

Mapeamento do Programa de Cessação do Tabagismo na Rede Pública de Florianópolis: Histórico e Caracterização

Mapping the Smoking Cessation Program in the Public Network of Florianópolis: History and Characterization

Mapeo del Programa para Dejar de Fumar en la Red Pública de Florianópolis: Historia y Caracterización

Bruna Ananda Marques Garbelotto

Maria Luisa Gontijo Gouveia

Universidade Federal de Santa Catarina

Fernanda Rasch Czermainski

Universidade Estácio de Sá de Florianópolis

André Luiz Monezi Andrade

Felipe Anselmo Pereira

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Denise De Micheli

Universidade Federal de São Paulo

Fernanda Machado Lopes

Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

Introdução: O tabagismo ainda é um grave problema de saúde pública. O objetivo desta pesquisa foi descrever a implementação do Programa de Cessação do Tabagismo na rede de saúde pública de Florianópolis, além de caracterizar seu funcionamento nos Centros de Saúde (CS) deste município. Método: Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo transversal, em que 36 coordenadores responderam a uma entrevista semiestruturada. Foram avaliados dados sobre o funcionamento e os índices de adesão e cessação. Resultados: Observou-se uma diminuição na realização dos grupos de tratamento do tabagismo nos últimos anos do período analisado. Em relação ao formato do tratamento, a maioria dos CS realizava grupos fechados e estruturados, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (MS), mas com maior ênfase no tratamento farmacológico. Mais de 74% dos participantes pararam de fumar tabaco. Conclusão: Sugere-se investir em um treinamento dos coordenadores para aumentar a integração entre tratamentos, conforme preconizado nas diretrizes nacionais.

Palavras-chave: tabagismo, tabagista, cessação tabágica, programa de controle do tabagismo

Abstract

Introduction: Smoking remains a significant public health issue. This research aims to describe the implementation of the Smoking Cessation Program within the public health network of Florianópolis and characterize its operation in the Health Centers (CS) of this municipality. Method: An exploratory, cross-sectional descriptive study was conducted, where 36 coordinators responded to a semi-structured interview. Data on program operation, adherence rates, and cessation outcomes were evaluated. Results: A decrease in the organization of smoking treatment groups was observed in recent years within the analyzed period. Regarding the treatment format, the majority of CS offered closed and structured groups, following the guidelines set by the Ministry of Health (MS), but with a stronger emphasis on pharmacological treatment. Over 74% of participants successfully quit smoking tobacco. Conclusion: It is suggested to invest in training for coordinators to enhance the integration of treatments, in line with national guidelines.

Keywords: smoking, smoker, smoking cessation, smoking control program

Resumen

Introducción: El tabaquismo sigue siendo un grave problema de salud pública. El objetivo de esta investigación es describir la implementación del Programa de Cesación del Tabaquismo en la red de salud pública de Florianópolis y caracterizar su funcionamiento en los Centros de Salud (CS) de este municipio.

Método: Se llevó a cabo un estudio exploratorio, descriptivo y transversal, en el que 36 coordinadores respondieron a una entrevista semiestructurada. Se evaluaron datos sobre el funcionamiento del programa, tasas de adhesión y resultados de cesación. Resultados: Se observó una disminución en la realización de grupos de tratamiento para dejar de fumar en los últimos años del período analizado. En cuanto al formato del tratamiento, la mayoría de los CS ofrecían grupos cerrados y estructurados, siguiendo las directrices del Ministerio de Salud (MS), pero con un mayor énfasis en el tratamiento farmacológico. Más del 74% de los participantes dejaron de fumar tabaco con éxito. Conclusión: Se sugiere invertir en la capacitación de los coordinadores para mejorar la integración de los tratamientos, de acuerdo con las directrices nacionales.

Palabras clave: tabaquismo, fumador, cesación tabáquica, programa de control del tabaquismo

Introdução

O tabagismo se refere ao consumo de produtos derivados do tabaco, sendo que o uso em grande quantidade, frequência e gerando prejuízos relacionais e para a saúde do indivíduo pode se caracterizar como um transtorno mental (American Psychological Association [APA], 2014). Atualmente, ele é considerado como um grave problema de saúde pública em diversos países, sendo diretamente associado com um índice anual de mortalidade de 6 milhões de pessoas (World Health Organization [WHO], 2016). Em outros estudos, mais da metade dessas mortes têm sido associadas a alguma condição tabaco-relacionada, como doenças crônicas, cardiovasculares e alguns tipos de cânceres (Koulaouzidis et al., 2021; Moldovanu et al., 2021). Além disso, o conseqüente comprometimento da capacidade pulmonar derivado do consumo do tabaco torna os indivíduos mais suscetíveis a desenvolver complicações de síndromes respiratórias agudas graves, como o novo coronavírus – covid-19 (Haddad et al., 2021; Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2020).

No Brasil, na década de 1970, a partir de um entendimento de saúde como um construto mais amplo (não apenas como ausência de doença, mas sim incluindo bem-estar e qualidade de vida), devido ao movimento da Reforma Sanitária, começou o cerceamento do consumo de tabaco, percebido como potencial agente adoeedor, deteriorante e agravante de saúde (Portes et al., 2018b). Em 1999, foi formada a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, que tinha por finalidade a representação do país nas negociações estrangeiras da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Com medidas voltadas para a redução da demanda e da oferta, como advertências sobre os malefícios decorrentes de seu uso nas propagandas comerciais de tabaco, a CQCT entrou em vigor no ano de 2005, e teve o Brasil como Órgão de Negociação Intergovernamental, já que o país adquiriu credibilidade por ser líder no controle do tabagismo em termos mundiais. Até 1989, aproximadamente 35% dos brasileiros eram fumantes, mas esta prevalência foi caindo progressivamente (22,4% em 2002; 17,2% em 2008), conforme indicado por alguns autores (Silva et al., 2014). Mais recentemente, a prevalência de Brasileiros fumantes é de 10,3% (Ministério da Saúde, 2018), sendo que a meta para 2022 é de 9% (INCA, 2020).

A despeito das diversas estratégias adotadas ao longo das décadas no Brasil, umas das principais faz parte das diretrizes de cuidado à pessoa tabagista (Portaria n. 571, de 2013, do Ministério da Saúde), constituindo o Programa de Cessaçao do Tabagismo (PCT). Os estabelecimentos que realizavam ações isoladas para o tratamento do fumante passaram a ser cadastrados como Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante a partir de 2004 (Ministério da Saúde, 2019). Até então, eles possuíam um foco principal no

tratamento, de modo que esta portaria institui a atenção básica como setor primeiro do cuidado à pessoa tabagista, sendo incluída no tratamento uma avaliação clínica, que pode ser individual ou em grupo, e a possibilidade de terapia medicamentosa ofertada gratuitamente nestes Centros (Ministério da Saúde, 2019; Portes et al., 2018a).

Na abordagem intensiva das pessoas que querem parar de fumar, o INCA e o Ministério da Saúde (MS) preconizam um tratamento integralizado, com foco em psicoeducação sobre as dependências física, psicológica e comportamental, sobre sintomas de abstinência e estratégias para parar de fumar. É realizado em quatro encontros semanais, com sessões estruturadas sob o enfoque da terapia cognitivo-comportamental e posterior acompanhamento em encontros de manutenção durante 12 meses (Ministério da Saúde, 2019). Referente ao tratamento medicamentoso, é ofertada a terapia de reposição de nicotina por meio do adesivo transdérmico ou goma de mascar e farmacologia a partir do cloridrato de bupropiona, caso seja indicado. A portaria em questão também responsabiliza municípios, estados e a União na capacitação de profissionais de saúde para realização do tratamento, que inclui, obrigatoriamente, a participação nos grupos psicoterapêuticos e, se indicada, a terapia medicamentosa (Ministério da Saúde, 2019).

Considerando a meta de redução do tabagismo, pesquisas sobre o desenvolvimento e aplicação das políticas públicas voltadas ao tratamento do fumante, bem como estratégias para aprimorá-las e potencializá-las, devem ser desenvolvidas. O PCT está em funcionamento do Brasil há mais de 20 anos, e há uma lacuna na literatura sobre o detalhamento de seu funcionamento e a avaliação de eficácia e efetividade. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever o histórico da implementação do PCT na rede de saúde pública de Florianópolis, além de caracterizar o seu funcionamento nos Centros de Saúde do município. Acredita-se que, ao identificar as potencialidades e fraquezas do Programa, este estudo poderá favorecer o aprimoramento do tratamento do tabagismo, contribuindo para que se consiga atingir a meta do MS e INCA de que os tabagistas possam adquirir e manter a abstinência dos produtos derivados do tabaco.

Método

Características do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo transversal, que visa mapear quais Centros de Saúde (CS) aplicam o PCT e as características do Programa ofertado em Florianópolis. Foi realizado no município de Florianópolis, SC, junto aos CS que estão inseridos na rede básica (primária), caracterizando a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A escolha desta cidade se deveu ao fato de que Santa Catarina é o segundo estado maior produtor de fumo no Brasil, e Florianópolis vem mostrando, nos últimos anos, índice superior de tabagistas (10,7% em 2019) comparado à frequência dos tabagistas do conjunto das 27 capitais brasileiras (9,8% em 2019) (Ministério da Saúde, 2020).

Participantes

Foram convidados a participar deste estudo todos os profissionais da saúde responsáveis pelo PCT oferecido pela rede básica de saúde do município de Florianópolis ($n = 42$ profis-

sionais) para que descrevessem o funcionamento e as características do Programa. Entre esses profissionais, a coordenadora de um dos CS foi convidada a fornecer dados sobre o histórico da implementação do Programa no Estado de Santa Catarina, pois fora inicialmente contratada pela Secretaria de Saúde para capacitar os profissionais de saúde a conduzirem o tratamento preconizado pelo INCA/MS.

Atualmente, 42 CS são registradas na Secretaria da Saúde do município como aptas a oferecerem tratamento ao fumante de forma gratuita em Florianópolis, sendo 10 CS em bairros da área continental do município; 10 no norte da ilha; 10 no sul da ilha; 9 no leste da ilha; e três na região central. Quanto aos critérios de inclusão, foram contemplados somente os CS, devido ao fato de comporem o nível primário de atenção à saúde e se configurarem como campo de promoção e prevenção em saúde. Portanto, instituições hospitalares foram excluídas do estudo.

Instrumentos

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada contendo questões relativas a: (i) implementação e o funcionamento do PCT nos CS; (ii) periodicidade de oferta do PCT; (iii) quais meios de divulgação para a população utilizados; (iv) perfil dos profissionais que conduzem os grupos de apoio; (v) modalidade de oferta (aberta ou fechada); (vi) como ocorrem os encontros de manutenção da cessação do tabagismo; (vii) quais os principais obstáculos encontrados.

Também se utilizou uma planilha padronizada da Secretaria de Saúde reunindo dados de todos os CS do município. Dentre as principais informações, constavam: (i) quantidade de participantes do tratamento (anual); (ii) perfil de medicação utilizada; (iii) índices de presença nas reuniões, (iv) quantidade de cigarros consumidos antes e após o PCT.

Procedimentos de Coleta de Dados

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública da Prefeitura de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 80953617.6.0000.0121; Parecer de Aprovação nº 2.572.283). O contato telefônico e o endereço dos CS foram obtidos por meio do site da Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente, foi realizado um contato telefônico com o responsável pelo Programa em cada CS, apresentando a pesquisa e convidando-o para que participasse do estudo.

Aqueles responsáveis pelo PCT que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram entrevistados em seus respectivos locais de trabalho (CS). Alguns profissionais preferiram receber as questões por e-mail ou complementar suas respostas por telefone, devido à alta demanda de trabalho e pouco tempo para a entrevista. A planilha com os dados quantitativos referentes ao número de participantes no tratamento (anual) e quantidade de cigarros consumidos antes e após o PCT foi fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, reunindo dados de todos os CS do município.

Resultados

Histórico da Implementação do Programa de Tratamento do Tabagismo em Florianópolis

Segundo informações da coordenadora do PCT no período de sua implementação no Estado, o tratamento para fumantes existe desde meados de 1990. Porém, naquela época, ainda não havia capacitações para profissionais de modo que eles pudessem conduzir o tratamento do tabagismo de forma estruturada. A partir de 2004, a Secretaria da Saúde do Estado designou uma psicóloga (a participante entrevistada) e uma médica para que promovessem capacitações de modo a implementar o Programa nos municípios. Além disso, um terceiro profissional seria responsável pela parte administrativa do Programa, como o preenchimento de planilhas com as informações dos participantes. Durante a capacitação, é explicada e indicada a realização da “abordagem mínima” (nome dado para o protocolo usado por profissionais de saúde no SUS para abordar tabagistas sobre o hábito de fumar) junto a pessoas fumantes que buscam o CS por diversos motivos de saúde. Esta abordagem orienta que o profissional da saúde discuta o tabagismo e motive para a cessação, fazendo uma busca ativa sempre que o paciente fumante estiver no CS.

Durante a entrevista, a coordenadora relatou que houve grande interesse por parte dos profissionais de saúde de diversos municípios pela capacitação do Programa naquela época. No entanto, o mesmo não ocorreu em Florianópolis, onde houve resistência por parte de alguns profissionais, particularmente porque estes alegavam pouca demanda para tratamento por parte da população. Até 2004, quando ainda permanecia a lógica dos centros de referência para o tratamento do tabagismo, havia um grupo de tratamento em um hospital da Capital, o qual ocorria por iniciativa pessoal de dois pneumologistas do hospital.

A partir do ano de 2007, os grupos de tabagismo começaram a ocorrer de modo mais ostensivo, sendo que estes grupos eram dirigidos por equipes de saúde mental (psicólogos e psiquiatras). Além disso, outros profissionais da atenção primária (médicos, enfermeiros e dentistas) passaram a solicitar o treinamento, permitindo a ampliação da capacitação com foco multiprofissional. Assim, entre os anos de 2007 e 2009, havia duas capacitações por ano e uma reunião mensal com todos os profissionais que estavam coordenando os grupos para resolução de dúvidas e reforço dos conteúdos previstos, coordenados pela Secretaria de Saúde. Em 2009, foi aprovada uma lei municipal relacionada à proibição do cigarro em diversos ambientes. Como o PCT havia sido implementado e estava em pleno funcionamento, as medicações chegavam no prazo determinado e havia grande interesse tanto pelas capacitações quanto pelos grupos de apoio por parte da população, inclusive com fila de espera.

Passados 10 anos, este mapeamento mostrou que os grupos de encontro não têm ocorrido em alguns CS, e, em outros, os tratamentos têm sido conduzidos de modo individual, a partir da demanda percebida pelos profissionais ou dos próprios tabagistas. Além disso, nem sempre todos os casos têm sido devidamente registrados nas planilhas, pois alguns profissionais entendem que elas devem ser preenchidas exclusivamente para o tratamento em grupo. Talvez devido a problemas de divulgação, alguns profissionais dos CS referiram que não tem havido procura pelo tratamento. Por outro lado, em alguns CS, há uma lista de espera de aproximadamente 5-10 fumantes para o atendimento em grupo, mas faltam profissionais para coordenar estes trabalhos. É possível que os profissionais que atuam nos CS em geral se

sintam sobrecarregados pela crescente e diversificada demanda que chega nestes serviços. Nesse sentido, o PCT pode ser percebido como mais uma demanda que gera sobrecarga de trabalho, pois os profissionais que conduzirão os grupos terão de acumular outras funções além do horário de trabalho.

Caracterização do Programa de Tratamento do Tabagismo em Florianópolis Durante um Período de Cinco Anos

Dos 42 CS contatados, 36 participaram desta pesquisa, de modo que apenas dados de 7 CS não constam no mapeamento. Aproximadamente metade dos participantes (n=17; 47,2%) não souberam informar o ano de implementação do PCT no respectivo CS e, dentre as que informaram (n=19), a maioria (n=14; 73,7%) relatou que o Programa foi implementado no ano de 2012. Em relação à caracterização da amostra respondente, 24 participantes (66,7%) eram do sexo feminino, e as profissões predominantes foram enfermeiro (n=15; 41,7%), dentista (n=12; 33,3%) e médico (n=6; 16,7%), atuando dentro da unidade num período igual ou inferior a dez anos (n=30; 83,3%).

Quanto ao preparo para a condução dos grupos em suas respectivas unidades, a maioria dos entrevistados afirmou que divulga o programa na própria unidade (n=31; 86,1%) por meio de cartazes e encaminhamento direto de consultas médicas. A inscrição dos interessados geralmente é feita no próprio local (n=32; 88,9%), por meio de uma lista disponível na recepção. Não há periodicidade predefinida para a oferta dos grupos na maioria dos CS (n=25; 69,4%); alguns relataram que é conforme demanda espontânea (n=11; 30,6%) ou conforme motivação de algum profissional em promover os grupos. Segundo os entrevistados, os profissionais que recorrentemente conduzem (em dupla ou sozinhos) os grupos são enfermeiros, dentistas e médicos, sendo que psicólogo(a) foi citado apenas uma vez em meio a outros profissionais.

Em relação ao funcionamento dos grupos, a maioria ocorre na modalidade fechada (n=26; 72,2%), com entrevista de triagem pré-grupo (n=32; 88,9%). Nesta entrevista, realiza-se uma anamnese rastreando eventuais complicações de saúde por conta do cigarro e investigando questões referentes ao histórico do hábito de fumar. A entrevista pós-grupo não é usual na maioria das unidades, segundo os participantes (n=29; 80,6%). Por outro lado, aqueles que a realizam (n=7; 19,4%) afirmaram que elas ocorrem de modo individual, na maioria das vezes.

Quanto à participação da população após as quatro sessões de tratamento, a maioria das unidades faz encontros de manutenção (n=29; 80,6%), em modalidade grupal (n=15; 41,7%). Quanto à possibilidade de outros tipos de seguimentos, como contato por meios eletrônicos ou por telefone, acompanhamento no consultório ou atividades complementares, a maioria dos profissionais informou não fazer (n=20; 55,6%), mas aqueles que fazem (n=16; 44,4%) priorizam ou o acompanhamento no consultório ou prática de auriculoterapia (técnica que faz pressão em pontos específicos da orelha para tratar problemas físicos ou emocionais, derivada da acupuntura). Além disso, a maioria dos coordenadores dos grupos (n=32; 88,9%) encaminha os participantes para tratamento especializado com outros profissionais, para dar conta de nuances que o grupo não abarca ou demandas específicas não indicadas a serem discutidas em grupo.

Os dados quantitativos referentes ao número total de fumantes que participaram da en-

trevista de triagem, da primeira sessão de tratamento, dos que concluíram o Programa, daqueles que conseguiram parar de fumar e dos que usaram medicação estão apresentados na Tabela 1. Além de mostrar o número total e a frequência em cada ano, foram mostrados também os registros separados por distrito, ou seja, das unidades conforme região (norte, sul, leste, centro e continente).

Tabela 1

Dados Quantitativos sobre a Participação e Cessação do Tabagismo nos CS de Florianópolis no Período de 2014 a 2018

Etapas do Programa	Distrito	2014		2015		2016		2017		2018	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Entrevista	Continente	263	100q	340	100	236	100	113	100	118	100
	Norte	290	100	394	100	483	100	181	100	74	100
	Sul	238	100	170	100	250	100	57	100	26	100
	Leste	192	100	182	100	225	100	66	100	19	100
	Centro	99	100	109	100	62	100	63	100	9	100
	Total	1.082	100	1195	100	1.256	100	480	100	246	100
Sessão 1	Continente	198	75,29	271	79,71	203	86,02	81	71,68	101	85,59
	Norte	244	84,14	338	85,79	415	85,92	154	85,08	73	98,65
	Sul	206	86,55	167	98,24	226	90,40	38	66,67	25	96,15
	Leste	182	94,79	155	85,16	175	77,78	55	83,33	28	147,37
	Centro	77	77,78	88	80,73	56	90,32	47	74,60	7	77,78
	Total	907	83,83	1019	85,27	1075	85,59	375	78,13	234	95,12
Sessão 4	Continente	112	56,57	140	51,66	124	61,08	45	55,56	36	35,64
	Norte	167	68,44	191	56,51	238	57,35	71	46,10	40	54,79
	Sul	119	57,77	81	48,50	121	53,54	27	71,05	14	56,00
	Leste	101	55,49	74	47,74	103	58,86	27	49,09	8	28,57
	Centro	57	74,03	44	50,00	31	55,36	30	63,83	3	42,86
	Total	556	61,30	530	52,01	617	57,40	200	53,33	101	43,16
Pararam de fumar	Continente	102	91,07	105	75,00	92	74,19	34	75,56	27	75,00
	Norte	153	91,62	151	79,06	166	69,75	62	87,32	37	92,50
	Sul	93	78,15	42	51,85	93	76,86	19	70,37	10	71,43
	Leste	86	85,15	58	78,38	70	67,96	20	74,07	6	75,00
	Centro	47	82,46	38	86,36	27	87,10	20	66,67	2	66,67
	Total	481	86,51	394	74,34	448	72,61	155	77,50	82	81,19
Usaram medica�o	Continente	152	76,77	207	76,38	155	76,35	60	74,07	84	83,17
	Norte	220	90,16	258	76,33	280	67,47	116	75,32	48	65,75
	Sul	138	66,99	132	79,04	162	71,68	24	63,16	20	80,00
	Leste	97	53,30	113	72,90	127	72,57	40	72,73	13	46,43
	Centro	61	79,22	59	67,05	51	91,07	37	78,72	6	85,71
	Total	668	73,65	769	75,47	775	72,09	277	73,87	171	73,08

Os dados da Tabela 1 mostram que houve um maior número de entrevistas realizadas e de oferta dos grupos nos anos de 2014 (1.082 entrevistas), 2015 (1.195 entrevistas) e 2016 (1.256 entrevistas), quando comparados com os de 2017 (480 entrevistas) e 2018 (246 entrevistas). O número de pessoas que pararam de fumar a partir da realização dos grupos também diminuiu; em 2014, foram 481 pessoas que afirmaram terem cessado o fumo após a participação em algum grupo e, em 2018, foram 82 pessoas.

Também é possível identificar um elevado número de medicações prescritas aos participantes dos grupos. No ano de 2014, de 907 participantes da primeira sessão, 668 (73,65%) foram medicados; em 2015, 769 dos 1.019 (75,47%) receberam medicação e, nos anos de 2016, 2017 e 2018, este percentual continuou sempre acima de 70%. Corroborando esses dados, em algumas entrevistas os profissionais afirmaram receitar os medicamentos desde a primeira sessão, muitas vezes sem que os participantes perguntassem sobre o medicamento. De fato, muitos diziam embasar sua prática mais no tratamento farmacológico do que nos tópicos da Cartilha do Coordenador preconizada pelo INCA/MS (Ministério da Saúde, 2019).

Discussão

Os principais objetivos deste trabalho foram descrever o histórico da implementação do PCT na rede de saúde pública de Florianópolis, além de caracterizar o seu funcionamento a partir da perspectiva dos coordenadores das CS envolvidas. Como hipóteses, esperava-se que os coordenadores relatassem dificuldades em seguir o PCT conforme as premissas do Ministério da Saúde e INCA. Os principais resultados, a partir da Tabela 1, indicaram que, durante o período avaliado, observou-se que a participação foi mais intensa durante os três primeiros anos quando comparados aos dois anos subsequentes. A redução aconteceu no número de participantes nas entrevistas de triagem (por exemplo, 1.082 entrevistas realizadas em 2014 e 246 entrevistas em 2018) e, conseqüentemente, em todas as etapas, resultando no fato de que o número de pessoas que pararam de fumar em 2018 (82 pessoas) devido ao PCT foi quase seis vezes menor do que os que cessaram em 2014 (481 pessoas). Integrando esses dados com as informações sobre o histórico da implementação do PCT no Estado, suscitam-se algumas hipóteses sobre fatores que podem ter contribuído para essa redução.

A principal hipótese é de que a falta de uma coordenadoria exclusiva para tratar questões do tabagismo na SMS, desde 2016, tenha gerado uma sensação de falta de apoio e de exigências sistemáticas aos profissionais, resultando que esses passassem a ofertar os grupos conforme suas motivações individuais, e não conforme demanda dos usuários. Outras hipóteses envolvem: a redução da oferta de capacitação para os profissionais que conduzem o PCT; a dificuldade e resistência desses no preenchimento das planilhas padronizadas pela SMS; o conhecimento superficial do conteúdo proposto pelo INCA/MS nas cartilhas (Ministério da Saúde, 2018) relacionados ao tratamento da dependência psicológica e comportamental; e, principalmente, a alta demanda de trabalho de rotina a ser feita na carga horária em que eles permanecem no CS. As condições do processo de trabalho praticamente não viabilizam destinação de tempo para dedicação aos grupos; muitos alegam se revezar na condução dos grupos e ter que cancelar os encontros para cobrir colegas ou para atender a demandas emergenciais, de forma que o PCT é percebido como uma atividade extra que exige preparo,

tempo e motivação. Dessa forma, a falta das reuniões de monitoramento e a ausência de um responsável exclusivo para coordenar as ações de combate ao Tabagismo na SMS, somadas às questões de treinamento e alta demanda de trabalho na rotina dos profissionais que atuam no CS, enfraqueceram os resultados do Programa no município.

Sousa (2018) define que, enquanto o monitoramento opera a partir da coleta sistemática de dados a fim de acompanhar uma dada intervenção, a avaliação visa compreender os efeitos desta intervenção, de forma a contribuir ativamente no processo de tomada de decisão. Com relação ao monitoramento de Programas nos CS, dada a necessidade de maior efetividade e eficiência dos programas de saúde pública, alguns autores afirmam que avaliar o desempenho desses é tarefa crucial, sendo os instrumentos de monitoramento e avaliação importantes ao processo de tomada de decisões no SUS (Grimm et al., 2018). De fato, no caso do tabagismo e de pandemias como a covid-19, o monitoramento ativo tem papel fundamental para o enfrentamento da crise e para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, pois permite a organização eficiente de dados do SUS (Fernandez et al., 2020; Grimm et al. 2018). Neste sentido, o papel de uma coordenação nas secretarias de saúde é ser capaz de monitorar e responsabilizar os profissionais de saúde sobre a importância de sua participação no controle do tabagismo (Iglesias et al., 2008; Caram et al., 2009).

Dentre outras problemáticas identificadas para a oferta do PCT nos CS investigados, observou-se a rotatividade dos profissionais, seja nas funções dentro da unidade, seja em troca de unidades, e o horário de funcionamento dos CS, das 8h às 17h. Existem estudos indicando que alta rotatividade entre profissionais pode ser um obstáculo na implementação de programas de prevenção em saúde de forma sistemática e contínua (Portes et al., 2014). A problemática em relação ao horário dos CS também foi encontrada no estudo de Pereira et al., (2018), em que um dos motivos mais apontados pelos participantes para não adesão ao grupo era o horário dos encontros incompatível com a rotina de trabalho.

Em relação à fidelidade do PCT ao que preconiza o INCA/MS em suas cartilhas e no curso preparatório para coordenadores, os dados mostraram que a maioria dos CS investigados segue os requisitos principais de formato recomendados, tais como grupo fechado e estruturado em quatro encontros (73,5%), coordenado por profissionais da saúde (100%), os quais fazem entrevista de triagem pré-grupo (88,2%) e encontros de manutenção pós-grupo (79,4%). Também é positivo o fato de que grande parte dos coordenadores (87,9%) relataram encaminhar para tratamento especializado quando percebem que o participante do grupo necessita disso. Por outro lado, aspectos como o formato da entrevista de triagem pré-grupo (indica-se que seja individual) e o seguimento pós-grupo individualizado pelo período de um ano não estão sendo seguidos conforme indicações do manual do INCA/MS (INCA, 2020) pela maioria das UBS de Florianópolis.

Além disso, um fato alarmante identificado na análise dos dados quantitativos e também referido pelos profissionais nas entrevistas foi referente ao conteúdo do PCT. O tratamento medicamentoso tem sido priorizado em detrimento ao psicológico, indicando que as quatro sessões estruturadas de grupo não estão sendo conduzidas com os participantes conforme o preconizado. Uma possível explicação é o fato de que a formação da maioria dos profissionais que coordenam os grupos nessas unidades contempla pouco sobre os aspectos psicológicos envolvidos no tabagismo. Para minimizar este problema, sugere-se que o receituário seja prescrito somente após avaliação do nível de dependência (Teste de Fagerström pontuando

moderado ou grave) em conjunto com a avaliação subjetiva da necessidade/dificuldade e motivação de cada pessoa no processo de cessação, realizada na entrevista de triagem e também durante o grupo. Embora a literatura indique que quanto mais ferramentas os tabagistas utilizarem para auxiliar na cessação, maior a probabilidade de eles se manterem em abstinência (Lancaster et al., 2000; Presman et al., 2005), a medicação é uma possibilidade, e não uma obrigatoriedade no tratamento, pois pode influenciar a autoconfiança da pessoa na sua capacidade de cessar a dependência (Brenes & Esquivel, 2016). Em fumantes com nível de dependência física leve, o nível de nicotina que a pessoa ingere diariamente pode ser menor do que o nível de nicotina liberado pelo adesivo (mesmo na dose de 7 mg); nesses casos, as dependências psicológica e comportamental são as que precisam mais de tratamento em detrimento da dependência física (Brenes & Esquivel, 2016).

Nessa direção, o diferencial das diretrizes do INCA/MS no tratamento do tabagismo (INCA, 2020, Ministério da Saúde, 2019) é o foco no tratamento integrado dos três tipos de dependência: física, psicológica e comportamental; por isso, seguir o protocolo de cada sessão é fundamental para o sucesso do tratamento. Para tanto, evidencia-se a relevância de um profissional da psicologia em coterapia na condução dos grupos, pois muitos profissionais de outras áreas da saúde mostraram insegurança para trabalhar no grupo os aspectos da dependência psicológica e comportamental associados ao tabagismo. O conceito de fidelidade, no contexto de programas, refere-se ao nível em que uma intervenção é implementada conforme foi planejada (Hansen, 2014). Para que se possa avaliar a eficácia e a efetividade do PCT em futuros estudos, é necessário conhecer suas potencialidades e fragilidades, tanto do funcionamento quanto dos resultados obtidos, além de seguir o método de aplicação preconizado nas diretrizes originais do programa (Hansen, 2014; Santos & Murta, 2015).

Considerações Finais

O presente estudo descreveu o histórico da implementação do PCT na rede de atenção básica de Florianópolis, mapeou e apresentou o funcionamento desse nos CS do município. Algumas das limitações encontradas foram a dificuldade de acesso a todos os coordenadores do PCT dentro dos CS; a falta de tempo dos participantes para responderem aos itens sobre o funcionamento do PCT, o que pode ter feito com que algumas informações não tenham sido lembradas; e o período de análise dos dados quantitativos de adesão e sucesso ter sido limitado a cinco anos.

Por outro lado, acredita-se que este estudo poderá contribuir para o aprimoramento desta importante política pública brasileira. Como principal recomendação, destaca-se que a entrega do PCT seja fiel ao que preconiza o INCA/MS, com vistas a otimizar a qualidade no tratamento de atenção integral ao fumante. Para tanto, é necessária uma coordenação exclusiva para o controle do tabagismo dentro da Secretaria Municipal da Saúde que ofereça suporte e acompanhamento aos profissionais que conduzem os grupos. Nessa direção, sugere-se maior investimento nos treinamentos técnicos direcionados a estratégias de tratamento da dependência psicológica e comportamental, e orientações detalhadas sobre o preenchimento padronizado das planilhas. Além disso, a condução dos grupos realizada por uma dupla de diferentes áreas da saúde deve favorecer a visão mais integralizada proposta pelo SUS.

Por fim, recomenda-se a conferência sistemática dos registros das atividades dos grupos e dos atendimentos individuais aos fumantes. Tais registros são importantes para viabilizar pesquisas que avaliem o processo e o desfecho, ou seja, a eficácia e a efetividade do tratamento. Dados como métodos de divulgação e de inscrição, número de grupos realizados no período, modalidade do grupo (aberto, fechado), número de pessoas que pararam de fumar e número de pessoas que reduziram o consumo são importantes para a melhoria contínua desta política.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Brenes, S. S., & Esquivel, L. S. (2016). Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clinica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 1(1), 121–128. doi: http://dx.doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i1.23068
- Caram, L. M. O., Ferrari, R., Tanni, S. E., Coelho, L. S., Godoy, I., Martin, R. S. S., & Godoy, I. (2009). Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 980–985. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001000006>
- Instituto Nacional de Câncer (2020). *Alerta do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA) sobre os riscos do tabagismo e do uso e compartilhamento do narguilé para infecção pelo Coronavírus (Covid-19)*. INCA.
- Fernandez, M., Castro, D., Fernandes, L., & Alves, I. C. (2020). Reorganizar para avançar: A experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS em Revista*, 2(2), 114–121. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>
- Grimm, S., Padilha, A., Bassichetto, K. C., & Lira, M. (2018). Sixteen years of primary health care monitoring in a large metropolis in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e183. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.183>
- Haddad, C., Bou Malhab, S., Sacre, H., & Salameh, P. (2021). Smoking and COVID-19: A Scoping Review. *Tobacco Use Insights*, 14, e1179173X21994612. <http://dx.doi.org/10.1177/1179173X21994612>
- Hansen, W. B. (2014). Measuring Fidelity. In Z. Sloboda, & H. Petras (Eds.), *Defining Prevention Science* (pp. 335–357). Springer.
- Iglesias, R., Jha, P., Pinto, M. T., Silva, V. L., & Godinho, J. (2008). Documento de discussão – Saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17(4), 301–304. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000400007>
- Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2019). *Deixando de Fumar sem mistérios: Manual do coordenador*. Ministério da Saúde. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/deixando-de-fumar-sem-misterio-manual-do-coordenador>
- Koulaouzidis, G., Yung, A. E., Yung, D. E., Skonieczna-Żydecka, K., Marlicz, W., Koulaouzidis, A., & Charisopoulou, D. (2021). Conventional cardiac risk factors associated with trastuzumab-induced cardiotoxicity in breast cancer: Systematic review and meta-analysis. *Current*

- Problems in Cancer*, e100723. <http://dx.doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2021.100723>
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, *321*, 355–358. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.355>
- Ministério da Saúde. (2018). *Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2020). *Vigitel Brasil 2019 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
- Moldovanu, D., de Koning, H. J., & Van der Aalst, C. M. (2021). Lung cancer screening and smoking cessation efforts. *Translational Lung Cancer Research*, *10*(2), 1099–1109. <http://dx.doi.org/10.21037/tlcr-20-899>
- Pereira, A. A. C., Gritsch, L. J., Passos, M. S., & Furtado, M. D. (2018). Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, *23*(3), e55096. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55096>
- Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html
- Portes, L. H., Campos, E. M. S., Teixeira, M. T. B., Caetano, R., & Ribeiro, L. C. (2014). Ações voltadas para o tabagismo: Análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(2), 439–448. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013>
- Portes, L. H., Machado, C. V., & Turci, S. R. B. (2018a). Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, *34*(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00017317>
- Portes, L. H., Machado, C. V., Turci, S. R. B., Figueiredo, V. C., Cavalcante, T. M., & Silva, V. L. C. (2018b). A política de controle do tabaco no Brasil: Um balanço de 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(6), 1837–1848. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05202018>
- Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *32*(5), 267–275. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000500004>
- Santos, K. B., & Murta, S. G. (2015). A implementação de programas de promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Org.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 192–211). Sinopsys.
- Silva, S. T., Martins, M. C., Faria, F. R., & Cotta, R. M. M. (2014). Combate ao tabagismo no Brasil: A importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(2), 539–552. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>

Sousa, A. N. (2018). Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: A experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 289–301. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s119>

World Health Organization. (2016). *Tobacco*. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

Recebido em: 12/07/2021

Última revisão: 14/06/2023

Aceite final: 18/11/2023

Sobre os autores:

Bruna Ananda Marques Garbelotto: Psicóloga pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Psicóloga clínica. **E-mail:** brunaagmarques@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-2459-681X>

Maria Luisa Gontijo Gouveia: Psicóloga pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Psicóloga clínica. **E-mail:** mallugouveia@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-9067-6087>

Fernanda Rasch Czermainski: Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora e coordenadora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá de Florianópolis. **E-mail:** ferrasch@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-0801-4402>

André Luiz Monezi Andrade: [Autor para contato]. Pós-doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2. **E-mail:** andre.andrade@puc-campinas.edu.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-0111-8935>

Felipe Anselmo Pereira: Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Psicólogo Clínico. **E-mail:** felipe.pereira.eng@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-9019-6681>

Denise De Micheli: Pós-Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Psicóloga, professora associada e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia da UNIFESP. Bqadora CNPq – Nível 2. Professora associada no Departamento de Psicobiologia. Escola Paulista de Medicina. UNIFESP, SP, Brasil. **E-mail:** demicheli.unifesp@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-8546-4354>

Fernanda Machado Lopes: Pós-Doutora em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora adjunta do Departamento de Psicologia e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Professora Adjunta no Departamento de Psicologia. UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2. **E-mail:** femlopes23@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-4853-7670>