



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - CESUPI
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NÁGILA AVELAR RAMOS FREITAS

OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE COMBATE AO
TABAGISMO PARA A ENFERMAGEM

ITAITUBA
2016

NÁGILA AVELAR RAMOS FREITAS

OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE COMBATE AO
TABAGISMO PARA A ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa apresentado à disciplina TCC I do curso bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, como requisito avaliativo para obtenção do título de Enfermeiro, ministrado pela Enf^a Me. Aline Soares.

Orientadora: Enf.^a Esp. Maria Bernadeti dos Santos Coelho

ITAITUBA – PA

2016

FREITAS, Nágila Avelar Ramos.

Os Desafios da Implantação do Programa de Combate ao Tabagismo
Para a Enfermagem/ Nágila Avelar Ramos Freitas. Itaituba: FAI, 2016.

49 fl. : il.

Orientador: Maria Bernadeti Santos Coelho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de
Itaituba, Curso de Bacharel em Enfermagem.

1.Tabagismo. 2. Implantação. I Coelho, Maria Bernadete dos Santos.
II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2016.

NÁGILA AVELAR RAMOS FREITAS

OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE COMBATE AO
TABAGISMO PARA A ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba par obtenção do título de
bacharel no curso de Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Avaliador 1: _____ Nota: _____

Prof. Maria Bernadete S. Coelho
Enfermeira Especialista

Avaliador 2: _____ Nota: _____

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de Julho de 2016

Dedico este árduo trabalho a minha família. Filhos: minha razão de seguir buscando sempre o melhor Izabelle Avelar Freitas e Arthur Guilherme Avelar Freitas. Esposo: Meu amor, companheiro, porto-seguro Zadoque Freitas Nunes. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Obrigada Senhor por ter suprido minhas necessidades, físicas, emocionais e espirituais para que eu não desistisse de seguir em frente, e por não ter permitido que as dificuldades me afastassem de ti.

Obrigada paizinho Antonio de Jesus Campos, por guiar meus primeiros passos em direção a uma vida reta e digna, pelos valores ensinados no dia-a-dia através de suas atitudes.

Obrigada amiga-irmã Taynara, seu incentivo foi importante nas horas de pavor, seu humor e praticidade em ver as coisas me confortaram muitas vezes.

Obrigada mãe substituta Elizabeth Pinto, por cuidar dos meus filhos nos momentos em que estive ausente em busca desta tão sonhada graduação.

Obrigada queridos mestres, vocês nos mostraram o caminho a seguir e agora chegou o momento de soltarmos as mãos e trilharmos sozinhos a nossa estrada.

Com amor, Nágila.

“Sempre parece impossível até que seja feito. ”
Nelson Mandela

RESUMO

Atualmente, o tabagismo é considerado no mundo, como a maior causa de doença e morte evitáveis, por esta razão é considerado como o principal fator de risco prevenível de enfermidades graves como câncer, especialmente de pulmão, entre outras complicações como o enfisema pulmonar, as bronquites crônicas, os infartos e derrames cerebrais. A legislação brasileira, vista como uma das mais intensas do mundo constitui um apontador de caráter positivo no processo de evolução do combate ao tabagismo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo coordena quatro grupos de ações voltados a: profilaxia do uso de tabaco, evitando a iniciação por crianças e adolescentes; desenvolvimento de ações que incentivem os fumantes a abandonar o vício; desenvolvimento de ações voltadas à proteção da saúde da população não fumante, evitando a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; ações que visem o controle da produção e comercialização do tabaco e seus derivados. O objetivo deste estudo foi descrever aspectos gerais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e identificar os principais desafios para sua implantação bem como a atuação do enfermeiro na elaboração, implementação e avaliação do Programa. Verificou-se que a maior dificuldade enfrentada pelo enfermeiro é lidar com a sobrecarga de trabalho a ele atribuída enquanto gerente de unidade de saúde.

Palavras-chave: Tabagismo. Programa Nacional de Controle ao Tabagismo. Enfermagem.

ABSTRACT

Currently, smoking is considered in the world as the biggest cause of preventable illness and death, for this reason it is considered as the major preventable risk factor for serious diseases like cancer, especially lung, among other complications such as emphysema, chronic bronchitis, heart attacks and strokes. A legislação brasileira, vista como uma das mais intensas do mundo constitui um apontador de caráter positivo no processo de evolução do combate ao tabagismo. The National Tobacco Control Programme coordinates four groups of actions geared to: tobacco use prevention, avoiding initiation for children and adolescents; development of actions to encourage smokers to quit the habit; development of actions aimed at protecting the health of the population smoking, avoiding exposure to tobacco smoke indoors; actions aimed at the control of the production and marketing of tobacco and its derivatives. The aim of this study was to describe general aspects of National Tobacco Control Program, and to identify the main challenges to implementation as well as the role of the nurse in the elaboration, implementation and evaluation of the program. It was found that the greatest difficulty faced by the nurse is to deal with the overload of work he assigned as unit manager of health.

Keywords: Smoking. National smoking control program. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Esquema de ações legislativas e econômicas do PNCT.....	24
Figura 2-	Etapas de implantação do PNCT.....	37
Figura 3-	Dificuldades na implantação do PNCT	38
Tabela 1-	10 desafios referidos pelos tabagistas	26
Tabela 2-	Níveis para a implantação do PNCT nos municípios	31
Tabela 3-	Perguntas aos profissionais responsáveis pelo PNCT em Itaituba	34
Gráfico 1-	Percentual de pessoas expostas a fumaça do tabaco	19
Gráfico 2-	Desafios para a enfermagem no PNCT	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
2.1.1	Promoção da Saúde	15
2.1.2	Aspectos Gerais da Estratégia Saúde da Família	17
2.2	O TABAGISMO.....	18
2.3	A LEGISLAÇÃO SOBRE TABAGISMO NO BRASIL.....	20
2.4	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	22
2.4.1	Adesão ao programa	26
2.4.2	Medicações disponíveis no SUS	28
2.4.3	Equipe Multiprofissional e suas atribuições	29
2.5	OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA.....	30
3	METODOLOGIA.....	33
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
4.1	RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE PNCT	34
4.1.1	Palavra do Diretor Técnico Municipal de Saúde	35
4.1.2	Palavra da Coordenadora dos Programas Estratégicos	36
4.1.3	Palavra da Farmacêutica da Atenção BÁSICA	36
4.1.4	Palavra da Enfermeira Multiplicadora	36
4.1.5	Palavra da Enfermeira da UBS Piracaná	37
4.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5	CONCLUSÃO	41
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, visando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Além de oferecer consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos (INCA, 2011).

O tabaco é uma droga, e geralmente as drogas, são consideradas como fator determinante de valor e comportamental humano, e faz parte da maioria das civilizações. Quando o indivíduo fuma o tabaco, a substância nicotina “leva aproximadamente sete segundos para alcançar os pulmões, entrar na corrente sanguínea e atingir o cérebro” (DINIZ *et al.*, 2011).

Dentre os fatores de risco de câncer até hoje conhecidos, o tabagismo tem merecido uma abordagem diferenciada por se tratar também de uma doença. Uma doença gerada por uma dependência, a dependência de nicotina (BRASIL, 2003).

Estima-se que no Brasil, ocorram cerca de 200 mil mortes a cada ano. O tabagismo origina um aditivo econômico substantivo para as sociedades, determinada pelos gastos gerados pela assistência médica e ainda pela diminuição da produtividade em decorrência da morbidade e a morte antecipada (GIOCOMETE, 2013).

O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, funciona a partir do interesse do Gestor Municipal em aderir ao programa, tendo em vista este primeiro passo, são indicadas quais Unidades Básicas de Saúde (UBS) farão parte do programa, pois o tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas UBS, por conta de seu alto grau de descentralização e por ser a ponta na rede de assistência, podendo através da figura do Agente Comunitário de Saúde, estar mais próximo do usuário (BRASIL, 2013).

O objetivo primordial do PNCT é reduzir a incidência de fumantes e consequentemente a morbimortalidade causada pelo uso do tabaco e seus derivados no Brasil, e mais especificamente, visa “reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se

tornaram dependentes, e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo” (GIOCOMETE, 2013).

A atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.), deve ser preferencialmente a porta de entrada do sistema de saúde. A partir desse atendimento primário, o paciente é encaminhado para os outros serviços de maior complexidade, como por exemplo hospitais e clínicas especializadas (INCA, 2011).

Diante da necessidade de implementação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), constatou-se a importância da implantação do programa em todos os municípios do país, visto que os municípios são responsáveis por implementar essa política de saúde pública, sendo assim a realização do presente estudo justificou-se, por buscar compreender quais os desafios e dificuldades enfrentados por equipes de enfermagem que já passaram por esse processo de implantação do programa no intuito de auxiliar equipes de enfermagem que venham a precisar das informações adquiridas com a presente pesquisa.

Considerando o fato de que o Brasil é um país em desenvolvimento, e que é o segundo maior produtor de tabaco do mundo, sendo o primeiro em exportação (em folhas), e ainda considerando a legislação vigente que promove o combate ao tabagismo esta pesquisa foi pautada nas seguintes questões norteadoras: Quais os desafios encontrados na implantação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo? De que maneira a enfermagem está inserida no processo de tratamento do tabagismo dentro do PNCT? A quais foram elucidadas por meio de revisão da literatura, elencando as principais dificuldades encontradas para implantação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo em alguns municípios brasileiros.

Para tanto foram utilizados, relatos de experiência, artigos, livros e manuais que tratam sobre essa temática, com o objetivo principal de analisar os desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais da saúde na implantação do PNCT bem como o papel da enfermagem dentro deste contexto, respeitando os aspectos éticos envolvidos no trabalho durante todo o processo de pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após mais de duas décadas do processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual já ocorreu a edição de diversas leis e normas para promover maior fortalecimento e consolidação da universalidade da saúde pública, o processo de descentralização da gestão bem como novos paradigmas sobre sua modalidade organizacional e funcionamento no intuito de atender as demandas da atual realidade político-social do país, tal fato exigiu que novos elementos institucionalizantes fossem propostos (BRASIL, 2013).

O principal responsável pelo financiamento da saúde no Brasil, é a União, sendo esta responsável ainda pela formulação de políticas nacionais o que corresponde à metade dos gastos. A outra metade dos gastos fica a cargo dos parceiros (estados, Distrito Federal, municípios, ONGs e iniciativa privada), responsáveis pela implementação das políticas públicas (INCA, 2011).

Ainda de acordo com o autor acima, os municípios são os fundamentais responsáveis pela saúde de sua população. A partir do ano de 2006, com o “Pacto pela Saúde”, quando o município não tem todos os serviços de saúde, ele realiza um pacto com os demais municípios de sua região, afim de ofertar a forma de atendimento integral à saúde de sua população, sendo assim, o gestor municipal assumiu, gradativamente ou não, a gestão plena das ações e serviços de saúde ofertados em seu território, porém esse pacto também deve passar também pela negociação com o gestor estadual.

Já o governo estadual, além de organizar o atendimento à saúde em seu território implementa políticas nacionais e estaduais. A atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.), deve ser preferencialmente a porta de entrada do sistema de saúde. A partir desse atendimento primário, o paciente é encaminhado para os outros serviços de maior complexidade, como por exemplo hospitais e clínicas especializadas. Os indivíduos podem ainda optar, além do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo segmento de saúde suplementar, que comercializa planos particulares de assistência à saúde e que abrange empresas operadoras de planos de saúde, médicos, enfermeiros,

dentistas e outros profissionais, bem como hospitais, laboratórios e clínicas em uma rede que presta serviços de saúde. “A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde”, atuando na promoção, e visando equilibrar as relações entre todas as partes englobadas na saúde suplementar (INCA, 2011).

De modo geral, espera-se que porta de entrada do SUS, seja preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, Unidades de Saúde da Família). Devendo-se encaminhar este cidadão para outros serviços de maior complexidade, somente após esse primeiro atendimento, pois o sistema público de saúde deve funcionar de forma referenciada. Nos casos em que determinado município não disponha do serviço que o usuário necessita, o gestor local do SUS, deve pactuar com outro município que ofereça o serviço, esse paciente deve ser transferido via encaminhamento e referencia (BRASIL, 2006).

2.1.1 Promoção da Saúde

A promoção da saúde, deve funcionar como uma das estratégias de produção de saúde, isto é, como uma maneira de pensar e de atuar articulado às demais políticas e tecnologias trabalhadas no sistema de saúde brasileiro, colabora na elaboração de atividades que possibilitem uma resposta às necessidades sociais em saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é tida como uma chance de focar nos aspectos que definem o processo saúde-doença em nosso País a exemplo violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada que interferem com grande amplitude na saúde (BRASIL, 2010).

Fatores ambientais estão relacionadas à boa parte dos casos de câncer. O risco de câncer pode ser aumentado ou diminuído em decorrência das mudanças provocadas pelo homem no meio ambiente (BRASIL, 2003).

Com a intenção de garantir a qualidade de vida e saúde das pessoas, Promoção da Saúde vem sendo discutida e abordada como estratégia primordial. É necessário que seja proporcionado aos profissionais da saúde do setor bem como aos órgãos governamentais uma atualização e ações em saúde que favoreçam a

construção, a aplicabilidade ou a reformulação de políticas públicas, o que se consegue por meio da pesquisa na área da promoção da saúde (LIRA, 2009).

Ao realizarmos um mapeamento sobre promoção da saúde, identificamos a falta de padronização dos resumos contendo os itens introdução, objetivo, metodologia, resultados, conclusão/considerações finais. A formatação quanto ao número de palavras e/ou caracteres inviabilizou uma leitura mais contextualizada para a confirmação de que esses trabalhos retratam o conceito de promoção da saúde. Apesar dessa limitação, este estudo possibilita uma síntese sobre as pesquisas desenvolvidas nos cursos de pós-graduação, permitindo uma discussão entre os docentes, discentes e instituições sobre a necessidade de um conhecimento científico mais direcionado nos encaminhando para a tomada de decisão real e concisa (LIRA, 2009 p. 20).

Promover a cessação do tabagismo precisa ser tida como uma prioridade para os profissionais de saúde e também para os governos, mas ainda tem muito trabalho pela frente a ser realizado nesse sentido (MAIA; NASCIMENTO, 2015).

Neste sentido, é preciso ter um direcionamento muito além do tabagista quando se fala em ações voltadas controle ante fumo, englobando as variáveis sociais, políticas e econômicas que influenciam diretamente, tanto as pessoas que indivíduos querem deixar de fumar, quanto aquelas que iniciam sua vida como tabagista (CAVALCANTE, 2009).

Igualmente, é uma certeza, que sem pesquisas científicas não se pode construir práticas e ações em saúde, tornando possível uma oportunidade para capacitação dos profissionais de saúde e para a implementação de diretrizes voltadas para a realidade. São necessários estudos adicionais para que sejam determinados conhecimentos mais profundos sobre produções acadêmicas, principalmente científica, sendo esta uma maneira de conectar estudos em esferas diferenciadas, nacional, internacional (LIRA *et al.*, 2009).

A saúde, sendo uma máxima da vida de homens e mulheres considerando sua diversidade e singularidade, acompanhou as mudanças ocorridas na sociedade ano após ano, pois o processo de transformação do ser social é de igual modo o processo de modificação da saúde bem como dos problemas sanitários. Nos últimos anos, o cuidado com a vida tem se voltado para reduzir a vulnerabilidade tem se tornado mais e mais importante evitando-se adoecer e eliminando as chances de que o indivíduo desenvolva alguma incapacidade que gere sofrimento crônico e/ ou morte prematura de indivíduos e população (Brasil, 2010).

No alicerce do processo de criação do SUS estão: o conceito expandido de saúde, a obrigação de instituir políticas públicas de modo a promovê-la, a indispensável participação social na edificação do sistema e das políticas de saúde e “a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população”. Assim, o SUS, sendo uma política do estado brasileiro pelo melhoramento da qualidade de vida e defendendo a afirmação do direito à vida e à saúde, deve propor um diálogo contemplando reflexões e incentivando movimentos na esfera da promoção da saúde (BRASIL, 2010).

2.1.2 Aspectos Gerais da Estratégia Saúde da Família

Programa Saúde Estratégia Saúde da Família constitui uma tática prioritária tomada pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, no campo do SUS, disponibilizando recursos exclusivos para seu custeio, sendo responsável pela atenção básica em saúde de uma determinada área. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, e deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, solucionando 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade. De acordo com as diretrizes do SUS, as ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, para que possa garantir o cumprimento dos princípios de um atendimento integral à população e evitando a fragmentação das ações em saúde. É pela atenção básica que a população preferencialmente deve ter acesso aos serviços de saúde, e os casos que exijam maior complexidade devem ser encaminhados aos serviços especializados, que podem estar organizados na esfera municipal ou regional, vai depender do porte e da demanda do município (BRASIL, 2006).

É sabido que ESF tem sua assistência pautada em uma proposta que vai além do corpo biológico, pretende-se alcançar o indivíduo como um todo, ou seja, em complexidade e integralidade. E, para que isso ocorra, devem ser incluídas ações extramuros das unidades de saúde atingindo o contexto histórico, social, cultural, político e econômico sejam individuais ou da coletividade, a fim de promover a saúde dos mesmos. A complexidade de tal proposta expõe a capacidade limitada do setor saúde em atuar de forma isolada, demandando a criação de parcerias entre distintos setores e segmentos sociais. Deste modo, a Política Nacional de Promoção

da Saúde indica que as intervenções em saúde consistam em expandidas, tomando como elemento os problemas, carências, determinantes e condicionantes de saúde. Para que isso ocorra, é necessário que sejam criadas estratégias de envolvimento e cooperação mútua entre os grupos e movimentos sociais, através da realização de parcerias que favoreçam a assistência. A intersetorialidade deve ser vista com uma oportunidade para firmar alianças entre a saúde e demais segmentos da sociedade a fim de que trabalhando juntos, possam conseguir uma resposta positiva e mais eficaz do que seria possível, caso estivessem atuando separadamente (SILVA; RODRIGUES, 2010).

2.2 O TABAGISMO

Muitos estudos, demonstram que o uso de tabaco resulta em mais mortes antecipadas do que a soma dos óbitos causados por AIDS, cocaína, heroína, incêndios, acidentes de automóvel e suicídio. Atualmente, o tabagismo é considerado no mundo, como a maior causa de doença e morte evitáveis, por esta razão é considerado como o principal fator de risco prevenível de enfermidades graves como câncer, especialmente de pulmão, entre outras complicações como o enfisema pulmonar, as bronquites crônicas, os infartos e derrames cerebrais (BACELAR, 2013).

O tabaco pode ser usado de diversas maneiras de acordo com sua forma de apresentação: inalado pode ser através do cigarro, charuto e cigarro de palha; aspirado conhecido como rapé; mascado em forma de fumo-de-rolô, porém sob todas as formas ele é maléfico à saúde, mas todas as formas de uso do tabaco, inclusive os cigarros com mentol, filtros especiais, com baixos teores como o *light* e *extra light*, têm uma composição semelhante, não havendo, portanto, cigarros saudáveis ou cachimbos e charutos que façam menos mal (KOUICHI, 2009 p. 12).

As substâncias que compõem o tabaco, são as responsáveis pelos efeitos nocivos do fumo, dentre as quais destacam-se o alcatrão e a nicotina, sendo esta última rapidamente absorvida pelo organismo, agindo como estimulante tão logo que chegue ao sistema nervoso central (DINIZ *et al.*, 2011).

No ano de 2004, estimaram-se duas centenas de milhares de óbitos ao ano por causas relacionadas ao fumo no Brasil, e que o número de fumantes

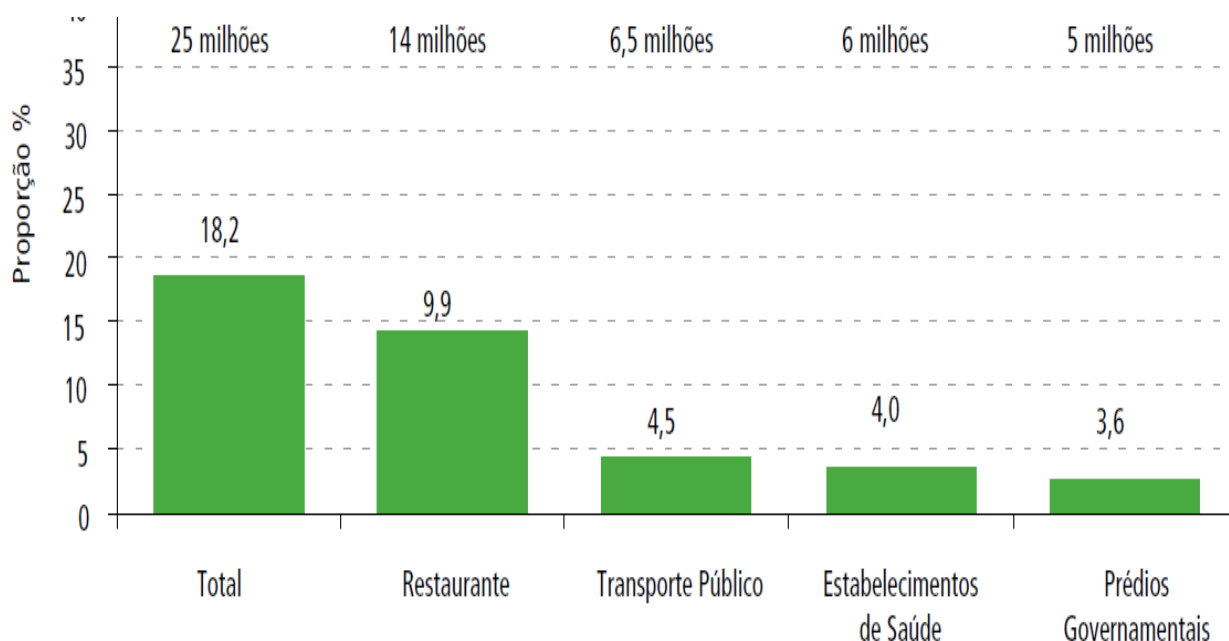
correspondia a um terço da população adulta, sendo 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres (KOUICHI, 2009).

Diante disto, é notório e reconhecido que o tabagismo se trata de uma doença crônica, resultante da dependência à droga nicotina, e um dos principais fatores de risco para cerca de 50 doenças, dentre elas, câncer, asma, DPOC, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. Apesar de apresentar-se de maneira expressiva em algumas regiões e faixas etárias, sua incidência rem reduzido sensivelmente (BRASIL, 2013).

É chamado fumante passivo aquele indivíduo que apenas inala a fumaça de derivados do tabaco, como o cigarro, cigarro de palha, o charuto, o cachimbo e outros, pela simples convivência com tabagistas, especialmente em ambientes fechados, isto é, é quem que absorve as substâncias do tabaco mesmo não sendo fumante (KOUICHI, 2009).

Sem considerar o local de trabalho, acredita-se que em relação aos locais públicos em geral, cerca de um em cada cinco indivíduos são expostos à fumaça do cigarro em locais públicos (26 milhões de indivíduos, sendo 22 milhões não fumantes, como se observa no Gráfico 1 a seguir (INCA, 2011).

Gráfico 1- do Percentual de pessoas de 15 anos ou mais expostas a fumaça do tabaco.



Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2011.

O tabagismo origina um aditivo econômico substantivo para as sociedades, determinada pelos gastos gerados pela assistência médica e ainda pela diminuição produtividade em decorrência da morbidade e a morte antecipada. Ainda que os prejuízos causados pelo tabaco tenham sido comprovados cientificamente dia após dia, seu consumo continua paulatinamente aumentando, mundialmente falando, em vista do crescimento do uso do tabaco em países em desenvolvimento. Observa-se que, embora a ciência tenha demonstrado de forma inequívoca os graves prejuízos decorrentes do consumo do tabaco, seu uso continua a aumentar globalmente, à custa do crescimento do consumo em países em desenvolvimento, principalmente por falta de medidas abrangentes e efetivas de controle do tabagismo nesses países, fato que os torna suscetíveis “às agressivas estratégias de marketing das grandes companhias transnacionais de tabaco” (GIOCOMETE, 2013).

Os fumantes ativos são considerados aqueles que praticam o tabagismo, de forma regular frequentemente, independente da forma como o tabaco se apresente como cigarro, charuto e cigarro de palha, aspirado, mascado em forma de fumo-de-rolo, com mentol, filtros especiais, com baixos teores como o *light* e extra *light*, de qualquer modo, se praticou o fumo, é tabagista ativo (KOUICHI, 2009).

A qualidade no estilo de vida individual na maioria da população vem sendo diminuída pelo uso abusivo de cigarros, bebidas e estresse e a diminuição de atividades físicas e lazer. Por outro lado, o combate a estes fatores de riscos colabora com indivíduos mais ativos, motivados e conscientes, que produzem mais representando menos riscos de adoecimento e/ou sofrerem acidentes de trabalho. Determinadas empresas nacionais são conhecidas mundialmente por conta de seus programas de atenção à saúde do trabalhador, pois conseguem ter uma visão ampla e associam o avanço da qualidade de vida com aumento da produtividade e responsabilidade social. Tais empresas compreendem que o ambiente de trabalho é um excelente campo para o desenvolvimento de intervenções ambientais e educacionais (GONÇALVES, 2006).

2.3 A LEGISLAÇÃO ACERCA DO TABAGISMO NO BRASIL

A legislação brasileira, vista como uma das mais intensas do mundo constitui um apontador de caráter positivo no processo de evolução do combate ao tabagismo. Dos anos 2000 em diante, a propaganda de produtos de tabaco foi

proibida em revistas, jornais, TV, rádio, internet, outdoors, sendo consentida exclusivamente nos pontos internos de venda. Patrocinar eventos culturais e esportivos divulgando marcas de cigarro é proibido desde 2003, menos para eventos internacionais que apresentem sede em outros países. Fora isso, no decorrer da transmissão de acontecimentos internacionais patrocinados por marcas de cigarro, as emissoras nacionais obrigatoriamente devem apresentar mensagens de advertências. Igualmente, são as empresas de tabaco que indispensavelmente tem de inserir advertências com representações ilustrativas nas embalagens dos produtos de tabaco. É impedido também o uso de descritores como *light*, *ultra light*, suave e outros (KOUICHI, 2009).

De acordo com Inca, 2011, na Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil, encontram-se as Leis, Decreto e Portarias abaixo mencionados, distribuídos em áreas de abrangência, o que comprova a preocupação do governo no controle efetivo do tabagismo no país.

Portaria Interministerial nº 3.257 (22 de setembro de 1988) - Recomenda medidas que restringem o fumo nos ambientes de trabalho.

Lei nº 9.294 (15 de julho de 1996) - Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas. Permite o tabagismo em fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao fumo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente.

Portaria Interministerial nº 1.498 (22 de agosto de 2002) - Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental.

Portaria do Ministério da Saúde nº 300 (09 de fevereiro de 2006)-Institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Proíbe fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios. Revoga a Portaria nº 2.818/GM de 28/05/98.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 15 (17 de janeiro de 2003) - Proíbe a venda de produtos derivados do tabaco na internet.

Lei nº 8.069 (13 de julho de 1990) – Estatuto da Criança e do Adolescente: Proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.

Lei nº 10.167 (27 de dezembro de 2000) - Altera a Lei nº 9.294/96, proibindo a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco.

Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035 (31 de maio de 2004) - Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde.

Portaria do Ministério da Saúde nº 399 (22 de fevereiro de 2006) Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Portaria do Ministério da Saúde nº 687 (30 de março de 2006)-Aprova a Política de Promoção da Saúde (INCA, 2011).

2.4 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

A Organização Mundial de Saúde é composta por 192 países, e em todos eles dia 31 de maio é o Dia Mundial sem Tabaco, sendo esta considerada uma data perfeita para pensar em parar de fumar. No Brasil há 25 milhões de fumantes dos quais 19 milhões são considerados dependentes. No entanto, nem todos têm conhecimento de que “o combate à dependência pode ser bancado pelo Governo Federal, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS” (SÍTIO ELETRÔNICO, 2015).

É sabido que o tabaco traz sérios prejuízos à saúde das pessoas, favorecendo o aparecimento de várias complicações, como doenças crônico-degenerativas, que podem causar dor e sofrimento, além de outras complicações. Como consequência do seu alto grau de toxicidade, o total de óbitos resultante do consumo de tabaco é de cerca de 5 milhões ao ano, podendo chegar a 8,4 milhões no ano de 2020 (MACHADO, 2007).

Apesar de todos os problemas enfrentados para implementação do Programa Nacional De Controle Do Tabagismo – PNCT, no enfrentamento do aumento dos índices de tabagismo pela sociedade, o inquérito nacional 2002-2003, revela uma taxa de prevalência de consumo do tabaco entre 12,9% a 25,2%, sendo consideravelmente inferior ao relatado na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição –

PNSN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 1989, que mostra uma prevalência de 31,7%. (CRUZ E GONÇALVES, 2010)

Mesmo estando na segunda posição como maior produtor mundial de tabaco e sendo o maior exportador de tabaco em folhas, o Brasil tem conseguido um controle considerado aceitável em reação ao consumo da droga. Isso se deve ao fato de que há cerca de 15 anos, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), tem articulado, nacionalmente, de forma intersetorial, ações abrangentes, contando com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de diversos outros setores da sociedade civil organizada, objetivando cada vez mais a diminuição do uso do tabaco no Brasil (GIOCOMETE, 2013).

Uma estratégia utilizada para o combate ao tabagismo no país são os programas de apoio, através da oferta de tratamento medicamentoso, atividades individuais e em grupo, medidas educativas, empregando técnicas diretas e indiretas de apoio ao paciente. Seja qual for a terapêutica é de extrema importância o agendamento de consultas de acompanhamento, pois quanto maior o contato do paciente com a equipe, mais eficaz será o resultado, pois o tabagista irá se sentir acolhido. Sendo assim é primordial que a equipe se mantenha acessível (KOUICHI, 2009).

O gerenciamento do controle do tabagismo no Brasil vem sendo realizada pelo Ministério da Saúde através do INCA, desde o final da década de 1980, incluindo várias ações que integram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT. Este programa tem como principal finalidade, minimizar o número de tabagistas, bem como os índices de adoecimento e mortes, causadas pelo consumo do tabaco e seus derivados, através de um modelo assistencial onde as atividades relacionadas à educação, informação e cuidados, associadas ao seguimento das medidas legislativas tem se fortalecido no sentido de evitar a introdução do uso do tabaco entre adolescentes e jovens, além de interromper o consumo naqueles que já são usuários e ainda garantir proteção contra a exposição à fumaça dispersa no meio ambiente, reduzindo os danos à saúde da população em geral (INCA, 2014)

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo coordena quatro grupos de ações voltados a: profilaxia do uso de tabaco, evitando a iniciação por crianças e adolescentes; desenvolvimento de ações que incentivem os fumantes a abandonar o vício; desenvolvimento de ações voltadas à proteção da saúde da população não fumante, evitando a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; ações

que visem o controle da produção e comercialização do tabaco e seus derivados. Abaixo demonstrado na Figura 1 esquema de ações educativas (BRASIL, 2003).

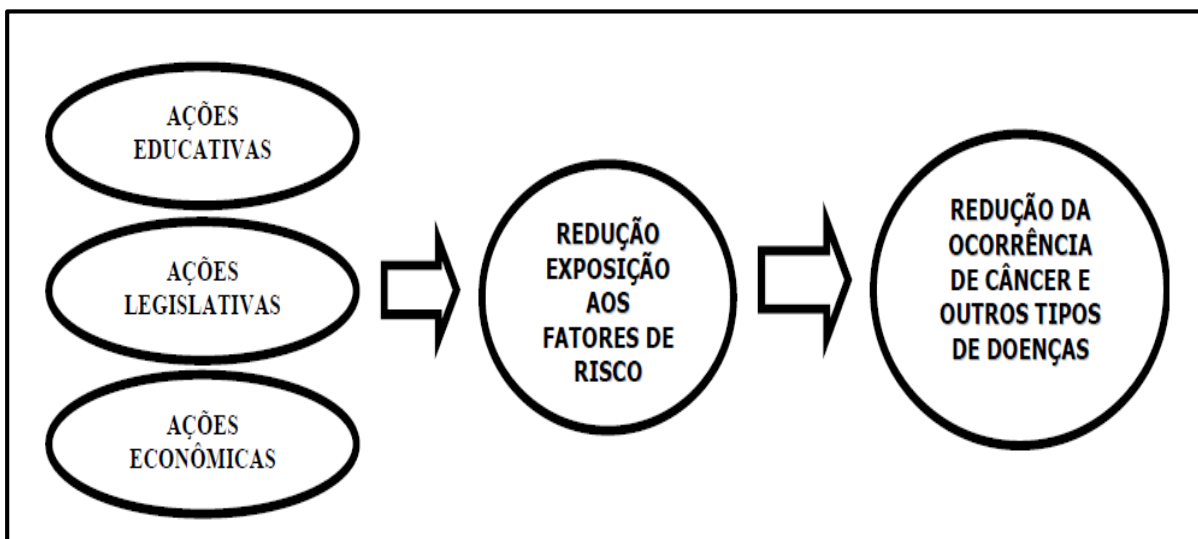


Figura 1- Esquema de ações educativas, legislativas e econômicas do PNCT

A realização de medidas educativas tem como alvo inicial a propagação das informações técnico-científicas sobre as consequências do uso do tabaco e suas possíveis formas de prevenção. Porém, tendo conhecimento que dar informações não resulta obrigatoriamente em mudanças de atitude, o programa também abrange atividades sociais e ambientais a fim de criar mudanças de atitudes, a partir do momento em que propaga as informações (BRASIL, 2003).

O autor ressalta que as atividades legislativas e econômicas se caracterizam como as intervenções sociais que fortalecem a educação em saúde. É da competência dos diversos setores da sociedade orientar, incentivar e cobrar que as ações legislativas sejam realizadas, a fim de termos leis efetivas que possibilitem mudanças realmente positivas com relação à política, meio ambiente e economia, com consequente diminuição dos índices de mortalidade por câncer e por outras doenças correlacionadas ao tabagismo.

O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, funciona a partir do interesse do Gestor Municipal em aderir ao programa, tendo em vista este primeiro passo, são indicadas quais Unidades Básicas de Saúde (UBS) farão parte do programa, pois o tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas UBS, por conta de seu alto grau de descentralização e por ser a

ponta na rede de assistência, podendo através da figura do Agente Comunitário de Saúde, estar mais próximo do usuário (BRASIL, 2013).

Motivar o tabagista a deixar o hábito de fumar configura um os fatores fundamentais para a renúncia do tabagismo, pois a dependência à nicotina é um conflito difícil de ser superado (KOUICHI, 2009).

Uma medida utilizada para o controle do tabagismo no Brasil são os programas de controle, que envolvem terapêuticas medicamentosas, terapias em grupo e individuais, ações educativas, utilizando-se assim de métodos diretos e indiretos no apoio ao tabagista. Em qualquer tipo de tratamento, marcar consultas de acompanhamento é importantíssimo. Quanto maior a intensidade, frequência e duração do contato, melhor será o resultado. Por isso a disponibilidade de tempo por parte do clínico ou outro profissional de saúde é fundamental (KOUICHI, 2009 p. 15).

Para participar do programa é simples. O fumante precisa procurar a Secretaria Municipal de Saúde da cidade em que reside e verificar se há unidades de saúde onde é oferecido o atendimento. O programa existe desde 2004 e, nos últimos anos, o MS capacitou diversos profissionais e credenciou unidades para oferecerem o tratamento, o número total de unidades credenciadas é desconhecido pelo próprio SUS pois este percentual muda trimestralmente, quando são realizados os repasses de verba e de medicamentos para os municípios. Além de profissionais habilitados, a UBS deve dispor de equipamentos adequados e deve ter o fumo completamente proibido em suas dependências (SÍTIO ELETRÔNICO, 2015).

Ainda de acordo com o autor acima, identificada a unidade mais próxima de casa, o paciente deve pedir para ingressar no tratamento, a partir daí será realizada uma avaliação clínica que vai determinar o grau de dependência do fumante. E é esse conjunto de exames e entrevistas que vai determinar como se dará o tratamento. Se o paciente for considerado dependente físico, este será encaminhado a um grupo de apoio, coordenado por um ou dois médicos, que devem se reunir quatro vezes por semana. “Nesses encontros, além de receber um manual antitabagismo, ele recebe informações sobre os motivos pelos quais se fuma, os problemas causados pelo consumo de tabaco e os efeitos da abstinência”.

2.4.1 Adesão ao programa

Após aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) o gestor municipal indica quais as equipes de atenção básica que estarão habilitadas para implantação ou fortalecimento do PNCT, caso esta já faça parte do PNCT - Tratamento do Tabagismo. O passo seguinte será cada equipe habilitada, no momento do preenchimento do questionário de contratualização ao PMAQ, responder o questionário referente ao PNCT, que subsidiará a programação e compra dos medicamentos pelo governo federal e organização da oferta de cursos de capacitação. Foram elencados 10 na tabela 1 a seguir, de acordo com (BRASIL, 2013):

Quadro 1- 10 desafios referidos pelos tabagistas que tentam deixar de fumar

1.Ausência de apoio familiar
2.Desestruturação familiar
3. Ver outras pessoas fumando
4.Problemas familiares e falta de apoio.
5.Desconhecimento quanto às formas de tratamento
6. Não sentirem os efeitos prejudiciais do cigarro a saúde a curto ou médio prazo.
7. Ignorar ou desconhecer os resultados que o cigarro poderá ocasionar
8.Sentimentos como o prazer em fumar, tédio, força do hábito, estresse.
9.Tentação ambiental e fatores sociais
10.Pressão emocional, vício e comportamento habitual

Maia; Nascimento (2015)

Diante de tais fatos, pode-se concluir que o programa de controle ao tabagismo colabora para o abandono da dependência do tabaco, sendo de grande valia para a vida dos usuários, favorecendo ainda a redução dos casos de doenças

causadas pelo uso do tabaco de melhorando a qualidade de vida dos mesmos (KOUICHI, 2009).

2.4.2 Medicamentos disponíveis no SUS

A estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde sugere diretrizes para o tratamento do paciente, como: a avaliação inicial, com aplicação de enquête padronizada sobre o histórico de uso do tabaco, presença de outras patologias associadas, nível de dependência de nicotina, através do teste de *Fagerstrom* e fase motivacional para que o plano terapêutico seja definido; sugestão da presença do usuário em grupos terapêuticos cognitivo-comportamental, sendo que as quatro primeiras sessões devem ser semanais, correspondendo ao primeiro mês de tratamento, seguindo uma sequência padronizada; a indicação de tratamento medicamentoso como apoio aos usuários que possuem elevado nível de dependência (SANTOS, 2012).

Dependendo do pacto feito pelos municípios em sua região, em relação a aquisição de medicamentos básicos, será feito pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Outros medicamentos como a insulina humana e os denominados medicamentos estratégicos, incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição, são adquiridos pelo Ministério da Saúde. Quanto aos medicamentos excepcionais, aqueles estimados de alto custo ou para tratamento contínuo, como para pós-transplantados e insuficiência renal crônica, são adquiridos pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Geralmente a União, reembolsa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios (INCA, 2011).

Para apoio ao tratamento das pessoas dependentes do tabaco, o SUS disponibiliza algumas medicações, entre elas a terapia de reposição de nicotina sob a forma de adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), goma de mascar (2mg) e pastilha (2mg) e cloridrato de bupropiona (comprimido de 150mg), entre outros (BRASIL, 2013).

A utilização de medicamentos que suprem a ausência do tabaco no organismo, é um passo importantíssimo dentro do PNCT. Estes medicamentos nas

apresentações de adesivos e gomas de mascar de nicotina são providos sem despesa alguma para o paciente e auxiliam no combate a síndrome de abstinência, e cada caso varia de pessoa para pessoas, tendo em vista que alguns indivíduos apresentam um grau de dependência maior, a chamada dependência psicológica (SÍTIO ELETRÔNICO, 2015).

Tais medicamentos são obtidos pelo governo federal e distribuídos trimestralmente aos estados, Distrito Federal, capitais e municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica. No caso dos municípios com menos de 500.000 habitantes, os medicamentos são fornecidos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence. Após recebida a medicação pelos municípios, é responsabilidade da secretaria municipal de saúde estabelecer a distribuição dos medicamentos para os estabelecimentos de saúde onde serão dispensados. Ao término da adesão ao PNCT, o Ministério da Saúde disponibiliza informações de programação das equipes de atenção básica aos seus respectivos gestores municipais e estaduais, via relatório para auxiliar nessa organização (BRASIL, 2013).

Na maioria das vezes, os pacientes em tratamento, necessitam de outro medicamento, que também é fornecido de graça, o antidepressivo Bupropiona. Em casos mais graves, o paciente é encaminhado para um tratamento ainda mais especializado, num Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS (SÍTIO ELETRÔNICO, 2015).

Os medicamentos são adquiridos pelo governo federal, baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada. Na atenção básica, após a adesão ao PMAQ pelo gestor municipal, cada equipe habilitada, no momento do preenchimento do questionário eletrônico de adesão ao PMAQ, deverá responder o questionário referente ao PNCT - Tratamento do Tabagismo, que subsidiará a programação e compra dos medicamentos pelo governo federal (BRASIL, 2013).

Nos casos em que o usuário more em um município de não está aderido ao programa, este poderá procurar o serviço em alguma cidade vizinha, tendo em vista que o programa prevê tal situação (SÍTIO ELETRÔNICO, 2015).

2.4.3 Equipe multiprofissional e suas atribuições

A rede de atenção ao dependente do tabaco, de acordo com PNCT, poder ser composta por qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar que faça parte do SUS, independentemente de seu nível hierárquico, desde que seja devidamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mediante os seguintes critérios: não ser permitido fumar no interior da unidade de saúde; dispor de, no mínimo, um profissional de saúde de nível superior, devidamente capacitado, de acordo como modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (GIOCOMETE, 2013).

Para Sena *et al.*, 2006, o ato de cuidar é uma característica humana universal, que pode ser evidenciado nas residências de formas distintas entre as populações, tendo em cada um, significado próprio, baseado em sua cultura.

É conveniente levar em consideração a importância de um desempenho efetivo do profissional de enfermagem nestes programas. O profissional enfermeiro deve cooperar com a educação em saúde, além da execução do questionário inicial, para a transformação comportamental de pacientes fumantes (KOUICHI, 2009).

Na gerência da equipe de enfermagem, o profissional enfermeiro tem habilidades privativas à sua formação, como por exemplo: a realização da consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem, realização da assistência direta de enfermagem a pacientes com risco de morte, ou ações de enfermagem que necessitem de maior complexidade técnica (SENA *et al.*, 2006).

Os profissionais da saúde, e também os da educação são peças importantes na disseminação das informações e apoio ao combate ao tabagismo. Os docentes devem orientar preventivamente sobre esse assunto entre os escolares, colaborando para a propagação das informações a respeito das patologias e prejuízos decorrentes do consumo de tabaco (FALCÃO; COSTA, 2008).

É importante que se tenha em mente que a educação e a saúde não são apenas uma educação sanitarizada, centrada no campo da saúde, ou ainda uma educação para a saúde, como se a saúde fosse um estado que pudesse ser atingido somente depois de educado (MACHADO, 2007).

2.5 OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

A ação de combate ao tabagismo, sempre esteve alicerçada em duas ações, com seus específicos campos de força política. O primeiro campo de atividades teve, como objetivo, a elaboração científica que validou o uso do tabaco como problema de saúde pública, através de pesquisas ordenadas, concretizados por cientistas autônomos e instituições reconhecidas internacionalmente. Essa atividade teve início lento, ganhando força no século XX, dando oportunidade ao segundo campo de ações de controle, que é o jurídico. O Direito, tanto nacional quanto internacional, ampliou a legislação proibitiva sobre a indústria do tabaco, e principalmente sobre o consumo do tabaco, como resultado das informações sobre as doenças relacionadas, provocando ações na esfera federal (SPINK, 2009).

Programa Nacional para o Controle do Tabagismo no Brasil é bastante inovador, com destaque para as ações referentes à proibição da publicidade e propaganda e as advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco – por exemplo, o Brasil foi o primeiro país a proibir adjetivos enganosos nos maços de cigarros, como “*light*” ou “suave” – mas o foco das ações ainda está concentrado nas ações não relacionadas aos preços. Dentre tais ações, incluem-se: as proibições relativas à propaganda e ao consumo de tabaco no sistema de transporte público; a regulamentação dos produtos do tabaco, como a limitação nos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e as advertências escritas e com imagens contundentes nos maços de cigarros e em embalagens dos produtos do tabaco; além do lançamento de campanhas de conscientização e de educação. Além dessas ações, o Programa desenvolveu iniciativas de vigilância e de monitoramento, construiu uma capacidade institucional e descentralizou para os Estados e Municípios as iniciativas de controle do tabagismo (IGLESIAS *et al.*, 2008 p.30).

Machado *et al* (2007), afirma que o tabaco é um importante agente causador de complicações à saúde, por ser fabricado e comercializado em todo o mundo, estabelecendo-se como um grande desafio, tanto para o setor da saúde quanto para o crescimento socioeconômico, ambiental e educacional.

As pesquisas facilitaram perceber as dificuldades de se realizar trabalhos relacionados ao tabagismo, pois poucas dessas pesquisas abordam a percepções dos fumantes diante do enfrentamento ao vício, além das oportunidades de apoio e tratamento que os profissionais de saúde oferecem aos fumantes para sair do tabagismo (MAIA; NASCIMENTO, 2015)

As estratégias de combate ao tabagismo devem ser extremamente educativas, aplicados nos vários setores da sociedade, sendo capazes de

sensibilizar o mais rápido possível sobre os malefícios do tabaco, reduzindo as taxas de usuários. A aplicação dos programas no setor saúde revela-se de grande valia, apesar de no Brasil poucos hospitais terem aderido a esse tipo de ação, de maneira regular e organizada, além de na maioria das vezes não realizarem avaliação desse processo (KOUICHI, 2009).

Para uma efetiva organização das fases de implantação do programa no estado ou município, foram instituídos critérios para tal implantação, sendo que deverá ocorrer em quatro níveis, agregando maior agilidade e eficácia, estando constituídos conforme tabela 2:

Quadro 2 - Níveis para a implantação do PNCT nos municípios

Nível 1	Considera-se todo município capacitado para o gerenciamento do PNCT e no qual haja uma estrutura política, física e administrativa mínima, que permita à coordenação o desenvolvimento de ações pontuais em nível local pelo menos uma vez por ano.
Nível 2	Aqui se encaixa todo município já tenha implantado uma estrutura política e administrativa, desenvolva ações pontuais (nível 1), e ações sistematizadas e contínuas nas unidades de saúde, nos ambientes de trabalho e nas escolas.
Nível 3	Corresponde aos municípios que já tenham implantado uma estrutura política e administrativa que desenvolva ações pontuais do nível 1, ações nas unidades de saúde, escolares e nos ambientes de trabalho, correspondentes do nível 2, e que tenham organizado um Sistema de Avaliação mínimo para o Programa;
Nível 4	O município já tem um grau de implantação do Programa correspondente aos níveis 1, 2 e 3 e desenvolve ações sistemáticas nas áreas legislativa e econômica, abrangendo o estímulo, subsídio e lobby para a aprovação de legislação específica além de ter implantado ou referenciado, na rede de saúde pública local, ambulatórios ou Centros para tratamento formal do tabagismo

Fonte: adaptado de Brasil, 2003.

As ações de educação sobre tabaco na atenção primária devem ser priorizadas, garantindo-se o envolvimento da comunidade e do adolescente, devido estar claro que o habito de fumar dos amigos e familiares, está diretamente

relacionado à adesão do tabagismo nessa faixa etária, sendo que a escola tem papel fundamental importância na etapa de prevenção (GIRON, 2010).

Embora a legislação brasileira seja uma das mais efetivas no combate ao tabaco, ela também enfrenta várias dificuldades apesar de ter cooperado para grandes progressos do programa, como a expressiva diminuição do consumo nacional nos últimos 15 anos (CAVALCANTE, 2005).

Os altos índices de fumantes se dão, entre outras razões, devido ao fato de que grande parte das complicações causadas pelo tabaco tem natureza crônica, fazendo com que muitos usuários planejam fumar bastante para somente no futuro largarem o vício, chegando a acreditar que os prejuízos do tabagismo atingem somente as pessoas mais idosas, que fumam por um longo. Aliada a essa problemática, temos os aspectos socioeconômicos e culturais associados; a publicidade difundida pela indústria do tabaco, oferecendo o produto por um baixo preço, além da dificuldade do fumante em largar o consumo, devido a maioria já estar dependente da nicotina (MAIA; NASCIMENTO, 2015).

Diante disso, entende-se que o programa, ao apresentar média de taxas de abandono do cigarro de 40,5% no primeiro mês, oferece boa efetividade. As respostas são mais positivas nos municípios que adotam suporte medicamentoso na maioria dos usuários atendidos. No entanto, é imprescindível que se tenha estudos com números primários para se ter uma conclusão mais fidedigna, principalmente em virtude das dificuldades de registro local. Além disso, observa-se uma grande necessidade de realização de maior investimento na ampliação do Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil (SANTOS, 2012).

3 METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu até o mês de abril de 2016, respeitando o cronograma descrito a seguir, e os resultados obtidos através deste estudo, serão analisados e tabulados compondo um relatório detalhado e exposto publicamente em banca. No entanto, para dar prosseguimento ao projeto, aguarda-se parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Pará – UEPA, ao qual será submetido para análise.

Para o alcance do objetivo proposto selecionamos como método de pesquisa, a revisão sistemática da literatura, delimitando as seguintes etapas: identificação do problema; elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de palavras-chave e de critérios para inclusão/exclusão de artigos. Em seguida realizamos a seleção dos artigos, e a definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados, a discussão e interpretação dos resultados e, por fim, a síntese dos conhecimentos objetivos, e principais conclusões. A pesquisa foi realizada entre agosto de 2015 a março de 2016 (MAIA; NASCIMENTO, 2015).

O Presente estudo foi realizado por meio de Revisão de Literatura, portanto caracterizado como descritivo com abordagem qualitativa. Serão utilizados Leis, Decretos, portarias e manuais do Ministério da Saúde, bem como artigos, relatos de experiência, livros e sítios eletrônicos previamente selecionados segundo sua procedência. A pesquisa bibliográfica é caracterizada por uma série de investigações dentro da literatura sobre a temática abordada (FONSECA, 2002).

Foi realizada ainda uma pesquisa de campo por meio da utilização de um questionário estruturado, fechado com questões de múltipla escolha. A pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procure uma resposta, descobrir novos fenômenos ou relações entre elas (ANDRADE, 2005).

Considerando o autor acima, foi adotado como critério de inclusão a idoneidade do trabalho, o período de publicação superior a 2005 e estarem publicados em língua portuguesa e pautados nas recomendações do Ministério da Saúde Brasileiro. Todo e qualquer material que não se enquadre nos requisitos anteriores, serão excluídos na pré-seleção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisadora acompanhou o processo de implantação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo durante seis meses na Unidade de Saúde do Piracaná, sendo escolhida essa unidade devido à grande demanda de usuários atendidos nela, e pela disponibilidade da enfermeira-gerente em aderir ao programa. Infelizmente, não houve conclusão da referida implantação por razões alheias a este estudo, dando lugar assim, a uma nova vertente para pesquisa.

De tal modo, um questionário aberto, com questões voltadas aos desafios da implantação do programa, bem como às principais dificuldades encontradas para a implantação do mesmo. Abaixo seguem os resultados e discussão dos dados obtidos.

4.1 RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE PNCT

Participaram da pesquisa o Diretor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde, A Coordenadora dos Programas Estratégicos, A Farmacêutica da Atenção Básica, A Enfermeira responsável pela capacitação dos demais enfermeiros das unidades de saúde (Enfermeira Multiplicadora), e a Enfermeira Gerente da Unidade de Saúde do Piracaná.

A fala de cada um desses profissionais é o resultado da junção cuidadosamente costurada das respostas dadas as perguntas contidas no questionário aplicado, com a preocupação de não deturpar os dados nelas contidos, tais perguntas estão na íntegra demonstradas na Tabela 3:

Quadro 3 - Perguntas aos profissionais responsáveis pelo PNCT em Itaituba/PA.

1. O município de Itaituba está habilitado a implantar o PNCT? Desde quando?
2. Quais as etapas que envolvem a implantação do programa?
3. Em que etapa o município se encontra?
4. Quais as principais dificuldades encontradas na implantação do PNCT?
5. Para a enfermagem, qual o principal desafio para desenvolver o programa?

Fonte: Nágila Avelar Ramos Freitas, 2016

4.1.1 Palavra do Diretor Técnico Municipal de Saúde

“A habilitação e adesão ocorrem individualmente pela unidade básica de saúde. São necessárias etapas como o cadastro das unidades no PMAQ, escolher se a UBS irá ofertar tratamento do tabagismo, indicar equipes que irão ofertar o tratamento, capacitar a equipe profissional e elaborar cronograma de ação. O Município de Itaituba/PA, encontra-se na fase da Capacitação profissional. A principal dificuldade para a implantação do programa é a identificação de usuários e montagem dos grupos, por outro lado, a enfermagem tem como principal desafio contar apoio institucional, capacitação técnica, inexistência de equipe multiprofissional adesão ao tratamento pelos usuários” (Analista de Sistemas, 40 anos).

4.1.2 Palavra da Coordenadora dos Programas Estratégicos

“Sim, o município está habilitado desde o ano de 2015. A etapas que envolvem o programa são treinamento do multiplicador municipal, posteriormente o treinamento dos gerentes ou unidades (enfermeiras) que operacionalizaram o programa e mobilização ou pessoas interessadas em participar ao programa. No momento Itaituba está na etapa de capacitação dos Enfermeiros. A principal dificuldade para a implantação do PNCT é a própria adesão ao Profissional, pois alguns não se identificam com o programa. Para a enfermagem o maior desafio é a sobrecarga ao serviço pois este é mais um programa que depende na maior parte do trabalho do enfermeiro que já tem muitos outros programas sob sua responsabilidade” (Enfermeira, 37 anos).

4.1.3 Palavra da Farmacêutica da Atenção BÁSICA

“O município está habilitado desde 2015. As etapas para a implantação do programa são 1º Capacitação dos profissionais, 2ª organização da equipe para receber o usuário, 3ª levantamento de fumantes pela USB, 4ª oferta do serviço, para realização das oficinas. NO momento estamos na fase de Capacitação dos profissionais. A maior dificuldade para a implantação do PNCT é montar uma equipe multidisciplinar para a realização das oficinas e o material didático impresso. A disponibilidade do enfermeiro devido a quantidade de programas aos quais eles são responsáveis é o maior desafio para a enfermagem” (Farmacêutica bioquímica, 27 anos).

4.1.4 Palavra da Enfermeira Multiplicadora

“Desde 2015 está habilitada a receber o PNCT. A etapas do programa são 1ª capacitação da equipe multidisciplinar, 2ª organização dos serviços na USB e levantamento de fumantes no bairro Pelo ACS e capitação de interessados na assistência, 3ª oferta do serviço na USB, consulta e localização das oficinas. O município está com a primeira etapa em andamento. As principais dificuldades para implantar o programa são: a rejeição pelo profissional de enfermagem devido a gama de atividades na USB, apoio do regional Santarém, referente ao abastecimento com impressos, falta de recursos humanos interessados em participar mesmo após capacitação. O desafio da enfermagem esta na falta de afinidade com o programa, por envolver especificidades psicológicas, nem todo enfermeiro se considera capaz de desenvolver oficinas intensivas, portanto o enfermeiro acredita ser essa função de outro profissional, no caso psicológico, a precariedade de recursos humanos (enfermeiros), acarretando comprometimento do tempo e inviabilizando a disponibilidade para trabalhar com o programa” (Enfermeira, 30 anos).

4.1.5 Palavra da Enfermeira da UBS Piracaná (1ª Unidade a aderir ao PNCT)

“Sim, Itaituba está habilitada desde o ano passado (2015). O programa precisa ser implantado nas unidades e seguir de acordo com o que rege a cartilha do ministério sendo na formação de pequenos grupos. O município está na etapa de implantação. A maior dificuldade para implantação do programa é aceitação dos próprios usuários e o desafio principal para a enfermagem é formar uma equipe multidisciplinar para tal e contribuição direta dos gestores”. (Enfermeira, 50 anos).

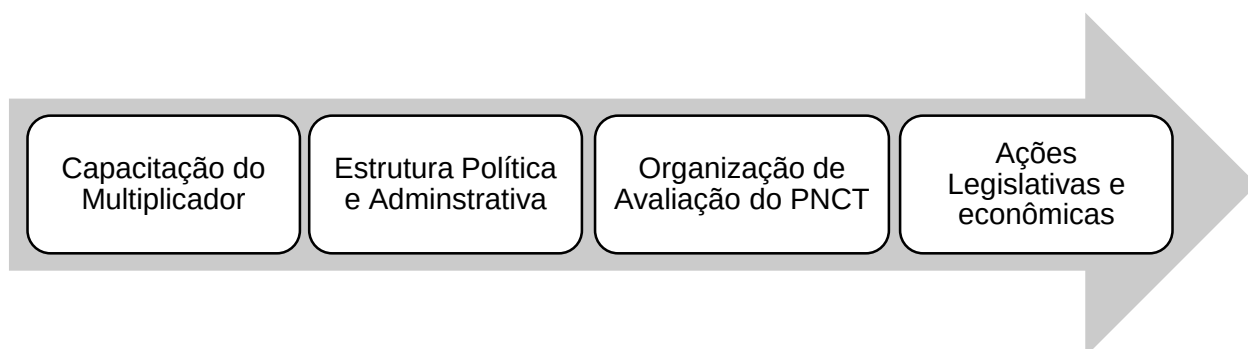
4.2 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Pela análise das respostas pode-se perceber que cada profissional está a par da situação em que se encontra o processo de implantação do programa. No entanto nota-se um olhar diferenciado de cada uma, provavelmente devido à função que cada um exerce e sua área de atuação.

Em relação à habilitação dos municípios para a implantação do PNCT todos os participantes concordam que esta ocorreu em 2015.

De acordo com Brasil (2003), a evolução da implantação do programa se dá em quatro níveis, sendo considerado para a habilitação do município, ter concluído o primeiro deles. Abaixo na figura 2, demonstram-se os quatro níveis de implantação do PNCT:

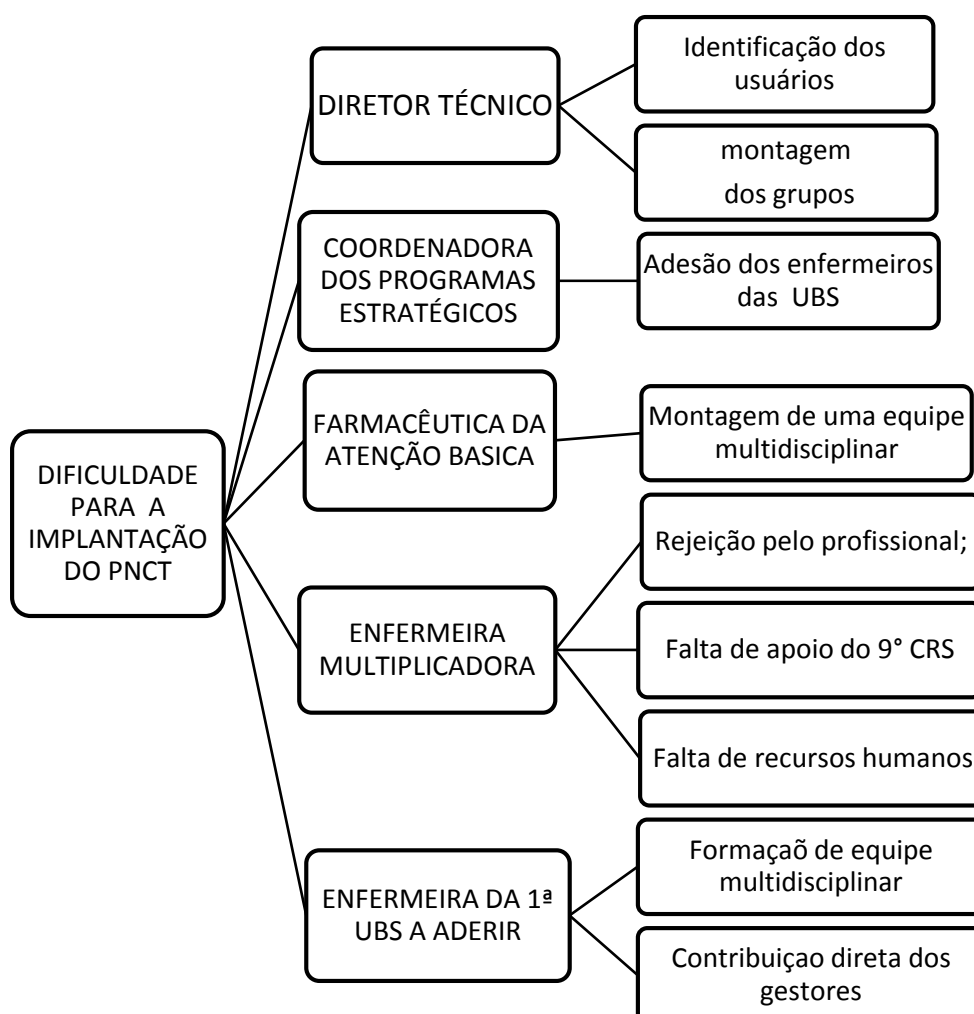
Figura 2 - Etapas para a implantação do PNCT



De acordo com o autor acima, o primeiro nível de implantação de fato ocorreu em 2015 com a capacitação da Enfermeira Multiplicadora, que recebeu treinamento em meados do mês de outubro no 9º Centro Regional de Saúde – CRS. A partir do qual capacitou os 100% dos enfermeiros das unidades da Zona Urbana de Itaituba, e a realização de evento anual ocorre através da Coordenação de Programas Estratégicos. O Segundo nível de igual modo já foi alcançado, pois a Unidade Básica de Saúde do Piracaná, ao aderir ao programa, cederia seu espaço físico para o desenvolvimento do PNCT.

Como dito inicialmente, cada profissional tem uma visão diferenciada em relação às dificuldades encontradas seja para implantação do PNCT ou para o desenvolvimento do programa pelo enfermeiro. Assim na figura 3 demonstra-se tal visão para implantar o programa:

Figura 3 – Dificuldades na implantação do PNCT segundo os profissionais.



Fonte: Nágila Avelar Ramos Freitas (2016).

Para Kouichi (2009), há uma gama de situações que podem dificultar a implantação de programas de controle do tabagismo, isso por que no Brasil, o desenvolvimento dos mesmos é realizado por poucos hospitais e instituições que de forma contínua e sistematizada (KOUICHI, 2009).

Neste sentido Brasil (2003) afirma que para uma melhor sistematização dos estágios de implantação do PNCT, sejam no estado ou no município, os critérios de evolução da sua implantação, ou seja, os quatro níveis lhe conferem maior presteza e eficácia.

Quanto aos desafios enfrentados pela enfermagem para desenvolver o PNCT, houve consenso entre os participantes da pesquisa em relação à sobrecarga atribuída ao enfermeiro gerente das Unidades básicas, entre outros desafios demonstrados a seguir no gráfico 2:

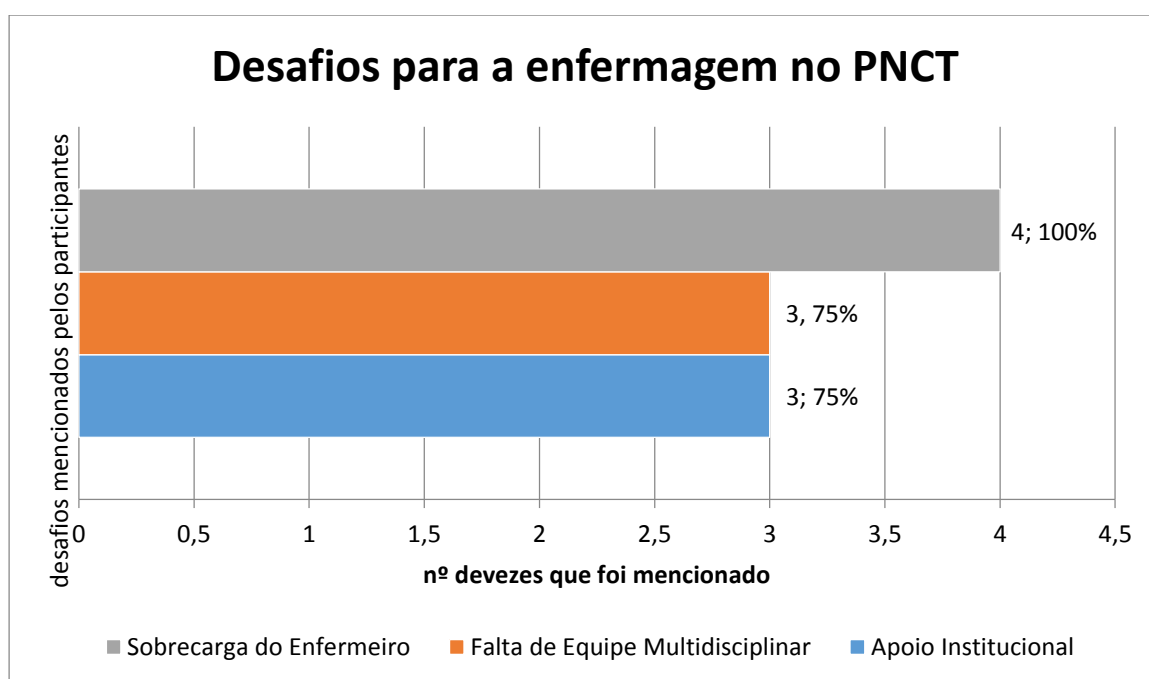


Gráfico 2- Desafios para a enfermagem no PNCT. Desafios mencionados pelos profissionais participantes da pesquisa. Fonte: Nágila Avelar Ramos Freitas (2016).

As características do PNCT revelam que a atribuição do enfermeiro em seu desenvolvimento demanda tempo e disponibilidade para que suas ações sejam realizadas com excelência, no entanto, segundo os participantes deste estudo há uma sobrecarga de atividades e funções sobre o enfermeiro que inviabiliza a adesão a mais um programa.

Diante disto, Kouichi (2009) pondera que é conveniente que se considere a importância da participação efetiva da enfermeira nestes nos programas aderidos por sua unidade. Tendo em vista que a enfermeira deve contribuir além da entrevista inicial, com a educação em saúde de forma continua afim de conseguir a aquisição ou modificação da conduta de pacientes tabagistas.

Contribuindo com este pensamento, Sena *et al.*, 2006 acrescenta que coordenando uma unidade de saúde e uma equipe de enfermagem, o Enfermeiro possui atribuições específicas à sua qualificação, dentre as quais destacam-se: a realização da Consulta e prescrição de Enfermagem, a assistência e cuidados diretos a pacientes graves e/ ou com risco de morte, além de cuidados de maior complexidade técnica.

5 CONCLUSÃO

O tabagismo é um mal que tem assolado a vida de milhões de pessoas, que por diversas razões não querem e/ou não conseguem se livrar do vício a nicotina, fato este que tem se tornado cada dia mais preocupante, em virtude dos malefícios acarretados a longo prazo por essa dependência. Assim, a implementação de políticas públicas, e adaptações na legislação são maneiras encontradas pelo Estado como forma de promoção e prevenção da saúde, como o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo - PNCT.

O PNCT, visa abranger o fumante de maneira ampla, no intuito de atender a todas as suas necessidades ao decidir deixar de fumar. Para tanto, quando implantado no município deve dispor de uma equipe multiprofissional qualificada para atendê-lo nessas dificuldades. Sendo o profissional enfermeiro, parte integrante dessa equipe.

Buscou-se com este estudo, fazer um levantamento dos principais desafios e dificuldades para a implantação do PNCT no município de Itaituba, bem como para a atuação da enfermagem no mesmo. Verificando-se que, entre os desafios mais recorrentes de acordo com a literatura e pesquisa de campo são a estruturação da equipe multidisciplinar, a qual depende diretamente de apoio do gestor e a adesão da unidade de saúde ao programa, ou seja, do enfermeiro que a gerencia em virtude da enorme logística que demandada pelo PNCT.

A pesquisa revelou ainda que, a razão pela qual ocorre tanta resistência por parte do enfermeiro em aderir ao programa, é a sobrecarga de trabalho atribuída a este profissional enquanto responsável pela Unidade de Saúde, ficando seu tempo escasso para desenvolver todas as etapas do programa depois de implantado.

Conclui-se então, que mais do que um desafio para a enfermagem, a implantação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, é um desafio para o município como um todo, onde cada um deve fazer a sua parte, inclusive os usuários que desejam parar de fumar. A enfermagem tem papel fundamental nesse processo, mas não pode girar a engrenagem sozinha.

REFERENCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

BACELAR, Alexandre Oliveira. **Passo a passo na implantação de um programa de controle do tabagismo na administração pública do município de Serra da Saudade**. Pompéu – MG. UFMG, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle ao Tabagismo**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo**. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

CAVALCANTE, TÂNIA. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rio de Janeiro (RJ): **Rev. Psiq. Clín.** 32 (5); 283-300, 2009

CRUZ Maysa Soares; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira Gonçalves. O Papel do Enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Manaus (AM): **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(1): 35-42

DINIZ, C. A. P. M.1; Santana, M. A.1; Arçari, D. P.2; Thomaz, M. C. A. Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. UNIFIA, 2011.

FALCÃO, Thales Jenner de Oliveira, COSTA, Iris do Céu Clara. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. Parazinho (RN): **J Bras Pneumol**. 2008;34(2):91-97

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.

GIOCOMET, Clovis Luciano. **Aplicação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Município de Coronel Vivida – PR: Um Estudo Exploratório**. II CONAPE, 2013.

GIRON Mirian Pereira Nepomuceno; Denise Pereira de Souza; Ana Paula Lettiere Fulco. Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. Coelho São Gonçalo (RJ): **Rev. Min. Enferm.**;14(4): 587-594, out./dez., 2010

GONÇALVES, Tereza Moi; BUSO, Alcione Alves Oliveira; KINOK; Beatriz Casseb. **O enfermeiro na educação continuada sobre tabagismo**. Anhanguera (SP): UNIARARAS, 2006.

IGLESIAS, Roberto; Prabhat Jha; Márcia Pinto, Vera Luiza da Costa e Silva, Joana Godinho. Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. Rio de Janeiro (RJ): **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(4):301-304, out-dez 2008.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA, Instituto Nacional do Câncer - http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional, 2014.

KOUICHI, Camila Tokuda. **O papel do programa de controle ao tabagismo no combate do vício ao tabaco**. Lins (SP): UNISALESIANO, 2009.

LIRA, Samira Valentim Gama. Produção Científica Sobre Promoção da Saúde nos Cursos de Pós-Graduação Brasileiros. São Paulo (SP): **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.3, p.437-445, 2009.

MACHADO, Verônica Cordeiro, Marli Isolina Alerico; Janaina Sena. Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem. Redentora (RJ) **Cogitare Enferm.** 2007 Abr/Jun; 12(2):248-52

MAIA, Lisandra Iaponira Henrique; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. Percepções e dificuldades de fumantes na cessação do Hábito de fumar. Três Corações (RN): **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 105-116, 2015

SANTOS, Juliana Dias Pereira dos; BRUCE, Bartholow; DUNCAN; Sérgio Antônio. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):579-588, out-dez 2012.

SENA, Cristina Arreguy; Eloiza Augusta Gomes; Maria Inês Alves Cabral; Sabrina Centellas; Leonardo Neves Fonseca. Interrupção do uso do tabaco: a consulta de enfermagem como estratégia para promoção da saúde baseada em protocolo. **REME – Rev. Min. Enf.**; 10(3):297-305, jul./set., 2006.

SILVA, Kênia Lara, RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Belo Horizonte (MG): **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 set-out; 63(5): 762-9.

SIRENA, Álvaro Vigo. Indicadores de 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 2012.

SÍTIO ELETRÔNICO, G1 Online. www.antidrogas.com.br. Disponível em: [http://www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php?c=3566&msg=SUS %20mant %E9m](http://www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php?c=3566&msg=SUS%20mant%20E9m)

%20tratamento %20para%20quem %20quer %20largar %20° %20fumo. Acesso em 15 jan. 2016.

SPINK, M.J.P.; LISBOA, M.S.; RIBEIRO, F.R.G. The social construction of smoking as a public health problem: a merging of political interests and scientific legitimation processes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.353-65, abr./jun. 2009.

ANEXOS

APENDICE A – TCLE E QUESTIONÁRIO APLICADO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, **Nágila Avelar Ramos Freitas**, acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Itaituba – FAI, estou realizando uma pesquisa sobre OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE COMBATE AO TABAGISMO PARA A ENFERMAGEM, e gostaria que vossa senhoria participasse do referido estudo, sabendo que será identificado na pesquisa apenas pela função que exerce dentro da Secretaria de Saúde, relacionada ao PNCT.

Itaituba-PA, _____ de _____ de 2016

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

QUESTIONÁRIO

1. O município de Itaituba está habilitado a implantar o PNCT? Desde quando?

2. quais as etapas que envolvem a implantação do programa?

3. em que etapa o município se encontra?

4. quais as principais dificuldades encontradas no processo de implantação do PNCT?

5. Para a enfermagem, qual o principal desafio para desenvolver o programa em Itaituba?

Obrigada por sua participação!