

# Programa de controle do tabagismo em Mato Grosso do Sul: oferta, adesão e efetividade

Smoking control program in Mato Grosso do Sul: offer, adherence and effectiveness

*Programa de control del tabaquismo en Mato Grosso do Sul: oferta, adherencia y efectividad*

Nádia Cristina de Souza Cordeiro<sup>1</sup> , Marli Marques<sup>1</sup> , Leonardo Henriques Portes<sup>2</sup> , Albert Schiaveto de Souza<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Resumo

**Objetivo:** O estudo teve por objetivo avaliar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em Mato Grosso do Sul, taxas de cobertura, abandono, cessação, uso de medicamentos, rede de serviços de saúde e as razões pelas quais algumas Equipes de Saúde da Família de Campo Grande ainda não aderiram ao programa. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, baseada em dados primários e secundários sobre o PNCT em Mato Grosso do Sul. Os dados primários foram obtidos por meio de questionário aplicado aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) de Campo Grande, sem oferta do programa e avaliados quanto à frequência e presença de correlação entre as variáveis analisadas utilizando V de Cramer e teste de  $\chi^2$ . Os dados secundários foram obtidos do consolidado do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva com os registros produzidos pelos serviços. **Resultados:** As taxas de adesão, efetividade e apoio farmacológico na capital e interior foram: 66,80 e 59,79%; 20,58 e 34,91%; 32,14 e 99,86%, respectivamente. A oferta do programa ocorreu em 49,37% municípios e 43,85% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) estimadas. Houve correlações entre ser capacitado e implantar o programa; treinamento de ingresso e oferta na UBS. As dificuldades relatadas pelos profissionais foram a pandemia de COVID-19, a sobrecarga e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo e a ausência de capacitação/treinamento. **Conclusões:** O PNCT em Mato Grosso do Sul apresenta baixa cobertura e oferta restrita na rede de saúde, além do desempenho mediano de assistência aos tabagistas. Evidencia-se a necessidade de investimento em capacitação/treinamento, prioritariamente para as ESF de Campo Grande, dando-lhes condições de responder às necessidades de promoção da saúde, reconhecendo o programa como de maior custo-efetividade.

**Palavras-chave:** Prevenção do hábito de fumar; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Abandono do hábito de fumar; Controle do tabagismo.

### Autora correspondente:

Nádia Cristina de Souza Cordeiro  
E-mail: nadiabiomed@yahoo.com.br

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

nº 4.761.277

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 13/10/2022.

Aprovado em: 15/04/2024.

### Editora Associada:

Severina Alice da Costa Uchoa

**Como citar:** Cordeiro NCS, Marques M, Portes LH, Souza AS. Programa de controle do tabagismo em Mato Grosso do Sul: oferta, adesão e efetividade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3565. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3565](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3565)



## Abstract

**Objective:** The objective of this study was to evaluate the National Tobacco Control Program (PNCT) in Mato Grosso do Sul, coverage rates, dropout, cessation, use of medication, the health services network and the reasons why Family Health Teams in Campo Grande have not yet joined the program. **Methods:** This was a descriptive study with a quantitative approach, based on primary and secondary data on the PNCT in Mato Grosso do Sul. The primary data were obtained by means of a questionnaire administered to Family Health Teams (ESF) in Campo Grande, which did not offer the program and evaluated the frequency and presence of correlation between the variables analyzed using Cramer's V test and the  $\chi^2$  test. The secondary data were obtained from the consolidated records of the José Alencar Gomes da Silva National Cancer Institute with the records produced by the services. **Results:** The rates of adherence, effectiveness and pharmacological support in the capital and interior were: 66.80 and 59.79%; 20.58 and 34.91%; and 32.14 and 99.86%, respectively. The program was offered in 49.37% of the municipalities and 43.85% of the Basic Health Units (UBS) estimated. There were correlations between being trained and implementing the program and entry training and provision in the UBS. The difficulties reported by professionals were the COVID-19 pandemic, overload and/or a small team and/or lack of time and the absence of training. **Conclusions:** The PNCT in Mato Grosso do Sul has low coverage and restricted supply in the health network, in addition to average performance in assisting smokers. There is a clear need to invest in capacitation/training, primarily for the ESF in Campo Grande, enabling them to respond to the needs of health promotion, recognizing the program as more cost-effective.

**Keywords:** Smoking prevention; Primary Health Care; Family health; Smoking cessation; Tobacco control.

## Resumen

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar el Programa Nacional de Control del Tabaco (PNCT) en Mato Grosso do Sul, las tasas de cobertura, el abandono, la cesación, el uso de medicamentos, la red de servicios de salud y las razones por las que los Equipos de Salud de la Familia en Campo Grande aún no se han unido al programa. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, basado en datos primarios y secundarios sobre el PNCT en Mato Grosso do Sul. Los datos primarios se obtuvieron por medio de un cuestionario aplicado a los Equipos de Salud de la Familia (ESF) de Campo Grande, que no ofrecían el programa y evaluaron la frecuencia y la presencia de correlación entre las variables analizadas utilizando la V de Cramer y la prueba de la  $\chi^2$ . Los datos secundarios se obtuvieron de los registros consolidados del Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva con los registros producidos por los servicios. **Resultados:** Las tasas de adherencia, eficacia y apoyo farmacológico en la capital y en el interior fueron: 66,80 y 59,79%; 20,58 y 34,91%; 32,14 y 99,86%, respectivamente. El programa fue ofrecido en el 49,37% de los municipios y en el 43,85% de las Unidades Básicas de Salud (UBS) estimadas. Hubo correlación entre estar capacitado e implementar el programa; capacitación de entrada y oferta en las UBS. Las dificultades relatadas por los profesionales fueron la pandemia del COVID-19, la sobrecarga y/o un equipo pequeño y/o la falta de tiempo y la ausencia de capacitación. **Conclusiones:** El PNCT en Mato Grosso do Sul tiene baja cobertura y oferta restringida en la red de salud, además de un desempeño medio en la asistencia a los fumadores. Hay una clara necesidad de invertir en la creación de capacidad / formación, principalmente para la ESF en Campo Grande, lo que les permite responder a las necesidades de promoción de la salud, reconociendo el programa como más rentable.

**Palabras clave:** Prevención del hábito de fumar; Atención Primaria de Salud; Salud de la familia; Cese del hábito de fumar; Control del tabaco.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica decorrente da dependência de nicotina e inclui-se na 10<sup>a</sup> Revisão Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas. Seu uso acarreta aproximadamente 50 doenças incapacitantes e fatais.<sup>1,2</sup>

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS-2019) encontrou prevalência de usuários de produtos derivados de tabaco na população brasileira, acima de 18 anos, de 12,8%, equivalendo a 20,4 milhões de pessoas. O Mato Grosso do Sul é líder entre as Unidades Federativas no uso atual de produtos derivados do tabaco, com percentual de 16,30%, bem como a capital, Campo Grande, com 16,60%.<sup>3</sup>

O Brasil é reconhecido internacionalmente por sua liderança no controle do tabagismo, e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), assumido em 1989 pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), transformou-se em uma referência mundial.<sup>4,5</sup> A liderança brasileira no cenário internacional, a sólida estruturação da PNCT e o papel da sociedade civil e dos meios de comunicação contribuíram para o sucesso do controle do tabaco no Brasil.<sup>6</sup>

O PNCT fornece tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com orientações atuais sobre sua organização previstas nas Portarias nº 571/2013 e 10/2020 do Ministério da Saúde. As diretrizes de cuidado com a pessoa tabagista estabelecem que todos os pontos da Rede de Atenção do SUS devem fornecer o tratamento adequado para o tabagismo, sobretudo nos serviços da Atenção Primária a Saúde (APS).<sup>1,7</sup>

Esse programa representa a forma como o Estado organiza suas ações a fim de garantir sua operacionalização e execução, por meio de metas e estratégias previamente definidas.

Assim, a realização deste estudo teve como objetivo avaliar o PNCT em Mato Grosso do Sul com relação à oferta, adesão e efetividade e identificar as razões pela falta de oferta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF) no município de Campo Grande.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa transversal, analítica, com abordagem quantitativa, com base em dados primários e secundários sobre o PNCT em Mato Grosso do Sul e no município de Campo Grande. Os dados secundários referentes aos atendimentos em 2019 foram obtidos por meio de consulta às planilhas consolidadas e disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde, previamente alimentadas com a produção das Secretarias Municipais de Saúde.

Os dados do município de Campo Grande e dos demais municípios sul-mato-grossenses foram analisados e, com a finalidade de comparação, consolidados em dois blocos denominados “capital” e “interior”, com valores absolutos e percentuais, incluindo os seguintes registros:

- pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica (momento em que se conhece a história tabagística, como idade de iniciação e tentativas de deixar de fumar), histórico patológico (presença ou não de doenças relacionadas ao tabaco), avaliação do grau de dependência da nicotina (Teste de Fagerström) e estágios de motivação para a cessação do tabagismo. Essa avaliação inicial permitirá ao profissional da saúde definir se, além da abordagem cognitivo-comportamental, o paciente necessitará de medicação e de qual tipo);
- pacientes que participaram da primeira sessão de terapia cognitiva comportamental;
- pacientes que participaram da quarta sessão (adesão) e sua condição com relação ao hábito de fumar e ao uso de algum medicamento padronizado pelo programa para o tratamento do tabagismo;
- pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada (abandono);
- pacientes que cessaram o tabagismo: os da primeira sessão que estavam sem fumar na quarta sessão (efetividade);
- pacientes que participaram de sessões de manutenção;
- pacientes que necessitaram de apoio medicamentoso: os da primeira sessão que usaram pelo menos um dos medicamentos ofertados pelo programa e estavam presentes na quarta sessão estruturada;
- unidades de saúde ideais para atender a demanda mínima de tabagistas;
- média de unidades de saúde que ofertaram o tratamento;
- percentual de unidades de saúde que realizam o tratamento;
- unidades de saúde segundo classificação do tipo de assistência.

Os dados secundários foram tabulados no *software* Microsoft Excel 2010® e analisados utilizando estatística descritiva e analítica.

A falta de oferta de tratamento do tabagismo nas UBS com ESF no município de Campo Grande foi identificada e, em parceria com os gerentes de cada um dos sete Distritos Sanitários (Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo), o *link* de acesso ao questionário foi repassado ao endereço eletrônico de cada profissional de nível superior. O *link* foi elaborado na plataforma Google Forms®, estruturado com 12 questões (11 objetivas e uma descritiva) e disponibilizado via *e-mail* ou aplicativo WhatsApp. Seu preenchimento só era permitido após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a concordância com a pesquisa de forma voluntária, a garantia de sigilo das informações e nenhuma represália aos que se negassem a participar. As variáveis coletadas incluíram: formação acadêmica, gênero, faixa etária, tempo de atuação na ESF, capacitação sobre o PNCT, conhecimento sobre sua oferta, interesse em implantá-lo na UBS de atuação, bem como histórico de oferta e os motivos pela ausência de oferta no momento da pesquisa. O questionário foi aplicado entre os meses de junho e setembro de 2021.

Foram incluídas as respostas dos profissionais das ESF da rede básica de saúde e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que não ofertavam ações do PNCT, exceto aqueles que, por falha no questionário, deixaram de mencionar a categoria profissional pertencente, em vista de seu enquadramento funcional como nível médio. Os dados primários foram analisados de forma exploratória, verificando-se a frequência e o grau de associação entre duas variáveis, utilizando o V de Cramer, uma vez que todas as variáveis são do tipo nominal/categórica, valores que variam entre 0 e 1 e formulação baseada no teste de  $\chi^2$ .<sup>8</sup> O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, atendeu a todos os princípios da pesquisa com seres humanos e foi aprovado conforme Parecer nº 4.761.277.

## RESULTADOS

Em Mato Grosso do Sul, no ano de 2019, a população estimada de fumantes acima de 15 anos e a estimativa daqueles que buscaram ajuda nos 12 meses anteriores, segundo o INCA, representava 346.226 e 13.627 pessoas, respectivamente. O total de pacientes atendidos na primeira avaliação clínica foi 3.738, assim distribuídos: 559 (12,45%) no município de Campo Grande (capital) e 3.179 (34,80%) nos municípios do interior. O total de pacientes participantes da primeira sessão estruturada do programa foi 476 e 2.870 na capital e interior, respectivamente.

Na capital a primeira avaliação clínica entre os fumantes estimados (559/114.101) representou 0,49% e, entre os que participaram da primeira sessão do programa (476/114.101), representou 0,42%.

No interior a taxa de atendimento a pacientes na primeira avaliação clínica, a taxa de participação na primeira sessão estruturada, a taxa de abandono e a taxa de uso de apoio medicamentoso foram maiores (34,80, 90,28, 40,21 e 99,86%, respectivamente) quando comparadas às da capital. Já na capital, as taxas de adesão e de presença nas sessões de manutenção foram maiores (66,80 e 74,21%, respectivamente), como ilustrado na Tabela 1.

No estado foram 39/79 (49,37%) municípios em média que ofertaram ações do programa, entre 100/228 (43,85%) unidades de saúde, com 90,91% delas na atenção básica (AB), apenas 10/75 (13,33%) na capital, em dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), ambos no interior, e, das sete unidades de saúde de assistência especializada (AE), uma delas na capital.

**Tabela 1.** Distribuição dos atendimentos estimados e realizados com os fumantes e desempenho do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Mato Grosso do Sul, 2019.

Característica dos atendimentos	MS		Capital	
	N	%	N	%
Estimativa de pacientes que buscaram ajuda profissional nos últimos 12 meses*	13.627	100	4.491	100
Pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica**	3.738	27,43	559	12,45
Pacientes participantes da 1ª sessão entre os atendidos na 1ª avaliação clínica	3.346	89,51	476	85,15
Pacientes presentes na 4ª sessão entre os participantes da 1ª sessão ( <b>adesão</b> )	2.034	<b>60,79</b>	318	<b>66,80</b>
Pacientes ausentes na 4ª sessão entre os presentes da 1ª sessão ( <b>abandono</b> )	1.312	39,21	158	33,19
Pacientes abstinentes na 4ª sessão ( <b>efetividade da 1ª fase do tratamento</b> )	1.100	<b>32,87</b>	98	<b>20,58</b>
Pacientes participantes de sessões de manutenção entre os presentes na 4ª sessão ( <b>encontros manutenção</b> )	1.426	70,10	236	74,21
Pacientes que utilizaram fármacos entre os participantes da 1ª sessão ( <b>apoio medicamentoso</b> )	2.866	<b>85,65</b>	153	<b>32,14</b>

\*Número de fumantes de 18 anos ou mais que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses x 8,2% (proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade, fumantes, que procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses (%) segundo a PNS/2013); \*\*número de pacientes que foram avaliados por um profissional de saúde no ano de 2019.

Os questionários da pesquisa foram respondidos entre os meses de junho e setembro de 2021 por 86 profissionais que atuavam em UBS com ESF. No último trimestre de 2019 o PNCT estava sendo ofertado em 8/125 UBS com ESF (6,4%) dentre as equipes formalmente registradas no e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde. A representatividade dos respondentes das ESF sem ações do PNCT com base no número de enfermeiros participantes representou 28/117 (23,93%) das equipes alvo da pesquisa.

A categoria profissional predominante foi a de enfermeiros 28/86 (32,6%), sexo feminino (76,7%), com faixa etária de 31 e 40 anos (43,0%), em que 68,6% tinham especialização/residência e 39,5% estavam atuando a menos de três anos na ESF. Metade dos respondentes (50,0%) afirmou conhecer a situação do tabagismo em sua área de atuação e 24,4% disseram ter recebido treinamento de ingresso sobre o programa. A maioria (53,5%) declarou que nunca houve a oferta do programa na UBS onde atua e 47,6% não encaminham ou desconhecem para onde encaminhar o fumante. Interesse em ser capacitado e implantar o programa foi manifestado por 73,3 e 69,8% dos profissionais, conforme ilustrado na Tabela 2.

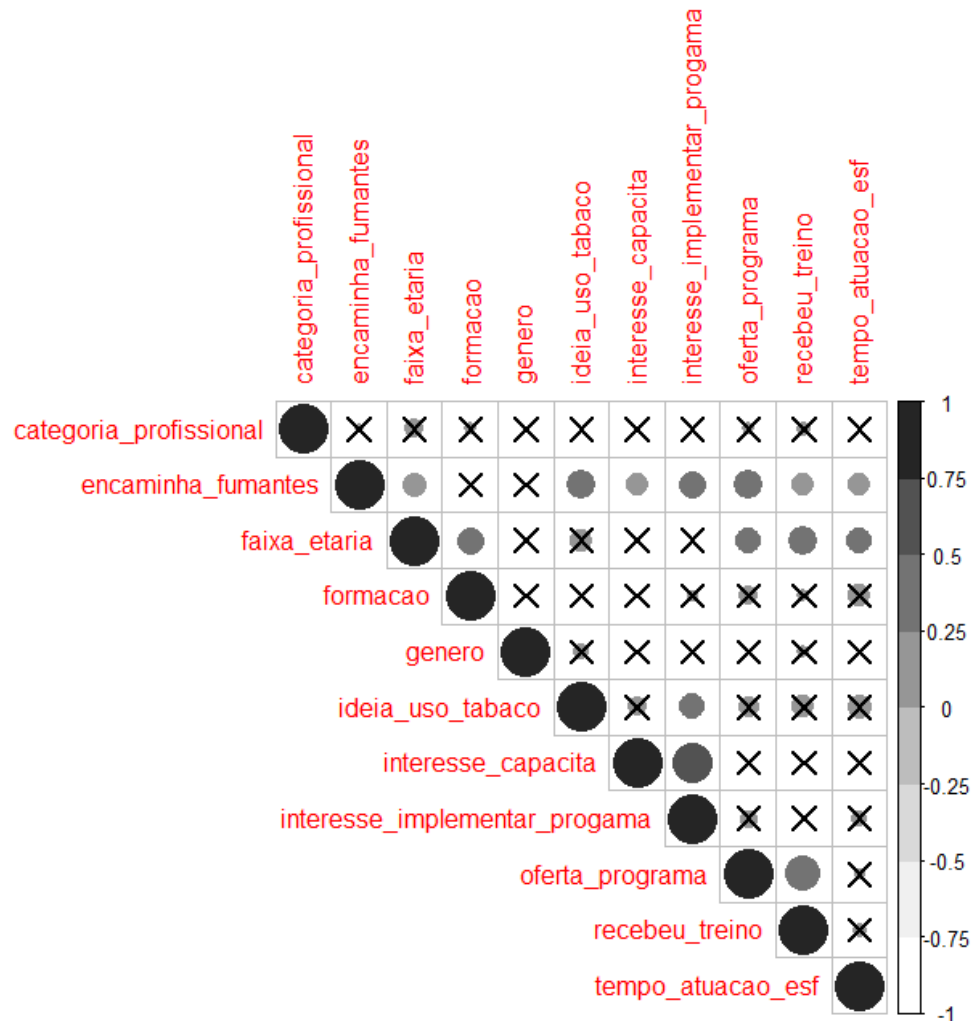
As respostas objetivas coletadas no questionário foram avaliadas a fim de identificar o grau de associação entre elas utilizando o V de Cramer. Ressalta-se que, por se tratar de uma matriz, os valores na diagonal referem-se à associação da variável com ela mesma. As correlações não significativas a 5% estão marcadas com um “X”. Todas as correlações estão apresentadas na Figura 1.

O maior grau de associação foi verificado entre as variáveis “Interesse em ser capacitado para atuar no PNCT” e “Interesse em implantar o PNCT na sua unidade de saúde” (coeficiente de correlação=0,636). Também houve associação entre essas duas variáveis no teste de associação do  $\chi^2$  ( $p<0,001$ ), com percentual de (89,5% —  $n=68$ ). Na análise V de Cramer ainda foi observada correlação significativa entre as variáveis “Recebeu treinamento sobre o PNCT” e “Houve a oferta do PNCT ao usuário” (coeficiente de correlação=0,480). Da mesma forma, também houve associação entre essas duas variáveis no teste de associação do  $\chi^2$  ( $p<0,001$ ), com percentual de (76,7% —  $n=23$ ), conforme Tabela 3.

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis identificadas nas Unidades de Saúde que não oferecem o Programa de Controle do Tabagismo (PCT), separadas por categoria profissional. Campo Grande, MS, 2021.

Variáveis	Enf. (n=28)		Far. (n=14)		AsS. (n=11)		Méd. (n=11)		Den. (n=11)		Fis. (n=8)		Nut. (n=3)		Valor p	Total (n=86)	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%		n.	%
<b>Sexo</b>																	
Feminino	23	85,2	11	78,6	11	100,0	7	63,6	8	72,7	4	50,0	2	66,7	0,163	66	76,7
Masculino	4	14,8	3	21,4	0	0,0	4	36,4	3	27,3	4	50,0	1	33,3		19	22,1
Ign	1															1	1,2
<b>Faixa etária</b>																	
18 a 30 anos	8	28,6	1	7,1	0	0,0	3	27,3	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0,121	13	15,1
31 a 40 anos	10	35,7	7	50,0	6	54,5	4	36,4	7	63,6	1	12,5	2	66,7		37	43,0
41 a 50 anos	10	35,7	5	35,7	3	27,3	4	36,4	3	27,3	5	62,5	1	33,3		31	36,1
51 a 60 anos	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0		3	3,5
61 ou mais	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0		2	2,3
<b>Escolaridade</b>																	
Graduação	4	14,3	4	28,6	4	36,4	1	9,1	3	27,3	1	12,5	1	33,3	0,367	18	20,9
Espec./Resid.	22	78,6	9	64,3	6	54,5	8	72,7	8	72,7	4	50,0	2	66,7		59	68,6
Mestrado	2	7,1	1	7,1	1	9,1	2	18,2	0	0,0	3	37,5	0	0,0		9	10,5
<b>Tempo de atuação</b>																	
<1 ano	5	17,9	2	14,3	1	9,1	1	9,1	2	18,2	1	12,5	1	33,3	0,642	13	15,1
1 a 3 anos	6	21,4	3	21,4	4	36,4	2	18,2	4	36,4	1	12,5	1	33,3		21	24,4
4 a 5 anos	9	32,1	5	35,7	4	36,4	4	36,4	4	36,4	2	25,0	1	33,3		29	33,7
6 a 10 anos	3	10,7	4	28,6	0	0,0	2	18,2	0	0,0	4	50,0	0	0,0		13	15,1
>10 anos	5	17,9	0	0,0	2	18,2	2	18,2	1	9,1	0	0,0	0	0,0		10	11,6
<b>Conhece a situação do tabagismo na região de atuação</b>																	
Não	10	35,7	8	57,1	7	63,6	6	54,5	6	54,5	4	50,0	2	66,7	0,690	43	50,0
Sim	18	64,3	6	42,9	4	36,4	5	45,5	5	45,5	4	50,0	1	33,3		43	50,0
<b>Treinamento de ingresso sobre PCT</b>																	
Não	15	53,6	5	35,7	3	27,3	8	72,7	8	72,7	2	25,0	2	66,7	0,331	43	50,0
Sim	7	25,0	3	21,4	5	45,5	1	9,1	2	18,2	3	37,5	0	0,0		21	24,4
Não lembro	6	21,4	6	42,9	3	27,3	2	18,2	1	9,1	3	37,5	1	33,3		22	25,6
<b>Houve oferta do PCT na US onde atua</b>																	
Não	14	50,0	10	71,4	5	45,5	6	54,5	8	72,7	2	25,0	1	33,3	0,364	46	53,5
Sim	8	28,6	1	7,1	2	18,2	3	27,3	1	9,1	4	50,0	0	0,0		19	22,1
Não sei	6	21,4	3	21,4	4	36,4	2	18,2	2	18,2	2	25,0	2	66,7		21	24,4
<b>Encaminhamento do fumante</b>																	
Não	2	7,1	4	28,6	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	12,5	0	0,0	0,414	10	11,6
Sim	15	53,6	7	50,0	8	72,7	3	27,3	7	63,6	4	50,0	1	33,3		45	52,3
Desconheço	11	39,3	3	21,4	2	18,2	7	63,6	3	27,3	3	37,5	2	66,7		31	36,0
<b>Tem interesse em ser capacitado</b>																	
Não	1	3,6	1	7,1	0	0,0	1	9,1	2	18,2	1	12,5	0	0,0	0,436	6	7,0
Sim	23	82,1	11	78,6	10	90,9	5	45,5	6	54,5	6	75,0	2	66,7		63	73,3
Talvez	4	14,3	2	14,3	1	9,1	5	45,5	3	27,3	1	12,5	1	33,3		17	19,8
<b>Tem interesse em implantar o PCT</b>																	
Não	2	7,1	1	7,1	1	9,1	0	0,0	1	9,1	1	12,5	1	33,3	0,655	7	8,1
Sim	21	75,0	11	78,6	9	81,8	6	54,5	7	63,6	5	62,5	1	33,3		60	69,8
Talvez	5	17,9	2	14,3	1	9,1	5	45,5	3	27,3	2	25,0	1	33,3		19	22,1

Enf.: enfermeiro; Far.: farmacêutico; AsS.: assistente social; Méd.: médico; Den.: dentista; Fis.: fisioterapeuta; Nut.: nutricionista; Valor p no teste  $\chi^2$ .



\*Os valores na diagonal referem-se à associação da variável com ela mesma. As correlações entre as duas variáveis estão destacadas com círculos em tamanhos que variam de acordo com o tamanho da associação. As correlações não significativas a 5% estão marcadas com um "X".

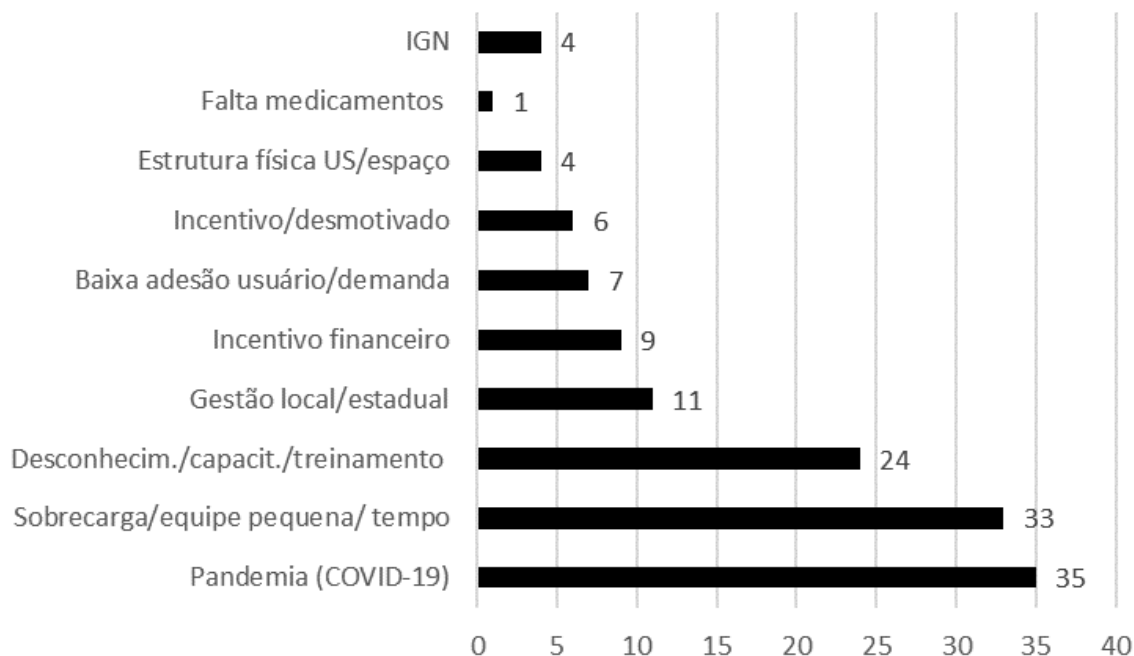
**Figura 1.** Grau de associação entre as respostas das perguntas do questionário\*.

**Tabela 3.** Resultados da avaliação da associação entre as variáveis "Interesse em ser capacitado para atuar no Programa Nacional de Cessação do Tabagismo (PNCT)" e "Interesse em implantar o PNCT na Equipe de Saúde da Família onde atua"; "Recebeu algum treinamento sobre o PNCT" e "Houve oferta anterior do PNCT ao usuário".

Interesse em implantar o PNCT na sua US	Interesse em ser capacitado para atuar no PNCT			Valor p
	Não	Talvez	Sim	
Não	55,6 (5)a	11,8 (2)a	2,6 (2)b	<0,001
Talvez	22,2 (2)b	76,5 (13)a	7,9 (6)b	
Sim	22,2 (2)b	11,8 (2)b	89,5 (68)a	
Houve oferta anterior do PNCT ao usuário	Recebeu algum treinamento sobre o PNCT			Valor p
	Não	Sim	Não lembra	
Não	62,0 (31)a	20,0 (6)b	45,5 (10)ab	<0,001
Sim	22,0 (11)b	76,7 (23)a	0,0 (0)b	
Não sabe	16,0 (8)b	3,3 (1)b	54,5 (12)a	

\*Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de  $p$  no teste do  $\chi^2$ . Letras diferentes na linha indicam diferença entre as respostas do interesse em ser capacitado (teste do  $\chi^2$  com correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

As respostas discursivas sobre “motivos pelos quais a UBS não desenvolve ações do PNCT” foram consolidadas por semelhança e agrupadas conforme ilustrado na Figura 2. Os quatro principais motivos citados por ordem foram: pandemia de COVID-19 (35 citações); sobrecarga e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo (33 citações); desconhecimento do programa e/ou falta de capacitação e/ou treinamento para executar as ações (24 citações) e dificuldades com a gestão local e estadual (11 citações).



**Figura 2.** Razões apontadas pelas Equipes de Saúde da Família de Campo Grande para a não adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (n=86).

## DISCUSSÃO

A meta da ampliação das ações de prevenção e cessação ao tabagismo está comprometida em Mato Grosso do Sul, em virtude da baixa oferta de serviços para atender à população, conforme estabelece o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021–2030).<sup>9</sup>

Os níveis de atenção de oferta do tratamento afirmam que a maior parte foi realizada na AB, seguindo o preconizado pela Portaria nº 908/2022.<sup>7</sup> No entanto, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (2019) define que o tratamento ao tabagista, além de ocorrer prioritariamente na AB em razão do seu grau de descentralização e capilaridade, deve ser ofertado na média e alta complexidade, compreendendo Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), CAPS e hospitais gerais, entre outros.<sup>1,10</sup>

Em nosso estudo, a taxa de adesão ao tratamento (sujeitos presentes na quarta sessão de grupo comparativamente aos presentes na primeira) foi melhor na capital, enquanto a taxa de efetividade (sem fumar na quarta sessão de grupo em relação aos presentes na primeira) foi melhor no interior. Meier, Vannuchi e Secco encontraram uma taxa de adesão ao programa de 76,2%, enquanto Mesquita encontrou adesão de 66,9%.<sup>11,12</sup>

Analisando a efetividade do programa, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) define como “taxa de sucesso” pelo menos 35% dos pacientes em abstinência após quatro semanas de



tratamento, o que demonstra a insuficiência desse indicador em Mato Grosso do Sul, influenciado pelo baixo desempenho verificado na capital.<sup>13</sup> Vale ressaltar que o paciente deve ser acompanhado no médio e longo prazo, visto que o tratamento é preconizado por um ano e o paciente fica passível de recaídas ao longo do tempo. Convém ressaltar o papel da AB na busca ativa da população faltosa vinculada aos programas da ESF, especialmente ao PNCT.<sup>10</sup>

Em um estudo descritivo realizado no estado de Goiás, foi observado que no fim da quarta semana de tratamento 43,78% dos pacientes haviam parado de fumar.<sup>14</sup> Outros estudos, como o realizado em Curitiba/PR por Wittkowski e Dias, encontraram taxa média de efetividade de 52,8% entre oito grupos analisados; em Alfenas/MG, Paiva et al. identificaram média terapêutica de cessação em 56,8%.<sup>15,16</sup>

Com relação ao “apoio medicamentoso”, não há relatos na literatura de um padrão esperado para o uso do medicamento. No entanto, a proposta formulada pelo Ministério da Saúde é que o programa de cessação do tabagismo tenha como estratégia principal a terapia cognitivo-comportamental, sendo o apoio farmacológico uma ferramenta auxiliar e, portanto, não se estendendo seu uso a todos os usuários, mas apenas àqueles que apresentarem grau mais elevado de dependência da nicotina ou quando é identificada a necessidade em consulta médica. O apoio medicamentoso na quase totalidade de casos em Mato Grosso do Sul evidencia o modelo assistencial com base na medicalização, relegando a intervenção psicossocial para segundo plano e diminuindo as chances de sucesso do fumante. Convém considerar que o uso associado a medicamento pode aumentar em 15 a 30% a taxa de sucesso.<sup>4,9</sup>

Analisando as respostas sobre a ausência de treinamento dos profissionais que não ofereciam o programa, salientamos que a capacitação é atribuição dos níveis estadual e municipal, bem como a organização da rede de serviços, o credenciamento das unidades de saúde, além do monitoramento e avaliação do tratamento. Para reorganizar as práticas de atenção à saúde, são necessários investimentos em política de formação e um processo permanente de capacitação dos profissionais.<sup>17</sup>

Na Educação Permanente em Saúde ocorre a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são construídos no dia a dia das pessoas e das organizações. Esse aprendizado acontece com base nos problemas encontrados no cotidiano e deve levar em consideração os conhecimentos e as experiências pessoais prévias. Desse modo, por se tratar de profissionais que trabalham nas ESF, na Educação Permanente em Saúde, o método torna-se obrigatório para desenvolver uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais.<sup>17</sup>

Em nosso estudo foi observada a associação entre capacitação e oferta do programa, o que leva a concluir que o profissional capacitado está mais sensível a implantar o programa e ofertá-lo à população. No entanto, o estudo de Carvalho<sup>18</sup> destaca que a quantidade de profissionais de saúde capacitados, quando comparada ao número de unidades de saúde que realizaram atendimento no mesmo período, não implicou a implantação do tratamento do tabagismo na rede de serviços.

Analisando-se as dificuldades apresentadas pelos profissionais no momento da pesquisa, cabe destacar que, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou estado de pandemia a situação epidemiológica da COVID-19, enfermidade causada pela nova cepa viral da família Coronaviridae (SARS-CoV-2), que se tornou um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade. Foram necessárias respostas rápidas dos sistemas de saúde, que precisaram ser reorganizados em todos os seus componentes, incluída a APS.<sup>19</sup>

Em função do contexto, foi necessário readequar as atividades da APS, incluindo novas formas de cuidado à distância, evitando-se, desse modo, o risco de profunda exclusão do acesso e desigualdades sociais. O uso de tecnologias, como WhatsApp e telefone, garantiu a oferta de ações e a continuidade dos tratamentos.<sup>20</sup>

A pandemia tornou-se um desafio para as ações de tratamento do tabagismo no SUS, pois, como não era mais possível reunir as pessoas de forma presencial, foi preciso desenvolver novas estratégias. Assim, vídeos de apoio ao tratamento foram desenvolvidos com uma parceria entre INCA, Organização Pan-americana de Saúde, Associação Médica Brasileira e profissionais de saúde especialistas em tabagismo, visando minimizar os efeitos do distanciamento social. Os vídeos foram baseados nas sessões estruturadas do tratamento e o público-alvo foram os pacientes atendidos na unidade de saúde, mantendo o tema das sessões do grupo em evidência e gerando maior reflexão sobre as condições de saúde do fumante.<sup>21</sup>

Outra dificuldade citada em nossa pesquisa apontou a sobrecarga de trabalho e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo, provavelmente em razão da grande demanda por atendimento nas unidades de saúde. Corroborando nosso achado, o estudo de Trindade mostrou que o excessivo número de famílias acompanhadas, a insatisfatória renda mensal, a extensa carga horária e outros vínculos empregatícios para melhorar a renda também eram considerados dificuldades para os profissionais.<sup>22</sup>

O desconhecimento sobre o programa e a falta de capacitação/treinamento também foram citados como barreiras na adesão ao mesmo. O PNCT inclui participação multiprofissional e tem como prerrogativa a capacitação dos profissionais para a abordagem ao tabagista. Em razão das reconhecidas consequências para a saúde, o tratamento para a cessação do tabagismo deve ser valorizado e priorizado nas UBS, tendo em vista que seu custo-efetividade é padrão-ouro em comparação ao tratamento das doenças relacionadas ao tabaco. A capacitação é destinada a profissionais de nível superior, que poderão capacitar técnicos de nível médio, visando proporcionar o conhecimento e as habilidades técnicas necessárias para oferecer suporte aos usuários no processo de tratamento.<sup>9</sup>

As dificuldades com a gestão local devidas à falta de apoio multidisciplinar também representaram entraves, assim como a falta de incentivo financeiro para implantar o PNCT. Nesse sentido, cabe salientar que o programa não tem custos para o município, visto que o fornecimento dos insumos é proveniente da gestão federal. Além disso, as atribuições do coordenador do grupo do tabagismo não fogem ao escopo de suas funções profissionais na UBS.

De acordo com Carvalho<sup>18</sup>, as dificuldades na implantação do PNCT nas unidades de saúde, segundo as coordenações estaduais, foram: a insuficiência de recursos financeiros; a baixa adesão dos profissionais de saúde; a dificuldade na gestão municipal da estratégia; a insuficiência de apoio de outras esferas de governo na fase de implantação; a sobrecarga de trabalho dos profissionais; a falta de incentivo financeiro; o despreparo profissional da categoria médica para utilizar uma metodologia baseada na abordagem cognitivo-comportamental e a resistência e/ou dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a cessação de fumar dos fumantes. As dificuldades encontradas em nosso estudo são semelhantes, evidenciando a necessidade de capacitação/aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre a metodologia proposta pelo INCA para o tratamento do tabagista.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas, como a dificuldade relacionada ao uso de dados secundários, a baixa adesão dos profissionais das ESF em responder ao questionário e, ainda, a exaustão deles durante a pandemia COVID-19, fato que pode ter influenciado nas respostas.

## CONCLUSÃO

Concluimos que o PNCT em Mato Grosso do Sul apresentou baixa cobertura populacional em razão da oferta restrita na rede básica de saúde, além do desempenho mediano na assistência aos tabagistas atendidos.

A efetividade do tratamento da clientela atendida no interior do estado foi melhor comparativamente àquela atendida no município de Campo Grande, mas ambas foram reféns do baixo desempenho dos serviços, o que se refletiu na elevada taxa de abandono, especialmente no interior de Mato Grosso do Sul.

A principal correlação estatística encontrada nas respostas dos participantes das ESF de Campo Grande sem oferta do programa foi entre o interesse em ser capacitado e o interesse em implantar o PNCT, quadro propício à implantação do PNCT após a capacitação. Do mesmo modo, houve correlação significativa entre treinamento de ingresso sobre o PNCT e antiga oferta na UBS, sendo possível inferir que os profissionais treinados estão inseridos em UBS que, de alguma forma, já ofertaram ações relacionadas ao tabagismo. Também podemos concluir que outros programas podem ter sido priorizados em detrimento do PNCT pela maior dificuldade em medir o impacto das ações.

As principais dificuldades a serem suplantadas pelas ESF de Campo Grande para que a oferta do PNCT ocorra são a sobrecarga de atividades e/ou equipe pequena e/ou falta de tempo e a ausência de capacitação/treinamento, visto que a pandemia de COVID-19 surgiu desse contexto. É preciso que haja sensibilização dos gestores e da equipe técnica quanto à liderança de Mato Grosso do Sul no *ranking* de fumantes e, seguramente, nos registros de doenças e agravos relacionados ao tabagismo.

Apesar das dificuldades relacionadas ao uso de dados secundários e à baixa adesão dos profissionais das ESF à pesquisa, nossos resultados alertam para a necessidade de pesquisas mais aprofundadas e ampliadas relacionadas ao tema. Além disso, fica patente a necessidade de maior investimento na expansão do PNCT em Mato Grosso do Sul, com foco na capacitação dos profissionais da saúde no ingresso e durante sua atuação, dando-lhes condições de promover ações de promoção da saúde, elencando e reconhecendo o programa como prioritário e de maior custo-efetividade.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

NCSC: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MM: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Supervisão, Escrita – Primeira Redação. ASS: Metodologia, Escrita – Primeira Redação. JHP: Escrita – Primeira Redação;

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Diário Oficial da União. 2020.
2. Drope J, Schluger NW, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, et al. The tobacco atlas. American Cancer Society and Vital Strategies; 2018.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2002.
6. Portes LH, Machado CV, Turci SRB, Figueiredo VC, Cavalcante TM, Silva VLC. A política de controle do tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1837-48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05202018>

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 908, de 20 de abril de 2022. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos serviços e do cuidado à pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração do Capítulo IV do Anexo IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2022.
8. Cramér H. *Mathematical methods of statistics*. Princeton: Princeton University Press; 1946. 575 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2019.
11. Meier DA, Vannuchi MT, Secco IA. Análise de indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2012;11(5):129-37. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i5.17064>
12. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2013;15(2):35-44. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v15i2.601>
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. National public health guidance 10: Smoking cessation services [Internet]. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [acessado em 4 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10>
14. Garcia LPRR, Borges MASR, Tavares SAO. Programa de Controle do Tabagismo em Goiás: Resultados do 3º Quadrimestre de 2017. *Bol Epidemiol*. 2019;20(1).
15. Wittkowski L, Dias CR. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;12(39):1-11. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1463](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1463)
16. Paiva MR, Souza WA, Goyatá SL, Siqueira Júnior LM, Podestá MH, Ferreira EB. Grupo de apoio ao tabagista na estratégia de saúde da família: fatores de sucesso. *Rev Univers Vale Rio Verde*. 2017;15(2):436-48. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v15i2.3249>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; 2018.
18. Carvalho CR. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS [Internet]. FIOCRUZ; 2009 [acessado em 4 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2323>
19. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida AP. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020166. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
20. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Minivídeos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 4 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tabagismo-e-coronavirus>.
22. Trindade LD. Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica [tese online]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011 [acessado em 20 ago. 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/130862>