTDA

Faculdade de Itaituba – FAI

O programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na Atenção Básica do Município de Itaituba, Pará

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – ENFERMEIROS

UBS: _____

Caracterização dos Entrevistados

Sexo: () F () M

Idade: () 20- 29 () 30- 39 () 40- 49 () 50- 59 () 60 ou mais

Tempo de atuação como enfermeiro(a): () >2 anos () 2 a 5 anos () 5 a 10 anos
() mais de 10 anos

Período que atua na Unidade: () >2 anos () 2 a 5 anos () 5 a 10 anos () mais de 10 anos

Abordagem Inicial

- 1) Sua Unidade Básica de Saúde (UBS) possui conhecimentos acerca do Programa nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), bem como das diretrizes para o tratamento e cessação do Tabagismo na Atenção Básica?

() Sim () Não

- 2) As ações do PNCT no que concerne ao tratamento e cessação do tabagismo estão sendo realizadas em sua UBS?

() Sim () Não

1º Cenário: Caso a resposta para questão “2” seja não

- 3) Quais os motivos e as dificuldades que impossibilitam a efetivação do programa em sua UBS?
- 4) A sua UBS possui estrutura física, recursos materiais e profissionais capacitados para a implantação do programa?
() Sim. Detalhe-a? () Não. Por que?
- 5) Na condição de gestor e tendo o conhecimento das necessidades da população atendida na área adstrita à UBS, você considera importante a efetivação do programa na localidade, bem como em toda a AB do município de Itaituba?
() Sim. Por que? () Não. Por quê?

2º Cenário: Caso a resposta para questão “2” seja Sim

- 6) Há quanto tempo o programa está em andamento?
- 7) A sua UBS possui estrutura física, recursos materiais e profissionais capacitados para a realização das ações do programa?
() Sim. Detalhe-a? () Não. Detalhe-a?
- 8) Como é organizado esse atendimento? Explique-o detalhadamente?
- 9) Na condição de gestor e tendo o conhecimento das necessidades da população atendida na área adstrita à UBS, você considera que foi relevante a implantação do programa na localidade?
() Sim. Por que? () Por quê?

APÊNDICE C: OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

Ofício nº ____/2019

Itaituba, ____/____/2019.

A Ilma. Sr. Carla Rosa Santos
Função: Secretária de Saúde

Solicitamos a permissão para o (a) acadêmico
(a) Carla Rosa Santos
sob o RA: 312311 do ____ período do Curso de Bacharel em Enfermagem
da Faculdade de Itaituba, ____
realize a pesquisa
intitulada Estudo de caso sobre a utilização de medicamentos em pacientes com diabetes mellitus
sob
orientação de Prof. Dr. Alexandre Lira, a
realizar-se no setor Unidade de Saúde da Família, a
finalidade é meramente acadêmica para a construção de Trabalho de
Conclusão de Curso (TCC).

Certo de contarmos com a sua colaboração, agradecemos.

JULIANE DE ALMEIDA LIRA
Coord. do Curso de Enfermagem
Portaria 01 de 2019
Juliane de Almeida Lira

COREN-PA 118820-ENF
Coordenadora do curso de Enfermagem FAI

Av. Governador Fernando Guilhon, 895 Jardim das Araras - Itaituba - PA

Telefone: (93) 35184320-4320 / Fax: (93) 3518-4319

Site: www.unifaitb.edu.br / E-mail: fai@unifaitb.edu.br

Recebido
29/05/19 11:42
Thais Perceira P. Moura
Secretária da Diretora
Mat. 703747-5

ANEXOS**ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de Itaituba
Secretaria Municipal de Saúde

OF. Nº 0116-GAB/SEMSA

Itaituba-PA 30 de Maio de 2019.

Do: Gabinete do Secretário
Para: Faculdade de Itaituba
Coordenação do Curso de Enfermagem
Sra. Juliane de Almeida Lira

Prezada Senhora,

Pelo presente, autorizamos o seu acadêmico do Curso de Enfermagem, **ERIVAN MIRANDA DO NASCIMENTO**, a realizar a sua pesquisa de campo aplicando um questionário. Para desenvolver projeto de pesquisa sobre "**O Programa Nacional de Controle do Tabagismo na Atenção Básica do Município de Itaituba, Pará**", a ser realizado nas UBS's: Bom Remédio, Floresta, Piracanã, Carlos Furtado, Edson Botelho, Jardim das Araras, Liberdade, Viva Itaituba, Wirland Freire, Jardim Aeroporto, São Tomé, Bela Vista e Miritituba. Os dados coletados serão utilizados na conclusão do TCC.

Para tanto, é necessário que o mesmo respeite os direitos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,


Iamãx Prado Custódio
Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 0071/2019.

Av. Marechal Rondon, s/n – Bairro Boa Esperança – Fone: (93) 991439090 – Itaituba – Pará
E-mail: semsa@itaituba.pa.gov.br / iamax.prado@itaituba.pa.gov.br

ANEXO B: PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA PARÁ

Pesquisador: Juliane de Almeida Lira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22741219.9.0000.5168

Instituição Proponente: CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA LTDA - ME

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.714.676

Apresentação do Projeto:

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



Continuação do Parecer: 3.714.676

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTAREM, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:

Rodrigo Luis Ferreira da Silva
(Coordenador(a))