

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

**AÇÕES EM SAÚDE PARA TABAGISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO BRASIL: O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO
E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

BERNARD LOUIZETTE CHRISTOPHE

ORIENTADORA: PROF. DRA. ROBERTA ALVARENGA REIS

PORTO ALEGRE

2016

BERNARD LOUIZETTE CHRISTOPHE

**AÇÕES EM SAÚDE PARA TABAGISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO BRASIL: O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO
E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do certificado de Especialista em
Saúde Pública da Faculdade de Medicina
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul

ORIENTADORA: PROF. DRA. ROBERTA ALVARENGA REIS

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela inspiração e força, que fizeram com que eu não desistisse diante de vários obstáculos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública, pela oportunidade de aperfeiçoamento acadêmico.

À Professora Roberta Alvarenga Reis, por me aceitar como sua orientanda, pelos ensinamentos de bancada e de docência. Obrigada por seu tempo e por permitir-me aproveitar seus valiosos ensinamentos.

À Rafaela Rech, por aceitar ser minha parceira, transmitindo seus conhecimentos diariamente e, principalmente, fazendo milagres com pouco tempo.

Aos meus colegas do laboratório de *Cocos Gram Positivos*, da UFCSPA, em especial, Mariana Mott, Rebeca Inhoque, Janira Prichula, Renata Soares, Gabriela Cunha da Rosa pela amizade, alegrias compartilhadas e o apoio emocional que me proporcionaram. Obrigada por acreditar em mim, vocês foram essenciais nessa trajetória.

Aos colegas do Curso de Especialização em Saúde Pública, pelo companheirismo e pelas trocas de experiência, por todos os bons momentos vividos e o auxílio ao longo do curso.

Aos meus amigos, em especial Nirva Poisson, Jean Liberal, Cynthia Bernard Luxana, Angela Romeus Muller, Shadrack Joseph, que, mesmo longe, tiveram uma participação inestimável. Por acreditarem no meu trabalho, por entenderem minhas ausências e estresses: o meu agradecimento sincero.

Aos meus pais, em especial à minha falecida mãe, Rosette Céphacile Christophe, a quem dedico o meu trabalho, por todo o carinho, atenção, compreensão, apoio moral, por acreditarem em mim, respeitarem e apoiarem as minhas decisões profissionais. À minha família, principalmente minhas irmãs, Fabiola Céphacile Labossière e Djeniferte Christophe por estarem sempre presentes, por acreditarem em mim e, por isso, sempre fizeram de tudo para que eu pudesse realizar os meus sonhos e por serem o meu porto seguro.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é uma doença crônica, causada pela dependência de nicotina, e está diretamente relacionado à alta morbimortalidade, por comprometer a saúde física e mental de indivíduos e comunidades. **Objetivo:** Descrever as ações ofertadas na atenção básica aos tabagistas, resultando dos dados do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). **Metodologia:** Estudo transversal, no qual foram analisados os dados de 29.778 equipes de saúde da família. Os dados emergem do Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Módulo II - Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. **Resultados:** Entre as equipes participantes do programa, (54,0%) não apresentam cadastramento de usuários de tabaco, sendo que a região nordeste teve o maior número (20,6%) dessa categoria. Aproximadamente, a metade (50,3%) ofereceu tratamento aos tabagistas, por diversos meios: atividades em grupo e individuais. As atividades em grupo e individuais predominaram na região sudeste (12,2%), já que a região nordeste teve maior representatividade das atividades somente individuais (4,2%). As ações de prevenção do uso de álcool e tabaco estão presentes em (42,0%) das equipes de saúde na região centro-oeste. Para as ações desenvolvidas ao cuidado de pessoas tabagistas por regiões do Brasil, a região que mais desenvolve ações foi a região sudeste (20,0%), sendo que a região nordeste foi a que menos desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas (19,4%). Em relação aos quatro medicamentos (cloridrato de bupropiona, adesivo de nicotina, pastilha de nicotina, goma de mascar de nicotina), ofertados pela equipe, como tratamento a pessoas tabagistas, foi observado um mesmo padrão para as regiões do Brasil; região sudeste teve a maior frequência no uso desses quatro medicamentos; por outro lado, a região nordeste é a que menos usa esses medicamentos **Conclusão:** As ações ofertadas na Atenção Primária das Unidades de Saúde representam o eixo essencial para o melhor atendimento para pessoas tabagistas, sendo assim as equipes de todas as regiões do Brasil deveriam possuir mais atividades, distribuição adequada dos medicamentos, aconselhamento e capacitação dos profissionais para poder oferecer um serviço de qualidade na população tabagista.

PALAVRAS-CHAVES: Tabagismo; Atenção Básica à Saúde; Prevenção e Controle; Sistema Único de Saúde; Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a chronic disease caused by nicotine addiction and is directly related to high morbidity and mortality, by compromising the physical and mental health of individuals and communities. **Objective** Describe the actions offered in primary care to smokers, from the data of the second cycle of Improvement Program Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). **Methods:** Cross-sectional study in which data of 29,778 family health teams were analyzed. The data emerging from the Instrument of External Evaluation for the Care Teams Basic, Module II - Interview with professional Primary Care Team and Document Verification at the Health Unit **Results:** Among the participants of the program teams, over half (54.0%) of the teams do not have tobacco users, and the northeast had the largest number (20.6%) in this category. About half (50.3%) offered treatment to smokers, by various means: group activities and individual, only group, only individual. The group activities and individual activities predominated in the Southeast (12.2%), while in the Northeast there is greater representation of only individual activities (4.2%). Those of alcohol and tobacco prevention actions are present in 42.0% of health teams in the central western region. For the actions taken care of smoking people by regions of Brazil, the region that develops actions was the Southeast (20.0%), and the Northeast was the most do not develop actions for the care of smoking people (19.4%). For the four drugs (hydrochloride of bupropion, nicotine patch, nicotine tablet, nicotine chewing gum) offered by the team as a treatment to smoking people, it was observed the same pattern for the regions of Brazil. Southeast had the highest frequency in the use of the four drugs and on the other hand northeast region predominated for regions not use this drugs **Conclusion:** The shares offered in Primary Care of Health Units represent the essential axis for the best care for smoking people, so that the teams from all Brazilian regions should have more activities, proper distribution of medicines, advice and training of professionals to offer a quality service in the smoking population.

Keywords: Smoking; Primary health care; Prevention and Control; Unified Health System; Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

CQCT - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DCNT - Doenças Crônicas não transmissíveis

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNCT- Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos usuários de tabaco, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013..... | 18 |
| Tabela 2 - Distribuição das ações de prevenção do uso de álcool, tabaco ou outras drogas, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 19 |
| Tabela 3 - Distribuição das ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas tabagistas, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 23 |
| Tabela 4 – Distribuição do uso do medicamento cloridrato de bupropiona na unidade, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013. | 18 |
| Tabela 5 - Distribuição do uso do medicamento adesivo de nicotina na unidade, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013. | 20 |
| Tabela 6 - Distribuição do uso do medicamento pastilha de nicotina na unidade, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013. | 21 |
| Tabela 7 - Distribuição do uso do medicamento goma de mascar de nicotina na unidade, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013..... | 21 |
| Tabela 8 - Distribuição das modalidades de atividades oferecidas pela equipe aos tabagistas, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013..... | 22 |
| Tabela 9 - Distribuição do questionamento do uso do tabaco a todos os usuários, por regiões do Brasil, coletadas durante realização do Módulo II do PMAQ-AB, no ano 2013..... | 23 |

APRESENTAÇÃO

Bernard Louizette Christophe, médica, formada em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidad Católica Madre y Maestra, da República Dominicana, em junho do ano 2008. De nacionalidade haitiana e reside atualmente na cidade de Porto Alegre, finalizando o curso de Especialização em Saúde Pública na UFRGS, qual deu início a realização deste trabalho de conclusão de curso. Além disso, mestranda em Ciências da Saúde na UFCSPA com previsão de término em março de 2017.

Com sete anos de experiência na área clínica (tanto em medicina da comunidade, como em ambiente hospitalar), sempre tive interesse em trabalhar na atenção primária com pessoas atingidas por doenças infecciosas invasivas. No presente, o meu projeto de mestrado trata-se de um perfil epidemiológico de doenças invasivas pneumocócicas em idosos e em particular as pneumonias graves. Durante a minha revisão da literatura, observa-se uma prevalência alta das doenças respiratórias e me chamou a atenção quanto custoso deve ser para o sistema de saúde pública. Já que estava trabalhando com as doenças relacionadas ao pulmão, então no momento de escolher o tema para o meu trabalho de conclusão de especialização em saúde pública, a minha orientadora, Professora Roberta Alvarenga Reis e eu, concordamos em achar uma temática de saúde pública relevante da mesma área, por exemplo o tabagismo como fator de risco e primeira causa das doenças respiratórias crônicas. Além do mais, tive também a curiosidade para trabalhar em questão de avaliação do sistema de saúde, e revisando o instrumento de avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB), pode-se notar do questionário utilizado, que foram avaliadas ações e serviços para o cuidado de pessoas tabagistas. Justifica-se assim a relevância do tema escolhido.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 OBJETIVO | 10 |
| 2.1 Objetivo Geral | 10 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 10 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 11 |
| 3.1 Prevalência do tabagismo | 11 |
| 3.2 Ações para o controle do tabagismo | 12 |
| 4 METODOLOGIA | 15 |
| 4.1 Delineamento | 15 |
| 4.2 Amostra | 15 |
| 4.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | 15 |
| 4.4 Plano e Instrumento de Coleta de Dados | 16 |
| 4.5 Plano de Tratamento e Análise dos Dados | 16 |
| 4.6 Aspectos Éticos | 17 |
| 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 18 |
| 6 DISCUSSÃO | 18 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| REFERÊNCIAS | 29 |
| ANEXO | 33 |

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo pode ser definido como uma doença crônica e epidêmica, resultante da dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco. Foi classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, de acordo com a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1997).

Diante de sua complexidade, o tabagismo requer uma abordagem ampla, com integração de diversos componentes, para o tratamento da dependência nicotínica. O abandono do tabaco não é uma decisão fácil ou súbita, pelo contrário, o fumante passa por um processo repleto de mudança em diversos estágios. Destarte, todos os fumantes devem ser orientados à cessação do hábito tabágico pelos profissionais da saúde.

Os resultados das pesquisas de Gorin et al. (2004) demonstram que, aproximadamente, 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas poucos conseguem obter êxito sem assistência ou apoio de um profissional de saúde. Não obstante, revisões sistemáticas, com meta-análise, mostram que o aconselhamento por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (GORIN; HECK, 2004).

Há consenso na literatura de que o tabagismo é demasiadamente maléfico e é uma das doenças crônicas que causa os maiores índices de óbitos por ano no mundo. Sendo assim, torna-se imperativa a necessidade de implementar e colocar em prática as ações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção do tabagismo. Além do mais, também é importante estabelecer nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) os serviços e o tratamento adequado para os tabagistas (BARBOSA et al. 2011; ARAÚJO et al. 2004).

Justifica-se, assim, a importância da escolha do tema desse trabalho, a partir do interesse em descrever o panorama brasileiro de ações em saúde para a cessação do tabagismo ofertada pelas equipes nas (UBS).

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Descrever as ações ofertadas na atenção primária aos tabagistas, a partir dos dados do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

2.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar, nas diferentes regiões do país, unidades de saúde que ofertam ações de cuidado às pessoas tabagistas.
- b) Caracterizar os medicamentos fornecidos nas unidades de saúde para o tratamento da cessação de uso do tabaco.
- c) Identificar as ações em saúde mais oferecidas aos usuários tabagistas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Prevalência do tabagismo

O consumo do tabaco é considerado fator de risco das principais causas de mortalidade em todo mundo: cardiopatia isquêmica, enfermidades cerebrovasculares, infecções de vias respiratórias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de traqueia, brônquios, pulmões e tuberculose; atingindo principalmente o aparelho respiratório (MEIER, 2011). A OMS afirma que, atualmente, morrem no mundo cinco milhões de pessoas por ano, em consequência das doenças relacionadas ao fumo. Estima-se que no ano de 2025, ocorrerão 10 milhões de mortes decorrentes do uso do tabaco, caso não existam mudanças nas prevalências atuais do tabagismo. Os prejuízos do tabagismo também repercutem nas condições socioeconômicas, ecológicas e, principalmente, malefícios à saúde das pessoas fumantes e não fumantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia e, como tal, precisa ser combatido (OMS, 2004).

A prevalência de fumantes no mundo é cerca de 1,3 bilhão, sendo que, destes, aproximadamente um bilhão é do sexo masculino e 900 milhões estão nos países em desenvolvimento. O tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal. Constata-se que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade (IGLESIAS, 2008).

De acordo com Mirra (2011, p. 3):

No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando. E a redução de fumantes no Brasil na década de 1990 até o momento foi de 33,2% para 15,2%, na população acima de 18 anos (MIRRA, 2011, p. 3).

Em razão dessa alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao uso do tabaco, o tabagismo é considerado como um dos mais importantes problemas de Saúde Pública.

3.2 Ações Para O Controle Do Tabagismo

Em 2008, diante de um cenário de lutas contra a epidemia do tabagismo, a OMS propôs um plano de medidas, conhecido como *mpower* (OMS, 2008). Estas ações foram implementadas em vários países desenvolvidos, e, também, nos países em desenvolvimento, entre os quais, o Brasil. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro implementou, há duas décadas, suas políticas de ações contra o tabaco por meio do trabalho desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e introduziu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (MARQUES et al., 2001). Apesar de existirem documentos internacionais relatando os prejuízos do fumo à saúde há mais de 50 anos, o tabagismo ainda é identificado como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo (ARAÚJO, 2004).

Barbosa et al. (2011) afirmam que essas importantes ações de saúde pública, implementadas no Brasil e no mundo, há mais de 15 anos, pelo MS, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), têm articulado, nacionalmente, ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a outros setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada. Dentre elas, podem ser destacadas o aumento das taxas de impostos para a indústria tabagista, veiculação de anúncios advertindo sobre suas consequências deletérias à saúde, além da criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Assim, o objetivo principal das ações implementadas é promover a cessação do tabagismo e motivar os fumantes a deixarem de fumar, aumentando o acesso dos mesmos métodos eficazes para o tratamento da dependência (MEIER, 2011, p.36).

Além disso, o consumo do tabaco apresenta custos amplos e altos ao sistema de saúde. Portanto, ações antitabagismo estão entre as intervenções de saúde pública mais custo-efetivas e preveníveis (REICHERT, 2008 apud KAREN, 2012, p. 1). Sobre os serviços de atenção às pessoas tabagistas, Reichert (2008, p. 2) considera:

Deve-se enfatizar o papel do estado e das políticas públicas no reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde pública para que o tratamento seja disponibilizado a todos os fumantes, tanto no Sistema Único de Saúde quanto no Sistema de Saúde Suplementar.

Com este enfoque, o INCA disponibiliza aos municípios todo o material necessário para o tratamento, que vai desde cartilhas informativas até os medicamentos propriamente ditos, incluindo a capacitação dos profissionais que prestarão assistência (BRASIL, MS, 2004).

É prioritário que o tratamento das pessoas tabagistas ocorra junto às equipes das Unidades de Saúde, por se constituírem como a porta de entrada no sistema de saúde, por serem os coordenadores do cuidado em saúde, e pelo alto grau de descentralização e capilaridade que apresenta. No Brasil, vigora, desde 1989, o Programa Nacional para o Controle do Tabagismo (PNCT), que estrutura suas estratégias e ações, visando à articulação entre diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais. O Programa é regido pela ótica da Promoção da Saúde e coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) (PENA; ROCHA, 2013).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), proposto pelo MS e INCA, sistematiza quatro principais grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; um terceiro grupo em que se inserem medidas que visam a proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização (MENDES, 2012, p.199). O PNCT 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 medidas não relacionadas aos preços (IGLESIAS, 2008).

Mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, o Brasil tem conseguido reconhecimento de liderança internacional na luta contra o tabagismo (American Cancer Society, 2003) e se deve pela significativa ação de prevenção e controle do tabagismo, além de controlar e fiscalizar os produtos (CALVANTE, 2005). É importante destacar que o Brasil é legalmente vinculado à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e, dentre as medidas adotadas pelo país, estão incluídos o monitoramento e a vigilância da prevalência do tabagismo (MALTA, 2013).

O monitoramento dos fatores de risco de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o tabagismo, é importante na definição de políticas públicas, e foi uma das motivações para a implantação do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em quase todas as 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Esse monitoramento de indicadores de tabagismo permite a avaliação da efetividade de medidas de prevenção ao uso do tabaco adotadas no país, incluindo as ações regulatórias, que visam a evitar o consumo e incentivar a cessação (MALTA, 2010).

Em 2013, duas pesquisas nacionais – a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – com diferentes metodologias, encontraram a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino) (BRASIL, 2014;2014d). Todos esses dados evidenciam uma tendência de queda na prevalência de tabagistas na população brasileira nas últimas décadas. Mas a redução nas prevalências não deve influenciar e impedir a continuidade da implementação das ações para a cessação do tabagismo preconizado pela OMS.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Estudo observacional transversal.

4.2 Amostra

A amostra do presente estudo emerge dos dados do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB 2013), realizado em 29.778 equipes de saúde da família.

4.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O PMAQ-AB foi criado pela Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) e publicada em 19 de julho, de 2011, (BRASIL, 2011B) instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços (PINTO, 2014). Sendo pioneiro na vinculação do repasse de recursos às equipes de AB à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade com foco nos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Está organizado em quatro fases ou módulo, a saber: Fase I- Adesão e Contratualização; Fase II- Desenvolvimento; Fase III- Avaliação Externa; Fase IV- Recontratualização.

Trata-se de uma avaliação de abrangência nacional, executada de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa e com o acompanhamento direto do MS. Os resultados encontrados referem-se às avaliações do Módulo II (segunda parte do questionário avaliado), respondido pelos trabalhadores nas Unidades de Saúde, mediante entrevista e verificação de documentações *in loco*.

Puderam aderir voluntariamente ao PMAQ todas as Equipes de Atenção Básica, pressupondo um processo inicial de pactuação entre equipes e gestores municipais. A adesão deu-se por meio de formulário eletrônico preenchido pelos gestores municipais, disponibilizado no *site* do programa, sendo avaliadas apenas as equipes que formalizaram a adesão.

As informações deste estudo são referentes à etapa de Avaliação Externa do Programa. Para o trabalho em campo, foram selecionados avaliadores externos que participaram de um processo de formação com duração de uma semana, centrado nas atividades que, posteriormente, desenvolveriam em campo. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ.

4.4 Plano e Instrumento de Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada no ano 2013, por meio da utilização de computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente, abrangendo três módulos, com questões que avaliaram aspectos referentes à estrutura das Unidades de Saúde (US), aos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde e a satisfação dos usuários com os serviços de saúde. Após a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via rede a um servidor do MS para que fossem validados. Visando a delinear um padrão mínimo e máximo para averiguação da informação coletada *in loco*, os parâmetros de validação foram disponibilizados no manual intitulado “Protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados”, distribuído pelo MS às Universidades participantes do programa.

4.5 Plano de Tratamento e Análise dos Dados

Para análise dos dados deste estudo, utilizou-se o Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada), Módulo II - Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica

e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde por meio dos itens: “Organização da agenda”; “Atenção à pessoa tabagista”; e os subitens: “Para quais grupos a equipe oferta ações?”; “Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza?”; “Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?”; “A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo: Cloridrato de bupropiona, Adesivo de nicotina, Pastilha de nicotina, Goma de mascar de nicotina”; “A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio: Atividades em grupo e individuais, Somente atividades em grupo, Somente atividades individuais, A equipe não oferece tratamento aos tabagistas”; “A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?”.

Os dados foram analisados no *software* SPSS v20, e montados em tabela pelo programa Word Excel 2013 tendo em consideração que o número total das equipes avaliadas corresponde a 100%. Foram realizadas análises descritivas das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Todas as opções “ Não se aplica” foram considerados como aquelas equipes que não desenvolveram o tipo de atividade mencionado na tabela correspondente e por tanto não responderam às perguntas subsequentes do questionário aplicado.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo está contemplado dentro de um projeto maior, registrado sob o número 21904, que foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a resolução 466/12 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Das 29.778 equipes de saúde participantes do programa de avaliação externa para o atendimento a pessoas tabagistas, observa-se que (54,0%) do total das equipes não tiveram cadastramento para usuários de tabaco, sendo que a região nordeste teve o maior número (20,6%) nessa categoria. O restante (46,0%) do total das equipes aponta um número relevante de usuários de tabaco cadastrados, de modo que foi observada a maior porcentagem (17,8%) para a região sudeste, seguida da região nordeste com (15,6%). Resumindo, foram essas duas regiões que tiveram uma maior representatividade no cadastramento dos usuários de tabaco pelas equipes participativas. (TABELA .1)

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DE TABACO, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, NO ANO 2013.

| | Usuários de tabaco | |
|---------------------|--------------------|--------------|
| | Sim | Não |
| REGIÃO NORTE | 621 (2,1%) | 1539 (5,2%) |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | 903 (3,0%) | 1338 (4,5%) |
| REGIÃO SUL | 2239 (7,5%) | 2270 (7,6%) |
| REGIÃO SUDESTE | 5306 (17,8%) | 4794 (16,1%) |
| REGIÃO NORDESTE | 4647 (15,6%) | 6121 (20,6%) |

Quanto à prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, 42,0% das equipes da região centro-oeste referiram desenvolver ações para prevenir a utilização de qualquer tipo de drogas e, em particular, o uso do tabaco, seguida da região nordeste com (20,9%). Por outro lado, foi notificado que a região sudeste com 12,5%, e a região nordeste com 11,7% foram as regiões com maior porcentagem que não apresentaram planejamento para ações visando à promoção e prevenção do uso do tabaco. Evidencia-se também que 15,8% do total das equipes restantes não se identificaram para essas atividades. (TABELA.2)

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL, TABACO OU OUTRAS DROGAS, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, BRASIL, 2013.

| | Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas | | |
|---------------------|---|--------------|---------------|
| | Sim | Não | Nao se aplica |
| REGIÃO NORTE | 1116 (3,7%) | 663 (2,2%) | 381 (1,3%) |
| REGIÃO CENTRO OESTE | 1243 (4,2%) | 641 (2,2%) | 357 (1,2%) |
| REGIÃO SUL | 2383 (8,0%) | 1383 (4,6%) | 743 (2,5%) |
| REGIÃO SUDESTE | 4227 (14,2%) | 3725 (12,5%) | 2148 (7,2%) |
| REGIÃO NORDESTE | 6213 (20,9%) | 3480 (11,7%) | 1075 (3,6%) |

Na tabela três, constatou-se que a região sudeste desenvolveu mais ações para o cuidado de pessoas tabagistas (20,0%), seguida da região nordeste (16,8%), no entanto, a porcentagem das atividades ofertadas nas outras regiões do país ficou baixo. Verificou-se, também, que a região nordeste teve a maior porcentagem, 19,4% das equipes que não estão desenvolvendo ações para o tabagismo. (TABELA.3)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA O CUIDADO DE PESSOAS TABAGISTAS, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, NO ANO 2013.

| | Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas? | |
|---------------------|---|--------------|
| | Sim | Não |
| REGIÃO NORTE | 661 (2,2%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO OESTE | 959 (3,2%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 2511 (8,4%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 5948 (20,0%) | 4152 (14,0%) |
| REGIÃO NORDESTE | 4985 (16,8%) | 5783 (19,4%) |

O conjunto de ações que as equipes avaliadas oferecem para o cuidado de pessoas tabagista é realizado pela combinação do tratamento psicológico e o tratamento farmacológico constituído por quatro opções como base do tratamento medicamentoso para pessoas tabagistas: cloridrato de bupropiona, adesivo de nicotina, pastilha de nicotina, goma de mascar de nicotina.

Nesse sentido, verificou-se a frequência do uso do cloridrato de bupropiona como tratamento nas regiões do país. Observa-se que há predomínio do uso de cloridrato de bupropiona na região sudeste (8,4%); na região nordeste, 15,0% das equipes não utiliza o cloridrato de bupropiona como medicamento para o tratamento das pessoas tabagistas. Também foi notado que um número grande, 49,3% do total das equipes não participou na distribuição do uso desse medicamento. (TABELA. 4)

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO USO MEDICAMENTO CLORIDRATO DE BUPROPIONA NA UNIDADE, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, NO ANO 2013.

| | Cloridrato de bupropiona | | |
|---------------------|--------------------------|--------------|---------------|
| | Sim | Não | Não se aplica |
| REGIÃO NORTE | 60 (0,2%) | 601 (2,0%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO OESTE | 343 (1,2%) | 616 (2,1%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 1459 (4,9%) | 1052 (3,5%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 2495 (8,4%) | 3453 (11,6%) | 4152 (13,9%) |
| REGIÃO NORDESTE | 512 (1,7%) | 4473 (15,0%) | 5783 (19,4%) |

Para o uso do medicamento Adesivo de nicotina, apresentou-se o mesmo padrão que o cloridrato do bupropiona. A região sudeste ficou com maior índice (9,0%) das equipes que usam o adesivo de nicotina como tratamento, em comparação, a maior porcentagem (15,7%) das regiões que não se faz uso foi para a região nordeste. Foi observado que a porcentagem (49,3%) das equipes não participativas no uso de adesivo de nicotina foi a mesma contemplada no uso de cloridrato do bupropiona. (TABELA.5)

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DO USO DO MEDICAMENTO ADESIVO DE NICOTINA NA UNIDADE, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, NO ANO 2013.

| | Adesivo de nicotina | | |
|---------------------|---------------------|--------------|---------------|
| | Sim | Não | Não se aplica |
| REGIÃO NORTE | 54 (0,2%) | 607 (2,0%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | 378 (1,3%) | 581 (2,0%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 1410 (4,7%) | 1101 (3,7%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 2679 (9,0%) | 3269 (11,0%) | 4152 (13,9%) |
| REGIÃO NORDESTE | 314 (1,1%) | 4671 (15,7%) | 5783 (19,4%) |

Na próxima tabela, apresentaram-se os resultados para a pastilha de nicotina, medicamento utilizado como tratamento farmacológico para pessoas tabagistas que desejam parar de fumar. Igual aos dois medicamentos previamente analisados, a região sudeste teve a maior frequência no uso de pastilha de nicotina, com 4,0%; a região nordeste apresentou o maior valor, 16,3%, para as equipes que não usam esse medicamento como tratamento a pessoas tabagistas. O restante, 49,3% das equipes avaliadas, também como os dois medicamentos analisados anteriormente, não se identificaram como parte do processo. (TABELA. 6)

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO USO DO MEDICAMENTO PASTILHA DE NICOTINA NA UNIDADE, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, NO ANO 2013.

| | Pastilha de nicotina | | |
|---------------------|----------------------|--------------|---------------|
| | Sim | Não | Não se aplica |
| REGIÃO NORTE | 28 (0,1%) | 633 (2,1%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | 188 (0,6%) | 771 (2,6%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 647 (2,2%) | 1864 (6,3%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 1199 (4,0%) | 4749 (15,9%) | 4152 (13,9%) |
| REGIÃO NORDESTE | 127 (0,4%) | 4858 (16,3%) | 5783 (19,4%) |

Na tabela sete, estão apresentados os dados para o medicamento goma de mascar de nicotina. Semelhante para os demais medicamentos, a região sudeste predominou com (4,1%) no uso do medicamento e a região nordeste teve a maior frequência (16,3%) para aquelas equipes que não usam o medicamento. E como esperado teve concordância na porcentagem (49,3%) das equipes que não participaram no processo do uso dos medicamentos ofertados pelas equipes para pessoas tabagistas. (TABELA.7)

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO USO DO MEDICAMENTO GOMA DE MASCAR DE NICOTINA NA UNIDADE, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, NO ANO 2013.

| | Goma de mascar de nicotina | | |
|---------------------|----------------------------|--------------|---------------|
| | Sim | Não | Não se aplica |
| REGIÃO NORTE | 37 (0,1%) | 624 (2,1%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | 231 (0,8%) | 728 (2,4%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 796 (2,7%) | 1715 (5,8%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 1227 (4,1%) | 4721 (15,9%) | 4152 (13,9%) |
| REGIÃO NORDESTE | 144 (0,5%) | 4841 (16,3%) | 5783 (19,4%) |

Observam-se as diferentes modalidades de atividades oferecidas pelas equipes para a abordagem do usuário tabagista em tratamento nas cinco regiões brasileiras. Aproximadamente (49,3%) das equipes recusaram sua não participação de qualquer forma para essas atividades. Do restante das equipes (50,7%), a região sudeste ficou com o maior percentual (12,2%) para as atividades em grupo e individuais; a região nordeste teve o maior número para as atividades somente em grupo (3,1%), somente individuais (4,2%), e as equipes que não oferecem tratamento aos tabagistas ficaram com (1,8%). (TABELA. 8)

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODALIDADES DE ATIVIDADES OFERECIDAS PELA EQUIPE AOS TABAGISTAS, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, BRASIL, 2013.

| | A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de: | | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|--|---------------|
| | Atividades em grupo e individuais | Somente atividades em grupo | Somente Atividades individuais | A equipe não oferece tratamento aos tabagistas | Não se aplica |
| REGIÃO NORTE | 227 (0,8%) | 149 (0,5%) | 156 (0,5%) | 129 (0,4%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | 541 (1,8%) | 167 (0,6%) | 131 (0,4%) | 120 (0,4%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 1569 (5,3%) | 284 (1,0%) | 550 (1,8%) | 108 (0,4%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 3620 (12,2%) | 888 (3,0%) | 1022 (3,4%) | 418 (1,4%) | 4152 (13,9%) |
| REGIÃO NORDESTE | 2260 (7,6%) | 923 (3,1%) | 1262 (4,2%) | 540 (1,8%) | 5783 (19,4%) |

A última tabela a ser analisada, corresponde as modalidades do questionamento do uso do tabaco a todos os usuários das equipes. Verificou-se que a região sudeste teve o maior percentual (18,1%) das equipes que questiona o uso do tabaco a todos os usuários. Por enquanto, das regiões que não questionaram o uso do tabaco aos usuários das equipes, a região nordeste predominou com o maior número (2,0%). Também se manteve a porcentagem (49,3%) das equipes que não participaram no processo. (TABELA.9)

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODALIDADES DE QUESTIONAMENTO DO USO DO TABACO A TODOS OS USUÁRIOS PELA EQUIPE, POR REGIÕES DO BRASIL, COLETADAS DURANTE REALIZAÇÃO DO MÓDULO II DO PMAQ-AB, BRASIL, 2013.

| | A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários | | |
|---------------------|--|------------|---------------|
| | Sim | Não | Não se aplica |
| REGIÃO NORTE | 588 (1,9%) | 73 (0,2%) | 1499 (5,0%) |
| REGIÃO CENTRO OESTE | 824 (2,8%) | 135 (0,5%) | 1282 (4,3%) |
| REGIÃO SUL | 2065 (7,0%) | 446 (1,5%) | 1998 (6,7%) |
| REGIÃO SUDESTE | 5395 (18,1%) | 553 (1,8%) | 4152 (13,9%) |
| REGIÃO NORDESTE | 4427 (14,9%) | 558 (2,0%) | 5783 (19,4%) |

6 DISCUSSÃO

Devido à alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças associadas ao consumo do tabaco, o tabagismo passa ser um problema extrema importância para o sistema de saúde pública. No Brasil, a prevenção e o tratamento do tabagismo são prioridades do Sistema Único de Saúde, definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde, por intermédio da Atenção Primária à Saúde. Segundo a literatura revisada está previsto que os municípios e suas equipes de Atenção Básica assumem o compromisso de desenvolver e implementar as ações para o cuidado das pessoas tabagistas. Considera-se também que o tratamento ideal inclui avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva (NITSCHKE; OLIVEIRA, 2012).

Estudos elaborados por Fernandes et al. (2007) apresentou os resultados de um levantamento realizado em 2005 apontando que 10,1% da população brasileira de 12 a 65 anos são dependentes de tabaco e que a expectativa de vida de um fumante é 25% menor que a de um não fumante. Além disso a cessação tabágica promove uma queda significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos. Embora 70% dos fumantes manifeste desejo de parar de fumar, somente 5% consegue fazê-lo sem auxílio de profissionais da saúde.

As ações desenvolvidas contribuíram para a redução na prevalência de tabagismo no Brasil, de 32,7% em 1997 para 14,8% em 2011, mas ainda o tabagismo continua a ser um problema de saúde pública e precisa ser desnormalizado (SILVA, 2014). A base de todas essas informações, se reflete a importância de poder identificar e determinar a população alvo que deve ser atendido pelas equipes das unidades de saúde, neste caso as pessoas diagnosticado como dependente ou usuário do tabaco. Porém os resultados de nosso estudo apresentam no geral uma porcentagem baixa para o grupo que as equipes ofertam ações. Sendo as regiões sudeste e nordeste as que foram mais representativas para todo Brasil tanto para as equipes que conferiram o número de usuário de tabaco a ser atendidos nas UBS como as que recusaram o cadastramento dos pacientes tabagistas.

A prevenção e promoção na Atenção Primária são primordiais para atingir uma determinada população e, nesse caso, as pessoas tabagistas. É o primeiro acesso para esses pacientes terem o acompanhamento profissional que precisam.

Várias pesquisas e em particular um estudo realizado por Roecker e Marcon (2011) relatou que a avaliação das necessidades educativas da população foi feita sem a participação efetiva da comunidade. Porém, na prática as ações para o cuidado de pessoas tabagistas devem ser reorientadas à promoção e prevenção em saúde, tentando a ativa participação da família e da comunidade em general, fortalecendo novas fórmulas sobre pensar e fazer em saúde.

Como apresentado neste estudo, somente a região centro-oeste está realizando mais ações preveníveis para o uso do tabaco. As demais regiões exceto o nordeste, ficaram com uma porcentagem baixa no desenvolvimento dessas ações. Esses resultados não são coerentes em relação a literatura revisada que demonstra a importância e eficácia das ações de promoção e prevenção para pessoas tabagistas na redução do tabagismo, e comprova a efetividade na adesão desses pacientes. Também se espera que as regiões (sudeste e nordeste) que têm o maior número de usuários de tabaco deveriam oferecer e desenvolver mais ações preventivas para esses pacientes, mas na realidade os resultados deste trabalho evidenciaram que não estão sendo realizado de forma correta.

A maioria dos pesquisadores demonstrou que o tratamento psicológico, associada ao apoio farmacológico, está relacionado ao abandono do tabagismo por períodos maiores de seis meses; corroborando o fato de que o aconselhamento profissional é um procedimento que aumenta a chance de cessação do tabagismo, estando recomendado para todos os fumantes. O papel do uso de medicamentos no tratamento do tabagismo é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência, quando representam um importante obstáculo para o fumante deixar de fumar (NITSCHKE; OLIVEIRA, 2012).

O protocolo clínico sintetiza como deve ser a abordagem do fumante para a cessação de fumar, devendo ter como eixo central intervenções cognitivas e o treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à prevenção de recaída. O apoio medicamentoso deve ser utilizado apenas em casos específicos, em que os fumantes apresentam grau elevado de dependência à nicotina (BRASILIA, 2014).

A esquema do tratamento medicamentoso para as pessoas tabagistas, padronizada pelo SUS compõe quatro tipos de medicamentos: cloridrato de bupropiona, adesivo de nicotina, pastilha de nicotina, goma de mascar de nicotina. Entende-se que esses quatro medicamentos são disponíveis na rede pública e

distribuídos aos municípios de diversas regiões do Brasil que a sua vez redistribuíram às diferentes unidades de saúde segundo o que está descrito e previsto no Caderno de Atenção Básica: o cuidado da pessoa tabagista (BRASÍLIA, 2014). Por outro lado, os resultados do meu estudo revelam em geral uma falta da medicação em todas as regiões do Brasil, mas com um predomínio para a região nordeste. As desigualdades regionais do país passam pela questão social e saúde que acabam refletindo o mesmo padrão na prática de serviços oferecidos na Atenção Primária à Saúde. Portanto, justifica-se que a região nordeste foi a que apresentou menos uso de todos os medicamentos recomendado para o tratamento da cessação do tabagismo.

Segundo Duarte et al. (2014), escolas e universidades, em território brasileiro e em diferentes países, não dispõem de programas regulares efetivos para a abordagem do tabagismo, e os profissionais de saúde nelas formados recebem pouco treinamento para o tratamento da dependência do tabaco. Sabe-se que as ações de tratamento e de promoção da saúde vêm sendo executadas, tendo destaque a capacitação de profissionais para implementação do tratamento nas Unidades Básicas (PORTES, 2014). As atividades em grupo e individuais também se apresentaram como oportunidades em que o tema de tabagismo serve para troca de conhecimentos e experiências. Também se observa que o aconselhamento e a capacitação dos profissionais ajuda bastante na chance de conseguir parar de fumar.

Por contra, os achados do presente estudo para as atividades desenvolvidas pelas equipes, seja organizada em grupo, individual ou ambos, foram escassez nas regiões do Brasil. E apresentaram a mesma disparidade regional que sofreu a distribuição dos medicamentos. Ou seja, a região sudeste que representa uma das regiões mais favoráveis do país, desenvolveu mais atividades de todas as regiões e de outra parte, a região nordeste acabando desenvolver menos atividades. Mas o que chama a atenção foi o número alto e relevante das equipes na sua totalidade que não participaram no processo. Em conclusão em geral não estão sendo desenvolvidas essas ações e por consequência não conseguiram baixar a taxa do tabagismo ou prevenir o mesmo como deveriam.

A seguir, verificou-se neste estudo o questionamento do uso do tabaco para todos os usuários da equipe. Então os resultados apresentaram semelhança no perfil regional dos dados analisados, sendo a região nordeste representando as equipes que não possuem o questionamento para todos os usuários da Unidade Básica e ao contrário a região sudeste como a que mais identificou os pacientes devidamente.

De maneira geral, os achados deste estudo sugerem que há uma falta na identificação da população a ser acolhida, no desenvolvimento das ações preventivas e das atividades, na distribuição e uso dos medicamentos e na capacitação e aconselhamento por parte dos profissionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é, reconhecidamente, uma doença crônica resultante da dependência à nicotina e um fator de risco para mais de 50 doenças, sua prevalência vem reduzindo progressivamente, entretanto, ainda se mostra expressiva em certas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis. O tratamento do tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas; é encontrado por meio de ações desenvolvidas nas UBS da Atenção Básica.

A maioria da literatura revisada concorda que o tratamento do tabagismo se faz, primeiramente, por acolhimento e acompanhamento de um profissional treinado, juntamente com o tratamento farmacológico em casos em que o paciente desenvolve sintomas de abstinência. Analisando e refletindo sobre esses resultados, compreende-se que as equipes não estão conseguindo oferecer um serviço de qualidade como deveriam; nem todos os usuários estão tendo acesso aos serviços e as poucas ações em grupos ou individuais desenvolvidas são insuficientes para todas as regiões do Brasil com uma predominância para a região do nordeste, comparando aos outros estudos realizados que apontam a eficácia do apoio psicossocial para os pacientes tabagistas.

Quanto aos medicamentos, de modo geral, há oferta de medicação pelo SUS para auxílio do fim do tabagismo, mas observa-se que os quatro medicamentos disponibilizados pela rede pública foram pouco utilizados pelas equipes nas diferentes regiões do Brasil.

Espera-se com este trabalho, desencadernar uma reflexão tanto para os profissionais e gestores, no sentido de ampliar a visão e conscientizar da importância e da necessidade de desenvolver mais ações para o cuidado das pessoas tabagistas; promovendo assim a cessação do tabagismo e, portanto, diminuir as doenças crônicas decorrentes do consumo do tabaco.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.30, p. S1-S76, ago. 2004.

BARBOSA, M. R. et al. Cessação do tabagismo no Brasil: revisão da literatura. **Revista Eletrônica Interdisciplinar da Univar**. v.2, n.6, p.76-81, nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Brasília, DF, 2013, p.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília, DF, 2015, p.24

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pnct_tabagismo.pdf<http://dab>
Acesso em: 08/01/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php Acesso em: 08/01/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descrição das variáveis**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica. 2013

CAVALCANTE, T. M. Tobacco control in Brazil: advances and challenges. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v 32, n.5, p. 283-300, 2005.

DUARTE, R. S. et al. Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.9, n.33, p.384-390, 2014.

FERNANDES, R. F. et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. **Revista Saúde Pública**. v.42, n.2, p.353-5, 2008.

GONÇALVES, M. R. Monografia. Programa de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

GORIN S.S; HECK J. E. Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**v.13, p. 2012-22, 2004.

IGLESIAS, R. et al. Documento de discussão-saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v. 17, n. 4, p. 301-304, 2008.

KAREN, S. K. K. et al. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Brasil, v. 45, n. 3, p. 337-342, 2012.

MACIEL, A. A. Trabalho de Conclusão. Programa de Bacharelado em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasília and in the state capitals of Brazil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** v. 36, n. 1, p. 75-83, 2010.

_____. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Caderno Saúde Pública.** v.29, n. 4, p. 812-22, 2013.

MARQUES, A. C.P. R, et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 23, n. 4, p. 200-214, dec. 2001.

MEIER, D.A.; VANNUCHI, M.T.; SECCO, I.A. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. **Resvista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.13, n. 1, p. 35-44, jan. 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, p.1-512, 2012.

MIRRA, A. P. et al. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar.** São Paulo, p.1-24, jan. 2011.

NITSCHKE, C. A. S.; OLIVEIRA, R. L. O tratamento do tabagismo na Atenção Primária a Saúde. **Anais do Congresso sul-brasileiro de medicina de família e comunidade**. v.3, p.70, 2012.

OLIVEIRA, L. C. F; ASSIS, M. M. A.; BARBONI A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.3, p.3561-7, 2010.

PENA, K. S; ROCHA, C. F. A participação de usuários em grupos de controle do tabagismo: uma revisão de literatura. 2013.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014.

PINTO, H. A.; ALCINDO A. F. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**. v. 1, n. 1 , p. 81-94, 2015.

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.2, p.439-448, 2014.

REICHERT, J. et al. Diretrizes da SBPT. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

REIS, E. J. F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 6, n. 1, p. 50-61, 2016.

ROECKER, S.; MARCON S. S. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Investigação Educativa de Enfermagem**. v.29, n.3, p.381-9, 2011.

Saúde e Cidadania. **Qualidade na Gestão Local de Serviço e Ações de Saúde**. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html Acesso em: 12/05/2016

SILVA, S. T., et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, p.2, 2014.

TEIXEIRA, R. P. Monografia. Programa de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Faculdade de Educação, Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

ANEXO

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser o enfermeiro, o médico ou um profissional de nível superior que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

| II.13 Organização da agenda | | | |
|-----------------------------|--|--|-----------------------------------|
| G - II.13.1 | A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Visita domiciliar |
| | | | Grupos de educação em saúde |
| | | | Atividade comunitária |
| | | | Consultas para cuidado continuado |
| | | | Acolhimento à demanda espontânea |
| | | | Nenhuma das anteriores |
| G - II.13.1.6/1 | Existe documentação que comprove? | | Sim |
| | | | Não |
| II.13.2 | Para quais grupos a equipe oferta ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Gestantes |
| | | | Crianças |
| | | | Mulheres |
| | | | Usuários de tabaco |
| | | | Usuários álcool e outras drogas |
| | | | Pessoas com obesidade |
| | | | Idosos |
| | | | Escolares |
| | | | Hipertensão arterial sistêmica |
| | | | Diabetes Mellitus |
| | | | Asma/DPOC |
| | Outros | | |

| | | | |
|-------------|---|--|---|
| G - II.30.5 | Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis) |
| | | | Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas |
| | | | Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS |
| | | | Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas |
| | | | Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde |
| | | | Debate com os professores da escola |
| | | | Não realiza ações de promoção e prevenção |
| | | | Outros |
| | | | Nenhuma das anteriores |

| II.32 Atenção à Pessoa Tabagista | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| G - II.32.1 | Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas? | | Sim |
| | | | Não |
| | Se NÃO, passar para o bloco II.33. | | |
| II.32.2 | A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Cloridrato de Bupropiona |
| | | | Adesivo de nicotina |
| | | | Pastilha de nicotina |
| | | | Goma de mascar de Nicotina |
| | | | Não há medicamentos para tabagismo na Unidade |
| II.32.3 | A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Atividades em grupo e Individuais |
| | | | Somente atividades em grupo |
| | | | Somente Atividades Individuais |
| | | | A equipe não oferece tratamento aos Tabagistas |
| II.32.4 | A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários? | | Sim |
| | | | Não |