

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JOZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA BEZERRA

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO: ACHADOS NA LITERATURA E
APLICABILIDADE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados como parte do requisito para obtenção do título de Mestre, na linha de pesquisa: “Processos Comportamentais e Cognitivos”.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Karen Del Rio Szupszynski

Coorientadora Prof. Dr. Gustavo Levandoski

Março de 2020.
Dourados – MS.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

B574p Bezerra, Jozabete Ferreira de Oliveira.

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO: ACHADOS NA LITERATURA E
APLICABILIDADE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL [recurso eletrônico] / Jozabete
Ferreira de Oliveira Bezerra. -- 2020.

Arquivo em formato pdf.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Del Rio Szupszynski.

Coorientador: Prof. Dr. Gustavo Levandoski.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2020.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Tabagismo. 2. Prevenção. 3. Cessação. 4. Políticas públicas. 5. Programa nacional de
controle do tabagismo. I. Szupszynski, Karen Del Rio. II. Levandoski, Gustavo. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

JOZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA BEZERRA

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO: ACHADOS NA LITERATURA E APLICABILIDADE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados como parte do requisito para obtenção do título de Mestre, na linha de pesquisa: “Processos Comportamentais e Cognitivos”.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Karen Del Rio Szupczynski
Presidente/Orientadora
Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Prof. Dr. Gustavo Levandoski
Coorientador
Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Carvalho Castro UFGD
Membro Titular

Prof^ª. Dr^ª. Irani Iracema de Lima Argimon PUCRS
Membro Titular

Dedico essa pesquisa primeiramente a Deus, meu refúgio, fortaleza, companheiro de todos os momentos. Ele alimentou a minha alma com calma e esperança durante toda a jornada.

Dedico a alegria dessa vitória aos meus pais Olívio Gomes de Oliveira (in memória) e Clotilde Ferreira de Oliveira (in memória), meu primeiro exemplo de renúncia, abnegação, carinho e amor incondicional. Que formaram o alicerce necessário, que com o passar dos anos contribuiu para lapidar toda minha essência como ser humano e toda formação moral, emocional e espiritual, antes que eu pudesse alçar voo sozinha, em busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Quando começo a pensar na trajetória percorrida até aqui, fico pensando na quantidade de pessoas que estiveram envolvidas, e como, em poucas palavras, eu poderia agradecer e destacar a relevância de todos, de um jeito simples e criativo. Foi aí que me veio a mente, usar a linguagem figurativa de um jogo no formato de equipe, em que cada jogador, ocupa um lugar, com uma tarefa, importante e ao mesmo tempo singular. Nesse cenário temos a torcida, o técnico, os massagistas, preparadores físicos, nutricionistas, o goleiro, e o zagueiro, e até mesmo os que ficam nos bastidores. Aproprio-me dessa metáfora para ilustrar a importância da atuação de todos os envolvidos.

Agradeço a Deus, meu refúgio, fortaleza e sabedoria nos momentos mais difíceis.

Sou imensamente agradecida ao meu esposo, companheiro mais próximo, que mesmo em meio ao cansaço, teve sempre uma escuta ativa, colaborativa, carinhosa e compreensiva. Sou grata aos meus filhos e genro, familiares e amigos, que estiveram na arquibancada, torcendo mesmo diante da mais simples jogada. O amor, carinho, motivação, confiança de vocês me deram a força necessária para a conclusão de cada etapa.

Aos meus professores cujas personalidades, métodos, técnicas e amizades facilitaram minha caminhada.

A Universidade Federal da Grande Dourados, com toda a estrutura física, humana e recursos disponibilizados para evoluir e alcançar minhas metas.

A direção da UFCH, ao programa de pós-graduação, na pessoa da coordenadora professora Dr^a Verônica Aparecida Pereira e secretária do PPGPsi na pessoa do Gustavo de Oliveira Araújo. A todos vocês, meu reconhecimento, admiração e gratidão.

A professora Dr.^a Karen Del Rio Szupczynski, que participou diretamente de todas as fases dessa caminhada, como orientadora e incentivadora. A você professora meu agradecimento na emoção do dever cumprido, de um sonho realizado.

Ao professor Dr. Gustavo Levandoski, reconheço e agradeço profundamente o carinho, disponibilidade, apoio, confiança e contribuições relevantes.

As Secretarias de Saúde de Campo Grande, Dourados, Ponta Porã, Três Lagoas e Corumbá que disponibilizaram dados importantes da aplicação do programa de controle do tabagismo, participantes fundamentais desta pesquisa.

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

Compartilho com meus colegas, que estiveram comigo nessa caminhada, as alegrias desta realização.

PREFÁCIO

Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.

(Leonardo da Vinci)

Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.

(Mahatma Gandhi)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	11
SEÇÃO I – Um estudo sobre a aplicabilidade do programa nacional de controle do tabagismo: uma revisão sistemática da literatura	13
Introdução	14
Método	18
Resultados	20
Discussão	22
Considerações Finais	31
Referências	32
SEÇÃO II – Estudo sobre a aplicabilidade do programa de controle do tabagismo no estado de Mato Grosso do Sul	36
Introdução	37
Método	44
Resultados	46
Discussão	50
Considerações Finais	53
Referências	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS	59
ANEXOS	61
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
Anexo 2 - Parecer consubstanciado do CEP	64
Anexo 3 - Roteiro da entrevista semiestruturada	66

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica
ABS Atenção Básica de Saúde
ACT Aliança de Controle do Tabagismo
AIDS Sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS Atenção Primária à Saúde
AVC Acidente vascular cerebral
AVE Acidente vascular encefálico
CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde, décima edição.
CONICQ Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco
CQCT Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS
DCNT Doenças crônicas não transmissíveis
DESC Descritores em Ciência da Saúde
DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edição
ERF Escala de Razões para Fumar
ESF Estratégia Saúde da Família
INCA Instituto Nacional do Câncer
MESH Medical Subject Headings
MS Ministério da Saúde
MTT Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS Organização Mundial da Saúde
PIB Produto Interno Bruto
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCT Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSE Programa Saúde na Escola
QTF Questionário de Tolerância de Fagerström
SBPT Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SES Secretaria Estadual de Saúde
SISREG Sistema Nacional de Regulação
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
TCC Terapia Cognitivo Comportamental
UBS Unidade Básica de Saúde
UFGD Universidade Federal da Grande Dourados
VIGITEL Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças por inquérito telefônico

NOTA

Atenção Básica (AB), Nomenclatura usada pelo Ministério da Saúde para caracterizar o conjunto de ações de saúde regido pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2006).

Atenção Primária à Saúde (APS), frequentemente encontrado na literatura internacional. Usado ultimamente pelo Ministério da Saúde no Brasil. Diz da operacionalização, dos serviços oferecidos à população na Atenção Primária sistematizada por Starfield em 1992 (Abrahão, 2007)¹, em aspectos exclusivos, essenciais e aspectos derivados. Os aspectos exclusivos dos serviços de APS envolvem ações de: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; e coordenação da atenção, enquanto os aspectos derivados qualificam as ações dos serviços de APS, e abarca ações de: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária, e competência cultural, a fim de oferecer um atendimento mais humano, qualificado e centrado na pessoa (Starfield, 2002)².

¹ Abrahão, A. L. (2007). Atenção Primária e o processo de trabalho em Saúde. *Informe-se em promoção da saúde*. v. 03, n. p. 01-03.

² Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde.

INTRODUÇÃO GERAL

O tabagismo é um tema de interesse crescente de diversos campos de conhecimentos tanto nos domínios das ciências biológicas quanto humanas, e se insere também em um jogo de poderes em que se opõem política, saúde, economia e religião (Rauter, 2011). O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, desencadeada pela dependência da nicotina, além de ser um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (Oliveira & Naves, 2018). Estima-se que mais de cinco milhões de mortes ao ano, no mundo, decorrem de uso persistente do tabaco. No Brasil, esse número é de 156.216 mortes, que poderiam ser evitadas, representando um quantitativo de 428 mortes por dia (Pinto et al., 2017).

Seguindo esta tendência, o prognóstico para 2025-2030 é que esse número possa chegar a 10 milhões de mortes por ano, com maior incidência em cerca de 70% de países desenvolvidos. Contudo, os índices atuais podem ser considerados bastante elevados, especialmente se comparados com outras causas evitáveis de morte, tais como: alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios (Pinto, Pichon-Riviere & Bardach, 2015; Pinto et al., 2017).

Assim, a presente dissertação teve como objetivo compreender a aplicabilidade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado do Mato Grosso do Sul e está estruturada em duas seções.

A seção I é o capítulo teórico e teve como objetivo realizar uma revisão sistemática de literatura de estudos relacionados ao Programa de Controle do Tabagismo no contexto do SUS/políticas públicas. O intuito foi de investigar sobre essa temática, levando-se em conta a melhor evidência disponível na literatura e sua eficácia e segurança. Foi possível perceber que ainda hoje, existem poucos estudos que tratem especificamente da aplicação do Programa de Controle do Tabagismo no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. Como resultado da revisão sistemática da literatura, foram encontrados 560 artigos científicos, mas com todos os critérios de exclusão e inclusão previamente estabelecidos, obtiveram-se 13 (treze) artigos científicos, que foram analisados de acordo com os objetivos da pesquisa.

A seção II é o capítulo empírico da dissertação e teve como objetivo verificar a utilização deste programa nas cinco maiores cidades do estado do Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã). Além disso, buscou mensurar a quantidade de pessoas atendidas nas respectivas secretarias de saúde e compreender a assistência disponibilizada pelas secretarias das cidades para o controle do tabagismo. Apesar dos esforços empreendidos pelas secretarias de saúde nos municípios pesquisados, o alcance do programa ainda é baixo, tendo atingido 1.508 fumantes, no período da pesquisa. Considerando que a taxa de fumantes no MS tenha se mantido nos últimos cinco anos, a partir dos dados do IBGE (2014), o programa teria alcançado um índice de 0,51% da população estimada de fumantes do Estado, um número que, por si só, propõe um desafio significativo para a proposta de reduzir o consumo de tabaco na perspectiva de promoção da saúde.

SEÇÃO I

UM ESTUDO SOBRE A APLICABILIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde como a principal causa evitável de doenças e mortalidade na história da humanidade. A nicotina, presente no cigarro, é a substância psicoativa responsável pela dependência químico/física. Imediatamente após o uso, a nicotina atinge o cérebro, geralmente, entre 7 a 19 segundos. Entre as causas de mortes e eventos atribuíveis ao tabagismo, no Brasil, estão relacionadas com doenças cardiovasculares (16%), por Acidente Vascular Cerebral (13%), pneumonias(13%) e por vários tipos de câncer (33,6%). Os percentuais mais elevados são referentes às doenças no aparelho respiratório (74%), câncer de laringe (80%), câncer de pulmão (78%), câncer de esôfago (65%) e neoplasias de boca e faringe (59%). Nesse cenário se tornam ainda mais relevantes os objetivos de prevenir e tratar os transtornos provenientes do tabagismo conforme preconizado pelo Programa de Controle do Tabagismo. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática de literatura de estudos relacionados ao Programa de Controle do Tabagismo no contexto do SUS/políticas, com intuito de descobrir, avaliar e organizar achados de investigações, levando-se em conta a melhor evidência disponível na literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura de estudos sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Foram utilizados os descritores: “tabagismo”; "sus"; "políticas públicas"; “policy”; “tobacco”; “policy smoke free”; “cessation smoking”; “tobacco use”; “tobacco treatment”, com o operador booleano “AND”. As bases de dados consultadas foram: Pepsic, Lilacs, Scielo, compreendendo o período de 2010 a 2019, artigos em português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram encontrados 560 artigos científicos, mas a partir dos critérios de exclusão e inclusão previamente estabelecidos, obteve-se 13 (treze) artigos científicos. **Discussão e considerações finais:** Constatou-se que, ainda hoje, existem poucos estudos que tratem especificamente da aplicação do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Conforme se depreende de algumas pesquisas, a importância do PNCT se relaciona diretamente com a redução dos danos do uso do tabaco, tanto no campo da saúde como de recursos públicos.

Palavras-chave: Tabagismo; Políticas públicas; Prevenção do hábito de fumar; Abandono do uso de tabaco.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado a principal causa evitável de doenças e mortalidade na história da humanidade (Portes, Machado, & Turce, 2018). Estima-se que haja, no mundo, entre 960 milhões a 1 bilhão de pessoas dependentes de nicotina, e mais de cinco milhões de mortes, ao ano, são atribuíveis ao uso constante do tabaco (Rosemberg, 2003). No Brasil, o número de mortes em razão do uso abusivo do tabaco, anualmente, é de 156.216 mortes, o que significa dizer que ao dia esse número é de 428 mortes, que poderiam ter sido evitadas (Pinto et al., 2017). Mundialmente, estima-se que existam dois bilhões e trezentos milhões de crianças e adolescentes. Caso os padrões atuais de consumo do tabaco sejam mantidos, 800 milhões delas se tornarão dependentes (Rosemberg, 2003). Uma revisão sistemática que analisou 41 artigos mostrou o impacto do consumo do tabaco na mortalidade, em diferentes países, como fator de risco e com forte impacto nas doenças que mais atingem a população (Oliveira, Valente, & Leite, 2008).

Entre as causas de mortes e eventos atribuíveis ao tabagismo, no Brasil, estão relacionadas: doenças cardiovasculares (16%); Acidente Vascular Cerebral (13%); pneumonias (13%); diferentes tipos de câncer (33,6%). Os percentuais mais elevados encontram-se entre as doenças respiratórias (74%), câncer de laringe (80%), câncer de pulmão (78%), câncer de esôfago (65%) e neoplasias de boca e faringe (59%) (Pinto et al., 2017).

A nicotina é a substância psicoativa responsável pela dependência químico/física. Os efeitos dessa substância no cérebro podem ser bastante graves. Imediatamente após o uso do cigarro, a nicotina atinge o cérebro, geralmente entre 7 a 19 segundos. Tabagistas que fumam 20 cigarros por dia, tragando em média 10 vezes em cada cigarro, realizam 200 impactos de nicotina no cérebro por dia, representando um total de 73 mil impactos no ano. O cálculo para quem consome apenas um cigarro por dia é de 3.650 impactos de nicotina nos centros nervosos, no decorrer de um ano. Dados apontam que, 98% dos envolvidos com o tabaco iniciaram o consumo entre 12 e 18 anos de idade. Quanto mais precoce o início, maiores serão os riscos de dependência e outros problemas relacionados ao tabaco, acarretando maiores dificuldades para o tratamento e ocasionando tendência de recaída em poucos dias. Um adolescente, que fuma um cigarro, tem forte risco de continuar fumando ao se tornar um adulto. Na

puberdade, o processo de dependência da nicotina é rápido e intenso, fazendo com que, na idade adulta, sejam consumidores contumazes de cigarro, chegando mesmo a consumir mais de 40 cigarros por dia (Marques et al., 2001; Rosemberg, 2003). A genética, estresse, depressão e outras doenças mentais estão entre os fatores desencadeantes da dependência de nicotina, da dificuldade do abandono e da maior frequência de recaída (Rosemberg, 2003).

O impacto dos custos com a assistência médica anual, relacionados ao tabagismo para os cofres públicos no Brasil é de R\$ 39,4 bilhões, além dos custos indiretos de 17,5 bilhões relacionados à produtividade perdida em consequência de morte prematura e incapacitação para o trabalho. A perda anual para o país é de R\$ 56.9 bilhões, representando 1 % do PIB nacional. Em contrapartida, a arrecadação fiscal pela venda de derivados do tabaco no mesmo período foi de aproximadamente R\$ 13 bilhões, representando apenas 23% dos custos diretos provocados pelo tabagismo ao sistema de saúde (Pinto et al., 2017).

Em razão dos elevados custos e danos à saúde, o Brasil, através do Ministério da Saúde, elege políticas públicas antitabagistas, como medida protetiva e interventiva à dependência de nicotina. Entendemos como políticas públicas, a forma de o Estado organizar e operacionalizar determinados projetos e programas, de caráter mais geral ou específico, com o intuito de fazer conhecidas suas intenções de atuação. O objetivo principal de uma política pública é permitir o acesso da população, no processo de discussão, consolidação e avaliação das ações do governo, e pode proporcionar transparência, além de dirigir com maior eficácia os recursos disponíveis, para responder a demandas específicas (Brasil, 1998; Rodrigues, 2010; Castro & Oliveira, 2014).

O artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil destaca a responsabilidade do Estado em prover a saúde pública através de políticas públicas e econômicas, com vista a atender as demandas advindas da relação abusiva com essa droga. Diante disso, o governo brasileiro tem uma longa trajetória, demarcada por políticas intersetoriais de controle do tabaco. Entre estas medidas, está o fim das propagandas, implantado pela Lei Federal 9.294/96, de 15 de julho de 1996, que vedou a veiculação de textos e/ou imagens que induzissem o consumo do tabaco. Outra medida importante adotada pelo Estado foi a tributação significativa sobre os produtos

derivados do tabaco, visando com isso diminuir o seu consumo no país (Caetano & Hoffmann, 2016).

Entre as ações do governo, relacionadas à política de controle do tabaco, talvez, a mais impactante é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 1986, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA). O programa surge com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade desencadeada por doenças relacionadas ao uso abusivo do tabaco (Caetano e Hoffmann, 2016; Brasil, 2015). É uma política de Estado, que envolve diversas ações intersetoriais, intermediadas pelo INCA, (Instituto Nacional do Câncer), pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONIQ) e pela Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) (Teixeira & Jaques, 2011; Portes et al., 2018). A trajetória do PNCT, permeada de ações normatizadoras, construiu ao longo dos anos um arcabouço de conhecimentos teóricos e práticos, responsáveis pela consolidação do programa de controle do uso do tabaco em âmbito nacional, que se tornou referência mundial (Teixeira & Jaques, 2011).

Paralelamente à criação de normas, outras medidas foram adotadas, entre estas a intervenção terapêutica. Os recursos terapêuticos usados no tratamento se estruturam em duas linhas de abordagem, que se complementam mutuamente. A primeira é constituída pelos recursos da Terapia de Reposição de Nicotina e o uso de Bupropiona; e a segunda é a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), em grupo ou individual (Sardinha, Oliva, D'Augustin, Ribeiro, & Falcone, 2005; Nunes & Castro, 2011).

A Terapia Cognitivo-comportamental visa à interrupção do hábito de fumar e a manutenção da abstinência, tendo como foco principal o desenvolvimento de habilidades pessoais para evitar situações de risco e prevenir recaídas. O uso de drogas é um comportamento que se estabelece de forma multifatorial, passível de ser modificado por meio da reconfiguração comportamental e pensamentos automáticos disfuncionais. Nesse sentido, a psicoterapia é uma metodologia importante no tratamento e controle do tabagismo (Marques et al., 2001; Saldaña, Del Prette & Del Prette, 2002; Nunes, Vargas, Nunes & Neto, 2011). A importância da TCC é atribuída ao bom índice de resultados favoráveis, já nas primeiras intervenções, visto que os pacientes demonstram uma boa adesão ao tratamento. É rica em estratégias e recursos, entre elas: a psicoeducação, aplicação de técnicas de relaxamento, controle de estímulos,

reestruturação de crenças e dos pensamentos relacionados ao uso abusivo do tabaco. A essência dessa abordagem é o autoconhecimento, automonitoramento e a responsabilidade pelas suas próprias atitudes, fatores importantes para a tomada de decisão (Sardinha et al., 2005).

Associado a isso, a trajetória da política de controle do tabaco no Brasil, perpassada por diversas medidas intersetoriais, tem sido responsável pela consolidação da rejeição social ao tabagismo. O que se depreende de uma análise dos índices atuais do consumo de tabaco no Brasil, é que houve avanços na prevenção e promoção do consumo do tabaco nos últimos 25 anos, com redução da prevalência do tabagismo. Embora os índices ainda sejam elevados, constata-se uma redução do hábito de fumar, algo em torno de 40% (quarenta por cento), com tendência de queda, além de mostrar uma mudança no perfil dos tabagistas no decorrer dos anos. Comparativamente, entre os anos de 2006 e 2018 foi registrada queda nos índices em três grupos etários, conforme Quadro 1. Outro dado importante da pesquisa é a queda significativa do tabagismo entre as mulheres, com redução do hábito de fumar em 44% (Brasil, 2019).

Grupo etário	2006	2018
18 a 24 anos	12%	6,7%
35 a 40 anos	18,5%	9,1%
45 a 50 anos	22,6%	11,1%

Quadro 1 – Índices de uso de tabaco em grupos etários (Brasil, 2019).

São perceptíveis, na trajetória das políticas antitabagistas, resultados significativos em termos de percentuais. Entretanto, apesar dos avanços, há um longo caminho a ser percorrido, até que os prejuízos à saúde pública sejam colocados dentro de índices “aceitáveis”. Nesse sentido, é preciso intensificar as ações que já se mostraram eficazes e monitorar o tratamento preconizado pelo Sistema Único de Saúde para o controle do tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde (Pinto, Pichon-Riviere & Bardach, 2015). Deve-se dar a devida atenção à existência de entraves na condução das políticas antitabagistas, tal como a interferência da indústria que, medindo forças, cria estratégias contra o controle, na tentativa de abrir novos campos de exploração (Turci et al., 2017; Boeira & Jons, 2007; Figueiredo, Turci & Camacho, 2017).

O cigarro eletrônico e o narguilé são as mais novas investidas da indústria do tabaco, contra a política de controle do tabagismo no Brasil e no mundo. A combinação de alguns fatores tem contribuído para a sua prevalência e disseminação, especialmente entre a população jovem. A falta de política específica de regulamentação do uso do narguilé, a introdução do tabaco aromatizado, a aceitabilidade social e a divulgação nas mídias sociais têm contribuído para a proliferação dos locais para uso ostensivo do narguilé em todo o mundo, alcançando significativa parcela da população. Estima-se que em 2022, as vendas de cigarros eletrônicos ultrapassem as do cigarro convencional, assumindo o posto de “vilão no século XXI” (Silva, Araújo, Queiroz, Sales & Castellano, 2016; Brasil, 2017).

Assim, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão sistemática de literatura de estudos relacionados ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo no contexto do SUS/políticas públicas, com intuito de descobrir, avaliar e organizar achados de investigações, levando-se em conta a melhor evidência disponível na literatura.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura de estudos sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, na qual foram incluídos artigos publicados em periódicos indexados na área da psicologia e saúde pública. É um tipo de estudo, que utiliza um processo abrangente de revisão da literatura, de forma imparcial e reproduzível, para localizar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis sobre determinada questão de pesquisa. Além disso, revisão sistemática conta com uma descrição detalhada dos métodos e critérios utilizados para selecionar e avaliar os artigos incluídos. (Sampaio & Mancini, 2007; De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi, & Bertolozzi, 2011; Brasil, 2012; Galvão & Pereira, 2014).

Procedimento

Foram analisados artigos nas bases de dados Psyc (Periódicos eletrônicos em Psicologia), Lilacs (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe/BVS-Biblioteca Virtual em Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*). A escolha

destas bases de dados justificou-se pelo fato de agregarem uma produção científica consistente e disporem de pesquisas relevantes no campo da psicologia e da saúde pública. A estratégia de localização e seleção dos estudos sobre o tabagismo foi direcionada para o Programa de Controle do Tabagismo no contexto do SUS/políticas públicas. Para orientar este estudo, formulou-se a seguinte pergunta: existe evidência, na literatura científica, sobre a aplicação/institucionalização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Sistema Único de Saúde?

As buscas nas bases de dados foram realizadas utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DESC) e os do *Medical Subject Headings* (MESH): “*tabagismo*”; “*SUS*”; “*políticas públicas*”; “*policy*”; “*tobacco*”; “*policy smoke free*”; “*cessation smoking*”; “*tobacco use*”; “*tobacco treatment*”, com o operador booleano “and”.

As publicações incluídas na pesquisa abarcaram o período de 2010 a 2019. Os trabalhos indexados fora desse intervalo, nas bases citadas, não foram considerados. As buscas nas bases de dados iniciaram-se em abril de 2019 e tiveram seu término em janeiro de 2020. Os achados foram avaliados por dois juízes independentes, com avaliação às cegas, com o objetivo de minimizar possíveis vieses.

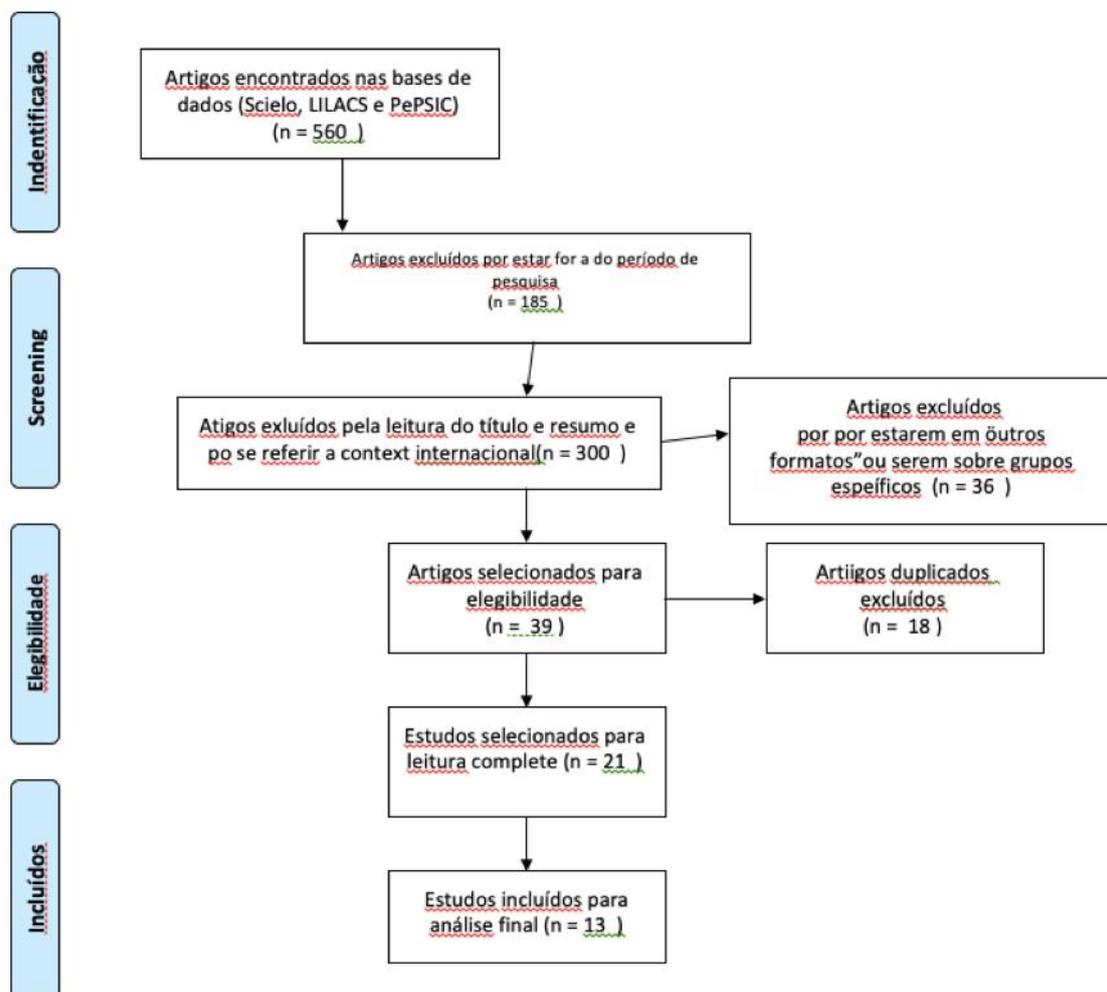
Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na pergunta que norteou esta revisão, dirigidos pelo tema já referido, no período de busca acima citado. Foram considerados artigos indexados nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pepsic nos idiomas português, inglês e espanhol. Os trabalhos fora do período estipulado e da temática em questão, bem como os que não foram encontrados na íntegra no ambiente digital, foram desconsiderados. Teses, dissertações, capítulos de livros, comentários de artigos e resenhas também não foram incluídos nesta revisão.

Os estudos selecionados foram explorados criteriosamente, de acordo com os seguintes dados: ano de publicação, título do artigo, método e objetivos do estudo e conclusões do estudo. A estratégia de desenvolvimento da revisão sistemática ocorreu de acordo com o *checklist* PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Brasil, 2012).

RESULTADOS

Como resultado desta revisão sistemática de literatura, foram inicialmente encontrados 560 artigos científicos. Através dos critérios de inclusão e exclusão, da totalidade de 560 artigos encontrados nas referidas bases de dados, 185 referências foram excluídas por estarem fora do período da pesquisa; 250 referências por análise de título e resumo; 50 por se referir ao contexto internacional; 34 excluídas por não estarem em formato de artigo (documentos informativos e descritivos dos órgãos governamentais); 2 por tratarem de um grupo específico; e 18 referências removidas por estarem duplicadas. Nesse sentido, dentro dos critérios de elegibilidade, chegou-se ao quantitativo de 13 (treze) estudos incluídos para análise, conforme detalhamento na Figura 1.

Figura 1. Diagrama de seleção dos artigos - *PRISMA Diagram Generator*.



No Quadro 2 é exposta a lista dos artigos levantados nas bases de dados sobre o Programa de Controle do Tabagismo no Brasil. Destes, 07 (sete) estão indexados nas bases de dados Scielo e Lilacs, 04 (quatro) estão indexados somente na base de dados Scielo e 02 (dois) somente na base de dados Lilacs.

Quadro 2 - Artigos levantados na base de dados sobre a política de controle do tabagismo no Brasil.

Numeração do Artigo e Ano de publicação	Título do artigo	Autores	Método e objetivos	Conclusões do estudo
Artigo 1 2010	Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde	Pinto, M., & Ugá, M.A.	Exploratório e descritivo. Faz uma análise dos custos das doenças relacionadas ao tabaco para o SUS.	Esse artigo considera importante aumentar o quantitativo de pesquisa, assim como melhorar a qualidade das mesmas, além de subsidiar a implantação de novas ações e estratégias, com responsabilização da indústria do tabaco.
Artigo 2 2014	Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil	Bittencourt, L., Cruz, R. C., & Scarinci, I.C.	Descritivo. Descreve a perspectiva de gestores e profissionais de saúde sobre a seleção e capacitação dos profissionais de saúde para Programa de Controle do Tabagismo do Sistema Único de Saúde.	Aborda a importância da capacitação quanto a abordagem e tratamento de tabagistas, integrando as sugestões dos gestores e profissionais da saúde.
Artigo 3 2014	Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa	Fagundes, L. G. S., Martins, M. G., Magalhães, E. M. S., Palmieri, P. C. R., & Silva Júnior, S. I.	Revisão integrativa. Investiga as contribuições das políticas para a cessação do tabagismo no âmbito da América Latina	Ressalta a importância das medidas intersetoriais no sentido de impedir a expansão do tabaco/tabagismo.
Artigo 4 2014	Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais;	Silva, S.T., Martins, M.C., Faria, F.R., & Cotta, R. M. M.	Documental. Apresenta as ações do PNCTOFR identificando as evidências de sua eficácia na redução da prevalência do tabagismo no Brasil.	Aponta que o hábito de fumar ainda é um grande problema de saúde pública; novas investigações permitirão identificar lacunas na atuação do programa, reforçando as ações, potencializando suas estratégias.
Artigo 5 2016	Controle do tabagismo: desafios e conquistas	Silva, L.C.C., Araújo, A.J., Queiroz, A.A.D., Sales, M.P.U., Castellano, M.V. C.O.	Exploratório e descritivo. Pontua avanços na prática das políticas públicas no controle do tabagismo.	O artigo destaca a importância de se dar a devida atenção aos pacientes fumantes e jovens que ainda não fumam, priorizando a prevenção primária e secundária. Fala da importância da capacitação dos profissionais da saúde.
Artigo 6 2017	As instituições e a implementação do controle do tabaco no Brasil	Lencucha, R., Drope, J., Bialous, S.A., Richter, A.P., & Silva, V.L.C.	Entrevista Documental e descritiva. Examina as características institucionais da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco (CONICQ)	O estudo pondera a relevância de uma avaliação permanente, no sentido de ajudar no exame crítico do processo de geração de normas e de elaboração de regras, com o objetivo de fortalecer as instituições para a elaboração e implementação das políticas de saúde, identificando os facilitadores e obstáculos no trabalho intersetorial.
Artigo 7 2017	Brasil: balanço da Política Nacional de controle do Tabaco na última década e dilemas	Cavalcante, T.M., Pinho, M.C.M., Perez, C.A., Teixeira, A.P.L., Mendes, F.L., Vargas, R. R., Carvalho, A.O.R., Rangel, E. C., & Almeida, L.M.	Exploratório e descritivo. Narra a evolução da Política Nacional de Controle do Tabaco e as interferências da cadeia produtiva do tabaco e discute como o fortalecimento de políticas de promoção de alternativas de produção de fumo poderia protegê-la desse tipo de interferência.	Considera que reduzir o número de agricultores dependentes da produção de tabaco, restringira também a interferência das grandes companhias transnacionais de tabaco, nas medidas para redução da demanda do tabaco.
Artigo 8	A Convenção-Quadro	Teixeira, L. A. S., Paiva,	Documental e descritivo.	O artigo conclui que em relação às ações

2017	para o Controle do Tabaco da OMS da agenda política brasileira, 2003-2005	C. H. A., Ferreira, V.N.	Analisa a criação de uma agenda política de controle do tabaco no Brasil a partir da participação do país na (CQCT-OMS).	das políticas de controle do tabaco, registra-se um intenso e bem sucedido trabalho dos atores da saúde; Considera a existência de um complexo percurso das políticas antitabagista no país.
Artigo 9 2017	Implantação do tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013	Oliveira, L.M.A., Lemos, E.C., Souza, S.L.B., Maciel, M.G.G., Paes, IMBS & Reis, FKW.	Estudo transversal descritivo de abordagem mista. Analisa a implantação do tratamento do tabagismo em Pernambuco com base na Portaria 571/2013.	A pesquisa destaca a importância das estratégias de educação permanente, de monitoramento e de mobilização social na implantação do tratamento de tabagistas.
Artigo 10 2018	A política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos	Portes, L.H., Machado, C.V., Turci, S.R.B., Figueiredo, V. C., Cavalcante, T. M., &Silva, V. L. C.	Exploratório e descritivo. Apresenta um balanço da política brasileira de controle do tabaco de 1986 a 2016.	O artigo considera importante, na análise das políticas de saúde, as relações entre o contexto internacional e a articulação entre diferentes setores e atores governamentais.
Artigo 11 2018	Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo	Barreto, I.F.	Revisão narrativa. Narra a natureza das discussões científicas que embasam as políticas de controle do tabaco no Brasil, no que diz respeito a disputa de interesse das indústrias do tabaco e organizações de saúde.	Destaca o êxito alcançado com a redução do tabagismo no Brasil, como resultado de uma política de Estado eficiente e alinhada com a produção científica.
Artigo 12 2018	Trajatória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016	Portes, L.H., Machado, C.V., &Turci, S.R.B.	Documental e descritivo. Analisa a política brasileira de controle do tabaco entre 1986 a 2016; caracteriza a trajetória da política e discute os avanços, limites e desafios.	O artigo relaciona o sucesso da política de controle do tabaco à expressiva redução da prevalência de fumantes e consolidação da rejeição social.
Artigo 13 2019	Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil	Portes, L.H., Machado, C.V., & Turci, S.R.B.	Exploratória e descritiva. Faz uma análise da Comissão Nacional para Implementação da CONIQC.	O estudo ressalta a complexidade da atuação da CONICQ, em face da interação de setores munidos de diversos interesses, posições e níveis de engajamento com o controle do tabaco.

DISCUSSÃO

De acordo com Rosemberg (2003) a luta contra a dependência de nicotina está baseada em dois aspectos básicos: a) socorrer as vítimas da dependência; b) proteger a população de ingressar no tabagismo por meio de medidas preventivas com base no “binômio legislação-educação” (p.118). Isso pode ocorrer em uma relação de interdependência, em que, a legislação ao mesmo tempo depende do apoio de programas educativos, facilita a comunicação e alcance das mensagens educativas.

Para organização e avaliação das evidências das ações do PNCT nos artigos selecionados, tomamos como referência as ações previstas como estratégias para atingir os objetivos do programa, quais sejam: 1) Medidas Legislativas: formulação de leis e normas na institucionalização do controle do tabaco/tabagismo; 2) Ações de comunicação; 3) Ações educativas; 4) Atenção à saúde; 5) Custos e tabagismo. A partir

da criação destas categorias foram construídas correlações teóricas entre os artigos selecionados, buscando integrar as principais contribuições de cada publicação.

1. Medidas Legislativas: formulação de leis e normas na institucionalização do controle do tabaco

Entre as medidas para controle do tabagismo as legislativas ocupam uma posição relevante. Fica evidente entre os artigos da revisão que a institucionalização do controle do tabaco no Brasil foi marcada por mudanças na política de saúde, ações de regulação do mercado e por eventos específicos relacionados ao tabagismo (Silva, Martins, Faria e Cotta 2014; Barreto, 2018). A estruturação da Política Nacional de Controle do Tabagismo, desde 1986, proporcionou o estabelecimento de um aparato legislativo regulador e restritivo do tabaco, sendo fatores norteadores no processo de institucionalização do controle do tabaco no país (Portes et al., 2018; Portes, Machado & Turci, 2018).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 caracteriza-se como instrumento basilar na consolidação de medidas legislativas antitabagistas. Destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e com isto, a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, que abarca ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (Portes et al., 2018). Ao lado do SUS, e alinhadas com esta concepção de saúde, várias outras ações se desenvolveram, notadamente voltadas para a questão do tabagismo.

1.1 A atuação da ANVISA na execução da política de controle do tabaco

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ocupa um lugar importante na proposição e desempenho da política nacional de controle do tabagismo no Brasil. Esta agência, criada em 1999, dentro de seus objetivos sanitários, regula os produtos derivados do tabaco comercializados no país e fiscaliza as leis nacionais (Portes et al., 2018). As ações de regulação do mercado são corroboradas por Silva et al. (2014), bem como a sua relevância na concretização dos objetivos do programa. Destaca-se, entre as ações: o estabelecimento do teor máximo permitido de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono para os cigarros; normatização da propaganda destes produtos; designação da

obrigatoriedade de imagens de advertência aos fumantes nos maços de cigarros, centralizando a regulamentação dos produtos derivados do tabaco e se destacando no cenário da execução da política de controle do tabaco no Brasil (Teixeira, Paiva & Ferreira, 2017; Portes, Machado & Turci, 2018).

De acordo com os estudos de Silva et al. (2014) e Portes et al. (2018) as ações normatizadoras construíram um conjunto importante de conhecimentos e vasta experiência no âmbito do controle do tabagismo. O aparato regulador do tabaco colocou o Brasil como referência mundial em medidas de controle do tabagismo.

1.2 Ações do INCA na articulação e coordenação da política nacional de controle do tabaco

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde desde 1989, estabeleceu-se como o principal órgão na articulação e coordenação da política nacional de controle do tabaco (Silva et al., 2014). Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a competência de controle do tabaco pelo Inca é reiterada. De acordo com esses mesmos autores, o (INCA) encampou e revitalizou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, conferindo maior legitimidade às ações de controle do tabaco, além de mediar conflitos entre setores. Esse pensamento é corroborado em estudos mais de Teixeira, Paiva e Ferreira (2017) e Portes et al. (2018), segundo os quais o INCA tem sido importante na criação de estratégias descentralizadoras, entre elas a liderança na estruturação de uma rede envolvendo agências internacionais, órgãos governamentais e sociedade civil; ações educativas em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho.

1.3 As ações de diferentes atores no combate ao tabagismo e institucionalização do controle do tabaco no Brasil

Alguns estudos fizeram uma reflexão sobre os principais “atores” voltados para o combate ao tabagismo e institucionalização do controle do tabaco em âmbito nacional. Portes et al. (2018) apontam que entre estes estão os profissionais da saúde com um

papel importante na criação de condições para a construção de um fluxo de políticas antitabagistas.

De acordo com Silva et al. (2016) com esta finalidade foi criada a Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), que desde o ano 2000 é considerada uma das instituições brasileiras mais atuantes e respeitadas nesse contexto, tendo papel relevante junto às principais ações que levaram à promulgação da Lei Antifumo: Lei Federal 12.546/2011. Portes et al. (2018) destacam o papel da sociedade civil e dos meios de comunicação, da academia, das organizações do setor da saúde e as associações de defesa dos agricultores, familiares e dos consumidores.

Já o estudo de Teixeira, Paiva & Ferreira (2017) destaca a importância dos técnicos da saúde, entre estes, os técnicos do INCA e os relacionados ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, diplomatas, com atuação a nível internacional. Esses “atores” contribuem de forma significativa, por meio de pesquisa, capacitação, envolvimento nos eventos educativos e realização de ações de controle do tabaco, junto ao Legislativo, Judiciário e Executivo, e a sociedade de um modo geral.

1.4. As ações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no país

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é uma estratégia da OMS para controlar o tabagismo mundialmente (Portes, Machado & Turci, 2018). O estabelecimento da CQCT-OMS permitiu a intensificação das preocupações com o problema, através da criação de uma comissão nacional para a consolidação da Convenção-Quadro para o controle do tabaco (CONICQ), composta por diversos órgãos governamentais, com instância de coordenação intersetorial e com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento das ações do tratado (Lencucha et al., 2017 & Cavalcante et al., 2017). Os estudos de Portes et al. (2018) e Portes, Machado & Turci, (2019) destacam o papel relevante da CONICQ no desenvolvimento de normas e regras na relação entre governo-indústria, no controle intersetorial do tabagismo.

Fagundes et al. (2014) falam das providências da CQCT, no sentido de assessorar os países parte do tratado, na redução do fornecimento e consumo do tabaco, por meio da elaboração programa com base em seis diretrizes, representada pelo

acróstico *MPOWER*. Silva et al. (2014) reforçam essas diretrizes, ao afirmarem que os princípios que norteiam as proposições da CQCT consistem em informar sobre os riscos sanitários decorrentes do consumo e exposição à fumaça do tabaco, ao lado de outras medidas legislativas, executivas e administrativas.

O estudo de Portes et al. (2018) afirma que as medidas elencadas pela CQCT, além de pretender reduzir a demanda e a oferta do tabaco, visam promover a cooperação científica e técnica, a proteção ao meio ambiente e medidas legislativas e legais no tratamento de responsabilidade penal e civil, nas questões decorrentes da indústria, circulação e consumo do tabaco. Pontuam que entre as principais contribuições da CQCT-OMS no controle do Tabagismo, a consolidação da rejeição social ao tabaco e o favorecimento das ações de controle do tabaco no país, fazem dela referência na solidificação da política antitabagista no país.

A coordenação intersetorial da Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil, na incrementação de ações de diferentes setores, cujos interesses mais facilmente se conflitam do que se harmonizam, se constitui um grande desafio. De acordo com Portes, Machado & Turci (2018) a atuação da CONICQ é afetada por interesses divergentes, com níveis de engajamento diferentes na política de controle do tabaco, dificultando a efetivação de medidas previstas pela CQCT. É importante, no processo de formulação de normas e regras, a identificação dos facilitadores e dificultadores, no sentido de fortalecer as instituições na elaboração e concretização de políticas de saúde (Lencucha et al., 2017).

2. Promoção de ambientes livres da fumaça

A promoção de ambientes livres da fumaça é uma medida de promoção e prevenção à saúde, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, seguida pelo Ministério da Saúde, no sentido de proteger não fumantes dos malefícios causados por sua exposição à fumaça, conforme ressaltam Fagundes, et al. (2014) e Silva et al. (2014).

A partir do final do ano de 1980, restrições ao fumo tem sido regulamentadas por meio de legislações no âmbito nacional, estadual e municipal. Como consequência,

a partir de 2011, é proibido fumar em ambientes coletivos fechados, privados ou públicos, com ressalva para locais restritos a certas práticas religiosas, tabacarias e estúdios (Portes et al., 2018). Esse tema é abordado também, no estudo de Silva et al. (2014), quando se refere a lei nº 9.294/1996, que restringe o uso de produtos derivados do tabaco, a áreas designadas para esse fim. Teixeira, Paiva & Ferreira (2017) destacam a proteção contra a exposição à fumaça como uma medida balizada pela CQCT. Essa medida é reforçada no artigo de Portes, Machado & Turci (2018), onde ambientes livres de fumo fazem parte dos principais marcos e estratégias da política nacional de controle do tabaco entre 1986 e 2016, como parte das negociações da CQCT da OMS e ratificado pelo Brasil em 2005, depois de um período amplo debate sobre a matéria.

A pesquisa de Portes, Machado e Turci (2018) mostra que em resposta a essas medidas, a partir do ano 2000, a rejeição social ao tabaco é consolidada, e o uso do tabaco em espaços públicos passou a ser compreendido como uma prática antissocial. As ações normatizadoras construíram um conjunto de conhecimentos e vasta experiência no âmbito do controle do tabagismo. O aparato regulador do tabaco colocou o Brasil como referência mundial em medidas de controle do tabagismo (Silva et al., 2014; Portes et al., 2018).

Apesar desses avanços, é importante ressaltar que o desenvolvimento de um programa de controle do tabagismo, necessariamente, atua em um campo de forças com vetores sociais e econômicos que interagem em constante oposição e respondem pela complexidade das ações no funcionamento da sociedade (Pelbart, 1989). Exemplo disto são os desafios que ainda persistem: primeiro desafio e o que decorre do fortalecimento do tabaco na perspectiva do agronegócio; e o segundo é proveniente das possíveis interferências e diferentes investidas da indústria e do comércio, que não apenas pretendem manter, mas ampliar sua abrangência na preferência das pessoas (Barreto, 2018). Com esses objetivos, a indústria do tabaco institui novas estratégias, modernos dispositivos para liberação da nicotina como é o caso dos cigarros eletrônicos, narguilé, cigarros sem fumaça, existindo hoje, centenas de marcas de cigarros eletrônicos, com diferentes características e composições, sem qualquer tipo de avaliação e fiscalização (Turci et al., 2017; Boeira & Jons, 2007; Figueiredo, Turci & Camacho, 2017; Santos, 2018).

3. As ações de comunicação: campanhas antitabagistas e outras ações educativas

Nos dias 31 de maio, “Dia Mundial sem Tabaco”, e 29 de agosto, “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, o INCA promove e coordena a intensificação de campanhas antitabagistas, com o objetivo de sensibilizar a população de um modo geral, sobre os malefícios do uso abusivo do tabaco (Silva et al., 2014).

Portes et al. (2018) pontuam que as ações educativas e de conscientização das populações são importantes, e ganham apoio popular na luta contra o tabagismo. Silva et al. (2014) lembram que as intervenções educativas são estruturadas, sistematizadas em ações pontuais e contínuas, com o objetivo de alcançar e sensibilizar o público alvo da intervenção, tais como: o programa “Saber Saúde”; O programa “Saúde e Coerência” e “Prevenção Sempre” (Portes, Campos, Teixeira, Caetano & Ribeiro, 2013); o programa “Saúde na Escola” (PSE); o programa “*Unidades de Saúde Livres do Cigarro*”; o projeto “Fala Sério”; e o “Dia 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco” e o “Dia 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo”.

As ações educativas, de informação e conscientização da população, bem como a sua importância na trajetória da política de controle do tabaco/tabagismo, são reiteradas no estudo de Portes, Machado & Turci (2018). Além disso, Oliveira et al. (2017) consideram fundamental, na implantação do tratamento do tabagismo, as estratégias de educação permanente, de mobilização social, de monitoramento e avaliação das ações do programa, contribuindo para ampliação e melhor qualidade na oferta do tratamento do tabagismo.

4. Atenção à saúde

4.1 Atenção à saúde através das intervenções terapêuticas

Bittencourt, Cruz e Scarinci (2014) destacam o atendimento do paciente preconizado pelo SUS, nas Unidades Básicas de Saúde, onde o paciente é recebido numa consulta de avaliação clínica, com vista um planejamento do tratamento, e

encaminhado para as sessões cognitivo-comportamentais estruturadas, individuais ou em grupo, sobre a coordenação de profissionais da saúde.

Silva et al. (2016) legitimam esse procedimento quando consideram importante, avaliar o paciente quanto aos aspectos pessoais, histórico do tabagismo, o grau de motivação e dependência, e, caso seja necessário, solicitar outros exames, como por exemplo, radiografia do tórax e espirometria (exame que mede a capacidade pulmonar). Esses autores alegam que esses procedimentos podem ser úteis na conscientização do fumante, já que na visão deles, os exames servem como fatores de motivação para a cessação do hábito de fumar. De acordo com as diretrizes do programa, na abordagem ao tabagista, é fundamental que se proceda a uma avaliação da motivação do grau de dependência da nicotina, das tentativas prévias de cessação e das recaídas com vistas a melhor orientação das ações no processo de tratamento (Brasil, 2015).

A abordagem recomendada pelo SUS no tratamento do tabagismo é a cognitivo-comportamental, associada ao treinamento de habilidades sociais, com apoio de medicamentos, quando necessário. De acordo com Silva et al. (2016) e Silva et al. (2014), as principais abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no controle do tabagismo são: abordagem breve/mínima e abordagem básica. O terceiro tipo é a abordagem específica/intensiva, com atendimento em ambulatório específico, e pode ocorrer no formato individual ou em grupo com duração de, no mínimo, 90 minutos. Portes, Machado & Turci (2018) enfatizam o tratamento do tabagismo entre os principais marcos e estratégias da Política Nacional de Controle do tabaco entre os anos de 1986 e 2016.

Assim, pode ser destacado, a partir dos achados dos estudos, que o tratamento disponibilizado pelo SUS, por meio de psicoterapia combinada com uso de medicamentos, é um suporte importante para aquelas pessoas que desejam interromper o uso dessa substância.

O tratamento do tabagista nas Unidades Básicas de Saúde é também destacado na pesquisa de (Bittencourt al., 2014). Os autores afirmam que a seleção e capacitação dos profissionais, que atuam no controle do tabagismo nas (UBS), é de responsabilidade das Coordenações do Programa Nacional do Tabagismo nos estados e municípios. O processo de seleção e capacitação é importante, no sentido de proporcionar o

conhecimento e habilidades técnicas necessárias ao profissional de saúde, a fim de oferecer suporte aos pacientes no processo de cessação do tabagismo.

4.2. Intervenções em locais de trabalho

Silva et al. (2014) alertam para o fato de que o local de trabalho é o espaço em que a maioria das pessoas passa boa parte do seu tempo. Nesses contextos, não fumantes podem ficar expostos à fumaça do tabaco, por várias horas por dia, uma ocorrência que era comum antes do advento das medidas reguladoras. No sentido de atender essa demanda, ainda de acordo com esses autores, o PNCT disponibiliza o módulo “Prevenção Sempre”, cujos objetivos são:

- Dar suporte aos profissionais da saúde ocupacional e outros profissionais das organizações empresariais;
- Nortear as ações, desses profissionais em âmbitos empresariais;
- Viabilizar um ambiente de trabalho livre da poluição decorrente do tabagismo;
- Reduzir a prevalência de funcionários fumantes;

5. Custos e tabagismo

Em termos sociais, a política de controle do tabaco, a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde compuseram uma importante base para as medidas de prevenção do tabagismo, abarcando ações de prevenção, promoção, recuperação e vigilância em saúde (Portes et al., 2018).

Ainda relacionado à dimensão social da política de controle do tabaco, Portes et al. (2018) fazem menção do potencial conflito entre o livre-arbítrio de uma pessoa para fazer suas escolhas e o dever do Estado na promoção e na preservação da saúde dos não fumantes, com privilégio do bem-estar coletivo.

Pinto e Ugá (2010) abordam a questão dos custos do tabagismo com assistência médica e perda de produtividade para o Sistema Único de Saúde, como resultado de morbidade e morte prematura. Este estudo apontou que no ano de 2005, o total de

internações atribuíveis ao tabagismo foi 282.549. De acordo com esses autores, a estimativa do custo total atribuível ao tabagismo para o Sistema Único de Saúde, naquele ano foi de R\$ 338.692.516,02.

Além dos custos, Pinto e Ugá (2010) também falam da diminuição de produtividade em razão da morbidade e morte prematura, com o afastamento do fumante do setor produtivo, temporária ou definitivamente, situação em que, muitas vezes, fica dependente da assistência médica e social.

Não obstante os avanços da política de controle do tabagismo, no que diz respeito à promoção da saúde, o impacto do tabaco sobre a saúde da população ainda apresenta índices elevados, haja vista a correlação feita entre a incidência de câncer na laringe e pulmão com o tabagismo (Pinto, et al., 2017). Além disso, o tabagismo ainda continua a gerar uma carga econômica significativa, com custos elevados com assistência médica, perda da produtividade em consequência de doenças tabaco-relacionadas e morte prematura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, a pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão sistemática de literatura de estudos relacionados ao Programa de Controle do Tabagismo no contexto do SUS/políticas públicas. Buscou descobrir, avaliar e organizar achados de investigações, levando-se em conta a melhor evidência disponível na literatura. Diante disso, pôde-se constatar que ainda hoje, existem poucos estudos que tratem especificamente da aplicação do programa de controle do tabagismo no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Diante dos dados apontados, pôde-se constatar que os artigos selecionados tiveram seu foco mais voltado para as questões históricas, normativas e reguladoras no controle do tabaco. A Política Nacional de Controle do Tabaco é demarcada por medidas intersetoriais, que foram, ao longo dos anos, norteadas e perpetrando restrições ao tabaco. Entre elas o aumento de preços e impostos, promoção de ambientes livres de fumaça, adoção de advertências sobre os malefícios provocados pelo uso abusivo do

tabaco, com o intuito de maior conscientização da sociedade e consolidação da rejeição social ao cigarro.

Entretanto, este estudo aponta para resultados positivos na trajetória do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil. Ressalta-se a expectativa de que o impacto das ações do PNCT será progressivamente estudado, aperfeiçoado, ampliado, com vista a maior difusão e implantação das ações educativas, ganhando apoio da população e dos profissionais da saúde no controle dos efeitos do tabagismo no Brasil e mundo. Conforme afirma Rosemberg (2003), um programa que conjugue ações educativas com uma legislação adequada, diminuirá significativamente a dependência da nicotina no Brasil e no mundo, trazendo resultados ainda mais positivos em futuro bem próximo.

REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L. (2007). Atenção Primária e o processo de trabalho em Saúde. *Informe-se em promoção da saúde*. v. 03, n. p. 01-03.
- Barreto, I.F. (2018). Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.25, n.3, jul.-set. p.797-815.
- Bittencourt, L., Cruz, R. C., & Scarinci, I.C. (2014). Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(4):645-654, out-dez.
- Boeira, S. L., & Johns, P. (2007). Indústria do Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis*, v.4 n. 1, Florianópolis, jan-jun.
- Brasil. (1998). *Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação*. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde: Brasília-DF.
- Brasil. (2006). Política nacional de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília: 2006.
- Brasil. (2012). *Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados*. Ministério da Saúde: Serie A. Normas e Manuais Técnicos.

- Brasil, (2015). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica*, n. 40.
- Brasil, (2017). *O uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisas e ações recomendadas para legisladores*. Rio de Janeiro.
<https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/uso-de-narguile-efeitos-sobre-saude-necessidades-de-pesquisa-e-acoes>
- Brasil, (2019). *Ministério da Saúde. Brasil reduz hábito de fumar em 40% e mantém tendência de queda*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45488- apenas-9-3-dos-brasileiros-ainda-tem-o-habito-de-fumar>
- Caetano, G. S., & Hoffmann, M. E. (2016). Políticas públicas antitabagistas: uma saída possível contra a dependência. Recuperado de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Gisieli-Simplicio-Caetano.pdf>.
- Castro, J. E., & Oliveira, M.G. (2014) Políticas Públicas e desenvolvimento, cap. I, p. 20-48. IN.: Madeira, L.M. (org.). *Avaliação de Políticas Públicas*, Porto Alegre: UFRGS/CEGOC.
- Cavalcante, T.M., Pinho, M.C.M., Perez, C.A., Teixeira, A.P.L., Mendes, F.L., Vargas, R. R., Carvalho, A.O.R., Rangel, E. C., & Almeida, L.M. (2017). Brasil: balanço da Política Nacional de controle do Tabaco na última década e dilemas *Cad. Saúde Pública*; 33 Sup 3:e00138315.
- De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1260-1266.
- Fagundes, L. G. S., Martins, M. G., Magalhães, E. M. S., Palmiéri, P. C, R., & Silva Júnior, S. I. (2014). Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 499-510.
<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.13482012>
- Figueiredo, V. C., Turci, S. R. B., & Camacho, L. A. B. (2017). Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios. *Caderno de Saúde Pública*; 33 Sup. 3:e00104917.
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisão sistemática da literatura; passos na elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília*, 23(1); pp. 183-184, jan-mar.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). (2014). Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>.
- Lencucha, R., Drope, J., Bialous, S.A., Richter, A.P., & Silva, V.L.C. (2017). As instituições e a implementação do controle do tabaco no Brasil. *Cad. Saúde Pública*; Sup 3:e00168315.
- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A. P., Lourenço, M. T, C. L., Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina.

- Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 23(4)200-14.
- Nunes, S. O. V., Vargas, H. O., Nunes, L. V. A., & Noto, M. V. N. (2011). In: Nunes, S. O. V. & Castro, M.R.P. (organizadores). *Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina, EDUEL pp. 7-13 ISBN 978-85-7216-675-1.
- Nunes, S. O. V., & Castro, M. R. P. (2011). *Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina, EDUEL pp. 7-13 ISBN 978-85-7216-675-1.
- Oliveira, D. A; & Naves, J. O. S. (2018). Planejamento estratégico para qualificação da programação dos medicamentos para a cessação do tabagismo: um relato de experiência. ISSN 1982-8829 Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 11(3), 247-258, Epub mar.
- Oliveira, L.M.A., Lemos, E.C., Souza, S.L.B., Maciel, M.G.G., Paes, IMBS & Reis, FKW. (2017). Implantação do tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 63(1): 13-20.
- Oliveira, A. F., Valente, J. G., & Leite, I. C. (2008). Aspectos da mortalidade atribuível ao Tabaco: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*; (42)(2): 335-45.
- Pelbart, P. P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura de desrazão*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Pinto, M., & Ugá, M. A. D. (2010). Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1234-1245.
- Pinto, M. T., Pichon-Riviere, A., & Bardach, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(6): 1283-1297.
- Pinto, M., Bardach, A., Palacios, A., Biz, A., Alcaraz, A., Rodríguez, B., Augustovski, F., Pichon-Riviere, A. (2017). *Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos*. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina.
- Portes, L. H., Machado, C. V., Turci, S. R. B., Figueiredo, V. C., Cavalcante, T. M., & Silva, V. L. C. (2018). A política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6):1837-1848.
- Portes, L. H., Machado, C.V., & Turci, S. R. B. (2018). Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Caderno de Saúde Pública (Online)*;34(2);e00017317.
- Portes, L.H., Machado, C.V., & Turci, S.R.B. (2019). Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7):2701-2712.

- Rauter, R.V. (2011). *A face contemporânea do Manicômio: Desafios para a inclusão social da loucura*. Monografia (graduação em psicologia) Faculdade de ciências da Educação e Saúde. Brasília-DF: UNICEUB, Centro Universitário de Brasília-DF. Acessado em repositório.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2731.
- Rodrigues, M. M. A. (2010). *Políticas Públicas*, São Paulo: Publiofolha.
- Rosemberg, J. (2003). *Nicotina: droga universal*. SES/CUE. São Paulo.
- Saldaña, M. R. R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2002). A importância da aprendizagem social na constituição da área do treinamento de habilidades sociais. Em: Guilhardi, H.J., Madi, M. B. B., Queiroz, P. P., & Scoz, M. C (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*. pp. 269-283. Santo André: ESETec.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos, v. 11, n. 1, pp. 83-89, jan./fev.
- Santos, U. P. (2018). Cigarro eletrônico-repaginação e renovação da indústria do tabagismo. *J Bras Pneulo*. 44(5):345-346.
- Sardinha, A., Oliva, A. D., D'Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. O. (2005). Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*; Rio de Janeiro, jun;1(1):83-90.
- Silva, S. T., Martins, M.C., Faria, F. R. & Cotta, R. M. M. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. (2014). *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):539-552.
- Silva, L. C. C., Araújo, A. J., Queiroz, A. A. D., Sales, M. P. U. & Castellano, M. V. C. O. (2016). Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *J. Bras. Pneumol*; 42(4):290-298, July-Aug.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde.
- Teixeira, L.A., & Jaques, T.A., (2011). A Legislação e Controle do Tabagismo no Brasil entre o final do Século XX e Início do XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 57(3): 295-304.
- Teixeira, L. A. S., Paiva, C. H. A., & Ferreira, V. N. A. (2017). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS da agenda política brasileira, 2003-2005. *Caderno de Saúde Pública (Online)*;33(supl.3):e00121016.
- Turci, S. R. B., Kornalewski, A. M., Carvalho, D. C. S., Cavalcante, T. M., Bialous, S. A., Johns, P., & Silva, V. L. C. (2017). Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco: uma nova perspectiva para o monitoramento da interferência da indústria nas políticas de controle do tabaco no Brasil e no mundo. *Caderno de Saúde Pública*; 33 Sup. 3:e001148515.

SEÇÃO II

ESTUDO SOBRE A APLICABILIDADE DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

RESUMO

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, desencadeada pela dependência da nicotina, e um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Entre as doenças mais comuns provocadas pelo uso do tabaco, estão as cardiovasculares, pulmonar obstrutiva crônica, câncer, hipertensão, diabetes, aumento do risco de desenvolvimento de tuberculose, com possível ocorrência de óbito. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo é uma política de estado que visa prevenir e reduzir a iniciação e prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco e seus derivados. **Objetivo:** Compreender a aplicabilidade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado do Mato Grosso do Sul. **Método:** Trata-se de um levantamento de dados nas Secretarias de Saúde dos cinco municípios mais populosos do Estado de Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã) para perceber a aplicação e alcance do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Resultados:** Os dados foram coletados através de um questionário, mediante a utilização de recursos tecnológicos disponíveis, tais como internet e telefone. Os resultados foram analisados descritivamente, com foco nos aspectos qualitativos e quantitativos. Das 1.508 pessoas atendidas nas 5 Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, 991(65%) fizeram tratamento medicamentoso; 1.172 (77,7%) compareceram ao primeiro encontro; 655, delas (43,4%) concluíram o programa, destes, 202, isto é, 30,8% pararam de fumar. A taxa de adesão ao programa se apresenta em declínio no decorrer dos encontros, acusando uma taxa de abandono de 56%. **Discussão e considerações finais:** A dificuldade na obtenção dos dados, especialmente os quantitativos, dificulta a generalização dos dados para o estado. Os resultados apresentados nesse estudo nos alertam para a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao tema no MS e outros estados brasileiros. Fica evidenciada a necessidade de um maior investimento para expansão do programa de controle do tabagismo no estado de Mato Grosso do Sul, focando-se na capacitação dos profissionais da saúde, dando-lhes condições de responder as demandas advindas da aplicação do programa.

Palavras chave: Abandono do uso do tabaco; Prevenção do hábito de fumar; Ambientes livres de fumo.

INTRODUÇÃO

O tabaco, em razão da nicotina, é uma substância psicoativa consumida pela humanidade há milhares de anos, e esteve por muito tempo relacionada ao poder e ao *status* social (Brasil, 2015; Caetano & Hoffmann, 2016). Até pouco tempo atrás, as campanhas publicitárias, de modo geral, procuravam relacionar o uso do cigarro a certo estilo de vida, charme, fator de sociabilidade, expressão de liberdade, ou mesmo performance sexual (Silva, Araújo, Queiroz, Sales & Castellano, 2016). Todos esses fatores possuíam potencial de induzir o comportamento de aumento de consumo, com possíveis reflexos sobre a saúde.

O tabagismo é um tema de interesse crescente de diversos campos de conhecimentos tanto nos domínios das ciências biológicas quanto humanas, e se insere também, em um jogo de poderes em que se opõem política, saúde, economia e religião, entre outros. Os hábitos humanos, via de regra, se desenvolvem no contexto da vida social, se desdobram e podem produzir transtornos, tanto para o indivíduo como para a comunidade, e não podem ser vistos no isolamento, como se não tivessem repercussão para a vida comunitária. Talvez, esta seja uma das implicações que atribui relevância ao tabagismo como um campo a ser estudado com atenção e cuidado (Caetano & Hoffmann, 2016).

Para ser considerado um transtorno, o uso do tabaco precisa ter alcançado níveis consideráveis, de modo a produzir um “comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo” passível de observação à luz de critérios concretos e objetivos:

“frequência e a quantidade do consumo relativamente fora de controle; fracasso em reduzir o uso; dispêndio de muito esforço para conseguir e consumir o tabaco; sensação de necessidade de fazer uso desta substância; o uso do tabaco começa a interferir no trabalho e nas relações, mas isto é ignorado; exposição ao perigo é ignorada em função do uso” (DSM-V, 2014, p. 571).

Dentro desse mesmo raciocínio, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10, 2017) descreve o tabagismo como uma desordem mental e comportamental, provocada pela dependência e abstinência à nicotina. Dentro dessa perspectiva, há fatores que podem ser associados ao tabagismo, entre eles os psicológicos, que além de induzir ao ato de fumar, dificultam sua cessação, aumentam a ansiedade, depressão, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos (Silva et al., 2016; CID 10, 2017).

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, desencadeada pela dependência da nicotina, além de ser um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (Oliveira & Naves, 2018). Entre as doenças mais comuns, provocadas pelo uso do tabaco, estão as cardiovasculares, pulmonar obstrutiva crônica, câncer, hipertensão, diabetes, aumento do risco de desenvolvimento de tuberculose, com possível ocorrência de óbito. Em relação à incidência de doenças cancerígenas atribuíveis ao tabagismo, os índices são elevados, sendo 80% para o câncer de laringe, 78% para câncer de pulmão, 65% de esôfago e 59% para as neoplasias na boca e faringe, influenciando, ainda o surgimento do câncer no estômago, pâncreas e rins. No caso do uso por mulheres em fase de gestação, o uso do tabaco pode ativar e intensificar problemas perinatais, tais como baixo peso ao nascer e aborto espontâneo (DSM V, 2014; Pinto et al., 2017).

Numa investigação sobre a tendência de mortalidade por câncer de pulmão em todo o país, compreendendo o período de 1979 a 2003, constatou-se que o câncer de pulmão é a primeira causa de morte por câncer na população masculina e a segunda entre a população feminina (Silva, Noronha, Santos, & Oliveira, 2008). Em outra análise sobre a tendência de mortalidade em razão do câncer de pulmão, traqueia e brônquios no Brasil, entre 1980 a 2003, em 11 estados da federação, apontou-se que a taxa de mortalidade relacionada a essa doença passou de 7,2 por 100 mil habitantes em 1980 para 9,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2003. Os coeficientes mais altos foram detectados na Região Sul, e os mais baixos na Região Nordeste, em ambos os sexos. Entre os estados brasileiros que apresentaram aumento nos índices de mortalidade, envolvendo pessoas na faixa etária de 70 anos, está o estado de Mato Grosso do Sul, com uma taxa de 4,2% (Malta et al., 2007).

A prevalência do tabagismo na população adulta residente nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2008, esteve mais disseminada na população masculina do que na feminina. Quando tomada a soma das populações das cidades pesquisadas, a frequência de fumantes foi de 16,1%. Ao fazer-se a distinção entre os sexos este índice se eleva para 20,5% para homens e 12,4%, para mulheres (Malta, Moura, Silva, Oliveira & Silva, 2010).

Estima-se que mais de cinco milhões de mortes ao ano, no mundo, decorrem de uso persistente do tabaco. No Brasil, esse número é de 156.216 mortes, que poderiam

ser evitadas, representando um quantitativo de 428 mortes por dia (Pinto et al., 2017). Seguindo esta tendência, o prognóstico para 2025 a 2030 é que esse número possa chegar a 10 milhões de mortes por ano, com maior incidência, cerca de 70%, em países desenvolvidos. Contudo, os índices atuais podem ser considerados bastante elevados, especialmente se comparados com outras causas evitáveis de morte tais como alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios (Pinto, Pichon-Riviere & Bardach, 2015; Pinto et al., 2017).

Há informação de que a prevalência total de fumantes na população maior de 15 anos chegou a 18,2 % em 2008, com registro de índice bastante elevado para o sexo masculino em relação ao feminino, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 (Malta et al., 2015). Dados de pesquisas mostram que, 98% dos envolvidos com o tabaco iniciaram o consumo entre 12 e 18 anos de idade. Quanto mais precoce o início, maiores serão os riscos de dependência e outros problemas relacionados ao tabaco, acarretando maiores dificuldades para o tratamento e ocasionando tendência de recaída em poucos dias. Na adolescência o processo de dependência da nicotina pode ser rápido e intenso, fazendo com que, na idade adulta, sejam consumidores contumazes de cigarro (Marques et al., 2001; Rosemberg, 2003).

Outro aspecto a ser tomado em consideração é o custo provocado pelo tabagismo na saúde no Brasil. O tabagismo gera custos médicos diretos, por ano, de 39,4 bilhões, o que representa algo em torno de 8% do total do gasto com saúde. Além disso, R\$ 17,5 bilhões são investidos pela decorrente perda de produtividade, morte prematura ou incapacitação. Estes valores representam um impacto de R\$ 56,9 bilhões ao ano na economia do país, uma perda irreparável (Pinto et al., 2017).

A situação dos riscos para a saúde pode ser agravada, ainda mais, quando considerada a população que fica exposta ao tabaco, pela simples convivência com fumantes. A designação de “fumante passivo” para aquelas pessoas que apenas compartilham o ambiente do fumante é um indicativo do quanto podem ser afetadas pelo tabaco, sem que dele faça uso direto. É possível que a exposição passiva ao fumo submetam as pessoas aos mesmos riscos e doenças adquiridas através do consumo direto (Pinto et al., 2015; Malta et al., 2017; Pinto et al., 2017). Nesse sentido, as políticas públicas de controle do tabagismo, ganham maior importância, porque além de

contribuir para a busca de cessação do tabagismo, cria uma condição de proteção ao público considerado passivo.

Entretanto, há indicativos de progresso, em relação às metas assumidas pelo país com o propósito de reduzir o uso abusivo do tabaco. Os pesquisadores mostram uma evolução desse quadro a partir de 1989, quando começaram os primeiros estudos populacionais sobre o tabagismo. A queda no índice de fumantes é um dado relevante, tendo saído de 34,8% em 1989 para um número próximo de 10% em 2015 (Malta et al., 2017).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi criado em 1986, pelo Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tal programa tem os seguintes objetivos: prevenir o uso do tabaco entre crianças e adolescentes; reduzir a iniciação e prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco e seus derivados; aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes e proteger o restante da população, dos riscos do tabagismo passivo (Cavalcante, 2005; Campos & Gomide, 2015). Trata-se de uma política de estado³, instituída pelo Governo Federal, que envolve diversas ações intersetoriais através de iniciativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer), da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ) e da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) (Portes, Machado & Turci, 2018).

Destaca-se, neste cenário, como um marco divisor, o primeiro e maior tratado internacional de saúde pública, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS): a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) (Silva et al, 2016). Nesse cenário, as políticas públicas de controle do tabagismo se constituíram estratégias importantes, colocando o país em destaque, no controle desse grave problema. Políticas públicas são formas de o Estado organizar suas decisões, seja as de caráter mais geral ou específico, para fazer conhecidas suas intenções de atuação, desenvolvidas através de projetos e programas. O objetivo das políticas públicas é permitir o acesso da população, no processo de discussão, implementação e avaliação de suas ações. As

³ Envolve mais de uma agência do Estado, passando em geral pelo Parlamento ou por instâncias diversas de discussão, resultando em mudanças de outras normas ou disposições preexistentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade (Oliveira, 2011).

políticas públicas configuram o modo pelo qual o governo operacionaliza ou executa determinadas ações, descritas em metas e estratégias (Brasil, 1998; Rodrigues, 2010).

Este processo requereu a participação de vários seguimentos, entre os quais a Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), que em parceria com instituições governamentais e não governamentais promoveu o debate que resultou na promulgação da Lei Antifumo – Lei Federal 12.546/2011 – com vistas a proteger não fumantes por meio da proibição do fumo em ambientes de uso coletivo ou espaços públicos fechados (Silva et al., 2016).

Caetano e Hoffmann (2016) consideram que as políticas públicas antitabagismo são uma saída possível contra a dependência do tabaco. Esses autores afirmam que a conscientização dos malefícios do tabagismo é fator importante na cessação do mesmo, e que a indiferença diante das consequências do uso da nicotina só agravam o quadro de saúde pública no país. Consideram também que a alta taxação do cigarro, a proibição de propagandas, o impedimento de venda à menores e a vinculação de fortes imagens nas embalagens de cigarro são consideradas práticas relevantes na proposta de redução do tabagismo.

É possível perceber avanços significativos na política de controle do tabagismo, ao longo dos anos. Entretanto, novas investidas da indústria do tabaco, no sentido de ampliar a venda de seus produtos, criam novas estratégias, como é o caso do cigarro eletrônico, narguilé, tabaco sem fumaça e novos dispositivos para a liberação de nicotina. Essas novas estratégias, proliferaram, existindo hoje centenas de marcas de cigarros eletrônicos, com diferentes características e composições, sem qualquer tipo de avaliação e fiscalização. (Turci et al., 2017; Boeira & Jons, 2007; Figueiredo, Turci & Camacho, 2017; Santos, 2018).

Um estudo realizado entre estudantes universitários da Universidade Federal de Mato Grosso sobre o conhecimento e uso do cigarro eletrônico, apontou que 37%, tinham conhecimento do dispositivo; 2,7% já haviam experimentado; e 0,6% faziam uso de forma regular. Um possível aumento do consumo desse dispositivo, alerta para a necessidade de se estabelecer medidas preventivas de conscientização quanto aos malefícios do cigarro eletrônico, especialmente entre essa população (Oliveira et al. 2018).

A ausência de políticas de regulação e a incerteza do potencial risco para a saúde desses novos dispositivos podem trazer sérias consequências para a saúde, além de fragilizar as ações conquistadas através do Programa de Controle do Tabagismo no país, ao longo dos anos (Silva et al., 2016; Santos, 2018; Oliveira et al., 2018). Pesquisas apontam que em 2022, se nada for feito, o consumo de cigarros eletrônicos ultrapasse o do cigarro convencional (Silva, Araújo, Queiroz, Sales & Castellano, 2016; Brasil, 2017; Santos, 2018). Nesse sentido, é necessário dar a devida atenção a essa demanda, na condução das políticas de controle do tabagismo no Brasil e no mundo.

É importante destacar o papel do estado e das políticas públicas no sentido de reconhecer o tabagismo como um problema de saúde pública, tornando o tratamento do tabagismo disponível a todos os fumantes, no Sistema Único de Saúde através das Unidades Básicas de Saúde. A estratégia do Ministério da Saúde de envolver o usuário no PNCT começa pela sua identificação, acolhimento e avaliação pela equipe de saúde nas UBS do seu bairro. Prevê o mapeamento para reconhecimento do tabagista na comunidade restrita à UBS, através do preenchimento da ficha de cadastro individual (CDS-e-SUS AB). Nesse atendimento/acolhimento, são identificados os usuários que não tem interesse de interromper o hábito de fumar, e aqueles que querem parar de fumar (Brasil, 2015).

O usuário que não demonstre interesse de mudar o comportamento em relação ao tabaco deve ser informado quanto aos malefícios da nicotina, os tipos de tratamento disponibilizados no SUS, e o seu direito de se inserir no programa. Os usuários que desejarem interromper o hábito de fumar, o Ministério da Saúde orienta que ele passe por uma avaliação clínica, para identificações de possíveis alterações funcionais pulmonares, e outras doenças em decorrência do tabagismo (Reichert et al., 2008).

Exames complementares tais como radiografia do tórax, eletrocardiograma, hemograma completo, entre outros, podem auxiliar na conscientização do paciente em relação ao seu problema e, por consequência, na motivação para mudança comportamental em relação ao fumo (Reichert et al., 2008). Considera-se fator importante para o sucesso do tratamento, a interação estabelecida entre usuário e a equipe de saúde, desde a primeira entrevista até o final do tratamento (Brasil, 2015).

Esse momento é propício para averiguar o grau de dependência da nicotina, a motivação e a disponibilidade da pessoa em participar do tratamento. Essa avaliação

pode acontecer de forma quali e quantitativa. A avaliação quantitativa é feita através do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF), com o objetivo de avaliar o grau de dependência do paciente. Os dados dessa avaliação são relevantes para o incremento de estratégias, no sentido de ajudar o paciente no enfrentamento de possíveis dificuldades na interrupção do uso do tabaco. A avaliação qualitativa é realizada através da Escala de Razões para Fumar (ERF). E o programa ainda prevê a aplicação do Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança (Reichert et al., 2008; Brasil, 2015).

Pesquisas apontam que a interrupção do uso da nicotina, não acontece de modo estanque e categórico (Marques et al., 2001; Rosemberg, 2003). É um processo longo que não obedece a uma ordem, ou constância, no qual a motivação é fator indispensável. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) foi desenvolvido por James Prochaska e Carlo DiClemente no ano de 1982, com o objetivo de compreender como e por que as pessoas mudam, frente a um comportamento adictivo. Os autores descrevem cinco estágios de motivação (pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção, e a etapa de recaída) aplicáveis à mudança que uma pessoa se propõe a fazer. Segundo esses pesquisadores os fumantes transitam por esse processo em torno de três e sete vezes, antes de interromper, de modo como queriam, o consumo da nicotina. O Modelo considera a recaída como um evento normal, podendo, até mesmo, representar um estado de mudança (Castro & Passos, 2005; Reichert et al., 2008; Szupszynski & Oliveira, 2008).

O Ministério da Saúde preconiza no tratamento em busca da cessação de fumar, no Sistema Único de Saúde, o uso da abordagem cognitivo-comportamental e o uso de alguns medicamentos. A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades sociais, automonitoramento, controle de estímulo, emprego de técnicas de relaxamento, avaliação do papel das crenças, detecção de situação de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Brasil 2015; Sardinha, Oliva, D'Augustin, Ribeiro, & Falcone 2005).

É recomendado também a farmacoterapia como um apoio, com o objetivo de facilitar a abordagem psicoterápica. São abordagens para as quais existem evidências científicas suficientes, comprovando que são eficazes na cessação do hábito de fumar (Brasil, 2015; Sardinha et al., 2005).

A psicoterapia pode ser realizada de forma mínima, numa rotina de atendimento por um profissional da saúde ou de modo intensivo, em um lugar específico para o tratamento. Detectada a necessidade, a abordagem intensiva deve ser oferecida a todo fumante atendido numa Unidade Básica de Saúde, credenciada para oferecer tratamento para controle do tabagismo (Brasil 2015). Dados de pesquisas apontam que a conjugação de psicoterapia breve, mesmo com poucas sessões, associada com tratamento medicamentoso pode promover uma significativa taxa de cessação do uso de nicotina. (Haggstram et al., 2001; Azevedo et al., 2009; Meier et al., 2011; Sales et al., 2006; Mesquita, 2013).

Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender a aplicabilidade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado de Mato Grosso do Sul; verificar a utilização deste programa nas cinco maiores cidades do estado do MS (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã); mensurar a quantidade de pessoas atendidas, nas respectivas secretarias de saúde; e compreender a assistência disponibilizada pelas secretarias de saúde para o controle do tabagismo.

MÉTODO

Trata-se de um levantamento de dados nas Secretarias de Saúde dos cinco municípios mais populosos do Estado de Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã) para compreender a aplicação e alcance do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

O estado de Mato Grosso do Sul possui uma extensão territorial de 357.145 km², é o 21º estado mais populoso da federação, com 2.752.760 (dois milhões, setecentos e cinquenta e dois mil e setecentos e sessenta) habitantes. Localiza-se na Região Centro-Oeste do Brasil e limita-se com cinco estados brasileiros: Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Paraná; e, com dois países sul-americanos: o Paraguai e a Bolívia. O município mais populoso do estado é a capital, Campo Grande, com uma população estimada de 885.711 habitantes. Dourados ocupa o segundo lugar, com uma população estimada de 220.965; Três Lagoas está em terceiro lugar, tendo uma população estimada

de 119.465; seguida por Corumbá, com 110.806; e, em quinto lugar, Ponta Porã, com uma população estimada de 91.082 habitantes (IBGE⁴, 2018).

Procedimento

Os dados foram coletados através de um questionário construído com a finalidade de investigar o alcance da aplicação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Mato Grosso do Sul (MS). A coleta se deu mediante a utilização de recursos tecnológicos disponíveis, tais como internet e telefone. Os dados foram analisados descritivamente, com foco nos aspectos qualitativos e quantitativos.

A pesquisa visou investigar nas Secretarias de Saúde dos cinco principais municípios do MS todos os dados disponíveis do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, referentes ao período de janeiro de 2018 a junho de 2019, tais como: abrangência do programa; comprometimento da equipe; forma de funcionamento do grupo; divulgação do programa; quantidade de pessoas atendidas; e taxa de permanência no programa. Apenas os cinco maiores municípios foram incluídos nesta pesquisa, por considerarmos que a amostragem abarca um percentual significativo da população do estado. Atendendo aos aspectos éticos exigidos em uma pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFGD, para avaliação e apreciação, sendo aprovada através do parecer nº 3.480.510.

Foi feito contato com todas as secretarias dos referidos municípios, através de telefone e e-mail. No primeiro contato realizado foi enviado às secretarias o projeto, juntamente com o aceite do Comitê de Ética da universidade. Uma vez que a Secretaria se disponibilizou em participar da pesquisa, foi enviado o questionário para a pessoa ou setor responsável pelo PNCT no município, para que ele fosse devidamente preenchido. Em média, os dados demoraram de um a oito meses para serem devolvidos. Durante todo período de espera, inúmeros e-mails e telefonemas foram realizados para que as Secretarias pudessem retornar o questionário devidamente preenchido. Todos os dados foram recebidos via e-mail.

⁴ Valor estimado, com base no senso IBGE, 2010.

RESULTADOS

Os dados foram organizados e agrupados de forma qualitativa e quantitativa, a fim de facilitar a análise dos resultados.

Em relação à formação das pessoas responsáveis pelo PNCT nos municípios pesquisados, três tem formação em enfermagem, uma em nutrição e uma em psicologia.

Em relação ao tempo de envolvimento dos servidores com o PNCT nas Secretarias de Saúde, este variou entre 6 meses e 9 anos. E quanto à função exercida pelo responsável pelo PNCT nos municípios:

- um exerce a Gerência do Núcleo de Nutrição e promoção a Saúde;
- uma a Gerência Técnica do Programa de Controle do Tabagismo no município;
- uma a coordenação do Programa de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e é responsável pelo Programa de Prevenção ao Tabagismo;
- uma coordenação do Programa de Tratamento do Fumante Academia de Saúde do Cristo e no Programa Saúde na Escola e Saúde do Idoso;
- uma coordenação e acompanhamento de pacientes tabagistas.

O PNCT foi respectivamente implantado nas Secretarias de Saúde de Mato Grosso do Sul, a saber: Dourados (2003); Campo Grande (2004); Ponta Porã (2007); Três Lagoas (2008); e Corumbá (2009). A implantação do PNCT se deu por meio de diferentes setores das Secretarias Municipais de Saúde, sendo um implantado por meio de um Centro Especializado (não especificado); outro pelo Pronto Atendimento Médico (PAM); outro pelo Centro de Atenção Psicossocial álcool e Outras Drogas (CAPSad); e outro pela Gerência de Vigilância Epidemiológica.

Em relação à divulgação dos grupos de tratamento do tabagismo, em quatro Secretarias a divulgação do PNCT ela é feita por intermédio de mídia local, entre elas: o rádio, a televisão e a internet. Além disso, existe também a participação direta de Agentes Comunitários e eventuais campanhas. Em um dos municípios, o programa é divulgado em todos os serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica, nas ações relacionadas ao tema, nas UBS e nas escolas.

Os resultados relacionados às inscrições no programa variaram de acordo com cada município. Em dois dos municípios as inscrições são realizadas com base na identificação dos tabagistas no território de abrangência das UBS, por meio do atendimento/acolhimento, gerando um cadastro individual daqueles usuários que querem parar de fumar. Além disso, um desses dois municípios realiza ainda o encaminhamento para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) onde é mantido o contato. Nos outros municípios pesquisados as inscrições são realizadas na seguinte forma: a pessoa interessada no tratamento busca a sua UBS de referência e realiza o pré-cadastro; agendamento no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) pelas UBS; e inscrições feitas já no primeiro contato com o usuário.

Quanto à composição dos grupos, apenas dois municípios informaram que o número varia entre 12 e 15 participantes. Como complemento da etapa de composição dos grupos, duas Secretarias Municipais realizam o Teste de Fagerström, com o objetivo de estimar seu grau de dependência. Associado a isto, é feito também uma avaliação clínica do usuário pelos profissionais da equipe multiprofissional. Os demais municípios não informaram sobre como realizam a indicação de procedimento.

Em uma Secretaria a periodicidade de oferta dos grupos varia de acordo com a demanda e capacidade de atendimento de cada unidade de saúde, podendo variar de um a dois grupos anualmente. Em outra, os grupos são formados semestralmente, entretanto, respeita-se a disponibilidade de medicamentos. Três das secretarias não informaram quanto a esse aspecto.

Os profissionais que coordenam os grupos sobre o PNCT tem formação diversificada. De acordo com os dados relatados, os grupos são conduzidos por:

- Profissionais de nível superior na área da saúde, sem especificação de qual formação;
- Equipe multiprofissional formada por diferentes especialidades, sem deixar claro, quem coordena os grupos;
- Enfermeira que também conduz os grupos com a participação de uma médica pneumologista, podendo, de acordo com a necessidade, encaminhar o usuário para um serviço específico;
- Psicólogos.

Em relação a estratégia de inclusão de participantes no grupo, os resultados demonstraram que em quatro municípios os grupos são fechados. Salienta-se o fato de que em um dos municípios os grupos são fechados até o 2º mês, e, do 3º ao 12º mês, quando são realizadas as sessões mensais de manutenção, os grupos são abertos.

Das cinco Secretarias, três afirmaram fazer uma entrevista no encerramento dos grupos para obter um feedback do tratamento. Em relação às demais, uma deixou de responder essa questão, e outra afirma não ter estabelecido como rotina a entrevista de encerramento, entretanto, assegura que costuma fazer um encerramento formal.

De acordo com os dados coletados, em relação aos encontros de manutenção, quatro municípios afirmaram realizar esses encontros. Em uma Secretaria de Saúde as sessões de manutenção iniciam no 2º mês, quando ocorrem duas sessões; e a partir do terceiro mês os encontros são mensais até o 12º mês. Outra secretaria realiza os encontros de manutenção após três meses de tratamento, sem especificação da frequência com que os encontros ocorrem. E ainda, em outra são inicialmente realizadas quatro sessões semanais, e posteriormente mensais, não sendo especificado por quanto tempo. Diferentemente às anteriores, há uma que, embora afirme realizar encontros de manutenção, não diz como isso acontece, nem quantos encontros.

Além dos encontros de manutenção, uma das Secretarias contata os usuários por meio de ligações telefônicas no dia anterior à sessão de manutenção, e, em caso de abandono, os usuários são contatados através de telefone. Em alguns casos, recebem uma visita do profissional que conduz o grupo ou do agente comunitário de saúde da área de abrangência da UBS. Duas Secretarias afirmam que, quando necessário, acompanham os usuários através do Whatsap. E duas não fazem nenhum tipo de acompanhamento durante o período de tratamento na UBS.

Nas Secretarias de Saúde pesquisadas, ao ser detectado a necessidade de algum tipo de tratamento especializado, os pacientes são encaminhados para o serviço de saúde que for mais adequado, como por exemplo: psicologia, nutrição, atendimento odontológico.

Em relação aos dados quantitativos, a Tabela 1 mostra informações entre a inscrição e a finalização dos grupos de tratamento do tabagismo nos municípios pesquisados, a saber: número de pacientes inscritos no programa; pacientes atendidos

no primeiro encontro; pacientes que usaram medicamento; pacientes que compareceram nos encontros de manutenção; pacientes que concluíram o tratamento. A última coluna apresenta a relação entre o número de participantes que havia parado de fumar ao final do tratamento e o número inicial de inscritos.

Tabela 1 – Informações sobre os grupos realizados nos municípios estudados

Município	Pacientes inscritos no Programa (N)	Pacientes atendidos no primeiro encontro N(%)	Pacientes que usaram medicamentos N(%)	Pacientes que compareceram nos encontros de manutenção N(%)	Pacientes que concluíram o tratamento N(%)	Pacientes sem fumar no final do tratamento N(%)
Campo Grande	726	531(73,1%)	338(46,5%)	358(49,3%)	531(73,1%)	98(18,5%)
Dourados	217	182(83,9%)	210(96,7%)	0(%)	54(24,8%)	47(87,0%)
Três Lagoas	487	412(84,6%)	372(76,3%)	8(0,6%)	48(9,8%)	40(83,3%)
Corumbá	78	47(60,3%)	71(91%)	19(24,3%)	22(28%)	17(77,3%)
Ponta Porã	Não informado	-	-	-	-	-
TOTAL	1.508	1.172 (77,7%)	991 (65%)	385 (25,5%)	655 (43,4%)	202(30,8%)

Tabela 1 – Pacientes: inscritos, atendidos no primeiro encontro, que usaram medicamento, fizeram encontros de manutenção, e taxas de abandono e cessação de fumar no final do tratamento do Programa de Controle do Tabagismo no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, janeiro de 2018 a junho de 2019.

A Tabela 2 mostra na primeira coluna, um total 1.508 pacientes inscritos no programa nos cinco municípios pesquisados (observa-se que um dos municípios não prestou a informação solicitada). Dentre os inscritos no programa 655(43,4%) concluíram o tratamento, com um taxa de 56,5% de abandono do tratamento. Em relação a abstinência, evidenciou-se que 202 (13,4%) participantes cessaram o uso do tabaco ao final do tratamento.

Tabela 2 – Comparativo da taxa de abstinência após tratamento e abandono do programa nos municípios estudados.

Município	Pacientes inscritos no Programa (N)	Pacientes que concluíram o tratamento N(%)	Taxa de abandono do tratamento N(%)	Pacientes sem fumar no final do tratamento N(%)
Campo Grande	726	531 (73,1%)	195 (26,9%)	98 (13,5%)
Dourados	217	54 (24,9%)	163 (75,1%)	47 (21,7%)
Três Lagoas	487	48 (9,9%)	439 (90,1%)	40 (8,2%)
Corumbá	78	22 (22%)	56 (71%)	17 (21,8%)
Ponta Porã	Não informado	-	-	-
TOTAL	1.508	655 (43,4%)	853 (56,5%)	202 (13,4%)

É possível perceber que a taxa de adesão ao programa mostra-se bastante baixa, tendo chegado ao final do tratamento com somente 43,4% dos inscritos, acusando uma taxa de evasão de 56,5%. Sobre a taxa de cessação, percebe-se que os percentuais também são baixos, ou seja, de 1.508 inscritos no programa apenas 202 pacientes mudaram seu comportamento em relação ao tabagismo no final do tratamento.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, algumas considerações puderam ser feitas à luz da bibliografia estudada.

Percebe-se que os coordenadores dos grupos dos 5 municípios pesquisados, são de diferentes profissões, além de acentuada rotatividade na função com reflexo sobre sua permanência no programa, variando esta entre 6 meses a 9 anos. Este último aspecto, em particular, parece ter impacto sobre a operacionalização do programa, fazendo com que uma das Secretarias de Saúde não tivesse os dados quantitativos do período da pesquisa por impossibilidades técnicas. Toda essa situação pode ter uma forte relação com a necessidade de capacitação que esses profissionais devem ter (Bittencourt, Cruz & Scarinci, 2014).

A divulgação do programa, no âmbito de atuação das Secretarias Municipais de Saúde é feita de forma variada, entre elas, o uso da mídia local; a participação direta de Agentes Comunitários; eventuais campanhas; e a divulgação da oferta do tratamento em todos os serviços de saúde e escolas. Nesse sentido é possível presumir que o alcance da tecnologia utilizada esteja de acordo com os objetivos do programa, que é chegar com as informações de oferta de apoio aos fumantes interessados em interromper o uso do tabaco (Brasil, 2015; Reichert et al., 2008).

Estima-se que o quantitativo de fumantes no Estado de Mato Grosso do Sul seja de 22,3%, ou seja, 613.865 indivíduos de sua população (IBGE, 2014). Quando comparado o número de fumantes inscritos no programa (n=1.508) com o índice apresentado pelo IBGE (n=613.865), fica evidenciado que ainda são grandes os desafios em termos de esforços para o controle do tabagismo. Se olharmos para os 1.508 inscritos no programa em relação à população estimada de fumantes nos municípios estudados tais desafios se apresentam ainda maiores, uma vez que chegamos a um índice de 0,51% da população de fumantes estimada. Evidencia-se um longo caminho no que diz respeito a abrangência do programa enquanto ação que busca contribuir com a cessão do tabagismo.

Observa-se que a taxa de adesão ao programa se apresenta em declínio no decorrer dos encontros, tendo chegado ao final do tratamento com somente 43,4% dos

inscritos. Em estudos realizados por Meier, Vannuchi e Secco (2011) a taxa de adesão do programa foi de 76,2%, enquanto no estudo de Mesquita (2013), a taxa de adesão foi de 66,9%. No sentido de aumentar a adesão dos pacientes ao programa, Santos et al., (2012) sugerem a implementação de estratégias de envolvimento da equipe de Saúde da Família e agentes comunitários, junto a esses pacientes. Não obstante a isso, o abandono da nicotina não acontece de modo abrupto. Szupszynski & Oliveira, (2008) consideram importante na relação terapêutica com pacientes tabagistas, o conhecimento de que o paciente passa por estágios motivacionais de forma indefinida, até que a mudança seja concretizada. Esse pensamento é corroborado por Casto e Passos (2005) e por Azevedo et al. (2009).

O percentual de pacientes que fizeram uso de medicamentos em Campo Grande, Dourados, Três Lagos e Corumbá foi: 338 (46,6%), 210 (96,8%), 372 (76,4%) e 71 (91%) respectivamente. Em dois municípios, a taxa de uso de medicamento é alta, e, em um deles, o que se observa é a prevalência do uso de medicamentos, aparentemente isolado de outras formas de intervenção. Conforme citado, o programa preconiza a ideia de grupos psicoterápicos no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de nicotina (Brasil, 2001). O Sistema Único de Saúde orienta que todo tabagista seja abordado com vistas à cessação do tabagismo, e que essa abordagem aconteça durante a rotina de atendimento ou de uma forma mais intensiva e estruturada, com momentos específicos para a intervenção (Brasil, 2015).

Em relação aos encontros de manutenção, o número de participantes diminuiu pela metade em Campo Grande; ficou em torno de 1,6% em Três Lagoas; e 24,4% em Corumbá. A abstinência do uso de nicotina apresenta um alto grau de dificuldade, e encontros de manutenção podem ter um importante efeito na conservação dos resultados, especialmente se são associadas a terapia e a medicação (Mesquita, 2013). A proposta do programa criado pelo SUS para o controle do tabagismo prevê encontros de manutenção, com intuito de garantir a manutenção da rejeição, através da construção de um conjunto de habilidades e estratégias diferentes (Brasil, 2019). Essa ideia é reforçada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, que destaca que em qualquer processo de mudança a pessoa se movimenta entre os estágios motivacionais diversas vezes até que a mudança se consolide (Castro & Passos, 2005; Szupszynski & Oliveira, 2008).

Nesse sentido, ao deixar de atuar na perspectiva desta manutenção, ignora-se um aspecto importante do desenho do próprio programa, além de não levar em conta o grau de dificuldade de alguém se manter abstinente do tabaco. Mesmo nas situações em que se verificou a realização de encontros de manutenção, após seis meses, o número de pessoas abstinente havia caído para quase a metade (Mesquita, 2013). Um estudo feito por Ferraz, Busato, Teo, Mattos e Lieshout (2015) mostra a ansiedade gerada pela abstinência como causa de recaída. Altos níveis de ansiedade bem como o estresse, a depressão, as desordens nervosas e outras doenças mentais estão entre os fatores desencadeadores da dependência da nicotina, a dificuldade do abandono e maior frequência de recaída (Rosemberg, 2003).

No final do tratamento, quatro dos municípios pesquisados apresentaram os seguintes números para a cessação do tabagismo: 98 (18,5%), 47 (87%), 40 (83%), 17(77%) em Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá, respectivamente. Estes valores em termos percentuais surgem da relação direta entre os que chegaram ao final do tratamento e os que cessaram com o tabagismo. Quando considerado o número de inscritos estes valores apresentam a seguinte configuração: 13,4% de abstinência dos 1.508 inscritos no programa nessas Secretarias Municipais de Saúde. Estudos de Mesquita, (2013), Haggstram et al. (2001), Azevedo et al. (2009), Meier et al. (2006), e Sales et al. (2006) mostram altas taxas de abstinência após o tratamento de curta duração, tais como: 83%, 49%, 79%, 66% e 50%, respectivamente. Entretanto, Santos, Duncan, Sirena Vigo e Abreu, (2012), consideram que o tratamento do tabagismo se constitui numa medida altamente relevante, mesmo quando a abstinência sustentada, aconteça com um número pequeno de fumantes.

Em relação a esses achados é preciso levar em consideração, que esse é um trabalho que lida com diferentes pessoas, e a maneira de lidar com a dependência química varia de pessoa para pessoa, de região para região. Pode-se considerar que de certo modo, é um programa novo, tanto para os profissionais da saúde envolvidos, quanto para a população de um modo geral. Destaca-se, entretanto, que em Mato Grosso do Sul, 96% dos municípios estão cadastrados para o tratamento do tabagismo, e 79,6% ofertam o tratamento. Um dado observado na pesquisa, que talvez possa estar influenciando nesse resultado, é a rotatividade dos coordenadores e/ou responsável pelo programa nos municípios pesquisados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado de Mato Grosso do Sul tem 79 municípios. De acordo com o manual de apoio para coordenadores, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul de (2016), 76 municípios estão credenciados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), e desses, 55 disponibilizam o tratamento do tabagismo. Não foi encontrado registro do ano de implantação do PNCT no estado de Mato Grosso do Sul. Entretanto, a partir dos dados apresentados pelas Secretarias de saúde, é possível apenas presumir que o programa foi implantado no estado a partir de 2003, ano da implantação do programa na Secretaria de Saúde de Dourados.

Conforme observamos neste estudo, apesar dos esforços empreendidos pelas secretarias de saúde nos municípios pesquisados, o alcance do programa ainda é baixo, tendo atingido 1.508 fumantes, no período da pesquisa. A partir dos números apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, para o Estado de Mato Grosso do Sul o programa alcançou no período da pesquisa, 0,47% da população estimada de fumantes (Malta et al., 2015). Entretanto, se tomados em consideração os custos envolvidos com os problemas decorrentes do tabagismo, tanto em termos de saúde como de outros setores da economia, um índice tão baixo apenas denota a dimensão do trabalho a ser realizado e quanto de esforço deve ser concentrado nesse sentido, conforme se depreende de (Santos et al., 2012).

Destaca-se nesse estudo, a dificuldade na obtenção dos dados, especialmente os quantitativos, o que dificulta a generalização dos dados para o estado. Assim, os resultados apresentados nesse estudo nos alertam para a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao tema no MS e outros estados brasileiros. Além disso, fica evidenciada a necessidade de um maior investimento para expansão do programa de controle do tabagismo no estado de Mato Grosso do Sul, focando-se na capacitação dos profissionais da saúde, dando-lhes condições de responder as demandas advindas da aplicação do programa.

REFERÊNCIAS

Azevedo, R.C.S., Higa, C. M. H., Assumpção, I. S. M. A., Frazatto, C. R. G., Fernandes, R. F., Goulart, W., Botega, N. J., Boscolo, A. M., & Sartori, R. M.

- (2009). Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Revista da Associação Médica Brasileira* 55(5), 593-596.
- Bittencourt, L., Cruz, R. C., & Scarinci, I.C. (2014). Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(4):645-654, out-dez.
- Boeira, S. L., & Johns, P. (2007). Indústria do Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis*, v.4 n. 1, Florianópolis, jan-jun.
- Brasil. (1998). *Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação*. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde: Brasília-DF.
- Brasil. (2001). *Abordagem e tratamento do fumante*. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil, (2015). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica*, n. 40.
- Brasil, (2017). *O uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisas e ações recomendadas para legisladores*. Rio de Janeiro. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/uso-de-narguile-efeitos-sobre-saude-necessidades-de-pesquisa-e-acoas>
- Brasil, (2019). *Ministério da Saúde. Brasil reduz hábito de fumar em 40% e mantém tendência de queda*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45488- apenas-9-3-dos-brasileiros-ainda-tem-o-habito-de-fumar>
- Caetano, G. S., & Hoffmann, M. E. (2016). Políticas públicas antitabagistas: uma saída possível contra a dependência. Recuperado de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Gisieli-Simplicio-Caetano.pdf>
- Campos, P. C. M., & Gomide, M. (2015). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Cad Saúde Colet*. Rio de Janeiro, 23(4): 436-444.
- Castro, J. E., & Oliveira, M.G. (2014) Políticas Públicas e desenvolvimento, cap. I, p. 20-48. IN.: Madeira, L.M. (org.). *Avaliação de Políticas Públicas*, Porto Alegre: UFRGS/CEGOC.
- Castro, M. M. L. D., & Passos, S. R. L. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Archives of Clinical Psychiatry*. São Paulo, 32(6), 330-335.
- Cavalcante, T.M., Pinho, M.C.M., Perez, C.A., Teixeira, A.P.L., Mendes, F.L., Vargas, R. R., Carvalho, A.O.R., Rangel, E. C., & Almeida, L.M. (2017). Brasil: balanço da Política Nacional de controle do Tabaco na última década e dilemas *Cad. Saúde Pública*; 33 Sup 3:e00138315.

- Cavalcante, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios: *Rev. Psiq. Clín.* 32(5); 283-300.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento de CID-10.* (2017). Editora Artmed.
- De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1260-1266.
- Fagundes, L. G. S., Martins, M. G., Magalhães, E. M. S., Palmiéri, P. C. R., & Silva Júnior, S. I. (2014). Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 499-510. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.13482012>.
- Ferraz, L., Busato, M. A., Teo, C. R. P. A., Mattos, T., & Lieshout, B. (2015). Tabagismo: Motivos da cessação e da recaída na população de um NASF. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde; Hygeia*, 11 (20): 127-137.
- Figueiredo, V. C., Turci, S. R. B., & Camacho, L. A. B. (2017). Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios. *Caderno de Saúde Pública*; 33 Sup. 3:e00104917.
- Haggstram, F. M., Chatkin, J. M., Cavalet-Blanco, D., Rodin, V. & Fritscher, C. (2001). Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *J. Pneumologia*, 2(5), 261-265.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). (2014). Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. (IBGE). (2018). Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2014). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro. Recuperado de: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
- Malta, D. C., Moura, L., Souza, M. F. M., Curado, M. P., Alencar, A. P., & Alencar, G. P. (2007). Tendência de mortalidade do câncer de pulmão, traqueia e brônquios no Brasil, 1980-2003. *J Bras Pneumol*; 33(5):536-543.
- Malta, D. C., Moura, E. C., Silva, S. A., Oliveira, P. P. V., & Silva, V. L. C. (2010). Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneumol.* 36(1):75-83.
- Malta, D. C. M., Vieira, M. L., Szwarcwald, C. L., Caixeta, R., Brito, F., & Reis, A. A. S. (2015). Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Epidemiol*; SUPPL 2: 45-56.

- Malta, D. C., Stopa, S.R., Santos, M. A. S., Andrade, S. S. C. A., Oliveira, T. P., Cristo, E. B. & Silva, M. M. A. (2017), Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. *Caderno de Saúde Pública*; 33 Sup. 3:e00134915.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [recurso eletrônico]: DSM-5. (2014). [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli (et al.). – 5. Ed. – Dados eletrônicos.- Porto Alegre: Artmed.
- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A. P., Lourenço, M. T, C. L., Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 23(4)200-14.
- Mato Grosso do Sul (MS). Secretaria de Estado de Saúde. (2016). Controle do tabagismo: Manual de apoio para coordenadores. Governo do Estado. Recuperado de: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Manual-de-apoio-PNCT.pdf>.
- 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.
- Mesquita, A. A. (2013). Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XV, n. 2, 35-44.
- Oliveira, D. A. (2011). Das políticas de governo à política de Estado: reflexões sobre a atual agenda educacional brasileira. *Educ. Soc., Campinas*, v. 32, n. 115, p. 323-337, abr./jun.
- Oliveira, L.M.A., Lemos, E.C., Souza, S.L.B., Maciel, M.G.G., Paes, IMBS & Reis, FKW. (2017). Implantação do tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 63(1): 13-20.
- Oliveira, D. A; & Naves, J. O. S. (2018). Planejamento estratégico para qualificação da programação dos medicamentos para a cessação do tabagismo: um relato de experiência. *ISSN 1982-8829 Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, 11(3), 247-258, Epub mar.
- Oliveira, W. J. C., Zobiolo, A. F., Lima, C. B., Zurita, R. M., Flores, P. E., Rodrigues, L. G. V. R., Pinheiro, R. C. A., & Silva, V. F. F. R. S. (2018). Conhecimento e uso do cigarro eletrônico entre estudantes da Universidade Federal de Mato Grosso. *J Bras Pneumol*; 44(5): 367-369.
- Pinto, M., & Ugá, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. (2010). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1234-1245.
- Pinto, M. T., Pichon-Riviere, A., & Bardach, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(6): 1283-1297.

- Pinto, M., Bardach, A., Palacios, A., Biz, A., Alcaraz, A., Rodríguez, B., Augustovski, F., Pichon-Riviere, A. (2017). *Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos*. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina.
- Portes, L. H., Machado, C. V., Turci, S. R. B., Figueiredo, V. C., Cavalcante, T. M., & Silva, V. L. C. (2018). A política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6):1837-1848.
- Portes, L. H., Machado, C.V., & Turci, S. R. B. (2018). Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Caderno de Saúde Pública (Online)*;34(2);e00017317.
- Reichert, J., Araújo, A. J., Gonçalves, C. M. C., Godoy, I., Chatkin, J. M., Sales, M. P., & Santos, S. R. R. A. (2008). Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*; 34(10):845-880.
- Rodrigues, M. M. A. (2010). *Políticas Públicas*, São Paulo: Publiofolha.
- Rosemberg, J. (2003). *Nicotina: droga universal*. SES/CUE. São Paulo.
- 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.
- Santos, U. P. (2018). Cigarro eletrônico-repaginação e renovação da indústria do tabagismo. *J Bras Pneulo*. 44(5):345-346.
- Santos, J. D. P., Duncan, B. B., Sirena, S. A., Vigo, A., & Abreu, M. N. (2012). Indicadores da efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4): 579-588, out-dez.
- Sardinha, A., Oliva, A. D., D'Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. O. (2005). Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*; Rio de Janeiro, jun;1(1):83-90.
- Silva, L. C. C., Araújo, A. J., Queiroz, A. A. D., Sales, M. P. U., & Castellano, M. V. C. O. (2016). Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *J. Bras. Pneumol*; 42(4):290-298, July-Aug.
- Silva, G. A., Noronha, C. P., Santos, M. O., & Oliveira, J. F. P. (2008). Diferenças de gênero na tendência de mortalidade por câncer de pulmão nas macrorregiões brasileiras. *Re Bras Epidemiol*; 11(3): 411-9.
- Szupysynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008). O modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1), 162-173.

Teixeira, L. A. S., Paiva, C. H. A., & Ferreira, V. N. A. (2017). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS da agenda política brasileira, 2003-2005. *Caderno de Saúde Pública* (Online);33(supl.3):e00121016.

Teixeira, L.A., & Jaques, T.A., (2011). A Legislação e Controle do Tabagismo no Brasil entre o final do Século XX e Início do XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 57(3): 295-304.

Turci, S. R. B., Kornalewski, A. M., Carvalho, D. C. S., Cavalcante, T. M., Bialous, S. A., Johns, P., & Silva, V. L. C. (2017). Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco: uma nova perspectiva para o monitoramento da interferência da indústria nas políticas de controle do tabaco no Brasil e no mundo. *Caderno de Saúde Pública*; 33 Sup. 3:e001148515.

CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

No que diz respeito à pesquisa teórica, verificou-se que os artigos selecionados tiveram seu foco mais voltado para as questões históricas, normativas e reguladoras no controle do tabaco/tabagismo. Com um programa que conjugue ações educativas respaldadas por uma legislação adequada, a dependência da nicotina diminuirá significativamente no Brasil e no mundo, em um futuro próximo. Ressalta-se a expectativa de que o impacto das ações do PNCT será progressivamente estudado, aperfeiçoado, ampliado, com vista a maior difusão e implantação das ações educativas, ganhando apoio da população e dos profissionais da saúde no controle dos efeitos do tabagismo no Brasil e no mundo.

Pôde-se constatar que ainda hoje, existem poucos estudos que tratam especificamente da aplicação do programa de controle do tabagismo no Brasil. Essa é uma lacuna detectada, que pode ser preenchida por outras pesquisas, a fim de oferecer subsídios que ofereçam suporte para os gestores para a tomada de decisão quanto à melhor intervenção. Sugerimos a realização de outros estudos, que avaliem o programa de controle do tabagismo no âmbito do Sistema Único de Saúde, na prática clínica.

Em relação à pesquisa empírica foi possível verificar a quantidade de pessoas atendidas, em cinco Secretarias de Saúde dos maiores municípios do estado de Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã) a fim de compreender a assistência disponibilizada para o controle do tabagismo.

A dependência da nicotina é cada vez mais reconhecida como uma condição crônica, com alto grau de dificuldade de superação, que pode necessitar de repetidas intervenções terapêuticas. Ressalta-se a importância do tratamento preconizado e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde, com ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Apesar dos esforços empreendidos pelas secretarias de saúde nos municípios pesquisados, o alcance do programa ainda é baixo, tendo atingido 1.508 fumantes, no período da pesquisa, mas quando considerada a eficácia do programa este número ainda cai bastante, uma vez que havia interrompido o uso tabaco apenas 202 participantes do programa. Entretanto, se tomados em consideração os custos envolvidos com os problemas decorrentes do tabagismo, tanto em termos de saúde como para outros setores da economia, um índice tão baixo apenas denota a dimensão do trabalho a ser realizado quanto aos esforços que devem ser concentrados nesse sentido.

Percebeu-se na pesquisa, a dificuldade de se colocar esse programa em prática de forma completa nesses municípios, conforme preconizado pelo SUS, ou seja: fazer a divulgação e o recrutamento para o tratamento, verificar o grau de motivação para mudança do comportamento em relação ao tabaco (Castro & Passos, 2005; Reichert et al., 2008; Szupczynski & Oliveira, 2008; Brasil, 2015); estimar o grau de dependência da nicotina por meio do teste de Fagerström (Reichert et al., 2008; Brasil, 2015); lançar mão das abordagens motivacionais (Brasil, 2015); fazer os grupos de manutenção (Rosemberg, 2003; Mesquita, 2014; Ferraz et al., 2015).

No desenvolvimento da pesquisa de campo, nos deparamos com algumas dificuldades para a obtenção dos dados, tais como: acesso a pessoa responsável pelo programa nos municípios, rotatividade dos profissionais, dificuldade de alguns profissionais em separar um tempo para responder o questionário e ausência de dados quantitativos arquivados em um município. Percebe-se a necessidade de maior investimento para expansão do programa no estado, com foco na capacitação dos profissionais da saúde, dando-lhes condições de responder as demandas advindas da aplicação do programa (Bittencourt, Cruz & Scarinci, 2014). Ressalta-se que os resultados apresentados nessa pesquisa evidenciam a necessidade de outras pesquisas sobre esse tema no Estado de Mato Grosso do Sul, e em outros Estados da federação.

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “Um estudo sobre a aplicabilidade do programa de controle do tabagismo no estado de Mato Grosso do Sul”.

O objetivo deste estudo é compreender o alcance do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Estado do Mato Grosso do Sul. A sua participação consiste em responder um questionário que pretende averiguar o alcance deste programa no estado de Mato Grosso do Sul.

Todo o procedimento será realizado pela mestranda, Jozabete Ferreira de Oliveira Bezerra, do programa de pós-graduação em psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), sob orientação e responsabilidade da Professora Dra. Karen Del Rio Szupszynski, especialista na área clínica e de saúde.

Para preencher o questionário você terá que fornecer informações a respeito do Programa de Controle do Tabagismo criado pelo governo federal, desde 1986, através do Ministério da Saúde, com o objetivo de prevenir o tabagismo e promover o abandono do tabaco entre os dependentes de nicotina.

Os riscos relacionados a esta pesquisa são considerados baixos, mas podem envolver uma possível fadiga ou desconforto ao responder as perguntas, que tem duração de aproximadamente 30 minutos. Caso haja um alto nível de desconforto você terá acompanhamento psicológico especializado sem custos. Você poderá retirar seu consentimento pela participação a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus ou prejuízo na relação com a pesquisadora.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade, e a da instituição, serão mantidas no mais rigoroso sigilo, ou seja, serão omitidas todas as informações que permitam identificá-los.

Não haverá gastos, de sua parte, ao participar da pesquisa, bem como, também, não haverá pagamento por sua participação.

Você receberá uma via deste termo de consentimento onde consta o contato do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFGD, podendo esclarecer dúvidas sobre sua participação na pesquisa, agora ou a qualquer momento. O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador informou-me que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFGD, situado à Rua Melvin Jones, 940, Jardim América, 79.803-010 – Dourados, podendo ser contatado, também, por (cep@ufgd.edu.br/ (67)3410-2853). Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com a pesquisadora, fone (67)99869-5468.

Assumo que entendi, claramente, tudo o que me foi explicado e que concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante: _____

RG ou CPF: _____

Identificação da Secretaria de Saúde: _____

Endereço: _____

Local e data

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: UM ESTUDO SOBRE A APLICABILIDADE DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: JOZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA BEZERRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14196219.6.0000.5160

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.480.510

Apresentação do Projeto:

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma doença crônica, desencadeada pela dependência da nicotina, e um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Entre as doenças mais comuns, provocadas pelo uso do tabaco, estão as cardiovasculares, pulmonar obstrutiva crônica, câncer, hipertensão, diabetes, aumento do risco de desenvolvimento de tuberculose, com possível ocorrência de óbito. Estima-se que mais de cinco milhões de mortes ao ano, no mundo, decorrem de uso persistente do tabaco. No Brasil, esse número é de 156.216 mortes, que poderiam ser evitadas, representando um quantitativo de 428 mortes por dia. O prognóstico para 2025 a 2030, é que esse número possa chegar a 10 milhões de mortes por ano, com maior incidência, cerca de 70%, em países desenvolvidos. O objetivo deste estudo é compreender a aplicabilidade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado do Mato Grosso do Sul. A pesquisa será desenvolvida em duas etapas. Primeira etapa: Revisão sistemática de literatura sobre estudos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Segunda etapa: Estudo de levantamento sobre aplicação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nas cinco maiores cidades do MS (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã). **Objetivo da Pesquisa:** Objetivo Primário: Compreender a aplicabilidade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no estado do Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário: a) Realizar uma Revisão sistemática de literatura sobre estudos relacionados ao “Programa Nacional de Controle do Tabagismo”; b) Verificar se o “Programa Nacional de Controle do Tabagismo” é utilizado nas cinco maiores cidades do estado do MS (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã); c) Avaliar, entre a população, a quantidade de pessoas beneficiadas através do “Programa Nacional de Controle do Tabagismo” nas cinco maiores cidades do estado do MS (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Corumbá e Ponta Porã); d) Compreender a assistência disponibilizada pelas secretarias de saúde para cessação do tabagismo.

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

CEP: 79.803-010

UF: MS **Município:** DOURADOS

Telefone: (67)3410-2853 **E-mail:** cep@ufgd.edu.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 02 de Agosto de 2019

Assinado por:

Leonardo Ribeiro Martin

(Coordenador(a))

ANEXO 3 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Qual é a sua formação e quais são suas funções nesta Secretaria de Saúde?
 2. Há quanto tempo você trabalha nesta Secretaria de Saúde?
 3. Como foi o processo de implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nesta Secretaria de Saúde? Em que ano isso ocorreu?
 4. Como é o funcionamento dos grupos de Tratamento do Tabagismo nesta Secretaria de Saúde?
 - Divulgação: Vocês utilizam algum meio de divulgação dos grupos. Se sim, quais?
 - Inscrições: Como são realizadas as inscrições e até quantos podem ser inscritos?
 - Periodicidade: Existe alguma periodicidade de oferta dos grupos nesta unidade?
 - Coordenação: Qual(is) profissional(is) de saúde conduz(em) ou já conduziu(ram) grupos nesta secretaria?
 - Modalidade do grupo: Os Grupos são abertos ou fechados?
 - Entrevistas: as unidades de saúde fazem entrevista individual para a formação dos grupos?
 - Faz entrevista no final dos grupos para ter um feedback?
 - Encontros de manutenção: São realizados grupos de manutenção? Se sim, como funcionam?
 - Há outro tipo de acompanhamento de seguimento? (Via telefone, por exemplo)
 - Quando detectada a necessidade, é realizado algum tipo de encaminhamento para tratamento especializado? (Psicólogo, nutricionista, etc.).
 - Dados estatísticos: Vocês recebem, em forma de planilhas, de cada Unidade de Saúde os dados preenchidos trimestral/quadrimestral. É importante para o mapeamento de Mato Grosso do Sul que as seguintes questões sejam respondidas. Se você preferir enviar as planilhas para que façamos os cálculos, fique à vontade.
-
- Quantos grupos já foram atendidos nesta Secretaria por meio de suas Unidades?
 - Quantos inscritos no total (mesmo os que não compareceram)?
 - Quantos foram ao 1º encontro?
 - Quantos concluíram o Programa?
 - Quantos usaram tratamento medicamentoso (bupropiona ou adesivo de nicotina)?
 - Quantos pararam de fumar?
 - São mantidos encontros de manutenção? Qual a periodicidade?
 - Quantos comparecem aos encontros de manutenção?