



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CASTANHAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS ANTRÓPICOS NA AMAZÔNIA

LUANE RAFAELA BARBOSA BRAGA

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA,
CASTANHAL-PA: CONTEXTO INTERDISCIPLINAR, EFETIVIDADE E ADESÃO**

CASTANHAL-PA

2023

LUANE RAFAELA BARBOSA BRAGA

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA,
CASTANHAL-PA: CONTEXTO INTERDISCIPLINAR, EFETIVIDADE E ADESÃO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Antrópicos na Amazônia da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Estudos Antrópicos na Amazônia (Linha de pesquisa: Ambientes, Saúde e Práticas Culturais).

Orientador (a): Prof. Dra. Janice Muriel Fernandes Lima da Cunha.

CASTANHAL-PA

2023

LUANE RAFAELA BARBOSA BRAGA

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA,
CASTANHAL-PA: CONTEXTO INTERDISCIPLINAR, EFETIVIDADE E ADEÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Antrópicos na Amazônia da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Estudos Antrópicos na Amazônia (Linha de pesquisa: Ambientes, Saúde e Práticas Culturais).

Orientador (a): Prof. Dra. Janice Muriel Cunha.

Data da avaliação: 29/12/2023.

Banca Examinadora:

_____ - Orientadora
Profa. Dra. Janice Muriel Fernandes Lima da Cunha - Universidade Federal do Pará

_____ - Examinador interno
Profa. Dra. Yomara Pinheiro Pires - Universidade Federal do Pará

_____ - Examinador externo
Prof. Dr. Aldemir Oliveira Filho - Universidade Federal do Pará

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)**

B813p Braga, Luane Rafaela Barbosa.

Programa de controle do tabagismo na Amazônia brasileira,
Castanhal-PA: contexto interdisciplinar, efetividade e adesão. /

Luane Rafaela Barbosa Braga. — 2023.

101 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Janice Muriel Fernandes Lima da
Cunha

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Campus Universitário de Castanhal, Programa de Pós-Graduação
em Estudos Antrópicos na Amazônia, Castanhal, 2023.

1. Tabaco. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Ambiente. 4.
Cessação tabágica. I. Título.

CDD 613.850981

Dedico este estudo às três mulheres que são a minha maior motivação e inspiração de vida: minhas avós Adalgisa e *Maroca* (ambas *in memoriam*) - mulheres que me moveram à escolha desta temática relacionada ao Programa de Controle do Tabagismo, por terem sido tabagistas desde a infância, e que me ensinaram a falar e ouvir com o coração; e à minha Mãe, Maria das Dores, ela que nunca mediu esforços para que eu e os meus irmãos alcançássemos nossos objetivos, a que tem uma Fé inabalável, que agradece diante de TUDO e ora por nós diariamente. Obrigada por tudo, Mãe! Sem a senhora não seria possível!

AGRADECIMENTOS

Agradeço de modo imensurável a Deus, por sempre, em todos os âmbitos da vida sustentar-me em seus braços. Obrigada meu Pai por não me desamparar em momento algum. Gratidão, toda honra e toda glória a ti por essa conquista.

Aos meus avós maternos e paternos, Adalgisa e Quim de Moura; Maroca e Claudomiro, todos já fazendo a sua morada celestial, muito obrigada por terem me permitido viver ao lado de vocês, por terem me amado tanto. Vocês ficarão eternizados através desta pesquisa.

Agradeço à minha Família, cada um dos que mesmo não sabendo como me ajudar diretamente, contribuíram com orações, energia positiva, palavras de carinho e força. Sim, precisei ter muita força para chegar até aqui, mas só foi possível porque tive anjos ao meu lado: meus pais, Maria das Dores e Wellington, meu Pai José Maria; meus filhos Matheus e Maitê, obrigada por terem suportado os momentos em que precisei me ausentar, isolar-me de vocês para escrever, por não me julgarem por isso.

Ao meu querido e amado esposo Márcio, obrigada por nunca ter soltado a minha mão, por me acalantar e sempre dizer que iria dar certo, mesmo quando a falta de fé queria tomar conta de mim. Como isso foi importante, ter você junto a mim na jornada da vida tem sido essencial.

À minha sogra Expedita, que muitas vezes tem me ajudado como uma Mãe, uma Mãe aos meus filhos e a mim; eu vejo o cuidado de Deus comigo ao tê-la por perto.

À Raimunda, babá da minha pequena Maitê, que cuida dela com muito amor, deixando-me mais tranquila para seguir com o estudo, com o trabalho, entre inúmeras atividades do dia-a-dia. Você chegou na hora certa em nossas vidas, muito obrigada mesmo!

Agradeço também aos meus irmãos, Júnior, Camila e Neto, cada um à sua maneira de amar e apoiar, de estar presente. Sou feliz e agraciada por ter vocês!

Muitíssimo obrigada às minhas irmãs de alma: Willa e Rayane, minhas melhores amigas e comadres, vocês sempre confiaram no meu potencial, até quando nem mesmo eu acreditava. Muito obrigada por todo apoio, amor e cuidado! Meus compadres, Luiz e Antônio Carlos, irmãos queridos, obrigada.

Às minhas tias-mães: Cacau Braga; Amélia Braga e Nazinha Braga (vocês são essenciais para mim)!

Eu também jamais poderia deixar de registrar aqui o agradecimento às minhas amigas-irmãs: Franci, Morgana, Leila, Cleidiane, Cristiane, Mércia e Rivânia. Sou feliz, honrada e grata

demais a Deus por ter vocês perto de mim, vocês foram o meu suporte. Gratidão e amor por vocês, minhas amigas! Que Deus retribua toda a ajuda que vocês me deram, especialmente nessa fase de Mestrado, aqui é história para além dos prédios da Secretaria de Saúde, são parceiras de vida. Sintam o meu abraço fraterno.

Estendo esse agradecimento também aos demais parceiros e parceiras de trabalho, que direta ou indiretamente tiveram sua parcela de contribuição nesse estudo: Kelson, o que me forneceu todas as planilhas do FORMSUS, Heloísa, Yasmin, Meire (que é como uma mãe para mim dentro da SMS); ao querido João Alberto (que tanto me ajudou com as planilhas, análise de dados, ouviu meus choros e preocupações), em nome do João agradeço a todo corpo administrativo da SMS de Castanhal; e, é claro, à nossa secretária de Saúde, Cristina Yokote, por quem desde sempre tive muita admiração. Sou extremamente grata por teres me permitido realizar esse estudo, por ter esse coração de Mãe, que parece brava, mas quando conhecemos de perto, vemos o quanto é amorosa e solidária.

Gratidão a todos os enfermeiros e enfermeiras da APS deste município, do qual tenho maior orgulho em fazer parte, não citarei nomes, pois são cerca de 60 profissionais, eu sinto-me privilegiada pelo acolhimento a minha pessoa e a esta pesquisa.

Ao Danilo, esposo da minha amiga Morgana, que ajudou muito no georreferenciamento das Unidades de Saúde, em seu nome agradeço à Secretaria de Planejamento de Castanhal pela ajuda no desenho dos mapas de abrangência da APS.

Ao meu amado grupo de oração, Pastoral Familiar de Santo Inácio de Antioquia, Paróquia de São José, que desempenhou com excelência o meu suporte espiritual, rendo graças pela vida de cada um de vocês.

A todos os amigos e amigas que muitas vezes estiveram por perto ou pelo whatsapp e eu pedi para rezar por mim: Rosimar Inácio; Raiane Samara; Kárita Albornas; Elaine Batista; Lays Ariane; Danny, que Nossa Senhora de Nazaré abençoe nossa amizade em Cristo.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Estudos Antrópicos na Amazônia (PPGEAA): nunca imaginei que o Mestrado, a pandemia da COVID-19 e um grupo de whatsapp pudessem unir tantas pessoas de vivências e expertises diversas. Obrigada amigos e amigas. Como diz Hildeana Nogueira, nossa parceira de turma, “Ninguém solta a mão de ninguém!”.

À minha querida e maravilhosa Orientadora Dra. Janice Muriel Cunha, GRATIDÃO! Obrigada por não ter desistido de mim, da nossa pesquisa, do nosso estudo. Por todos os aconselhamentos, áudios e, poucos, mas muito intensos encontros. Quero levar comigo essa alma gentil, esse olhar para além da academia. És inspiração na docência! E a sua frase do nosso

primeiro encontro na sala de aula, “Não roube o tempo de ninguém!”, jamais será esquecida por mim.

À banca examinadora dessa pesquisa, Prof. Isis Abel: quanta luz e conhecimento. Gratidão por todas as contribuições e acolhimento; e ao querido Prof. Aldemir, sem palavras para lhe agradecer, você me fez ver “o caminho das pedras”, obrigada por teres encarado esse desafio, aqui fica o meu até logo, se Deus quiser. Ao Prof. Gabriel Brito Costa (da Universidade Federal do Oeste do Pará) pelas considerações dadas ao texto de defesa da pesquisa.

E por fim, não menos importante, quero deixar aqui o meu agradecimento a quem me antecedeu na responsabilidade técnica pelo Programa de Controle do Tabagismo, Enfermeira Luciani Costa (*in memoriam*), a pioneira no PNCT em Castanhal, onde tudo começou. “Minha querida Luh, você não pode me ouvir e nem ler, está descansando nos braços do Pai, aguardando a volta do nosso Cristo Salvador. Mas quero deixar registrado que o seu legado será repassado, a semente que você plantou ainda dará muitos frutos maravilhosos! Muito obrigada por todos os ensinamentos! ”, à Perola Dias que estava na gestão municipal, a que teve a brilhante ideia de descentralizar o programa a todas as unidades de saúde, obrigada e parabéns, seu esforço agora poderá ser visto. E mais uma vez a minha amiga Morgana Arruda, também enfermeira já citada acima, de quem eu recebi a incumbência de dar continuidade ao PNCT, obrigada minha amiga! Você é canal de bênçãos de Deus. Juntamente com Kelson Joiner iremos unir forças para que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo cumpra seu papel no município e na vida de tantas pessoas!

E por fim, gratidão à Universidade Federal do Pará, ao PPGEEA e à Prefeitura Municipal de Castanhal pela oportunidade!

“(...) Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

Josué 1:9.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Planta <i>Nicotiana tabacum</i>	27
Figura 2: Indígena fazendo uso de cachimbo, produto derivado do tabaco, cuja prática simboliza uma herança de seus ancestrais.....	35
Figura 3: Total de Óbitos Atribuíveis ao Tabagismo, por sexo: 2003 a 2014.....	38
Figura 04: Comparativo entre a evolução do consumo de cigarros per capita e a prevalência de fumantes.....	39
Figura 5: Estrada de ferro (Belém - Bragança) em Castanhal Km. 58 (PA) - jun. 1953.....	54
Figura 06: Mapa de Castanhal a partir da abrangência territorial das equipes de ESF da zona urbana.....	58
Figura 07: Mapa de Castanhal a partir da abrangência territorial das equipes de ESF da zona rural.....	59
Figura 08: Comparativo entre a prevalência de usuários tabagistas autodeclarados no município de Castanhal-PA em 2021 e 2022.....	65
Figura 09: Mapa da cidade de Castanhal, ampliado dos mapas do Pará e Brasil.....	68
Figura 10: Comparativo entre o percentual de abandono e percentual de adesão ao tratamento antitabagismo município de Castanhal-PA em 2021 e 2022.	77
Figura 11: Comparativo entre o percentual de resultados do tratamento antitabagismo no município de Castanhal-PA em 2021 e 2022.	78

LISTA DE ANEXOS

Apêndice A: Termo de Consentimento da Instituição.....	99
Apêndice B: Instrumento de coleta de dados.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Principais abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação do hábito de fumar no SUS.....	42
Tabela 02: Estratégia de atuação estatal no mercado do tabaco proposta pelo PNCT.....	46
Tabela 03: Divisão da Atenção Primária à Saúde de Castanhal em polos de abrangência.....	56
Tabela 04: Distribuição da população cadastrada no município de Castanhal por faixa etária e sexo até dezembro de 2022.....	59
Tabela 05: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “sexo” e “idade” no ano de 2021.....	73
Tabela 06: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “sexo” e “idade” no ano de 2022.....	73
Tabela 07: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “renda familiar” e “raça/cor” no ano de 2021 e 2022.....	74
Tabela 08: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “tempo que é fumante” e “quantidade de cigarros por dia” no ano de 2021 e 2022.....	75
Tabela 09 - Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “participou de atividades educativas” e “idade” no ano de 2021 e 2022.....	75
Tabela 10: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “unidade de saúde de vínculo” e “resultados” no anos de 2021 e 2022.	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

3º CRS/SESPA: 3º Centro Regional de Saúde da Secretaria de Saúde Pública do estado do Pará

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PCT: Programa de Controle do Tabagismo

SUS: Sistema Único de Saúde

EAP: Equipe de Atenção Primária

ESF: Estratégia Saúde da Família

UBS: Unidade Básica de Saúde

CQCT: Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial da Saúde.

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	16
ABSTRACT.....	17
CAPÍTULO I	18
1. APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO DA PESQUISA: O PERCURSO ATÉ A ESCOLHA DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO COMO OBJETO DE ESTUDO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.	19
CAPÍTULO II	25
2 INTRODUÇÃO	26
2.1 A origem do tabaco e da dependência química à Nicotina	26
3 OBJETIVOS	32
3.1 Geral.....	32
3.2 Específicos	32
CAPÍTULO III.....	33
4 APRESENTAÇÃO GERAL DO TABAGISMO PELO MUNDO, BRASIL E ESTADO DO PARÁ.....	34
4.1 Conceito, origem e epidemiologia do Tabagismo no Brasil	34
4.2 Evidências científicas acerca do tabagismo e os danos provocados à saúde	35
4.3 A importância de quebrar o ciclo da dependência química ao tabagismo.....	37
4.4 Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT.....	41
4.5 O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no Sistema Único de Saúde (SUS) ..	42
4.6 Desafios do Programa de Controle do Tabagismo nos diferentes segmentos da sociedade	46
4.7 Aspectos interdisciplinares do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil e sua relação com o processo de antropização.....	49
CAPÍTULO IV	52
CAPÍTULO V	66
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	67
5.1 Questão-problema e Classificação do estudo.....	67
5.2 Tipologia do Estudo	67
5.3 Abordagem do estudo.....	67
5.4 População e amostra	67
5.5 Critérios de inclusão e de exclusão.....	67
5.6 Área do estudo.....	68
5.7 Riscos e benefícios	69
5.8 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados	69

5.9 Delimitação do período do estudo	71
5.10 Aspectos éticos do estudo.....	71
5.11 Tabulação e análise dos dados.....	71
CAPÍTULO VI.....	73
6. RESULTADOS.....	74
CAPÍTULO VII	81
7. DISCUSSÕES.....	82
CAPÍTULO VIII.....	91
REFERÊNCIAS.....	94

RESUMO

Este estudo analisa a eficácia do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em Castanhal-PA, cidade amazônica brasileira. O programa foi implementado em 2006 e passou por descentralização em 2018. Porém, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no estudo amazônico, a implementação efetiva do programa de controle do tabagismo está repleta de dificuldades. Assim, analisamos as taxas de oferta e permanência do programa, cessação do tabagismo, população de clientes fumantes, percentual de início e conclusão do tratamento e associação entre variáveis sociodemográficas e desfechos do tratamento. O estudo analisou usuários fumantes por meio de formulários FORMSUS de 32 Unidades de Saúde que realizaram tratamento antitabagismo no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. Utilizou-se regressão linear e análise estatística descritiva retrospectiva. Também aplicamos o teste qui-quadrado para verificar diferenças. Visualizamos e analisamos os dados usando o Microsoft Office® Excel. Foi estudada uma amostra de 227 indivíduos em 2021 e 2022. A maioria dos participantes era do sexo feminino (60,9%) e tinha 60 anos ou mais (40,0%). Cerca de 47,9% relataram ter de 02 a 03 salários mínimos. O tabagismo foi prevalente, sendo que 40% fumavam mais de 04 cigarros por dia e 116 indivíduos fumavam há mais de 20 anos. Houve elevada taxa de evasão do PNCT nos dois anos (71,87% e 70,99%). As variáveis “renda familiar” e “raça/cor” estiveram estatisticamente associadas (p -valor = 0,0001). A implementação do PNCT varia de acordo com o local, e as unidades com as maiores taxas de sucesso podem ser usadas como exemplos de melhores práticas para melhorar o acesso e atingir as metas de cessação do tabagismo em todo o município. Peculiaridades regionais e obstáculos logísticos impactam o sucesso da PNAB e do PNCT no contexto amazônico.

Palavras-chave: Tabaco, Atenção Primária à Saúde, Ambiente, cessação tabágica.

ABSTRACT

This study analyzes the effectiveness of the National Tobacco Control Program (NTCP)'s effectiveness in Castanhal-PA, a Brazilian Amazon city. The program was implemented in 2006 and underwent decentralization in 2018. However, in the context of the Unified Health System (SUS) in the Amazon study, the effective implementation of the tobacco control program is filled with difficulties. So, we analyze the program's offering and retention rates, smoking cessation, population of smoking clients, treatment initiation and completion percentage, and association between sociodemographic variables and treatment outcomes. The study analyzed smoking users through FORMSUS forms from 32 Health Units that had anti-smoking treatment from January 2021 to December 2022. We used linear regression and retrospective descriptive statistical analysis. We also apply the chi-square test to check for differences. We visualized and analyzed the data using Microsoft Office® Excel. A sample of 227 individuals was studied in 2021 and 2022. Most participants were female (60.9%) and 60 or older (40.0%). About 47.9% reported having 02 to 03 minimum wages. Smoking was prevalent, with 40% smoking more than 04 cigarettes per day and 116 individuals smoking for more than 20 years. There was a high dropout rate from the NTCP in both years (71.87% and 70.99%). The variables "family income" and "race/color" were statistically associated (p -value = 0.0001). Implementing the NTCP varies by location, and units with the highest success rates can be used as best practice examples to improve access and achieve smoking cessation goals across the municipality. Regional peculiarities and logistical obstacles impact the success of the PNAB and PNCT in the Amazon context.

Keywords: Smoking, Primary Health Care, environment, smoking cessation

CAPÍTULO I

CONEXÃO ENTRE A AUTORA, O TABAGISMO, O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM CASTANHAL -PA – MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA.

Neste capítulo a conexão entre a autora e os temas abordados neste trabalho acadêmico são apresentados. Relata de maneira sucinta a história de vida da autora na cidade de Castanhal, Nordeste do Estado do Pará (Região Norte do Brasil), onde desde a infância, perpassando pela adolescência a mesma teve o convívio próximo com pessoas queridas que fumavam produtos oriundos do tabaco (e suas consequências e dificuldades para o tratamento), sendo este um fator crucial da motivação para tornar-se uma profissional na área da saúde e, por consequência, a atuação profissional (as dificuldades enfrentadas no serviço de saúde local) e a motivação para desenvolver um estudo com o tema.

1. APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO DA PESQUISA: O PERCURSO ATÉ A ESCOLHA DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO COMO OBJETO DE ESTUDO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.

Os aspectos socioeconômicos e culturais, os impactos à saúde e ao meio ambiente ocasionados pelo tabaco reforçaram a minha escolha enquanto pesquisadora na discussão deste tema. No entanto, o que me despertou o interesse em realizar o presente estudo foi primeiramente a minha vivência pessoal enquanto neta de fumantes, onde desde criança, experienciei o tabagismo passivo no cotidiano.

Desde as primeiras horas da manhã, ao acordar, até poucos minutos antes de deitar para dormir, minha avó materna, *Adalgisa* (in memoriam), com quem eu morava, fumava seu cachimbo. Ela começou a fumar ainda na infância e no decorrer de uma vida inteira, nunca foi sensibilizada sobre a importância de parar o tabagismo.

Durante os encontros corriqueiros de nossa família, geralmente nos almoços de domingo ou em algum aniversário, recordo-me sempre da minha mãe comentando com os nossos familiares e amigos como foram os meus primeiros meses e anos de vida. Desde que eu nasci passei a morar com a minha avó *Adalgisa*, meus pais eram separados e quando eu tinha apenas 6 meses, minha mãe casou-se com meu “*paidrasto*”, morávamos todos próximos, mas eu continuei lá com a minha avó.

Em nossa memória afetiva, nos momentos mais íntimos de nossa convivência próxima ela estava lá, comigo em seu colo... Eu brincando, balbuciando as primeiras sílabas e ela interagindo e fumando o seu cachimbo. Ela cantava, conversava, fazia-me pular em suas pernas enquanto estava sentada em sua cadeira, no *alpendre* (pátio de casa); e isso repetia-se várias vezes ao dia, sempre com o seu cachimbo aceso nas mãos ou à boca, tragando a fumaça e soltando ao redor, sem maldade, sem informação de possíveis danos ou influências daquela ação a minha saúde ou mesmo a sua saúde.

Anos mais tarde viriam outros fatores de riscos associados ao tabagismo, a *vovó Adalgisa* foi diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e passou a realizar o acompanhamento dessa doença crônica não transmissível (DCNT) por meio das consultas na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima a nossa casa; e, associado a isso, também passou a fazer o uso de medicamentos contínuos, também fornecidos por lá. Iniciava-se ali um grande desafio, fazia-se necessário um cuidado redobrado com a saúde e mudança de estilo de vida. Porém a má alimentação, a dieta muito rica em condimentos, pimenta-do-reino, sal e outros

maus hábitos influenciaram para que com o passar dos anos, outros sinais e sintomas fossem agregados ou potencializados e sua saúde fosse sendo piorada.

Todavia, o mais difícil viria anos mais tarde, a mesma passou por uma fase de complicada convalescência, vivia queixando-se de dores abdominais fortes, refluxo gástrico, queimação no tubo digestivo, desconfortos abdominais importantes e episódios frequentes de diarreia. Após uma longa e exaustiva jornada dividida entre o uso de medicamentos naturais, procura por rezadeiras e benzedadeiras, ida às irmãs preciosinas que atendiam em uma igreja católica de um bairro próximo, idas a vários médicos, durante uma consulta médica no posto de saúde minha avó foi encaminhada ao médico gastroenterologista, por meio do qual foi então diagnosticada com câncer de estômago.

Definindo devido aos poucos recursos da nossa cidade, minha mãe levou-a à capital do nosso Estado, a cidade de Belém do Pará, a fim de se ter um suporte melhor para o seu tratamento. Entretanto, pouco pôde ser feito pela equipe de saúde, a doença já estava muito avançada e evoluiu para metástase (que é quando a multiplicação das células cancerígenas invade outros órgãos e sistemas do corpo). Minha avó lutou pela vida, desde o diagnóstico ficou internada, em cuidados paliativos, foi bem assistida pela equipe médica e de enfermagem, entretanto, não deu tempo de se quer iniciar o tratamento oncológico, ela partiu de uma maneira muito dolorosa a todos nós.

Naquele período chamou-me atenção o fato de ela relatar estar sentindo a falta do cachimbo; devido à internação no hospital e lá não ser permitido fumar, fez com que ela pausasse forçadamente o fumo por esse período curto de sua vida. O falecimento dela marcou bastante a minha adolescência, foi muito difícil acostumar com a sua ausência física em nosso meio, foi muito sofrido lembrar que nós nos acostumamos com o estilo de vida inadequado e quando percebemos já era tarde demais.

Lembro-me como se fosse hoje quando escutei o relato da minha mãe acerca da fala da equipe médica que fez a declaração de óbito, a qual dizia que a causa base para os problemas de saúde que ela apresentou possuía ligação direta com o uso abusivo do tabaco e os demais maus hábitos da vida diária, como a alimentação desequilibrada, citada anteriormente.

Depois dessa fala passei a pesquisar com os recursos que me cabiam sobre o tabagismo e as formas de combate-lo e à medida que os anos passaram decidi ir alertando pessoas ao meu redor sobre a necessidade de cessar o fumo e a mudança do estilo de vida para uma rotina de

vida mais saudável e longeva. Eu não gostaria que ninguém tivesse que passar pela dor que eu sofri ao perder a minha avó, que foi minha mãe, desde a hora em que nasci.

Hoje, mediante minha vivência profissional e o aprofundamento científico, analiso a coparticipação entre a dependência química ao tabaco, o surgimento das doenças crônicas e o prognóstico ruim das patologias que a minha avó materna desenvolveu ao longo da vida e o quanto isso trouxe sofrimento a todos que conviviam com ela.

Durante este estudo, frequentemente lembro-me do discurso dela ao ser questionada pela equipe multiprofissional da Unidade de Saúde sobre o seu interesse em parar de fumar, a mesma sempre retrucava os profissionais, dizendo “... Se eu fumar irei morrer, se eu não fumar, vou morrer do mesmo jeito”, demonstrando o quão forte era a cultura do fumo e a dependência química. O tabagismo parecia ser uma razão de viver; e assim, eu o vi ser para inúmeras pessoas do meio convívio familiar próximo, ao longo da vida.

Além de minha avó materna, o meu avô materno, conhecido como “Quim de Moura”, também era tabagista, o mesmo fazia uso do cigarro artesanal, o qual conhecíamos como “porronca”. Ele enrolava o maço de tabaco em papel, ascendia-o com isqueiro ou palitos de fósforo e os fumava, muitas vezes próximo das crianças - eu, meus irmãos e os meus primos. Apenas eu morava com os meus avós, mas os meus irmãos e primos também estavam na casa deles quase que diariamente, então esse contato com o tabaco além de precoce para todos nós, era rotineiro.

Lembro-me do meu avô materno, dormindo em sua rede, na sala de casa; abaixo da rede, havia cinzas e restos de cigarros, ou seja, era comum vê-lo fumar vários cigarros antes de dormir. Já a minha avó paterna, carinhosamente chamada de “*Maroca*” com a qual eu tinha um contato menos frequente naquela época, cujos laços vieram estreitar-se depois de alguns anos, lembro-me de vê-la fumar cigarros industrializados, eles também exalavam um cheiro forte, mas diferente dos que eu costumava sentir na casa dos avós maternos. No local onde ela ficava sentada assistindo as suas novelas, sempre havia por perto um cinzeiro e eu achava aquele comportamento interessante. Hoje em dia imagino que outras crianças, assim como eu naquela época, também pensem “... que mal há em fumar? ”.

A minha família paterna tinha melhores condições financeiras quando comparada aos meus familiares maternos; e sempre que se reuniam, era comum ter festa regada a bebidas alcoólicas e bastante cigarro. Assim, o meu contato, como dos demais membros da minha família, sempre foi bastante intenso em relação ao tabagismo, e tudo isso parecia natural, nunca

hávamos parado para pensar que poderia ser este um grande problema de saúde pública, um hábito muito prejudicial à saúde das pessoas, do planeta e até do ecossistema, seja de forma direta ou indireta.

Além disso, o sustento da minha família materna foi por diversas décadas proveniente da venda de rolos de tabaco na feira livre central da nossa cidade, onde meu avô possuía uma banca de venda; e isso justificava a facilidade do acesso a esses produtos por ele e a minha avó. O tino para a comercialização, a boa prosa entre ele e os que comprovam para revender em suas “tabernas” (como os pequenos comércios eram chamados naquela época) e o compartilhamento das memórias da sua infância e juventude foram alguns dos fatores que tornaram o meu avô uma importante referência para inúmeros comerciantes das zonas rurais mais distantes do Centro Urbano de Castanhal.

O tabaco não era visto apenas como fonte de renda ou lazer, meus avós também costumavam fazer “medicamentos naturais” com rapé para dores abdominais, gases, etc. e diziam que “... o tabaco é um santo remédio!” . Logo, se alguém falasse que esse produto poderia ocasionar danos catastróficos à saúde, incluindo a morte, provavelmente seria ignorado e até mesmo repudiado.

A minha avó *Maroca* também iniciou o fumo na sua primeira infância; os avós maternos dela e a minha bisavó, sua mãe, eram indígenas e tinham a cultura do fumo muito presente, era muito comum iniciar o tabagismo ainda na infância e isso representava um sinal de maturidade, de responsabilidade, e hoje eu fico pensando, “... Nossa, que interessante, algo que sempre fez mal, era visto como símbolo de maturidade. Que bom que os tempos mudam, que os estudos científicos têm mudado o curso da história do tabagismo em nossa sociedade. ”

A vovó *Maroca* desenvolveu enfisema pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), provocados e potencializados pelo uso abusivo do tabaco. Ela sofria de crises frequentes de tosse persistente e em determinados momentos, tossia tão compulsivamente que chegava a faltar o ar, fazia uso de musculatura acessória, o que demonstrava um importante desconforto respiratório, mas mesmo assim, nada e nem ninguém conseguiu convencê-la a parar o fumo.

Aos 81 anos de idade, em 22 de junho de 2021, nossa *Maroca* faleceu por complicações da COVID 19. Boa parte da nossa família é negacionista em relação à causa da morte, pois ela foi internada em um hospital da cidade onde moramos devido a uma infecção de pele que estava se tornando generalizada; após dar entrada no hospital foi internada na ala

de suspeitos de COVID (muito embora os sintomas respiratórios que manifestava fossem corriqueiros e longevos devido ao comprometimento pulmonar), algo que nos deixou extremamente tristes, pois ao olhar da família, caso ela não tivesse infectada com o vírus da COVID-19, devido a sua imunidade muito baixa corria o risco de se contaminar. Diferente do que a maioria pensava, 48 horas depois saiu o resultado do teste: reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) e devido ao comprometimento respiratório pré-existente, provocados pelo tabagismo, ela evoluiu rapidamente à insuficiência respiratória grave e a óbito. Infelizmente não estávamos preparados para nos despedir, até o momento ainda é muito difícil aceitar, porém passei a tentar desenvolver um outro olhar, o da profissional da saúde.

Voltando um pouco mais no tempo, recordando 2014, ao me formar enfermeira, 3 meses após consegui meu primeiro contrato de trabalho na área, passei a atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) do município onde nasci, Castanhal-Pará.

Ainda na universidade eu havia tido contato com estudos científicos que retratavam os malefícios do tabagismo à saúde, todavia, eu jamais imaginaria que essa vivência com o Programa de Controle do Tabagismo na APS, mudaria drasticamente aquela visão inicial de “normalidade” que eu tinha na infância acerca desse tema; e que aquele contato primário ajudaria a abrir um leque de possibilidades e busca de habilidades técnicas para ajudar o público da minha área de atuação profissional a interromper o ciclo da dependência química a essas substâncias psicoativas.

Como Enfermeira da APS, por meio do contato com a Estratégia Saúde da Família (ESF), recebi desafios como o de trabalhar o processo saúde-doença a partir da dinâmica em grupos, educação entre pares e outras metodologias ativas, dentre as quais eu tinha a função de ser mediadora do grupo terapêutico de cessação do tabagismo. Diante de todos os grupos trabalhados (gestantes, crianças em aleitamento materno exclusivo, adolescentes, Programa Saúde na Escola, controle da obesidade, entre outros), o grupo de apoio à cessação do tabagismo era o mais desafiador e necessário para o bom êxito de todos os demais programas, por ser um grupo misto de cuidado à saúde mental e de controle da dependência química.

Por meio dessa experiência, através da troca de saberes com a população da comunidade na qual estava inserido o meu processo de trabalho, por meio da leitura ostensiva de evidências científicas fui por inúmeras vezes levada a pensar nos relatos de usuários e a debruçar-me diante de todos os fatores envolvidos, por meio do mergulho em imbricações epistemológicas, pude observar a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar

para o bom êxito do programa de controle do tabagismo na rede de saúde pública, bem como para a manutenção da abstinência ao longo do curso da cessação tabágica e a reinserção do indivíduo à sociedade com a dependência química controlada.

Assim, a minha expectativa, é a de que assim como eu, todos que tiverem acesso a este estudo entendam que precisamos quebrar a dinâmica destruidora da indústria tabágica. Este foi um relato da vida real, que ocorre em partes na vida de muitas crianças e adolescentes da região Amazônica, do Estado do Pará, em inúmeras regiões do Brasil e até do mundo. Por isso, convido você a mergulhar no estudo conosco.

CAPÍTULO II

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Neste capítulo, você terá uma introdução geral sobre a origem do tabaco, sua relação com a dependência química, os aspectos epidemiológicos que tornam a discussão do Programa de Controle do Tabagismo relevante à sociedade acadêmica e população em geral. Além disso, uma sucinta justificativa e os objetivos deste trabalho científico estão contidos no final deste capítulo, os quais são relevantes e nortearam a condução dos demais estudos apresentados como capítulos nesta dissertação.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A origem do tabaco e da dependência química à Nicotina

A denominação *droga* refere-se a toda e qualquer substância que quando introduzida no organismo é capaz de alterar suas funções. As mesmas podem ser de origem natural ou sintética. As drogas naturais são oriundas de plantas, de animais e de alguns minerais. A exemplo disso: a cafeína do café (1,3,7-trimetilxantina), o ópio do látex da papoula (*Papaver somniferum*), tetrahydrocannabinol (THC) da maconha (*Cannabis sativa*) e uma droga de uso bastante aceito pela sociedade de um modo geral, a nicotina, encontrada no tabaco (*Nicotiana tabacum* Linnaeus), a droga de que este estudo trata mais profundamente (CARLINI et al., 2001; LONGENECKER, 2002; ONU, 2010 apud SOUZA, 2021).

As drogas psicotrópicas psicoanalépticas, também conhecidas como drogas estimulantes são substâncias químicas capazes de aumentar o ritmo da atividade cerebral. Inicialmente são capazes de realizar o aumento da atenção, aceleração do pensamento, seguido de euforia. Dentre as drogas psicotrópicas estimulantes, apenas a cocaína e seus derivados (cloridrato, crack, pasta de cocaína, etc.) estão sujeitas a restrições legais de uso. A nicotina (presente no fumo do cigarro, por exemplo), a xantina (cafeína) e a cocaína são consideradas drogas psicoanalépticas. Deste modo, os mecanismos de ação que geram a dependência química a essas drogas estimulantes estão diretamente ligados ao intenso prazer, o aumento da vivacidade e dos movimentos e os pensamentos alterados (LONGENECKER, 2002; ONU, 2010; CEBRID, 2011 apud SOUZA, 2021).

Entre as plantas tóxicas preferidas pelos seres humanos, o tabaco (*Nicotiana*) teve, sem dúvida, o impacto social e econômico mais crítico. Sua ascensão histórica como domesticação globalmente importante está diretamente ligada à expansão e comércio ocidentais, começando com interações iniciais entre exploradores espanhóis e povos indígenas nas Américas. Desde os primeiros contatos com a erva há relatos de que os europeus teriam reconhecido rapidamente as propriedades intoxicantes do tabaco e, tendo conhecimento prévio de outras plantas psicoativas, alteraram propositalmente sua distribuição por vários meios de transporte, perturbação do solo e cuidado. Quando isso aconteceu, começou uma relação inextricável entre humanos e plantas (WINTER, 2000).

O tabaco está associado em relações entre humanos e não humanos na esfera tanto da prática tradicional quanto ao prejuízo para a saúde de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Dentro da cultura indígena, relatos etnográficos e históricos indicam o uso do tabaco

em todos os tipos de ambientes rituais, medicinais e sociais, e seu poder está ricamente arraigado nas tradições orais. Especialistas indicam que o antigo substrato de xamanismo de uso de tabaco evoluiu em outros lugares para sistemas religiosos complexos de uso de tabaco. Essa relação complexa implica um tempo profundo. E estudos filogenéticos reforçam a origem geográfica do tabaco na América do Sul e sul do México, ampliando sua área de distribuição para a América do Norte, na ordem de centenas de milhares a milhões de anos.

Figura 1. Planta *Nicotiana tabacum* Linnaeus, popularmente conhecida como tabaco, com fases florais e sistema radicular em detalhe.



Fonte: Edward Brailsford -1856. (retirado de <https://www.tobaccohealthhistory.co.uk/project/>)

O uso de tabaco na América do Sul tem um perfil etário demonstrado nos últimos 3.000 anos. Se o tabaco estava disponível nas Américas quando os humanos chegaram ao Pleistoceno, então, de acordo com a hipótese de Winter, as associações arqueológicas deveriam continuar se estendendo até essa época, logo após as pessoas se familiarizarem com a flora americana (WINTER, 2000).

A pesquisa arqueológica atual enfatiza as interações humanas prolongadas e íntimas com espécies selvagens que definiram caminhos para a domesticação e, como certas plantas, impactaram profundamente a humanidade. O tabaco, sem dúvida, teve mais impacto nos padrões globais da história do que qualquer outra substância psicoativa, mas a profundidade de seus laços culturais tem sido amplamente debatida. Escavações na localidade Wishbone, dos primeiros habitantes do oeste do deserto da América do Norte, descobriram evidências do uso humano de tabaco há aproximadamente 12.300 anos, 9.000 anos antes do documentado anteriormente. A descoberta tem implicações para a nossa compreensão do uso humano de intoxicantes em tempos profundos e sua interseção sociocultural com a domesticação de culturas alimentares (DUKE *ET AL.*, 2022).

2.2 Aumento da produção do tabaco e evidências científicas sobre seus danos à saúde e ao ecossistema.

As evidências arqueológicas apontam para a provável utilização do tabaco nas Américas se deu antes mesmo de outros povos habitarem essa região do planeta. Há indícios de nativos que já utilizassem a *Nicotiana Tabacum* em suas práticas religiosas tradicionais. Assim, até ter seu uso descoberto pelos europeus, a partir das grandes navegações de exploração de novas terras - por meio das quais passou a ser difundido por todo o planeta – seu uso era restrito às proximidades do local de origem da planta, o continente Americano (INCA, 1998a; CARVALHO, 2001; SILVA E SESTELO, 2007).

Todavia, a partir da década de 70 do século XX o tabaco passou a ser cultivado em escala industrial, configurando-se assim como um produto agrícola intensamente comercializado e com estratégias de marketing e propagandas para seu uso sugestionado por ícones do cinema e reiteradas propagandas que penetram o cotidiano e as mentes das pessoas nos diversos continentes (MANARINI; RUPRECHT, 2021).

O tabaco é a matéria-prima de base para inúmeros produtos conhecidos hoje: o cigarro (forma mais conhecida e usada no mundo inteiro), o narguilé, o rapé, cigarros eletrônicos, etc. No entanto, a história por trás do seu consumo no mundo é repleta de aspectos socioculturais e multifatoriais, que são em grande parte indissociáveis e devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde ao realizar a abordagem de clientes em sua prática clínica, uma vez que o uso rotineiro dessa substância caracteriza o que se conhece hoje como tabagismo, sendo este um hábito considerado prejudicial à saúde de todas as formas de vida (INCA, 1998a).

Estes contextos corroboram com Silva et. al (2016, p. 1) em seu texto “Controle do tabagismo: desafios e conquistas” quando afirma que:

No Brasil, desde a metade do século passado, alguns pneumologistas já chamavam a atenção sobre os danos do tabagismo para a saúde, numa época em que a mídia pró-tabaco era ostensiva e as evidências científicas sobre a causação de danos eram pouco consistentes. Dedicavam-se à causa do tabagismo como verdadeiros paladinos da saúde, desbravando uma selva infestada por ignorância, interesses comerciais, ganância tributária, mídia pró-tabagismo e, ainda, pela aceitação social dessa prática.

Quem não conhece uma pessoa que fuma? Quem nunca sentiu o cheiro da fumaça do cigarro? Quem quando criança ao ver um adulto fumando não foi despertado a curiosidade em saber como se dava aquele processo e que sensação poderia proporcionar? Do ocidente ao oriente, deduz-se que dificilmente alguém não tido tenha contato com produtos provenientes do tabaco.

Essa relação de curiosidade, a percepção da sensação de relaxamento por parte de quem está fumando e a grande relação de “normalidade social” que foi implantada pela indústria tabágica ao longo do tempo é uma das hipóteses deste estudo como fatores que têm sustentado este produto no mercado e que o fez perpetuar-se entre as gerações.

Levando esses fatores em consideração, apesar de uma tendência de mudança ao longo do tempo, ainda é perceptível que na atuação de grandes filmes da indústria cinematográfica internacional os produtos desta origem sejam considerados atraentes; e que, apesar de seu perfil tradicional, ainda seja encarado e mistificado como um objeto moderno e versátil. Esse poder de sedução dos produtos oriundos do tabaco não se dá ao acaso, e está fortemente ligado ao poder da mídia, implícita por trás da sua industrialização e comercialização.

2.3 Iniciação das medidas contra o tabagismo

Através de um podcast chamado Ciência Suja, que trouxe em seu terceiro episódio publicado no dia 16 de Setembro de 2021 o tema “Cigarro: o pai do negacionismo moderno” podemos avaliar diversas questões como essa, relacionada ao mecanismo da indústria do tabaco para burlar a opinião pública quanto aos danos provocados à saúde, ao meio ambiente (ecologia/planeta), à economia e à vida (seja ela humana, animal, vegetal, entre outras formas de vida terrena), pelo consumo de substâncias oriundas do tabaco (MANARINI; RUPRECHT, 2021).

Manarini e Ruprecht (2021) fazem parte do editorial do podcacst e enfatizam que desde a década de 50 os malefícios provocados pelo tabaco vêm sendo amplamente estudados

e publicados, porém os fabricantes utilizam-se do marketing e dos jogos de interesse (principalmente políticos e econômicos) para mascarar os resultados das pesquisas, fazendo com que sejam geradas dúvidas e lacunas, que tendem a fortalecer a prática do fumo em diversos países do planeta.

Com a ameaça ao lucro proporcionada pelas Leis antifumo e o fortalecimento das medidas de combate ao tabagismo, há indícios de que exista uma ciência de força trabalhando para manter e fortalecer as atividades desse “mercado sujo”. Todavia, na contraposição, trazida à discussão por meio de evidências científicas legítimas, avaliam-se os inúmeros avanços na opinião pública a esse respeito, sendo este um papel social do cientista, gerar dados e compreensões que contribuam para o conhecimento da causa por parte da comunidade acadêmica e da população em geral (MANARINI; RUPRECHT, 2021).

Neste contexto, de ciência cidadã o editorial da revista científica "Eastern Mediterranean health journal" (edição maio/2022) destaca a campanha do Dia Mundial Sem Tabaco de 2022, que se concentrou na ameaça do tabaco ao meio ambiente. A busca por conscientizar o impacto ambiental do tabaco ao longo de seu ciclo de vida, demonstrando o impacto destrutivo não apenas na saúde humana, mas também no meio ambiente e no planeta como um todo. Da mesma forma que o podcast "Ciência Suja" demonstra, o editorial de Hammerich *et al.* (2022) exhibe a estratégia da indústria do tabaco para "lavar de verde" sua reputação e produtos, retratando cada vez mais suas atividades como “ecologicamente corretas” e ganhando adeptos. Enquanto que, as mensagens da campanha do Dia Mundial Sem Tabaco de 2022 demonstram as diversas maneiras pelas quais o cultivo, a produção, a distribuição, o consumo e os resíduos pós-consumo do tabaco ameaçam o meio ambiente.

Por fim, as campanhas desse último ano destacam que o tabaco destrói florestas, prejudica o solo, afeta o abastecimento de água, polui o ar e contribui para outros tipos de danos ambientais insustentáveis (HAMMERICH ET AL., 2022).

2.4 Apresentação do objeto de estudo, interdisciplinaridade e relações antrópicas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e centro articulador do acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sendo orientada pelos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização (BRASIL, 2021).

A fim de atender a esses princípios, a APS desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários. Diante da preocupação de sensibilização dos atores envolvidos com a escuta qualificada do tabagista à nível de APS, construção de novas práticas de intervenção para o trabalho com esses usuários no SUS, e como forma de conhecer mais profundamente a base desse universo diverso, rico de saberes e de vida, apresento o objeto de minha dissertação: O Programa de Controle do Tabagismo no Município de Castanhal-PA.

A interdisciplinaridade da pesquisa está inserida desde o conhecimento de como os dados do estudo foram obtidos. Em uma escala primária, desde o momento da identificação do cliente tabagista no território de abrangência das Unidades de Saúde da APS, por meio do agente comunitário de saúde (profissional esse que tem a atribuição de identificar os nós críticos do território e oportunizar o acesso ao serviço nos equipamentos de saúde; e realiza o vínculo do cliente aos demais membros da equipe multidisciplinar que irão traçar o plano terapêutico singular para auxiliar na resolutividade do problema); o agente administrativo da recepção da Unidade de Saúde, o médico, enfermeiro, o fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, assistente social, psicólogo e membros externos: familiares, dirigentes de organizações religiosas, escolas, sociólogos, pedagogos, etc. o processamento dos dados, por mais que seja realizado por um profissional de saúde, perpassa pelo trabalho multidimensional e profissional de outros segmentos.

Assim, este programa é interdisciplinar à medida que um indivíduo que consegue controlar a dependência química passou pela assistência de vários atores envolvidos neste processo e, foi reelaborado um complexo contexto social, econômico, de bem-estar, saúde do indivíduo, da comunidade e do meio ambiente.

Fernandes e Ramos (2016) destacam que as relações antrópicas se estabelecem quando homens e mulheres vão ocupando espaços, assim, à medida que se identificam usuários acolhidos e tratados para a parada do fumo em um território, há ocupação de um lugar, a tomada de uma decisão e estabelece-se uma relação de antropização.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar indicadores de efetividade do Programa de Controle do Tabagismo no Sistema Único de Saúde a nível de Atenção Primária à Saúde, em uma cidade da Amazônia, Castanhal-PA, localizada no Norte do Brasil e Nordeste Paraense.

3.2 Específicos

- Descrever a oferta e taxas de permanência no programa, percentual de abandono e cessação tabágica;
- Caracterizar a população de clientes do SUS tabagistas cadastrados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde no período do estudo no programa municipal de controle do tabagismo;
- Analisar o percentual de início do tratamento e de conclusão por cessação tabágica nas diferentes localidades da área do estudo;
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados dos tratamentos dos usuários que participaram dos grupos de controle do tabagismo no município de Castanhal-PA no período analisado.

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO

APRESENTAÇÃO GERAL DO TABAGISMO: bases conceituais, epidemiológicas, científicas e sócio-culturais.

Neste capítulo, o leitor terá acesso aos dados conceituais, epidemiológicos, histórico-culturais e científicos que envolvem a problemática do Tabagismo a nível internacional, brasileiro, amazônico e municipal, a partir da correlação de dados extraídos de uma intensa fundamentação teórica.

4 APRESENTAÇÃO GERAL DO TABAGISMO PELO MUNDO, BRASIL E ESTADO DO PARÁ

4.1 Conceito, origem e epidemiologia do Tabagismo no Brasil

O tabagismo é uma drogadição caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco. Faz parte do grupo de transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de substâncias psicoativas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão revisada (CID-10, 1997), a maior causa isolada de doença evitável e morte prematura em todo o mundo (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2014).

O tabaco é o resultado do processamento de plantas de tabaco, o consumo deste produto é normalmente realizado por queima (cigarros, charutos, cachimbos, narguilés), inalação (rapé) e mastigação (cigarros de enrolar). A descoberta desta erva está relacionada com a migração de asiáticos para o continente americano há cerca de 18.000 anos. Cristóvão Colombo em 1492 testemunhou que o tabagismo já estava presente na cultura americana antes da chegada dos europeus, provavelmente transferidos dos vales orientais dos Andes bolivianos (JOHNS, 2014).

Tabagismo é o nome usado para o uso do tabaco (*Nicotiniana tabacum*), uma planta que contém muitas substâncias tóxicas, como terebintina, formaldeído, amônia, naftaleno. Estes incluem a nicotina, o ingrediente ativo do tabaco que causa dependência química (EFROYMSON et al., 2016).

A nicotina é uma droga, por isso atua no sistema nervoso central, causando diversos efeitos nocivos. Além disso, cerca de 4.720 substâncias estão presentes na fumaça do cigarro, das quais 200 são consideradas tóxicas e 50 cancerígenas. Isso pode levar a cerca de 50 doenças, das quais se destacam a morbidade relacionada ao tabagismo: câncer de pulmão (90%); infarto (25%); bronquite crônica (85%); enfisema (85%); acidente vascular cerebral (25%) (EFROYMSON et al., 2016).

No Brasil, o consumo de tabaco por tribos indígenas está associado a rituais sagrados ou fins medicinais, os índios acreditavam que a fumaça da queima desta planta purifica e protege seus súditos dos maus espíritos. Historicamente e entre outros povos, também tem sido relatado para limpeza intestinal, combate a piolhos, colírios e até mesmo no desenvolvimento de pomadas, analgésicos e antissépticos (KABRA, 2018).

Figura 2: Indígena fazendo uso de cachimbo, produto derivado do tabaco, cuja prática simboliza uma herança de seus ancestrais.



Fonte: <http://drjosiascavalcante.com.br/site/medicina/tabagismo-a-heranca-maldita/>

Um século se passou e o fumo se espalhou por todo o mundo, a produção começou no Brasil, principalmente na região do Recôncavo Baiano, com foco no fornecimento da planta para o mercado europeu. Em 1680, as exportações desse produto chegaram a 3.750 toneladas, expandindo as bases de produção para Minas Gerais, Goiás, São Paulo e ainda para o Rio Grande do Sul. No século XVI, o embaixador francês em Portugal, Jean Nicot, associou seu nome às substâncias psicoativas da planta para sugerir que ela poderia tratar a enxaqueca da rainha Catarina de Médici e de lá até os dias atuais as pesquisas científicas a este respeito tem avançado (KHAIRALLA, 2016; KUHNEN, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se não forem tomadas medidas para controlar as mortes relacionadas ao tabaco, a ocorrência delas aumentará para cerca de 8 milhões até 2030, representando 10% das mortes globais (BRASIL, 2012).

Atualmente, mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo são fumantes, e esse total deve chegar a 2 bilhões até a década de 2030. A maioria desses fumantes estará em países em desenvolvimento. Os efeitos do uso do tabaco na saúde são bem conhecidos: causam 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas, 25% das doenças isquêmicas do coração, além de inúmeras outras patologias que podem ser provocadas ou potencializadas pelo uso abusivo dessa substância química (CAVALCANTE, 2015; COSTA e SILVA, 2018).

4.2 Evidências científicas acerca do tabagismo e os danos provocados à saúde

Embora muitas doenças tenham sido causadas pelo uso crônico do tabaco, o relatório Global Tobacco Epidemic de 2013 estima que mais de 1 bilhão de adultos são fumantes e que as doenças relacionadas ao tabaco são responsáveis por uma em cada dez mortes de adultos. Como resultado, o uso do tabaco mata 6 milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano e as

estimativas indicam que fumar pode ter matado mais de 100 milhões de pessoas no século 20 (GIAMBIAGI e ALÉM, 2018).

Os custos de saúde associados às doenças relacionadas ao tabaco, que são muito elevados, também devem ser considerados. O tabagismo foi responsável por 12,57% do custo das doenças respiratórias, 12,54% do câncer e 10,22% das doenças cardiovasculares. Comparado ao total, em 2005, os gastos com internação do SUS e gastos com quimioterapia representaram 11,18% (JAQUES, 2016).

O uso do tabaco é considerado a maior causa de morte evitável do mundo, com a Organização Mundial da Saúde declarando em uma ficha informativa atualizada em julho de 2019 que o tabaco mata até metade dos usuários e 8 milhões de mortes a cada ano. O consumo direto desta planta causa 1,2 milhão de mortes por fumo passivo, ou seja, não fumantes expostos à substância. Olhando para as consequências do consumo de tabaco de uma perspectiva ampla, a Organização Mundial da Saúde aponta fatores como a morte prematura de usuários como causa de privação de renda familiar, aumento dos gastos com saúde pública e desenvolvimento econômico prejudicado (MALCON, 2012).

A nicotina ($C_{10}H_{14}N_2$), substância psicoativa do tabaco, é considerada a principal motivação para o consumo de tabaco e a principal causa de dependência. Se o método de consumo é a combustão, na droga, a substância é absorvida pelos alvéolos, entra rapidamente na corrente sanguínea e se espalha por todo o corpo. Em 10 segundos, a nicotina atinge o sistema nervoso central (SNC), liberando uma variedade de neurotransmissores que causam alterações nos estados emocionais e comportamentais (OLIVEIRA, VALENTE e LEITE, 2018).

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Substâncias Psicotrópicas (CEBRID), acredita-se que os efeitos da nicotina no cérebro sejam levemente estimulantes, levando a sensações de prazer, leve aumento do humor, diminuição do apetite e do tônus muscular, o que explica o relaxamento que muitos consumidores relatam (OMS, 2017).

Em outras partes do corpo, no ambiente circulatório do coração, a pressão arterial elevada, a frequência e a intensidade das contrações cardíacas e a vasoconstrição podem ser identificadas. Há também uma resposta ao aumento da frequência respiratória e diminuição das contrações gástricas, levando à dificuldade na digestão (OMS, 2017).

Globalmente, fumar mata uma pessoa a cada quatro segundos e está associado a mais da metade dos casos de câncer de pulmão, segundo a Organização Mundial da Saúde (PETO, 2014; PINTO, 2017).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) causa 46% das mortes por sintomas como falta de ar e tosse crônica, causalmente atribuíveis ao consumo de tabaco, e um em cada cinco fumantes desenvolverá a doença ao longo da vida, o risco de problemas de desenvolvimento e função pulmonar foi maior em adultos expostos ao fumo passivo durante a infância (PETO, 2014; PINTO, 2017).

Nas Américas, o consumo de tabaco mata uma pessoa a cada 34 segundos. A exposição a esta substância também contribui para o desenvolvimento da tuberculose, com 15% das mortes por tuberculose atribuídas ao consumo. Os gases tóxicos nesses produtos também foram associados ao desencadeamento do desenvolvimento ou progressão da asma, responsável por aproximadamente uma em cada nove mortes (REEKIE e WANG, 2012).

4.3 A importância de quebrar o ciclo da dependência química ao tabagismo

Há muitas razões para fumar, algumas das quais se destacam: busca de prazer, excitação, ansiedade, influência da publicidade, influência dos amigos e curiosidade. No entanto, as razões que devem motivar a quebra do ciclo da dependência devem se sobrepôr, as mesmas são extremamente importantes e baseiam-se principalmente no fato de o tabaco ser a causa muitas doenças: câncer (especialmente câncer de pulmão), doenças cardíacas, enfisema, aterosclerose, acidente vascular cerebral, aneurisma, bronquite crônica, entre inúmeras outras, direta ou indiretamente. Como tal, é um problema de saúde pública reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável globalmente (RIANI, 2016).

Dessa forma, torna-se necessário o monitoramento e métodos adequados para combater esse hábito, e a prática clínica deve ser amparada por recomendações clínicas atualizadas. Como resultado, o Ministério da Saúde lançou o programa Parar de Fumar Sem Segredos, no ano de 2004, o qual teve como finalidade apoiar os dependentes de tabaco e os profissionais que os atendem (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

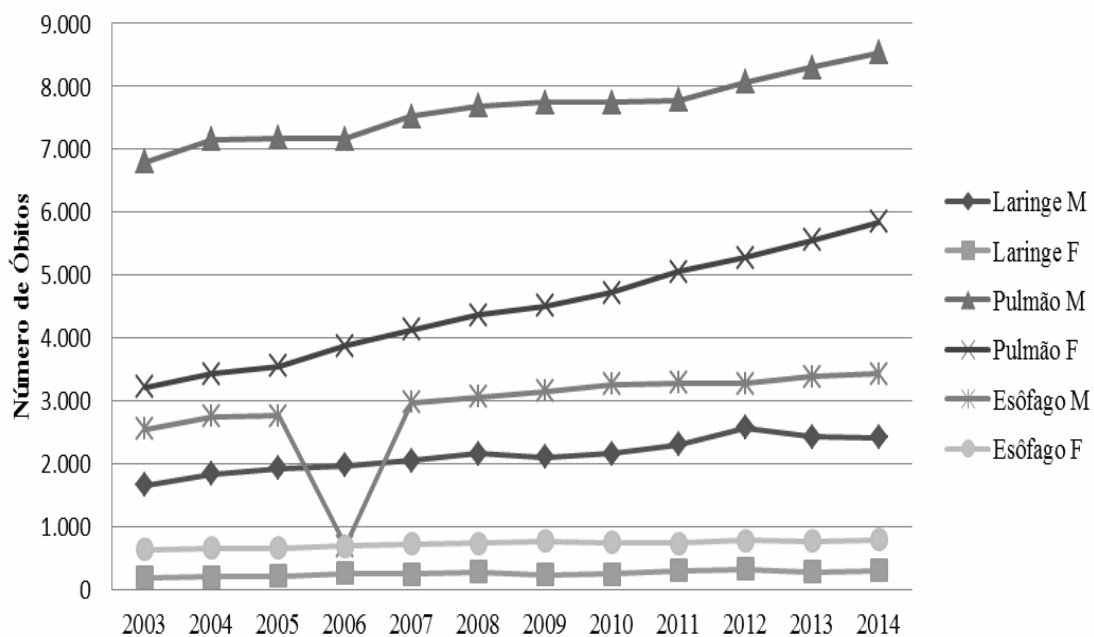
Os dados relevantes que eram discutidos pelo programa referiam-se principalmente à idade de início do tabagismo; pois os jovens começam a fumar por volta dos 15 anos idade. Apesar disso, esse problema de saúde é considerado uma doença pediátrica, visto que geralmente o primeiro contato com a substância nicotina se dá ainda na infância, o que favorece

o estabelecimento desse hábito como dependência química, pois quanto mais precoce o contato com as substâncias psicoativas do tabaco, maiores são as chances de se desenvolver a dependência química. Alguns dos principais fatores de risco para o tabagismo na adolescência são a baixa idade, o que implica baixa maturidade para a tomada de decisões, convívio próximo com pessoas e, ou irmãos mais velhos que fumam, amigos que fumam e menor escolaridade (ROSEMBERG, 2016; ROSEMBERG, 2015).

Essa precocidade é explorada pela indústria e pelo comércio do tabaco, entre outras táticas, para apresentar seus produtos em locais mais acessíveis a adolescentes e jovens em busca de públicos facilmente manipuláveis devido ao conflito natural dessa fase. Portanto, para os adolescentes, fumar não representa apenas um hábito, mas também um modo de vida (SABÓIA, 2014).

Outra informação relevante em relação ao tabagismo que precisa ser difundida maciçamente são os números de óbitos. Assim, como mecanismo de reiterar este dado em específico elencamos a seguir uma figura que mostra o total de óbitos atribuíveis ao tabagismo de acordo com o sexo e patologia desenvolvida, retirada do Sistema de Informação de Mortalidade de 2003 a 2014.

Figura 3 – Total de Óbitos Atribuíveis ao Tabagismo, por sexo: 2003 a 2014

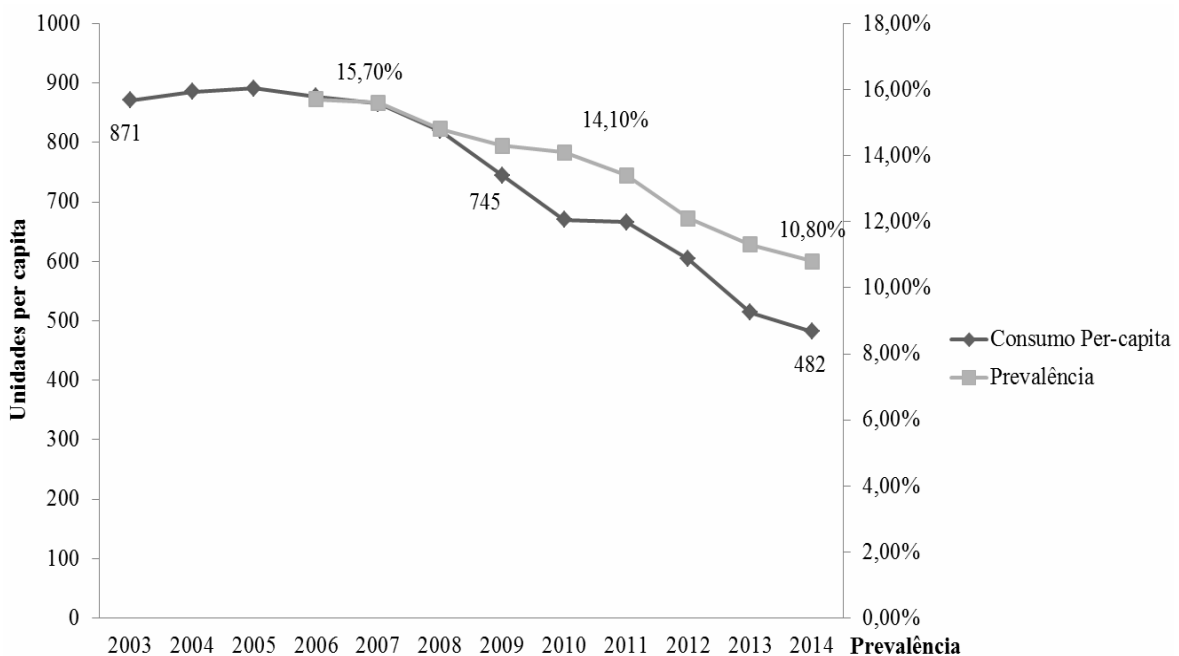


Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Outro aspecto considerável é a pressão social que a sociedade moderna exerce sobre os indivíduos. Questões como o aumento do consumismo, a violência, o desemprego etc. estão produzindo cada vez mais angústia, estresse e depressão. Esses fatores são a força motriz por trás da iniciação e manutenção do hábito de fumar, observaram os pesquisadores, porque existe uma noção milenar, manipulada pela indústria e pela mídia, de que o cigarro é a cura para esses males (SANTOS, 2016).

Além disso, a convivência com fumantes e/ou dependentes químicos afeta negativamente o uso de cigarros pelos jovens. Os adolescentes correm maior risco de se tornarem fumantes quando os irmãos mais velhos fumam, a mesma coisa acontece no grupo ao quais os adolescentes pertencem, ou seja, amigos que fumam gostam de fumar (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Figura 04: Comparativo entre a evolução do consumo de cigarros per capita e a prevalência de fumantes.



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

A aquisição do hábito de fumar afeta o nível de informação do indivíduo. É importante considerar que, apesar da atual facilidade de acesso à informação, muitos aspectos do uso do cigarro permanecem obscurecidos por grandes segmentos da população devido à manipulação da mídia ou devido à baixa escolaridade de grandes segmentos da população. Como resultado, muitos fumantes não têm acesso a informações sobre os malefícios do tabagismo, e outros

reconhecem os malefícios do cigarro, mas não têm a dimensão dos malefícios à saúde (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também identificou diversos danos graves à saúde associados ao tabagismo, como doença arterial coronariana, problemas circulatórios, tromboangeite obliterante, aneurisma de aorta, câncer de boca, câncer de traqueia, câncer de faringe, câncer de garganta, esôfago, pâncreas e rins, Pneumonia, Colesterol Alto, Osteoporose, Problemas Gastrointestinais, Impotência Masculina e Problemas na Gravidez (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Observando o material científico sobre dependência química da nicotina, percebe-se o quanto é o risco de dependência para os indivíduos que consomem o produto. Os pesquisadores observaram que 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas apenas 3% o fazem a cada ano, a maioria sem ajuda. No entanto, quando esses indivíduos foram expostos a métodos científicos no campo da cessação do tabagismo, a taxa de abandono de um ano atingiu 20 a 30 por cento (SABÓIA, 2014).

Para o tratamento da dependência de nicotina, as abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas têm mostrado resultados promissores para ajudar os fumantes a alcançar a eficiência na cessação do tabagismo. No entanto, esses tratamentos podem prejudicar quando essas pessoas sofrem de certas doenças mentais. Os mais comuns são depressão, alcoolismo, ansiedade e dependência de substâncias (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Esse hábito é atribuído à causalidade em 63% das mortes relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis. Desses números, 85% são por doença pulmonar crônica, 30% por câncer (pulmão, boca, garganta, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado) e 25% por doença coronariana, doença arterial (angina e infarto) e 25% de doença cerebrovascular (derrame) (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

O uso do tabaco também está associado ao desenvolvimento de tuberculose, infecções respiratórias, úlceras gastrointestinais, impotência, infertilidade masculina e feminina, osteoporose, catarata e muito mais (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

Em relação à dependência desse produto, vale destacar a gravidade do quadro, quando um fumante decide parar de usá-lo, isso costuma levar muitas tentativas para conseguir devido ao grande número de recaídas. Cerca de 70 por cento dos indivíduos queriam parar de fumar,

mas ficaram aquém de seus objetivos. Destes, cerca de um terço consegue quebrar o hábito por um dia e menos de 10% durou 12 meses (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Considerando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMV), o consumo de tabaco pode ser considerado um transtorno mental por uso de substâncias quando determinados critérios são atendidos. O diagnóstico requer pelo menos 2 critérios que resultem em prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo no sujeito, ocorrendo dentro de 12 meses (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

4.4 Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT

Nos últimos 20 anos, a política antifumo do Brasil avançou e tomou ações efetivas, como criar um ambiente para fumantes em locais públicos, aumentar os impostos sobre o cigarro, fortalecer campanhas educativas e desenvolver programas de apoio a fumantes que desejam desistir de fumar (SABÓIA, 2014).

Além disso, o Brasil aderiu à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) há quase uma década. Trata-se de um tratado internacional de saúde pública que, coordenado pela Organização Mundial da Saúde, fornece, entre outras funções, diretrizes para o desenvolvimento de planos de combate ao tabagismo (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2014).

Com base nesses parâmetros, foi criado no Brasil o Plano Nacional de Controle do Tabaco, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

O programa também visa estreitar as relações entre os setores de saúde e educação nos níveis estadual, municipal e federal, promovendo a criação de ambientes livres do fumo e a implementação de programas voltados para o abandono do tabagismo (CAVALCANTE, 2015; COSTA e SILVA, 2018).

Apesar desses avanços, observa-se uma dicotomia crescente em todo o país. O Brasil é o terceiro maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador do produto. Paradoxalmente, é líder na campanha de combate ao tabagismo e nas políticas públicas. Isso revelou um conflito de interesses entre a indústria do tabaco e os órgãos de saúde pública (EFROYMSON et al., 2016).

O Brasil tem visto grandes mudanças no tabagismo nas últimas décadas, porém, essas mudanças não foram suficientes para erradicar o uso do tabaco, produto que causa danos irreversíveis à saúde e leva rapidamente à dependência química e psicológica (SABÓIA, 2014).

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, assinada pela Organização Mundial da Saúde em 21 de maio de 2003 e ratificada por 181 países, é um tratado que afeta o consumo global de tabaco. As formas indicativas de atingir esses objetivos incluem fortalecer o direito das pessoas de acessar informações científicas sobre os riscos de consumo, proteger os indivíduos da iniciação nas esferas legislativa, executiva e administrativa, promover a cessação do tabagismo e proteger as sociedades da exposição à fumaça do tabaco (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Sob o impulso da Convenção-Quadro, o Brasil assumiu as principais disposições da Convenção, isso se reflete em leis que apoiam a proibição de publicidade e comercialização de produtos do tabaco; a inserção de imagens de advertência nas embalagens dos produtos; a proibição de fumar em áreas total ou parcialmente cercadas por paredes divisórias, tetos ou toldos; tratamento de cessação do tabagismo fornecido pela Unidade sistema de saúde; e Impostos e taxas sobre maços de cigarros (GIAMBIAGI e ALÉM, 2018).

Os decretos GM/MS nº 1.035/04 e SAS/MS nº 442/, de 13 de agosto de 2004, definiram pela primeira vez que o tratamento de fumantes deve utilizar uma abordagem cognitivo-comportamental obrigatória, complementada por terapia medicamentosa. Esses atendimentos podem ser realizados por qualquer unidade de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (JAQUES, 2016).

4.5 O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no Sistema Único de Saúde (SUS)

No que diz respeito ao histórico dos programas sociais do Brasil que tratam do consumo de tabaco, primeiro é necessário investigar a percepção dos médicos nacionais sobre os malefícios desse comportamento. Um seminário denominado "Cartas de El Salvador" foi realizado no Estado da Bahia em 1979, de forma mais consolidada e importante, com o objetivo de conscientizar o estado, os profissionais médicos e a população em geral sobre os possíveis danos causados pelo tabagismo foco em saúde pessoal. Dessa oficina, surgiu o primeiro plano nacional antitabaco (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

Em 1989, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que atribuiu ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) o planejamento e a coordenação das atividades e a divulgação de material científico sobre os

malefícios do tabagismo. A partir desse primeiro passo, o Instituto começou a traçar planos, com foco em ambientes escolares, profissionais e unidades de saúde, para combater a cultura do tabagismo. O hábito de fumar na época era visto como um modo de vida e era estimulado por propagandas de marketing (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

A partir da década de 1950, o uso do tabaco foi identificado como fator de risco para uma série de doenças. No Brasil, campanhas de controle do tabagismo lideradas por profissionais de saúde e grupos médicos começaram a surgir na década de 1970, a ação governamental do governo federal começou a ser institucionalizada em 1985 com a criação do Grupo Consultivo Brasileiro para o Controle do Tabaco, e em 1986 com a criação do Plano Nacional de Fumo. Assim visualizou-se a necessidade de instrumentalizar todo esse processo, a fim de se trabalhar de forma organizada e que tivesse efeito no comportamento das pessoas, adotando-se então a metodologia e/ou abordagem cognitivo-comportamental (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2014).

Tabela 01: Principais abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação do hábito de fumar no SUS

Abordagens cognitivo-comportamentais	Características
Abordagem breve / mínima	Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo neste processo. Realizada por qualquer agente de saúde.
Abordagem básica	Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Realizada por qualquer agente de saúde, mas prevê retorno e acompanhamento.
Abordagem específica/intensiva	Atendimento ambulatorial específico para acolher e atender usuários que pretendem deixar de fumar. Individual ou em grupo, com periodicidade semanal, acompanhado de tratamento medicamentoso.

Fonte: Adaptado de ROSEMBERG (2016).

Assim, desde o final da década de 1980, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil na perspectiva da promoção da saúde vem sendo articulada pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que inclui uma série de ações nacionais que compõem um Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (SABÓIA, 2014).

O plano visa reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade associada ao consumo de produtos derivados do tabaco, seguindo um modelo

lógico em que ações de educação, comunicação e saúde, bem como o apoio à adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, a prevenção do tabagismo pode ser aprimorada, principalmente entre crianças, adolescentes e adultos jovens; a cessação do tabagismo pode ser promovida; as populações podem ser protegidas da fumaça ambiental do tabaco e os danos pessoais, sociais e ambientais dos produtos do tabaco podem ser reduzidos (CAVALCANTE, 2015; COSTA e SILVA, 2018).

Em novembro de 2005, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (FCTC/OMS), o primeiro tratado internacional de saúde pública destinado a conter a epidemia global do tabaco. A implementação do Plano Nacional de Controle do Tabaco passa a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, que visa adequar o país às medidas e diretrizes da CQCT/OMS. Ressalte-se que, por todo o trabalho realizado, o Brasil tem desempenhado um papel de destaque no processo de negociação do Tratado (SABÓIA, 2014).

O INCA desempenha várias funções dentro desta política. A Divisão de Controle do Tabaco (DITAB) articula a internalização das ações e medidas da CQCT/OMS, que também estão previstas no Plano de Ação Estratégico de Combate às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, no que diz respeito ao setor saúde, por meio do PNCT, conforme mencionado anteriormente (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

Como secretaria executiva do Comitê Nacional de Implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, o papel do INCA é articular a participação de todos os setores governamentais e o alinhamento com os objetivos e medidas estabelecidos na Convenção (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

Ao longo de sua história e agora com o objetivo de internalizar a CQCT/OMS no setor saúde, o Ministério da Saúde e o INCA trabalharam em rede e trabalharam em conjunto com as coordenações dos estados (Secretarias de Estado de Saúde e Educação) para desenvolver ações que, por sua vez, com o passar do tempo, multiplicaram-se com os grupos coordenadores das subprefeituras (secretarias municipais de saúde e educação) para desenvolver atividades de coordenação/gestão operacional e técnica do programa (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Este último combina a ação com profissionais que atuam em diferentes instituições (como escolas, unidades de saúde, universidades, etc.) envolvidas no controle do tabagismo e na prevenção do câncer (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Os Planos Nacionais de Controle do Tabaco primam por articular a implementação das seguintes disposições da CQCT/OMS: Educação, comunicação, treinamento e conscientização pública, assim como medidas de redução da demanda relacionadas à dependência e ao abandono do tabaco. Além disso, por meio de sua rede, cria uma capilaridade que ajuda a promover e fortalecer um ambiente propício para a implementação de todas as medidas e diretrizes de controle do tabagismo no país, mesmo que não sejam reguladas diretamente pelo setor (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

No que compete à cessação do fumo, a Portaria SAS/MS nº 1575/02 foi a que instituiu o tratamento formalmente no SUS, todavia, naquele primeiro momento limitava-o à alta complexidade, ou seja, apenas cidadãos que davam entrada em hospitais, especialmente por meio dos hospitais de alta complexidade conseguiam ter acesso ao mesmo ao tratamento para parar de fumar (BRASIL, 2020).

Assim, após uma série de levantamentos e discussões, publicou-se as Portarias GM/MS nº 1.035/04 e SAS/MS nº 442/04, ampliando o acesso também à rede de APS e média complexidade do SUS, além da ratificação do Plano para a Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, o Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas para Dependência à Nicotina e a definição da proveniência dos recursos financeiros de fomento à aplicabilidade do programa antitabagismo em todo o país (BRASIL, 2020).

No ano de 2013 foi publicada a Portaria nº 571 GM/MS, atualizando as Diretrizes de tratamento antitabagismo no SUS e confirmando a APS enquanto protagonista no desenvolvimento das ações de promoção à saúde e erradicação da doença provocada pelo uso do tabaco e seus derivados, revogando a portaria anterior e seu anexo que continha o PCDT mencionado acima, decisão esta que foi revista pela Portaria SAS nº 761, de 21 de junho de 2016, a qual valida as orientações técnicas do protocolo revogado, atrelando-a a um pacto de engajamento para a elaboração de um novo PCDT que favorecesse ao suporte de tratamento do tabagismo no Brasil que fosse baseado constantemente em evidências científicas atualizadas.

Quanto ao modelo de tratamento com a finalidade de se levar à cessação tabágica no SUS, são utilizados: a abordagem mínima, cognitiva e comportamental e a terapia medicamentosa, quando há necessidade avaliada, os medicamentos que são utilizados via protocolo do SUS são de dois tipos: os nicotínicos e os não-nicotínicos (BRASIL, 2020).

4.6 Desafios do Programa de Controle do Tabagismo nos diferentes segmentos da sociedade

As políticas contra o tabagismo começaram no Brasil em 1979, principalmente devido ao forte crescimento do consumo e às primeiras evidências de danos à saúde. O progresso da epidemia do tabaco desde a década de 1970. Entre 1970 e 1986, o número de cigarros vendidos no mercado interno cresceu 132%, enquanto a população adulta cresceu apenas 69% nesse período, e o consumo anual de cigarros passou de cerca de 780 per capita para mais de 1.200 (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

No entanto, seu enfrentamento tem se limitado às iniciativas de algumas organizações médicas. O primeiro Plano Nacional de Fumo (PNF) foi desenvolvido em julho de 1979 por 46 entidades, entre associações médicas, centros universitários, ministros da saúde e outros atores da sociedade civil, organizado pelo Encontro da Sociedade Brasileira de Câncer em São Paulo (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Em abril de 1980, foi realizada a primeira Conferência Antitabaco Brasileira. Desde 1989, o Instituto Nacional do Câncer é o órgão responsável pela política nacional de controle do câncer no âmbito do Ministério da Saúde, gerenciando as ações do então promulgado Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (MALCON, 2012).

Considerando o nível continental do Brasil, as enormes dificuldades impostas pelas diferenças regionais envolvendo perspectivas socioeconômicas e culturais, e o amplo alcance da estratégia da indústria do tabaco de expandir o consumo de seus produtos em todo o território nacional, este é um dos componentes operacionais importantes porque o planejamento é sua descentralização, seguindo a lógica estrutural do SUS (KHAIRALLA, 2016; KUHNEN, 2009).

O plano estabelece duas áreas principais, uma das quais é a redução do consumo de produtos do tabaco e a redução das taxas de tabagismo. A partir desta classificação principal, existem 5 áreas de atuação: A) Ação educativa com profissionais de saúde e educação; B) Ação educativa com populações em risco e população em geral; C) Ação legislativa e econômica; D) Ação Médico-Social E) Ação de Pesquisa e Informação, deste modo, faz-se necessário discutir a atuação do estado que é proposta por esse Programa de Controle a nível nacional (JAQUES, 2016).

Tabela 02: Estratégia de atuação estatal no mercado do tabaco proposta pelo PNCT

ÁREAS	AÇÕES
Fiscalização	A regulamentação , o controle e a fiscalização de todos os produtos derivados do tabaco por meio da ANVISA
Restrição à disponibilidade	Proibição da venda para menores de 18 e manobrar a carga tributária sobre a comercialização dos produtos derivados de tabaco
Controle da Promoção e Comercialização	Veto à propaganda comercial, inclusive Internet, bem como distribuição de amostras; Restrição da exposição do produtos no interior dos estabelecimentos, devendo estar acompanhada de advertências; Proibição do uso de descritores como light e suave nas embalagens; Inserção de ilustrações com advertências sanitárias nas embalagens, juntamente com o número do Disque – Saúde – Pare de Fumar;
Outras	Suspensão do financiamento à cultura do fumo em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco por meio do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Fonte: Adaptado de SARAIVA e FERRAREZI, 2016.

As ações educativas destinam-se tanto a populações consideradas críticas para a implementação da estratégia (profissionais de saúde e educação, legisladores, autoridades sanitárias e formadores de opinião) como a grupos de alto risco (crianças, adolescentes e adultos jovens; grávidas e grupos de alto risco); fumantes passivos; trabalhadores). A esses grupos foram propostas ações educativas diretas, produção em massa e divulgação de informações técnico-científicas, integração de ações de educação em saúde aos currículos escolares, serviços de saúde e ambiente de trabalho, campanhas de comunicação social e advocacia e mobilização de formadores de opinião (EFROYMSON et al., 2016).

A ação legislativa visa facilitar a elaboração de leis classificadas como essenciais, encaminhar projetos de lei, colaborar e fornecer informações, suporte técnico e assessoria aos

legisladores. O foco é proibir o consumo de tabaco em espaços públicos fechados, limitar a publicidade e patrocínios e obrigar a advertências nos maços de cigarros (SABÓIA, 2014).

A ação no setor econômico foi construída por meio do estímulo aos impostos e da exclusão do cigarro do cálculo do índice de custo de vida. A ação social médica concentra-se na implementação de programas de cessação do tabagismo pelo governo e ONGs (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Em 1995, após enviar amostras das cinco marcas de cigarros mais vendidas e produzidas ao Canadá para análise bioquímica de níveis tóxicos, o Ministério da Saúde deu um importante passo ao mobilizar uma ação legislativa para regulamentar os derivados do tabaco (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Os resultados foram confirmados no ano seguinte e mostraram que os níveis de várias das substâncias analisadas estavam bem acima dos níveis máximos estabelecidos por outros países (KHAIRALLA, 2016; KUHNEN, 2009).

Na época, foi elaborado um documento com uma série de recomendações para a criação de um mecanismo legislativo que obrigasse os fabricantes ou importadores de cigarros a informar o Ministério da Saúde sobre os ingredientes de seus produtos e divulgar essas informações nas embalagens dos cigarros. Recomenda-se também que o governo estabeleça um mecanismo para inspecionar e fiscalizar e padronizar métodos analíticos, etc (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

Na elaboração da promoção da cessação do tabagismo, o mais eficaz é ampliar o acesso aos tratamentos de cessação do tabagismo. A partir de 2000, essas atividades começaram com a divulgação de métodos eficazes de cessação do tabagismo por meio de campanhas, mídia e campanhas direcionadas a profissionais de saúde e reuniões com sociedades científicas para desenvolver consenso sobre métodos eficazes de cessação do tabagismo (MALCON, 2012).

No SUS, quando indicado, o tabagismo é tratado com abordagens cognitivo-comportamentais e suporte farmacológico. As abordagens cognitivo-comportamentais vinculam as intervenções cognitivas ao treinamento de habilidades comportamentais (JAQUES, 2016).

Para uma ampla gama de serviços, o PNCT faz parceria com o SUS para desenvolver programas, ações e atividades educativas. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal aliada, essa rede de apoio é a porta de entrada e de conexão com a população, além de

ser de fácil acesso e permitir suporte e acompanhamento aos usuários, facilitando o auxílio aos indivíduos que desejam parar de fumar (SABÓIA, 2014).

A atenção primária à saúde atua na manutenção e promoção da saúde por meio da organização de recursos básicos e avançados de saúde, desenvolvidos por uma série de estratégias focadas na ação preventiva de base comunitária. Número do decreto e protocolos clínicos e diretrizes de tratamento garantem a responsabilidade pela expansão dos métodos e tratamentos do tabagismo (JAQUES, 2016).

O programa funciona em conjunto com orientações voltadas à capacitação profissional dos trabalhadores de saúde, cadastro de unidades e usuários, mecanismos de referência e reversão e fornecimento de medicamentos para o tratamento do tabagismo. Por sua vez, o programa visa abordar o tema e as intervenções ao longo do percurso, focando a importância de desenvolver o sucesso cognitivo e comportamental e a prevenção de recaídas ao final do tratamento (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

As estratégias de controle do tabagismo são baseadas em três pilares: prevenção, proteção e tratamento. A prevenção é essencial para evitar que novas pessoas tentem fumar, principalmente entre a população mais jovem, e isso é feito basicamente por meio da educação. A proteção, por outro lado, tem a ver com a proteção da população dos efeitos da fumaça do tabaco no ambiente coletivo e, por fim, com o tratamento que deve ser oferecido a todos aqueles que desejam parar de fumar (KHAIRALLA, 2016; KUHNEN, 2009).

A luta do Brasil contra o tabagismo vem ocorrendo há décadas e, ao longo do tempo, o país adotou diversas estratégias, das quais vale destacar o PNCT, que trouxe diversas medidas de controle do tabagismo, como programas de cessação do tabagismo e ações educativas campanhas (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

4.7 Aspectos interdisciplinares do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil e sua relação com o processo de antropização

Há vários anos, o tabagismo e seus malefícios têm sido amplamente estudados e discutidos em todo o mundo. No entanto, como os problemas causados pelo tabagismo só recentemente ganharam notoriedade cientificamente, fatores históricos, sociais, culturais e econômicos determinarão como cada país em particular pensa e intervém para a combate de sua prática. Nesse sentido, é necessário analisar o histórico de tratamento do uso de tabaco no Brasil (RODRIGUES, 2009; ROMERO, 2017).

A partir da expansão dos conceitos de saúde e doença, somente em meados do século XX a desconstrução dos modelos biomédicos levou à inserção de fatores psicológicos no contexto da dependência química. O modelo biomédico, caracterizado por seu reducionismo, mecanismos, hospitalocentrismo e sua fragmentação do corpo humano, sustenta a inclusão desses sujeitos em clínicas psiquiátricas, onde são tratados com as mesmas técnicas de outros presos (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

Uma extensão desse conceito, iniciada pela Organização Mundial da Saúde em 1958 e aperfeiçoada ao longo dos anos, estabeleceu uma visão atual de contextualizar fatores psicológicos, orgânicos, sociais, culturais, políticos, econômicos, ambientais e familiares para compreender a dependência química. Avaliação, terapia, e as políticas públicas começam a tentar desenvolver o maior número possível de visões únicas, multidimensionais, interdisciplinares, holísticas e, o mais importante, humanizadas desses tópicos. Armada com essa visão mais complexa do fenômeno, que exige conhecimento e prática interdisciplinares, a terapia do tabagismo passou a incluir outras áreas especializadas, como psicologia, assistência social, terapia ocupacional, as ciências sociais, biológicas e humanas, (SABÓIA, 2014).

A natureza intergeracional dos hábitos de consumo, que envolve o aprendizado desse comportamento nas interações familiares, por meio dessa repetição dinâmica, é um conceito relevante para a compreensão desse fenômeno. Outras questões importantes levantadas foram os possíveis fatores de risco de origem familiar. Especialmente antes da adolescência, os fatores citados incluíram um sentimento de pertencimento, pressão de familiares, experiências de desconexão, negligência, status social mais baixo, mudança e/ou escola e regras muito rígidas (SARAIVA e FERRAREZI, 2016).

A terapia familiar sistêmica, incluindo condutas como acolhimento ao fenômeno e psicoeducação, pode fornecer às famílias ferramentas para lidar com a condição dos membros envolvidos e melhorar as relações familiares e sociais no grupo (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2014).

Reiterando as falas de Fernandes e Ramos (2016) a cerca das relações antrópicas, que segundo esses estabelecem-se quando indivíduos vão ocupando espaços, assim, à medida que se identificam cidadãos que fazem uso abusivo do tabaco, estuda-se as relações interdisciplinares e transculturais envolvidas nesses processos, que perpassam pelo acolhimento e a prestação do serviço de apoio profissional à cessação do fumo em um determinado território,

há ocupação de um lugar, a tomada de uma decisão e estabelece-se uma relação de antropização. Então, estudar o PNCT tem muita relação com o processo de antropização.

CAPÍTULO IV

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE CASTANHAL, “CIDADE MODELO DO ESTADO DO PARÁ” COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E IMPLANTAÇÃO DO PNCT.

Neste capítulo abordaremos a estruturação da Atenção Primária à Saúde no município de Castanhal, localizado na região nordeste do Estado do Pará. É tido como parte fundamental para que se compreenda a posteriori como se deu a implantação do PCNT nesta localidade e quais as especificidades desse espaço de saúde. A autora utiliza para este capítulo a sua experiência enquanto componente do quadro de servidores municipais de Castanhal e atualmente, por atuar na gestão como responsável técnica de polo da Estratégia Saúde da Família, faz uma abordagem que facilite o entendimento do corpo acadêmico e de pessoas da população em geral que tenham interesse em saber mais sobre a realidade do município. “Desejo que você viaje comigo pelo Município Modelo do Estado do Pará e apaixone-se por ele”. A autora.

4.8 Estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde no município amazônico de Castanhal-PA, com foco na Atenção Primária à Saúde, onde nasce o PNCT.

*Castanhal terra boa hospitaleira
Em progresso ninguém pode te igualar
Teu nome vem de frondosa castanheira
E cresce, cresce, sem parar.*

*Município modelo
Do estado do Pará
Cidade altaneira
Nós queremos te saudar*

*Coração do torrão a que pertence
Integração do norte do país
Depositais confiança em um povo
Que ao conhecer-te venturas prediz (...)
(MARQUES, 1975).*

Como descrito pelo trecho acima, extraído do Hino do município de Castanhal, estado do Pará, de autoria da professora Arlinda Marques (1975) e que foi publicado oficialmente por meio da Lei Municipal 2.115, de 06 de fevereiro de 1975, Castanhal, município de dentro da Amazônia brasileira é considerado “Modelo”, por seu potencial de desenvolvimento, especialmente econômico.

Diferente de outros municípios paraenses onde há riquezas de minérios, a origem do município de Castanhal é atribuída a um povoamento de colonos e imigrantes nordestinos, que se deslocaram para a região para a construção da rodovia Belém-Bragança, sendo a maior fonte de recursos da cidade do início aos dias atuais o comércio, que ancora várias cidades vizinhas, tornando-se um ponto de referência nessa região (IBGE, 2015).

“O desenvolvimento do Núcleo de Castanhal começou mesmo a partir do momento em que o Governo decidiu dar início à execução do tão discutido e até mesmo desacreditado por alguns homens da Província, Projeto de construção da ferrovia que ligaria Belém e Bragança, cuja obra conforme a região passou a ser chamada de

Estrada de Ferro de Bragança. (...) Em 1885, os trilhos chegaram à localidade de Itaqui às proximidades de Apeú, graças ao incansável trabalho desenvolvido por um dos heróis, que para essa promissora terra se deslocara como parte integrante da imigração nordestina, o coronel Antônio de Souza Leal, a quem o Governo confiara o comando de tão importante obra. A chegada dos trilhos, que muitos já não acreditavam mais, deu um impulso espetacular para esse acontecimento.” (IBGE CIDADES, 2015 *apud* PREFEITURA DE CASTANHAL, 2013).

Figura 5: Estrada de ferro (Belém - Bragança) em Castanhal Km. 58 (PA) - jun. 1953



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/castanhal/historico>

A cidade de Castanhal possui 91 anos de emancipação política e hoje é o núcleo principal deste estudo. No que compete a estrutura de saúde, possui tanto equipamentos sociais pertencentes à rede pública quanto à rede privada e vem adquirindo visibilidade de investimentos em várias especialidades médicas, em diferentes pontos de atuação da cidade, o que acredita-se que esteja relacionado ao grande crescimento populacional e às novas construções civis, industriais e comerciais na região, o que acaba por agregar a necessidade também de investimentos na área da saúde.

No âmbito municipal, o Sistema Único de Saúde é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e possui dentro da sua rede assistencial um hospital Municipal e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, além de alguns pontos de atendimentos de urgência em áreas mais distantes, que estão localizados nos Bairros do Jaderlândia (Unidade Thelrras 24 horas) e na Vila centenária do Apeú, ambas servindo de ponto de apoio, a fim de facilitar o acesso da população aos atendimentos básicos, sem a necessidade de encaminhamento à rede hospitalar, especialmente aos finais de semana, quando a maior parte dos serviços da Atenção Primária encontram-se fechados.

Além dos hospitais, fazem parte da rede assistencial: o Programa Melhor em Casa, o Centro de Reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), CEAPA (Centro de

Atenção à Pessoa com Autismo), Centro de Atendimento Especializado (CAE), Central de Regulação, 3 polos da academia da saúde, Vigilância em Saúde, Centro de Diagnósticos, Centro de Parto Normal, o primeiro da região Norte do Brasil, além dos hospitais e maternidades conveniadas com o SUS.

E por fim, na base de todo o arcabouço assistencial está a Atenção Primária à Saúde (APS), a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, também reconhecida pela expressão mais antiga, no entanto ainda bastante usual, Atenção Básica (AB). Este setor está diretamente ligado ao campo de estudo desse projeto, uma vez que é através da APS que foi implantado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Castanhal (PNCT).

Apesar dos inúmeros esforços do Ministério da Saúde de nos primeiros anos do PNCT interliga-lo à média e à alta complexidade da saúde devido às grandes complicações que a prática do tabagismo comprovadamente levam, como o adoecimento por patologias graves: câncer de pulmão, câncer de garganta, etc., em Castanhal a alancada do programa se deu quando o Ministério da Saúde, por meio do INCA, passou a adotar estratégias de combate ao fumo através da base do SUS – a APS.

A APS de Castanhal é composta de 51 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 14 Unidades Básicas de Saúde (das quais 04 estão localizadas na zona urbana e 10 na zona rural). Entre essas 14 UBS do município que eram mantidas exclusivamente com recursos municipais, 8 foram homologadas recentemente pelo Ministério da Saúde como EAP (Equipe de Atenção Primária) e passaram a receber recurso do Governo Federal para a sua manutenção (SISAB, 2023). As equipes da APS de Castanhal (ESF e EAP) concentram-se em 35 prédios, das quais 27 estão localizadas na zona urbana e 08 na zona rural.

A fim de que possamos compreender de uma maneira mais clara, é válido salientar que as equipes que se configuram como ESF ou EAP são mantidas com recursos provenientes dos três entes federativos: governo municipal, estadual e federal, sendo o quadro de servidores mínimo obrigatório para o pleno funcionamento de uma EAP, composto de: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem; e as equipes de ESF por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (CNES, 2023).

Segundo dados do MS, pelo último relatório de cobertura de ESF, Castanhal apresentou a marca de 82,47% de todo seu território, sendo a cobertura de toda a Atenção Básica do município de 88,94% até dezembro de 2020 (E-Gestor AB, 2021). Entretanto, através de cálculos realizados diretamente pela gestão técnica municipal de saúde, Castanhal já possui

hoje mais de 90% de cobertura da APS, dado este que só poderá ser confirmado como oficial após a publicação do novo relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB).

Até o ano de 2018 (grifo meu), a estrutura organizacional da Coordenação de Atenção Primária à Saúde estava articulada da seguinte forma:

Coordenação da Atenção Primária à Saúde, estando abaixo dela e interligada → Coordenação de Estratégia Saúde da Família e NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), atual eNASF → Coordenações dos Programas de Saúde da Família: Coordenação de Saúde da Criança, do Adolescente, Programa Saúde na Escola; Coordenação do Programa de Saúde da Mulher; Coordenação Municipal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica – PMAQ (extinto); Coordenação do Programa de Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); Coordenação dos Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) → e paralelo a todas essas coordenações, havia a coordenação de Saúde Mental e Saúde Bucal, que apesar de independentes no organograma do SUS, estão diretamente ligadas ao trabalho que fora desenvolvido na APS.

Todavia, a partir de 2018 viu-se a necessidade de ampliação da coordenação de ESF, já que organizar a estruturação e manutenção de 48 ESF e 14 UBS e juntamente a isso, apoiar 5 equipes de NASF ganhou maior complexidade, assim, para que um profissional apenas tomasse conta de tudo isso, poderia ser comprometida a qualidade do serviço. Então, no lugar de uma coordenação de ESF e NASF, passaram a existir duas Coordenações de ESF e NASF e Castanhal passou a ser dividida em 2 polos de atenção (coordenação de ESF/NASF Polo I e Polo II), divisão esta que passou a ser reelaborada a partir de 2021, quando se viu a necessidade de mais um profissional técnico, formando assim, para fins de organização do processo de trabalho, 3 polos ESF, além da discussão a respeito da importância de se transformar todas as coordenações abaixo da APS em Responsabilidades Técnicas, ação pontual que passou a ser desenvolvida a partir de 2021 (Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal, 2023).

Por conseguinte, a partir de 2021, em substituição às várias sub-coordenações atreladas à Coordenação Geral da APS de Castanhal, passou a existir apenas esta coordenação e hierarquicamente vinculadas a ela as responsabilidades técnicas dos programas (Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal, 2023).

Quanto a divisão por polo de ESF, Castanhal está atualmente dividida em 3 pontos de atenção, cada um deles ficando sob o encargo de organização do processo de trabalho de uma

enfermeira responsável técnica (RT) com expertise na área de saúde coletiva, ficando articulado da seguinte forma:

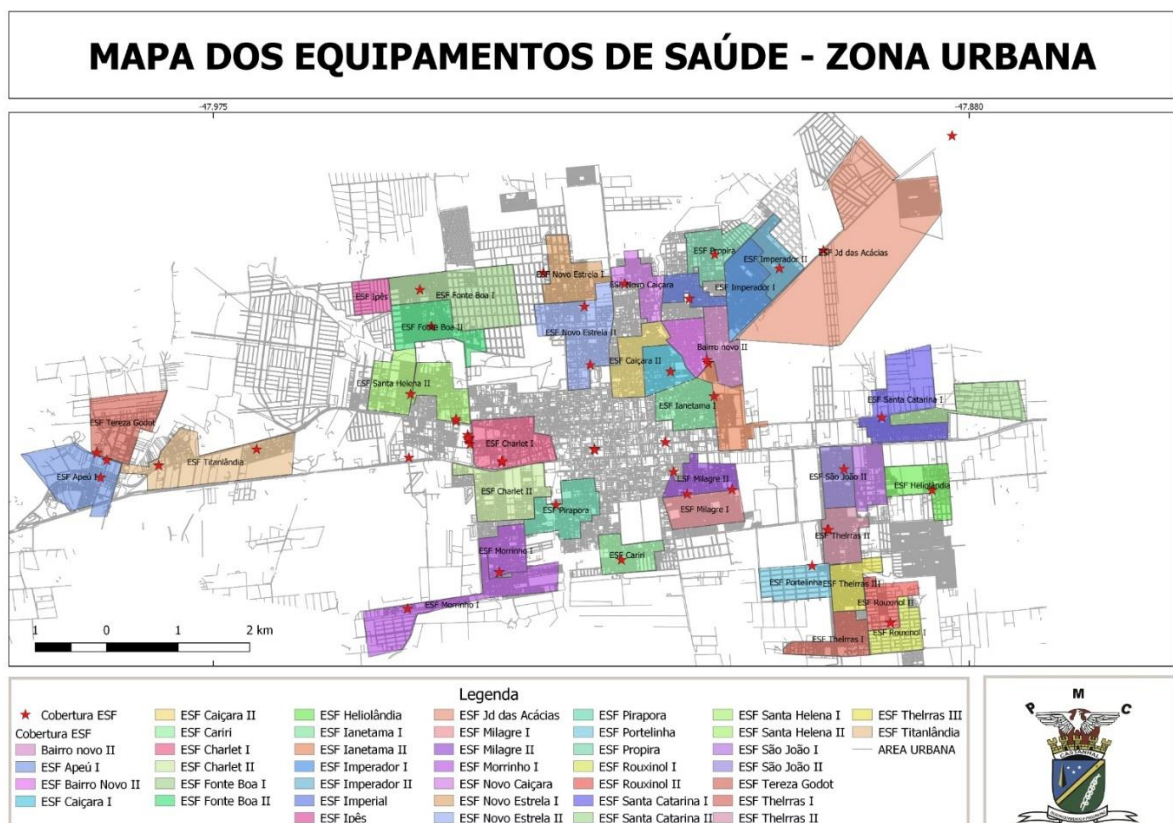
Tabela 3: Divisão da Atenção Primária à Saúde de Castanhal em polos de abrangência.

Polo de Estratégia Saúde da Família I Atual responsável técnica: Enf. Morgana Arruda	
Unidades de Saúde	Anexo (s)
USF Sarah Martins (Apeú I)	Posto do Corrente
USF Tereza Godot (Apeú II)	
USF Titanlândia	
EAP Betânia	
USF Eládio de Moura Melo (Santa Helena)	
USF Dr. Luís Charlet (Nova Olinda)	
USF João Marinaldo A. Viana (Morrinho)	
Pantanal	
USF José Alves de Souza (Fonte Boa)	
Ypês	
USF João Câncio Sampaio (Novo Estrela I)	
USF Mário Nascimento Ventura	Agrovilas Pacuquara, São Raimundo e Itaqui
USF Macapazinho	UBS da Agrovila Boa Vista
USF Francisco Correa	UBS da Agrovila São Lucas e Conceição
Polo de Estratégia Saúde da Família II Atual responsável técnica: Enf. Leila Barros	
USF Bacabal	Agrovila de Campinas
USF José Expedito Magalhães	
USF Francisco Lopes da Silva	
USF Severina Valente	
EAP FUNASA (Centro de Saúde de Castanhal)	
USF Paulo Sérgio Lima (Imperador)	
USF Dr. Jorge Netto (Imperial)	
USF Maria de Lourdes Sena (Jardim das Acácias)	
USF Antônia Mota (Novo Caiçara)	
USF Francisca Oliveira Jatene (Novo Estrela II)	
USF Ziulália Leão Luna (Propira)	
USF Santa Catarina	
USF Santa Terezinha	UBS da Agrovila de Iracema

Polo de Estratégia Saúde da Família III Atual responsável técnica: Enf. Luane Braga	
USF São João	
USF Thelrras da Costa Cunha (Carlos Rodrigues da Rosa)	
USF Moacir Monte Rodrigues (Heliolândia)	
USF Irlene Lima Ribeiro (Portelinha)	
USF Raimundo Gomes da Silva (Rouxinol)	
USF Esmailda Marinho de Oliveira (Milagre)	
USF Moacir Nogueira Lima (Cariri)	
USF Neuza Andrade Bonfim (Pirapora)	
USF José Olímpio de Brito (Janetama)	
USF Belchior Nogueira Dias (Agrovila Cupiúba)	UBS da Agrovila Bacuri e UBS do Assentamento João Batista
USF da Agrovila Castelo Branco	UBS da Agrovila Bom Jesus
USF 3 de Outubro	UBS da Agrovila Nazaré

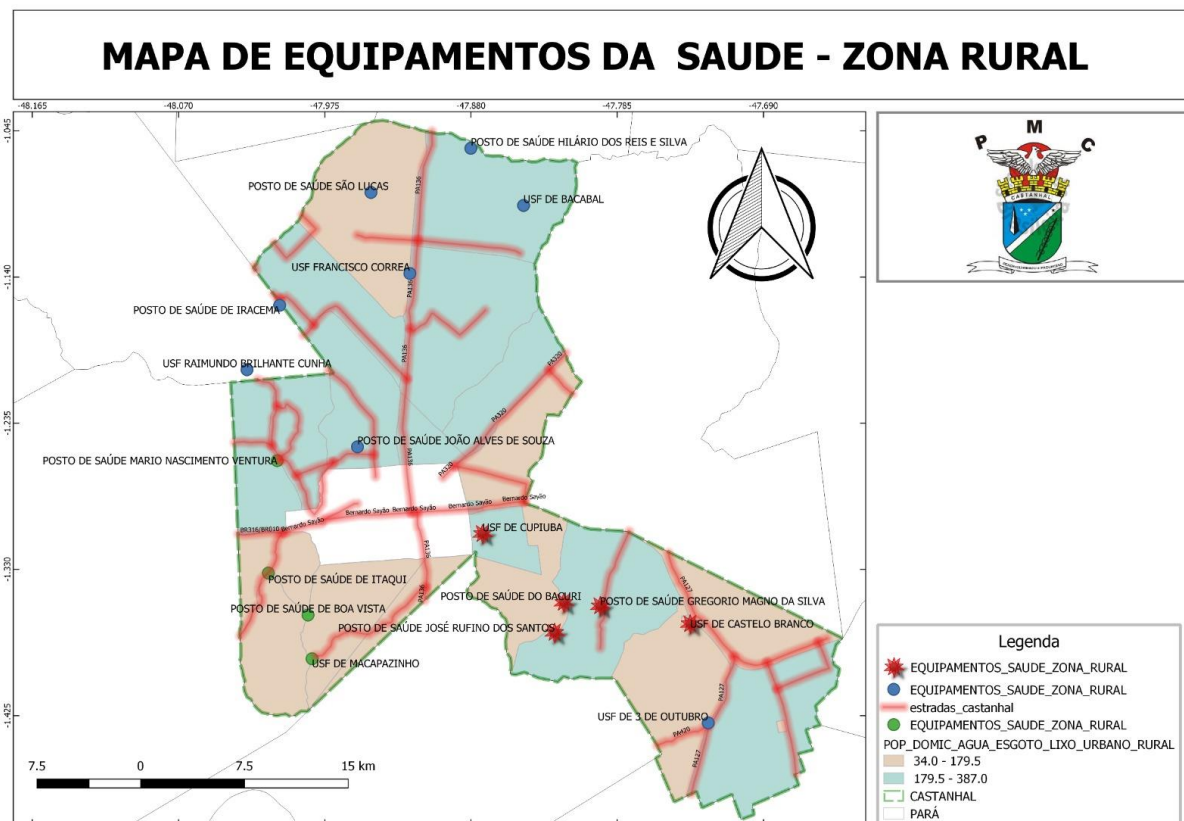
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal, 2023.

Figura 06: Mapa de Castanhal a partir da abrangência territorial das equipes de ESF da zona urbana.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal; Secretaria Municipal de Planejamento, 2020.

Figura 07: Mapa de Castanhal a partir da abrangência territorial das equipes de ESF da zona rural.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal; Secretaria Municipal de Planejamento, 2020.

Além disso, é válido salientar que também fazem parte da rede da APS de Castanhal 06 equipes multiprofissionais (E-MULTI), nova configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (E-NASF AP), o antigo NASF, que são compostas de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogas e terapeutas ocupacionais. As equipes contêm até 05 profissionais, que são escolhidos para essa configuração mediante estudo prévio do perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS, sendo de fundamental importância para o estabelecimento do vínculo da população com a rede assistencial da APS; bem como do usuário do SUS com os demais segmentos e equipamentos sociais que ficam no entorno das Unidades de Saúde. Tais profissionais passam frequentemente por educação permanente, como modo de subsidiar na efetividade do Programa de Controle do Tabagismo.

Mas, por quê há necessidade de se citar todos esses pontos de apoio? Porque lidar com o PNCT requer uma rede estruturada, com os múltiplos serviços alinhados. Por ser tratar de

uma dependência química a uma droga lícita, a rede tem que discutir mecanismos e estratégias favoráveis ao seu combate conjunto. Por ser um grande problema de saúde pública, acaba afetando múltiplos setores da sociedade.

Ao avaliar essa estruturação da rede assistencial de Castanhal-PA a partir da ótica do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, todos os profissionais envolvidos são considerados peças chaves em seus nichos de atuação e também no trabalho intersetorial / interdisciplinar para o bom êxito do que o programa se propõe: a cessação do fumo, a mudança do perfil cognitivo-comportamental através de um estilo de vida mais saudável e a reinserção à sociedade de um indivíduo saudável (ou mais saudável), que seja suporte para a sua vida e de motivação para os seus semelhantes.

Por meio do trabalho da APS, os profissionais ACS são fundamentais para a captação oportuna e qualificada do tabagista, por meio da abordagem mínima, pois são geralmente os primeiros profissionais de saúde que estabelecem contato com o usuário. A partir deles, a atribuição dos demais que passarão a ter seu momento de atenção será de grande valia e contribuição para a cessação do fumo.

Segundo o IBGE (2021), Castanhal possui uma estimativa populacional de aproximadamente 205.667 pessoas. No entanto, conforme dados do E-SUS AB, que é o Sistema de Informação que recolhe os dados alimentados pelos profissionais da APS (onde são lançadas suas produções diárias, cadastros domiciliares e individuais), pelo relatório emitido em dezembro de 2022 havia 196330 pessoas cadastradas no município por meio do Departamento de Atenção Básica. Com base nesse mesmo relatório, também é possível analisar a população cadastrada no Município de Castanhal por faixa etária e sexo, conforme está descrito na tabela 3, abaixo:

Tabela 4: Distribuição da população cadastrada no município de Castanhal por faixa etária e sexo até dezembro de 2022.

DESCRIÇÃO	MASCULINO	FEMININO	NÃO INFORMADO	TOTAL
MENOR DE 1 ANO	868	774	0	1642
1 ANO	1230	1265	1	2496
2 ANOS	1252	1269	0	2521
3 ANOS	1452	1411	1	2864
4 ANOS	1401	1408	1	2810
5 A 9 ANOS	7360	7136	3	14499
10 A 14 ANOS	7847	7703	7	15557
15 A 19 ANOS	7979	8474	7	16460
20 A 24 ANOS	8116	9453	5	17574

25 A 29 ANOS	7516	9209	6	16731
30 A 34 ANOS	7081	8894	5	15980
35 A 39 ANOS	7053	8699	9	15761
40 A 44 ANOS	6825	8304	8	15137
45 A 49 ANOS	5783	6922	8	12713
50 A 54 ANOS	5069	5870	2	10941
55 A 59 ANOS	4146	4911	4	9061
60 A 64 ANOS	3287	4063	3	7353
65 A 69 ANOS	2581	3198	3	5782
70 A 74 ANOS	1834	2306	1	4141
75 A 79 ANOS	1176	1585	3	2764
80 ANOS A MAIS	1390	2148	5	3543
TOTAL	91246	105002	82	196330

Fonte: e-SUS-AB, 2022.

4.9 Programa Nacional de Controle do Tabagismo na cidade Amazônica de Castanhal-PA

O nascimento do PNCT foi um ganho substancial à política de saúde pública brasileira, por meio da qual é considerado pioneiro em relação a inúmeros países do mundo e apesar dos grandiosos desafios para sua operacionalização no dia-a-dia da saúde coletiva, atinge a marca de estar entre os programas de saúde mais importantes e essenciais, sendo o seu crescimento de interesse comum a todos os atores envolvidos no processo de cuidar (SANTOS, et. AL, 2012).

Ao falar-se do PNCT na realidade amazônica e sobretudo, na especificidade da região Nordeste do Estado do Pará, cidade de Castanhal, não há perspectiva de uma análise sem o reconhecimento de entes públicos que foram ao longo da história sensibilizados pela importância da causa e que levantaram tal bandeira com o envolvimento total de suas forças, inclusive com o entrelaçar de suas vidas particulares para que o mesmo se tornasse efetivo.

O Programa de Controle do Tabagismo exprime uma necessidade latente de mergulhar sobre a necessidade de escuta do outro, do desabrochar de suas histórias de vida, do esmiuçar de suas memórias afetivas e, sobretudo, do deixar com que o indivíduo perceba que, por mais prazeroso que seja o ato de fumar, há prazeres que podem ser substituídos pela simples atitude de se deixar viver, de não se deixar morrer. Abandonar o fumo pode parecer para muitos como o cortar das asas de um pássaro, mas para nós tem que passar a ser o momento de soltar o pássaro da gaiola, deixá-lo voar, aproveitar a vida, aproveitar melhor o ar, respirar novos e melhores ares, viver o máximo que lhe for permitido pela natureza, viver.

Como anteriormente mencionado nesse estudo, a ideia proposta pelo PNCT existe desde o final da década de 80, e veio aprimorando-se com o passar dos anos. No início dos anos 2000 configurou-se com a parceria do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da

Saúde (MS). No entanto, em Castanhal-PA há relatos de que só passou a ser implantado a partir do ano de 2006, através da mobilização de uma enfermeira chamada Luciani Costa (*in memoriam*), a qual sentiu a necessidade de estimular os seus pacientes tabagistas a cessarem o fumo, já que havia tido acesso à evidências científicas que apontavam o grande problema de saúde pública atrelado a este mau hábito de vida e a complicação das comorbidades de base que estão frequentemente atreladas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, obesidade, entre outras. Tais fatores implicam em sequelas graves, se não controladas adequadamente.

A Unidade de Saúde da Família Dr. Luis Charlet, onde a Enf. Luciani Costa (*in memoriam*) atuava está localizada no Bairro Novo Olinda, às proximidades do Centro da Cidade de Castanhal e naquela época quando o referido programa passou a ser implantado, era vinculado ao extinto Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual possuía dentre os seus mecanismos de trabalho a realização da busca-ativa de usuários do SUS e suas respectivas famílias por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a fim de promover o cuidado, a prevenção, a proteção e recuperação da saúde da população dentro de áreas territoriais de abrangência do PSF.

A busca de usuários (procura e escuta qualificada) foi e é até hoje considerada um indicador importante para a tão esperada conscientização da população que necessitava ou necessita de tratamento de alguma doença, como é o caso da dependência química ao tabaco.

Iniciado de maneira tímida, em pouco tempo as expectativas sobre o PNCT foram sendo ampliadas, pois a USF Dr. Luís Charlet passou a ser procurada como suporte também para pessoas de outros territórios de abrangência da Atenção Básica de Castanhal, inclusive por municípios que não faziam nenhum tipo de acompanhamento pelo SUS, mas que ouviram falar da existência desse trabalho e passaram a frequentar à UBS. Foi a partir deste momento que a referida equipe de PSF tornou-se pioneira no tratamento do tabagismo no município de Castanhal e referência a todas as outras unidades de saúde do município.

Além dos momentos de atividades em grupo, característica principal do programa para tratamento do fumante no SUS, também havia possibilidade de tratamento medicamentoso para aqueles que não conseguiam cessar o fumo apenas com a abordagem cognitiva-comportamental. Depois de muitos anos recebendo pessoas de diversos lugares da cidade, chegou o momento de descentralizar o serviço a fim de oportunizar o acesso ao tratamento nos locais mais próximos de moradia dos usuários.

Passados 12 anos do início do PNCT em Castanhal, o programa já estava sólido na USF Charlet, mas com a entrada de uma nova gestão municipal de saúde, no ano de 2018 viu-se a necessidade de expandi-lo a todas as Unidades da Atenção Primária à Saúde, além de ir em busca da união de forças para o engajamento de uma quantidade maior de usuários do SUS, afinal de contas, via-se uma grande problemática de saúde envolvida e entendia-se que quanto mais ESF pudessem ofertar essa oportunidade de tratamento à população, maior seria o alcance de outros indicadores de saúde, dentre eles a diminuição dos óbitos por causas sensíveis à APS e melhor controle das inúmeras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que têm uma piora drástica na presença do tabagismo.

Assim, a USF Dr. Luís Charlet passaria da fase de captadora de tabagistas à fase de facilitadora e multiplicadora de conhecimentos acerca do PNCT, ajudando na capacitação e habilitação das demais 48 equipes de saúde da família existentes naquele ano (2018) em Castanhal, incluindo as equipes de toda zona urbana, do Centro às periferias da cidade, até as Unidades localizadas nas agrovilas e assentamentos, nas zonas rurais de Castanhal.

Iniciou-se então um processo ambicioso de discussão do protocolo municipal de acolhimento e acompanhamento do tabagista na APS, além da criação e divulgação do fluxograma de acolhimento desse usuário e a formação de equipe multidisciplinar por meio de rodas de conversas com profissionais de todas as categorias de trabalhadores do SUS, entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, etc, com suporte da gestão municipal.

O primeiro momento com esses profissionais foi usado pela Coordenação da APS e Coordenação de Controle do Tabagismo / DCNT para sensibilizá-los sobre a importância dessa discussão e como passariam a proceder no acompanhamento desses clientes dentro da APS.

À medida que os profissionais da rede SUS foram devidamente capacitados, passaram a ter corresponsabilidades na condução do programa. O período em que isso aconteceu foi no segundo semestre de 2018, por meio de uma grande mobilização voltada à melhoria do conhecimento técnico-científico, da escuta e abordagem mínima (pelos ACS) e escuta qualificada (que deve ser realizada por todos os profissionais da rede).

Além disso, a partir do ano de 2019, associado à qualificação dos servidores municipais da APS quanto ao programa, passou-se também a trabalhar na divulgação maciça do mesmo nas rádios locais, por meio das mídias eletrônicas e redes sociais. O objetivo naquele

momento era o de divulgar à população em geral os danos provocados pelos produtos do tabaco ao organismo humano, seja por tabagismo ativo ou passivo, bem como sensibilizar quanto aos malefícios ao ecossistema, isto é, mostrar a quantidade de danos que podem ser trazidos ou potencializados pelo simples uso do cigarro, por exemplo.

Na oportunidade, também mostrava-se que o PNCT existia, que o mesmo já estava consolidado como experiência exitosa no município, por meio da qual mais de 100 pacientes já haviam conseguido parar de fumar desde que o mesmo foi implantado e que a partir de então mais pessoas passariam a ter acesso a essa oportunidade de eliminar o tabaco de sua vida, já que todas as UBS estariam habilitadas para a execução do passo-a-passo e consolidação da cessação tabágica.

De acordo com os registros da coordenação municipal do PNCT em Castanhal-PA, ter iniciado o programa foi muito importante, um ponta pé inicial que precisava ser dado, entretanto, com o passar dos anos, pela própria especificidade do tabagismo ser uma dependência química que exige múltiplos esforços para cessá-la, passou a existir uma evasão substancial dos pacientes que iniciavam o controle da dependência pelo SUS, assim, apenas uma UBS sendo responsável por captar, sensibilizar e levar o indivíduo ao abandono do tabagismo não estava mais surtindo tanto efeito.

Dentre as principais justificativas: a distância entre o local de moradia e a unidade de saúde, a dificuldade de transporte e a forte síndrome de abstinência nos primeiros 15 dias de tratamento, algo que infelizmente levou a inúmeros usuários desistirem da cessação tabágica ainda no início do processo. Assim, entendeu-se que com a expansão do programa, seria mais fácil captar novos pacientes, iniciar o tratamento e acompanhar até a alta do programa por cessação do fumo, em diferentes localidades do município.

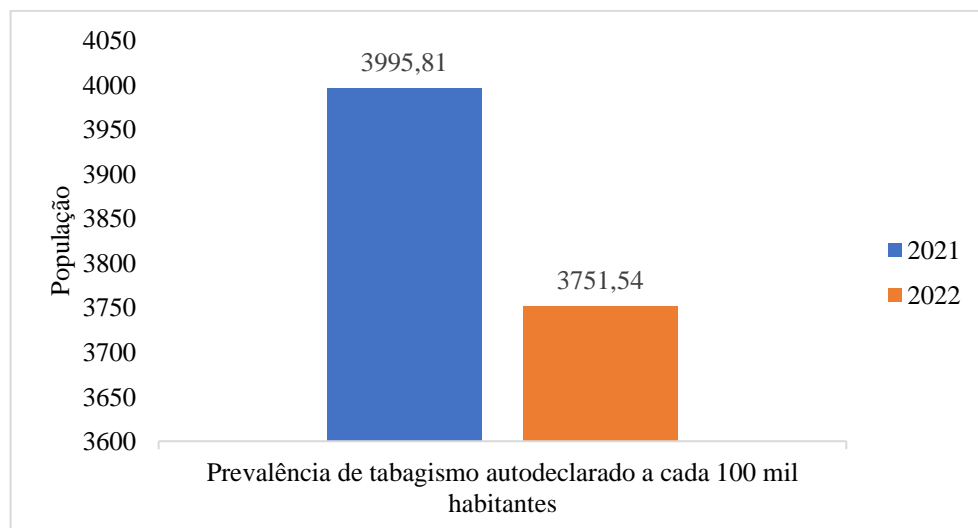
Anteriormente à descentralização do PNCT havia uma estimativa média de 15 clientes tratados por ano em Castanhal; se formos calcular esta estimativa desde o início do programa até o ano de 2018, em 12 anos o mesmo atingiu cerca de 180 pacientes, todavia, não há estudos preliminares que nos deem a certeza desses dados, tampouco há dados registrados no sistema de informação da coordenação municipal de Castanhal quanto aos usuários do SUS que permaneceram sem fumar após meses ou anos do tratamento na UBS.

Também não há relatos de que tenham sido realizados estudos que dimensionem a percepção dos clientes, dos profissionais de saúde diretamente envolvidos, nem mesmo da gestão municipal em relação ao tratamento de cessação ao fumo. Ou seja, o objetivo do

programa pode ou não está sendo atingido, todavia, é necessário que se façam estas análises conjuntas, para que se tracem continuamente novas estratégias de como melhorar o suporte aos usuários, equipe multidisciplinar e gestão municipal na alavancada do que preconiza o Ministério da Saúde, o INCA e inúmeros órgãos internacionais quanto à cessação do tabagismo, pois de uma coisa não há dúvidas: o sucesso do PNCT implica diretamente sobre a diminuição das taxas de mortalidade, já que está cientificamente comprovado o dano que o tabaco e seus derivados podem ocasionar às pessoas, aos animais, ao solo e ao ecossistema (JORNAL A VOZ DA SERRA, 2022).

A partir dos dados que são informados pelo sistema de informação e-SUS AB, Castanhal possuía até no ano de 2021: 7669 fumantes autodeclarados e em 2022: 7601, sendo estes dados provenientes das informações captadas no cadastro individual por meio dos agentes comunitários de saúde – ACS do município. Tais dados implicam em uma prevalência de 3995,81 indivíduos tabagistas para cada 100.000 habitantes em 2021; e 3751,54 indivíduos tabagistas para cada 100.000 habitantes no ano de 2022, isto é, representam um dado alarmante para a saúde do município (e-SUS AB, 2023).

Figura 08: Comparativo entre a prevalência de usuários tabagistas autodeclarados no município de Castanhal-PA em 2021 e 2022.



Fonte: e-SUS AB, 2023

Deste modo, tendo como embasamento o dado acima (figura 08) entende-se que apesar de uma queda de 6,11% na prevalência de tabagistas de 2021 para 2022, o número de fumantes continuou alto no município até o ano de 2022, portanto, a importância do Programa de Controle se mostra ser substancial.

CAPÍTULO V

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO E EXECUÇÃO

Neste capítulo abordaremos o arcabouço metodológico do estudo: a questão-problema que nos motivou a desenvolvê-lo e a classificação do estudo; tipologia e tipo de abordagem; os critérios de inclusão e de exclusão; área do estudo; riscos e benefícios; técnicas e instrumento de coleta de dados; delimitação do período do estudo; aspectos éticos; tabulação e análise de dados.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Questão-problema e Classificação do estudo

A escolha da abordagem desta pesquisa foi possibilitada por meio da elaboração da seguinte questão-problema: o Programa de Controle do Tabagismo do Município de Castanhal-PA avançou em indicadores de efetividade após descentralização na Atenção Primária à Saúde?

5.2 Tipologia do Estudo

Estudo transversal descritivo de cunho exploratório, que tem como característica descrever uma população alvo, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (RAUPP; BEURENI, 2003; SILVA; MENEZES, 2005; MARCONI; LAKATOS, 2015).

5.3 Abordagem do estudo

A abordagem do estudo foi do tipo quantitativa. A pesquisa quantitativa “considera tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 20).

5.4 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos usuários tabagistas, cujas fontes de dados foram os formulários do FORMSUS de todos os usuários vinculados às 51 Equipes de Saúde da Família do município de Castanhal-PA que tenham tido acesso ao tratamento antitabagismo no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. A amostra foi constituída por 227 cidadãos acolhidos pelo programa de controle do tabagismo no período supracitado. Foram excluídos da amostra 7470 usuários por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão delimitados. Os dados foram consolidados por ano isolado de estudo e dados gerais do período analisado.

5.5 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos no estudo todos os usuários tabagistas, vinculados aos 35 prédios da Saúde que pertencem à Atenção Primária do município de Castanhal-PA (incluindo as ESF e os postos de saúde – hoje denominados EAP) que aderiram ao programa de combate ao tabagismo de janeiro de 2021 a dezembro de 2022.

Foram contabilizados para a consolidação dos dados os indivíduos tabagistas autodeclarados que compareceram para primeira avaliação clínica do Programa de Controle do Tabagismo, por meio da rede pública de saúde de Castanhal. Deste modo, os indivíduos que

porventura tiverem sido assistidos somente pela rede privada ou aqueles cadastrados pelo agente comunitário de saúde, que se declararam fumantes, mas não compareceram para iniciar acompanhamento para a cessação tabágica pela rede SUS, não compõem a amostra desta pesquisa. Do total de 7601 tabagistas autodeclarados por meio do ACS, 227 compareceram para acolhimento no programa; e 7.470 que não compareceram, portanto foram excluídos da amostra.

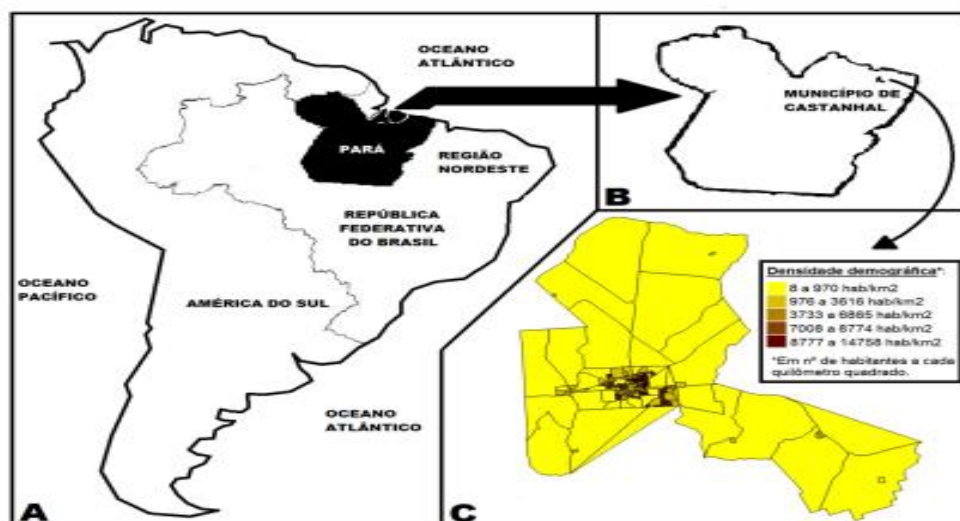
Além disso, também foram excluídos do estudo os usuários cujas planilhas do FORMSUS estavam incompletas ou inelegíveis, ou que estavam indisponíveis no momento da coleta e/ou sob jurisdição legal. Excluindo-se também os atendimentos que tenham sido realizados pelos equipamentos de saúde vinculados ao segundo e terceiro nível de complexidade de assistência do SUS (entre eles: os Hospitais, os Centros de Atendimentos Especializados e a Unidade de Pronto Atendimento-UPA 24 horas).

5.6 Área do estudo

A pesquisa foi realizada no Município de Castanhal, localizado na região Nordeste do Estado do Pará, região da Amazônia brasileira a cerca de 70 quilômetros de distância da capital, Belém do Pará.

De acordo com dados do último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população do município de Castanhal é de 192.262 habitantes, formando uma área com densidade demográfica de 186,79 hab/km²; distribuídas em áreas urbanas e rurais (IBGE, 2022).

Figura 09: Mapa da cidade de Castanhal, ampliado dos mapas do Pará e Brasil.



5.7 Riscos e benefícios

Tendo em vista que o tratamento para cessar o fumo que é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é considerado um dos mais efetivos e promissores do mundo, angariando várias conquistas ao longo da história de luta contra a indústria do tabaco e fortalecimento da assistência aos indivíduos que desejam melhorar suas condições de saúde por meio do abandono do tabagismo, através do presente estudo é possível avaliar a capacidade do município de Castanhal, cidade amazônica, localizada no Estado do Pará, quanto ao acolhimento e adesão de usuários ao tratamento antitabágico de forma satisfatória.

Por meio dos resultados desta pesquisa a gestão municipal poderá rever estratégias para a melhoria contínua da abordagem ao tabagista, conhecer a distribuição dos atendimentos nas diferentes áreas do território, tanto pelas unidades da zona urbana quanto rural; e analisando as equipes que obtiveram o melhor desempenho, a fim de que estratégias similares sejam adotadas, auxiliando na melhoria do Programa como um todo, especialmente a partir das trocas de experiências entre os profissionais da rede de saúde e processo de educação permanente entre a gestão e os atores envolvidos neste processo, fomentada pela análise desse estudo.

Além disso, como arquivo final desse estudo, o Departamento de Atenção Primária à Saúde poderá utilizar os dados para pesquisar a percepção dos usuários e trabalhadores do SUS acerca do programa, os desafios relatados pelos mesmos para promover mudanças no sistema que possibilitem um trabalho mais efetivo, assim, espera-se que se agregue ao PNCT melhores resultados a curto, médio e longo prazo, com base no que se propõe a presente pesquisa e a partir dela, novos estudos.

Assim, mediante os benefícios elencados anteriormente, e tendo em vista que os usuários tabagistas pesquisados terão suas identidades preservadas durante todas as etapas deste estudo, não há registro de potenciais riscos para os mesmos, nem mesmo para a gestão e/ou serviços de saúde.

5.8 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados

Após assinatura do termo de consentimento da instituição pela secretária Municipal de Saúde de Castanhal-PA para o acesso da pesquisadora aos dados (apêndice A), utilizou-se para a coleta de dados um formulário contendo 17 questões elaboradas pela autora baseado no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, adaptadas do FORMSUS (apêndice B), em que constam itens que foram preenchidos a partir dos dados das próprias planilhas do FORMSUS disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, para caracterização dos participantes do estudo

e subsídio à avaliação da adesão ao Programa de Controle do Tabagismo no município de Castanhal-PA, como a partir de dados fornecidos pelos profissionais de saúde vinculados ao município.

As variáveis coletadas foram: Unidade de vínculo, sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor; renda familiar, tempo de tabagismo, quantidade de cigarro consumido diariamente, grau de dependência à nicotina participação em atividades educativas, número de encontro no Programa, tratamento utilizado e resultado do tratamento.

As informações colhidas por meio do referido instrumento foram preenchidas com base no Sistema de Informação elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), como suporte para a gestão e monitoramento do Programa de Controle do Tabagismo em âmbito municipal, estadual, federal e do Distrito Federal, conhecido como FORMSUS.

Entretanto, alguns dados estavam incompletos no FORMSUS e para que fossem contemplados, foram acessados por meio dos trabalhadores do SUS dos referidos locais de abrangência do PNCT, sem que houvesse a necessidade da pesquisadora ter tido contato com os prontuários ou dados pessoais dos pacientes, dentre esses outros dados coletados estavam o conhecimento do nível de escolaridade desses usuários e a renda familiar e estado civil, a fim de que pudesse ser realizada uma avaliação mais ampla da influência ou não de tais aspectos no processo de tabagismo e/ou da cessação do mesmo.

Deste modo, a técnica de coleta utilizada para a pesquisa quantitativa se dá com base em dados secundários, informados pelas Unidades Básicas de Saúde.

Por meio do FORMSUS, os dados dos sujeitos da pesquisa são organizados em uma planilha em Excel, que é alimentada em períodos específicos, ao final dos 3 quadrimestres ao ano. Cada Unidade de Saúde de Castanhal preenche um formulário impresso do FORMSUS e presta conta com o gestor municipal ao final do dos meses abril, agosto e dezembro, sinalizando a quantidade de acolhimentos a tabagistas que foram realizados por meio do programa, a idade, sexo, condições referentes ao paciente no momento da 1ª consulta de avaliação clínica (se o mesmo compareceu fumando, abstinente ou em manutenção da cessação tabágica), grau de dependência ao cigarro (avaliado por meio do score de Fagerstron - muito baixo, baixo, moderado, alto ou muito alto), se houve necessidade do uso de medicamentos (goma de mascar, adesivos de Nicotina de 7 mg, 14 mg ou 21 mg, bupropiona 150 mg), entre outras informações relevantes ao tratamento.

A devolutiva destas informações ao Sistema computacional da Secretaria de Saúde fica sob o encargo do enfermeiro supervisor e responsável técnico de cada equipe de Saúde da Família; e por meio dos dados supracitados é possível caracterizar a população acompanhada em determinado local e período do ano, que neste estudo específico, trata-se de Castanhal-PA.

Os referidos dados são entregues ao Gestor Municipal que é responsável técnico pelo programa no município de Castanhal e este, consolida-os em outra planilha do FORMSUS, onde **não consta o nome do tabagista e nem mesmo outros dados que possam identificá-lo** (grifo meu), apenas os dados generalistas que serão enviados ao Centro Regional de Saúde, que no caso de Castanhal, trata-se do 3º Centro Regional de Saúde do Pará (3º CRS / PA). A partir deste documento, gera-se um arquivo com dados da macrorregião, que são enviados ao nível Central do Estado: Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) e de lá para o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

5.9 Delimitação do período do estudo

O período de coleta de dados para este estudo foi de janeiro de 2021 a dezembro de 2022, período este que compreende o início do período pós pandemia da COVID 19, ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, a qual acredita-se que tenha prejudicado demasiadamente a assistência à saúde na Rede de Atenção Primária em todo o Brasil.

5.10 Aspectos éticos do estudo

Este estudo analisou dados do Sistema de Informação FORMSUS, cujos dados consolidados enviados ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) não permite que seja visualizada a identificação dos tabagistas que foram atendidos pelo Programa. Desta forma, atende aos aspectos éticos da pesquisa, resguardando os dados sensíveis dos clientes assistidos, preservados em todas as fases da pesquisa. Nestes casos, não sendo exigida a submissão em comitê de ética em pesquisa, por não implicar potenciais riscos aos sujeitos envolvidos.

Enquadra no que é estabelecido pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, em especial no 1º artigo, inciso VII, que cita não haver necessidade de serem registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP as pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

5.11 Tabulação e análise dos dados

Os dados quantitativos deste estudo foram organizados usando o Microsoft Office® Excel 2013, em que a análise de tendência temporal foi realizada por regressão linear. Uma

tendência foi considerada significativa quando o modelo de regressão estimado teve $p \leq 0,05$. Foi realizada a análise estatística descritiva retrospectiva das variáveis selecionadas; o teste qui-quadrado para avaliar diferenças com intervalo de confiança de 95% e o Microsoft Office® Excel 2013 para visualização e análise dos dados. Dados demográficos obtidos de base de dados do IBGE também foram considerados para estimar a incidência de tratamentos.

De acordo com Lima-Costa e Barreto (2003), os estudos descritivos têm a finalidade de determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. É um tipo de estudo que examina como a incidência e/ou prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, entre outras variáveis.

Além disso, é válido ressaltar que neste estudo a variável dependente é a confirmação da condição de o indivíduo tabagista auto referido ter tido acesso ao serviço de tratamento para cessação do fumo, pelo menos na fase de avaliação clínica (1ª etapa do tratamento). Dentre as informações colhidas via FORMSUS, as variáveis independentes consideradas no processo de pesquisa foram: o Número de pacientes que participaram do tratamento por sexo (categorias: Masculino ou Feminino) e faixa etária (categorias: de 18 anos a 29 anos de idade; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos; e de 60 anos ou mais); escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; estado civil (solteiro; casada; união estável; viúvo; divorciado); raça/cor (branca; preta; parda; amarela; e indígena); renda familiar (até 1 salário mínimo; até 2 salários mínimos; até 3 salários mínimos; até 4 salários mínimos; 5 ou mais salários mínimos); tempo de tabagismo; quantidade de fumos ao dia; grau de dependência à nicotina; tratamento utilizado; e conclusão do tratamento.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Neste capítulo abordaremos os resultados alcançados com base nos objetivos inicialmente propostos nesse estudo e diante da realidade vivenciada nos procedimentos metodológicos de execução da pesquisa, coleta de dados, tabulação e análise. Por meio deste será possível reconhecer a especificidade do Programa de Controle do Tabagismo no Município Amazônico de Castanhal-PA.

6. RESULTADOS

Trabalhou-se com uma amostra de 96 indivíduos no ano de 2021 e 131 indivíduos no ano de 2022 totalizando uma somatória de 227 indivíduos. Destes, 89 (39,1%) eram do sexo masculino e 138 (60,9%) do sexo feminino, a idade que esteve mais frequente no estudo foi de “60 anos ou mais” com um total de 91 indivíduos com esta faixa de idade (40,0%).

Na Tabela 05 e Tabela 06 pode-se observar o perfil epidemiológico do estudo relacionado ao “sexo” e “idade”. Pode-se observar também que as variáveis “sexo” e “idade” se apresentaram associadas estatisticamente (p-valor = 0,563 e p-valor = 0,756).

Com base nestes dados, tanto em pessoas tabagistas do sexo masculino, quanto do sexo feminino, a maior faixa de idade de pacientes acompanhados foi a de 60 anos ou mais; trazendo um dado importante de que, apesar da idade avançada, estes cidadãos entenderam a importância de cessar o fumo e foram em algum momento sensibilizados pela equipe de saúde.

Tabela 05: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “sexo” e “idade” no ano de 2021.

	2021				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Quantidade	%
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Idade						
18 - 29	03	7,3%	03	5,8%	06	6,5%
30 - 39	08	19,0%	04	7,4%	12	12,4%
40 - 49	06	14,2%	13	24,0%	19	19,7%
50 - 59	10	23,8%	11	20,3%	21	21,8%
60 ou mais	15	35,7%	23	42,5%	38	39,6%
TOTAL	42	43,7%	54	56,3%	96	100%

*Fonte: Unidade de Saúde de Vínculo, 2023; FORMSUS, 2021; FORMSUS, 2022.

‡ Sexo. P = 0,563. X²= 18,335

Tabela 06: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “sexo” e “idade” no ano de 2022.

	2022				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Quantidade	%
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Idade						
18 - 29	05	11,1%	04	4,7%	09	7,5%
30 - 39	06	12,7%	08	9,5%	14	10,6%
40 - 49	09	19,0%	14	16,6%	23	17,4%
50 - 59	10	21,2%	22	26,1%	32	24,3%
60 ou mais	17	36,0%	36	42,8%	53	40,2%
TOTAL	47	65,6%	84	34,4%	131	100%

*Fonte: Unidade de Saúde de Vínculo, 2023.
FORMSUS, 2021; FORMSUS, 2022.

P = 0,756. X²= 19,775

Quando se avalia o fator socioeconômico renda familiar, observa-se que na Tabela 07, dos 227 indivíduos investigados, 109 (47,9%) informaram aos profissionais de saúde do município terem de 02 a 03 salários mínimos e nenhum indivíduo investigado recebe mais do que 04 salários mínimos. Isto é, pode-se compreender que a baixa renda pode estar diretamente associada a propensão ao hábito de fumar.

E na tabela a seguir, pode-se observar também que as variáveis “renda familiar” e “raça/cor” se apresentaram associadas estatisticamente (p-valor= 0.0001).

Tabela 07: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “renda familiar” e “raça/cor” no ano de 2021 e 2022.

	RENDA FAMILIAR				TOTAL	
	Até 01 salário mínimo	De 02 a 03 salários mínimos	De 03 a 04 salários mínimos	Mais de 04 salários mínimos	Quantidade	%
<i>Raça/Cor</i>						
Branca	07	05	01	00	13	5,9%
Parda	22	49	02	00	73	32,1%
Amarela	72	47	02	00	121	53,2%
Preta	12	08	00	00	20	8,8%
TOTAL	113	109	05	00	227	100%

* Fonte: Unidade de Saúde de Vínculo, 2023.

P = 0,0001. X²= 18,486

Na Tabela 08 observa-se que dos 227 indivíduos avaliados, 91 (40%) fumam mais de 04 cigarros por dia. Observa-se também que 116 indivíduos fumam por um tempo superior a 20 anos. Pode-se observar também que as variáveis “tempo que é fumante” e “quantidade de cigarros por dia” se apresentaram associadas estatisticamente (p-valor= 0.000).

Tabela 08 - Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “tempo que é fumante” e “quantidade de cigarros por dia” no ano de 2021 e 2022.

	TEMPO QUE É FUMANTE				TOTAL	
	Até 05 anos	De 06 a 10 anos	De 11 a 20 anos	Mais de 20 anos	Quantidade	%
Quantidade de cigarros por dia						
Até 04	12	24	05	31	72	31,9%
De 05 a 10	07	14	11	32	64	28,1%
Mais de 10	02	02	34	53	91	40,0%
TOTAL	21	40	50	116	227	100%

* Fonte: Unidade de Saúde de Vínculo, 2023.

P= 0,000. X²= 19,867

Na Tabela 09 verifica-se que dos 227 indivíduos avaliados, sendo que 97 indivíduos (42,6%) apresentaram grau de dependência elevado para nicotina. As variáveis “participou de atividades educativas” e “grau de dependência” se apresentaram associadas estatisticamente (p-valor = 0, 002).

Tabela 09 - Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “participou de atividades educativas” e “idade” no ano de 2021 e 2022.

	PARTICIPOU DE ATIVIDADES EDUCATIVAS				TOTAL	
	SIM		NÃO		Quantidade	%
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Grau de dependência						
Baixo	35	15,4%	40	17,6%	75	33%
Médio	23	10,1%	11	4,8%	34	14,9%
Elevado	54	23,7%	43	18,9%	97	42,6%
Muito elevado	08	3,5%	13	5,7%	21	9,5%

* Fonte: Unidade de Saúde de Vínculo, 2023.

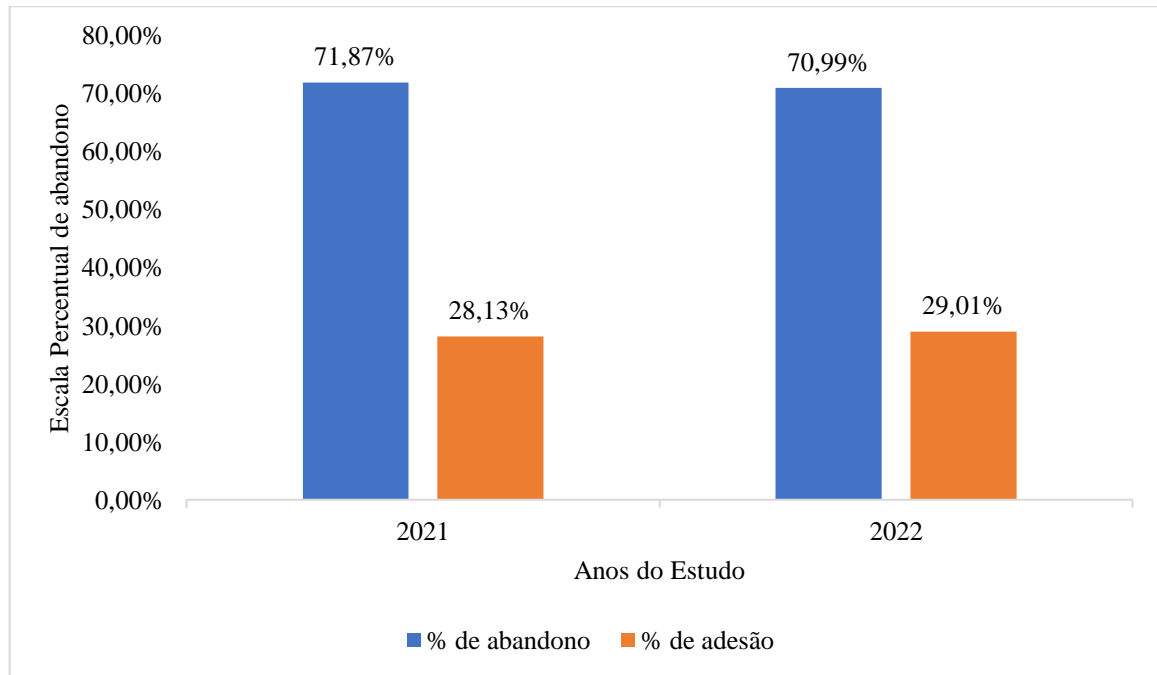
‡ Sexo. P = 0,002. X²= 0,335

No que compete à participação em atividades coletivas, sabe-se que esta é uma abordagem amplamente divulgada pelo INCA aos profissionais de saúde, também conhecida como terapia em grupo, onde os participantes compartilham seus anseios, suas dificuldades para parar o hábito de fumar, mas também relatam suas conquistas com o auxílio das equipes multiprofissionais.

E assim, entende-se que quanto maior o grau de dependência, maior é a dificuldade em cessar o fumo, por consequência, mais preparada a equipe da saúde deve estar para dar o suporte conforme às reais necessidades individualizadas de cada paciente acolhido junto ao programa.

Quanto à efetividade do Programa, a mesma está diretamente vinculada à taxa de abandono e ao resultado obtido pelos indivíduos no final do período de acompanhamento. Em 2021, do total de 96 indivíduos assistidos, 69 abandonaram o tratamento, o que corresponde a 71,87% de evasão. Já em 2022, do total de 131 indivíduos, 93 abandonaram o tratamento – correspondendo a 70,99%, isto é, se comparados os dois anos, percebe-se uma queda muito tímida do percentual de evasão, porém, este ainda é considerado um valor importante, implicando diretamente sobre a qualidade e efetividade do PNCT. Esses dados estão expressos na figura a seguir:

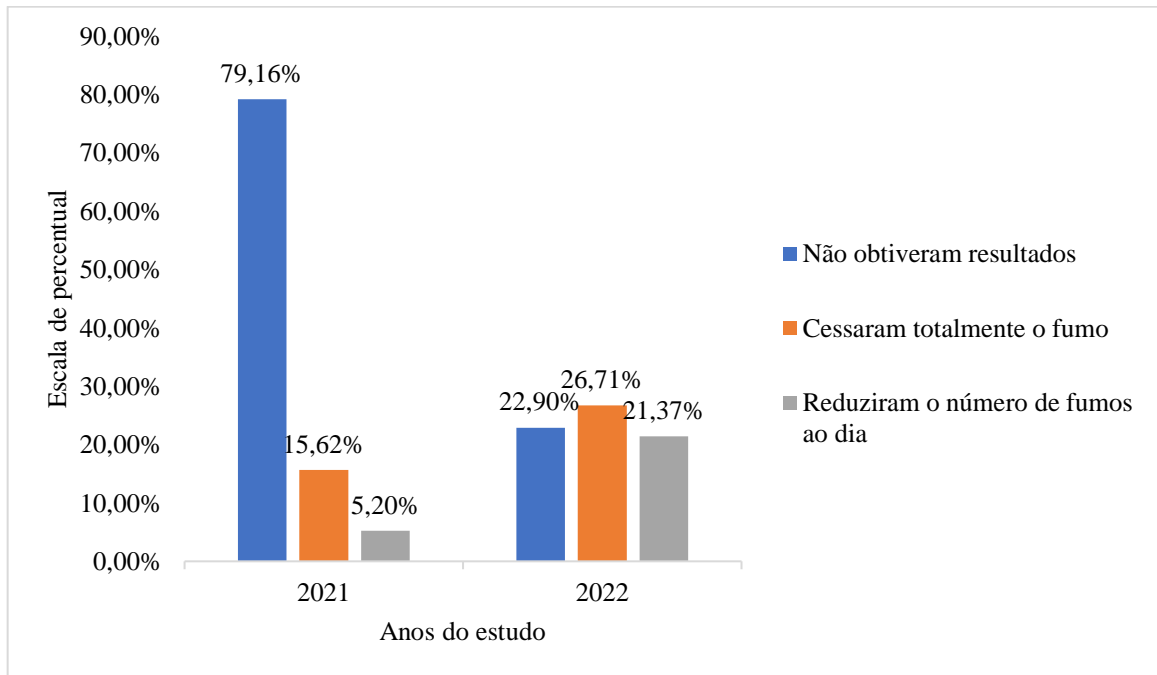
Figura 10: Comparativo entre o percentual de abandono e percentual de adesão ao tratamento antitabagismo município de Castanhal-PA em 2021 e 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Já em relação ao modo como os participantes do estudo chegaram ao final do tratamento, observa-se que do total de 96 indivíduos em 2021, 76 (79,16%) não obtiveram resultados, isto é, permaneceram fumantes mesmo após o acolhimento por parte da equipe de saúde; 15 (15,62%) cessaram totalmente o tabagismo e 05 (5,20%) conseguiu reduzir a quantidade de fumos por dia. Em 2022, os dados se apresentaram estatisticamente da seguinte forma: 30 tabagistas acolhidos pelo PNCT (ou seja 22,90%) não obtiveram resultados, permaneceram fumantes; 28 (21,37%) reduziram a quantidade de fumos ao dia e 35 (26,71%) conseguiram cessar totalmente o hábito de fumar (figura 11).

Figura 11: Comparativo entre o percentual de resultados do tratamento antitabagismo no município de Castanhal-PA em 2021 e 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Ou seja, apesar do quantitativo de pacientes que chegaram à fase de conclusão com cessação do tabagismo por completo ter sido considerado pequeno quando comparada à evasão desses cidadãos do Programa, avalia-se como um ponto positivo que em 2022 tenha havido um quantitativo maior de pacientes com acesso a resultados promissores. O quantitativo de pacientes que foram acolhidos pelo PNCT foi maior em 2022 quando comparado a 2021 e o percentual de cessação de fumo também foi equiparado, chegando a quase 10% a mais em 2022.

Em relação às Unidades de Saúde, também observou-se um comportamento divergente de um território para o outro quando comparados os números de acolhimento de indivíduos ao PNCT e os de resultados obtidos pelos mesmos. Para esclarecer melhor esta informação, elencamos a seguir uma tabela com 15, do total de 32 unidades de saúde que compuseram o N amostral desta pesquisa. As mesmas foram elencadas em ordem decrescente do número de usuários acolhidos pelo serviço público de saúde de Castanhal-PA.

Tabela 10: Perfil dos indivíduos de acordo com variáveis de “unidade de saúde de vínculo” e “resultados” no anos de 2021 e 2022.

Unidade de Saúde de vínculo	Sarah Martins
Total de usuários acolhidos	18
Resultado	Não obtiveram resultados: 17 Cessaram o tabagismo totalmente: 0

	Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 01
Unidade de Saúde	Bacabal
Total de usuários acolhidos	16
Resultado	Não obtiveram resultados: 16 Cessaram o tabagismo totalmente: 0 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 0
Unidade de Saúde	José Espedito Magalhães
Total de usuários acolhidos	14
Resultado	Não obtiveram resultados: 7 Cessaram o tabagismo totalmente: 6 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 1
Unidade de Saúde	Thelrras da Costa Cunha
Total de usuários acolhidos	13
Resultado	Não obtiveram resultados: 12 Cessaram o tabagismo totalmente: 1 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 0
Unidade de Saúde	Ziulália Leão Luna
Total de usuários acolhidos	12
Resultado	Não obtiveram resultados: 6 Cessaram o tabagismo totalmente: 2 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 4
Unidade de Saúde	Severina Soares Valente
Total de usuários acolhidos	11
Resultado	Não obtiveram resultados: 3 Cessaram o tabagismo totalmente: 5 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 3
Unidade de Saúde	João Marinaldo A. Viana
Total de usuários acolhidos	11
Resultado	Não obtiveram resultados: 5 Cessaram o tabagismo totalmente: 5 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 1
Unidade de Saúde	Raimundo Gomes da Silva
Total de usuários acolhidos	11
Resultado	Não obtiveram resultados: 8 Cessaram o tabagismo totalmente: 0 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 3
Unidade de Saúde	Dr. Luís Charlet
Total de usuários acolhidos	11
Resultado	Não obtiveram resultados: 3 Cessaram o tabagismo totalmente: 6 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 2
Unidade de Saúde	Maria de Lourdes Sena
Total de usuários acolhidos	10
Resultado	Não obtiveram resultados: 7 Cessaram o tabagismo totalmente: 0 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 3
Unidade de Saúde	3 de Outubro
Total de usuários acolhidos	9
Resultado	Não obtiveram resultados: 4 Cessaram o tabagismo totalmente: 3 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 2
Unidade de Saúde	Maria Tereza Godot
Total de usuários acolhidos	9
Resultado	Não obtiveram resultados: 4 Cessaram o tabagismo totalmente: 4 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 1
Unidade de Saúde	Francisco Lopes da Silva
Total de usuários acolhidos	8

Resultado	Não obtiveram resultados: 8 Cessaram o tabagismo totalmente: 0 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 0
Unidade de Saúde	José Olímpio de Brito
Total de usuários acolhidos	8
Resultado	Não obtiveram resultados: 5 Cessaram o tabagismo totalmente: 2 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 1
Unidade de Saúde	Eládio de Moura Melo
Total de usuários acolhidos	8
Resultado	Não obtiveram resultados: 3 Cessaram o tabagismo totalmente: 1 Reduziram a quantidade de fumos ao dia: 4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Assim, entende-se que não há um padrão de comportamento no que se refere ao tratamento antitabagismo que possa ser considerado para o município como um todo. Dentre as unidades que mais acolheram pacientes ao programa, houve unidades de saúde não conseguiram chegar ao final do acompanhamento com pacientes em cessação tabágica.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÕES

Neste capítulo abordaremos as discussões com base no confrontar dos resultados alcançados, estabelecendo-se uma relação intrínseca da realidade do município amazônico com as demais realidades do entorno, sabendo-se que uma realidade varia de acordo com o contexto histórico e cultural de uma região e que em se tratando do processo saúde-doença que envolve as nuances do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, a realidade de Castanhal-PA é ÚNICA, entretanto, não no sentido de fora do contexto global e o comportamento dos números a serem trazidos devem ser fonte de inspiração para novos e mais abrangentes estudos.

7. DISCUSSÕES

Com base nos dados elencados nos resultados desse estudo, entende-se que, de fato, o controle do tabagismo é um desafio global que transcende fronteiras e afeta diretamente a saúde pública (OPAS, 2023). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade amazônica em estudo, a implementação efetiva do programa de controle do tabagismo encontra-se repleta de dificuldades, refletindo peculiaridades regionais e obstáculos logísticos que impactam diretamente o alcance dos objetivos propostos.

Dentre os impactos locais identificados nesta pesquisa, podem ser destacados: a incompletude de dados nas planilhas do FORMSUS que são fornecidas pelo INCA aos municípios, dados importantes como os socioeconômicos e culturais, os quais não podem ser dissociados da abordagem do usuário tabagista no SUS estavam incompletos ou não preenchidos; levando a considerarmos uma falta de conhecimento técnico-científico por parte dos profissionais no que compete a essa abordagem específica. Tais afirmativas podem ser percebidas por meio de informações desencontradas preenchidas no FORMSUS.

A ausência do controle de longo prazo também é outra informação preocupante, já que a cessação do fumo pode levar de meses a anos de acompanhamento pela equipe de saúde (BRASIL, 2020); e até o presente momento não há um instrumento de trabalho que avalie um cidadão cadastrado no programa a longo prazo. Deste modo, entende-se que os dados de resultados locais e regionais podem ser insatisfatórios.

Um dos principais desafios enfrentados na região amazônica é a complexidade socioeconômica. A dependência econômica da produção e comercialização do tabaco muitas vezes cria resistência local à implementação de políticas antitabagismo. A transição para atividades econômicas sustentáveis e o desenvolvimento de alternativas viáveis para os produtores de tabaco tornam-se cruciais para mitigar essa resistência. Entretanto, diferente de inúmeros municípios da Amazônia, em que há áreas de difícil acesso, o município de Castanhal-PA está localizado em uma região da Amazônia considerada próxima da capital do estado, Belém, em uma área bastante urbanizada e onde não há a cultura predominante do cultivo do tabaco, todavia, ainda encontramos uma série de desafios no que compete à adesão de usuários ao programa e à sua efetivação.

A vastidão geográfica da Amazônia apresenta em muitas localidades obstáculos logísticos significativos. A dispersão populacional, especialmente em áreas remotas, dificulta a disseminação eficaz de campanhas educativas e a oferta de tratamentos de cessação tabágica. A infraestrutura limitada e as dificuldades de acesso a essas áreas impõem barreiras à

implementação bem-sucedida de estratégias preventivas e curativas, todavia, reforça-se que apesar de se falar em Amazônia, há necessidade de um estudo mais amplo que demonstre os fatores limitantes específicos dessa área analisada (AMORIM et al., 2019).

A diversidade cultural também desempenha um papel fundamental nas dificuldades enfrentadas pelo programa de controle do tabagismo. Práticas culturais arraigadas, associadas ao consumo de tabaco, podem gerar resistência à mudança. É essencial que as estratégias adotadas considerem a diversidade cultural da região, promovendo abordagens sensíveis e adaptadas à realidade local. Essa fala de Wend et. al. (2021), reforça a resistência dos pacientes em tratamento antitabagismo participarem das atividades coletivas, das terapias em grupo e, conseqüentemente, isso influencia diretamente sobre a efetividade do programa, uma realidade bastante presente e evidenciada nos resultados do presente estudo.

A falta de recursos financeiros é outro fator que compromete a efetividade do programa. Orçamentos limitados impactam a capacidade do sistema de saúde em promover campanhas intensivas de conscientização, treinar profissionais de saúde e disponibilizar tratamentos acessíveis para os fumantes que desejam parar. Investimentos adicionais são indispensáveis para superar essa limitação financeira e fortalecer as ações de controle do tabagismo. Em um meio em que as tecnologias avançam, o mercado do tabaco tem criado estratégias para fidelizar seu público, então investir em educação em saúde é fundamental. E quando comparamos ao dado dessa pesquisa, percebemos que boa parte dos cidadãos continua com acesso insipiente às atividades coletivas.

A efetividade do programa de controle do tabagismo no SUS em cidades amazônicas é confrontada por uma combinação de desafios socioeconômicos, logísticos, culturais e financeiros. A superação dessas dificuldades requer uma abordagem holística, que leve em consideração a singularidade da região e promova a colaboração entre diferentes setores, incluindo governo, sociedade civil e setor privado. Somente assim será possível avançar na redução dos índices de tabagismo e na promoção de uma saúde mais sustentável e equitativa para a população amazônica. Além, a sociedade precisa ser sensibilizada ao fato de que erradicar o tabagismo não é uma missão isolada e privativa do setor saúde, mas compete aos múltiplos setores sociais (TEIXEIRA et al., 2020).

Outra informação relevante é o fato de que a partir da análise supracitada, enfatiza-se que com o aumento do consumo de tabaco entre mulheres apresenta-se um fenômeno preocupante, desafiando as tradicionais percepções associadas ao tabagismo. Este cenário revela mudanças sociais, econômicas e culturais que merecem uma análise mais aprofundada, buscando compreender as causas desse fenômeno e suas implicações para a saúde pública

(SZKLO e IGLESIAS, 2020). Ao longo dos anos foi colocado nas memórias afetivas da sociedade que os homens estavam mais propensos ao tabagismo, hoje entende-se que o cenário tem sido alterado e essa pesquisa vem corroborar com essa mudança de perfil epidemiológico.

No estudo de Portes, Machado e Turci (2019) afirma exatamente este fato, em muitas sociedades, o consumo de tabaco entre mulheres tem se tornado mais frequente devido à evolução dos papéis de gênero. As mulheres modernas estão cada vez mais presentes em ambientes profissionais e sociais, enfrentando desafios e pressões similares aos homens. Esse novo contexto pode levar a um aumento do estresse e da ansiedade, levando algumas mulheres a buscar no tabaco um mecanismo de enfrentamento, em um esforço para lidar com as demandas da vida cotidiana.

A indústria do tabaco também desempenha um papel significativo na atração do público feminino. Estratégias de marketing direcionadas às mulheres muitas vezes associam o consumo de cigarros a imagens de independência, elegância e emancipação. Embalagens atrativas e a criação de produtos com apelos específicos para o público feminino contribuem para a normalização do tabagismo entre as mulheres (SZKLO et al., 2020).

Fatores socioculturais e a busca por aceitação social também influenciam o consumo de tabaco entre as mulheres. Em algumas culturas, o ato de fumar é associado à emancipação e à quebra de tabus tradicionais, conferindo uma falsa sensação de liberdade. Além disso, a presença de modelos femininos fumantes em filmes, mídia e redes sociais pode contribuir para a percepção equivocada de que o tabagismo está alinhado com padrões de beleza e sucesso.

As implicações do aumento do consumo de tabaco no sexo feminino são profundas. As mulheres têm riscos adicionais relacionados à saúde reprodutiva, como complicações na gravidez e maior propensão a doenças cardiovasculares. Além disso, o tabagismo está associado ao desenvolvimento de cânceres específicos que afetam predominantemente as mulheres (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019).

Para reverter essa tendência alarmante, é crucial adotar estratégias abrangentes que envolvam educação, conscientização e políticas públicas efetivas. A promoção de estilos de vida saudáveis, a implementação de programas de cessação tabágica específicos para mulheres e restrições mais rigorosas à publicidade de produtos relacionados ao tabaco são medidas necessárias para enfrentar esse desafio crescente (PORTES, 2020).

Quanto ao fator idade, o consumo de tabaco em idades mais avançadas representa um fenômeno complexo, desafiando a ideia de que o tabagismo é predominantemente um comportamento adotado por jovens. Esse padrão de consumo, muitas vezes subestimado, suscita questionamentos sobre as causas subjacentes e as implicações para a saúde pública em

um contexto de envelhecimento populacional (PINTO et al., 2019). Esse estudo vem corroborar com a afirmação desses autores, visto que o comportamento observado reflete um público idoso predominante e com tempo de tabagismo de longos anos, fator esse que acredita-se também influenciar no grau de dependência química à nicotina, a principal substância presente no tabaco e seus derivados.

Dentre as causas do aumento do consumo de tabaco em idades mais avançadas, destaca-se a persistência de hábitos adquiridos ao longo da vida. Indivíduos que mantiveram o hábito de fumar ao longo dos anos podem encontrar dificuldades em abandonar essa prática, mesmo diante dos conhecidos riscos para a saúde. A dependência física e psicológica do tabaco torna-se um desafio considerável, especialmente quando associada a um longo histórico de consumo.

A aposentadoria e as mudanças no estilo de vida nessa fase da vida também desempenham um papel significativo. Para alguns idosos, o ato de fumar pode ser percebido como uma forma de lidar com o ócio, o isolamento social ou até mesmo com questões relacionadas à saúde mental. A falta de estruturas de suporte social e programas específicos para as pessoas idosas pode contribuir para a persistência ou até mesmo o aumento do tabagismo nesse grupo etário (MORAIS et al., 2022; MALTA et al., 2021).

Além disso, a falta de conscientização sobre os riscos persistentes do tabaco com o envelhecimento pode contribuir para a continuidade do hábito. Muitos idosos podem subestimar os danos potenciais à saúde, acreditando erroneamente que, após décadas de consumo, os impactos negativos já se manifestaram ou são inevitáveis.

As implicações do consumo de tabaco em idades avançadas são especialmente preocupantes devido à suscetibilidade aumentada a problemas de saúde associados ao envelhecimento. Doenças cardiovasculares, respiratórias e diversos tipos de câncer tornam-se ainda mais graves quando combinadas com o tabagismo persistente. Além disso, a resposta do sistema imunológico à exposição ao tabaco pode comprometer a capacidade do organismo de lidar com infecções e doenças comuns na pessoa idosa (GIRALDO-OSORIO et al., 2020).

No que compete à associação do consumo de tabaco em relação aos níveis mais baixos de escolaridade, revela uma interseção preocupante entre fatores socioeconômicos, educacionais e de saúde. Este fenômeno desafia a equidade no acesso à informação e destaca a necessidade de estratégias específicas para abordar as causas subjacentes a esse comportamento nas camadas menos educadas da sociedade (DE FARIA e DA FONSECA, 2021). Nesta pesquisa observa-se que também está estatisticamente associado o nível de escolaridade baixo, com a idade avançada e o consumo acentuado de fumos ao dia.

Uma das causas fundamentais do aumento do tabagismo em níveis mais baixos de escolaridade é a falta de acesso a informações sobre os riscos associados ao consumo de tabaco. Indivíduos com menor escolaridade muitas vezes têm menos acesso a campanhas educativas, programas de conscientização e informações de saúde. A ausência de conhecimento sobre os impactos prejudiciais do tabaco pode levar a uma subestimação dos riscos e, conseqüentemente, à adoção do hábito sem plena consciência das implicações para a saúde (DE ALMEIDA e DA SILVA, 2021).

Além disso, o tabagismo muitas vezes está ligado a fatores de ordem econômica. Em camadas com menor nível educacional, as oportunidades de emprego podem ser mais restritas, e a inserção no mercado de trabalho pode estar associada a ambientes profissionais onde o tabaco é mais aceito. O estresse econômico e as dificuldades financeiras podem levar a escolhas de estilo de vida que incluem o tabagismo como uma forma de lidar com as pressões diárias (DA SILVA et al., 2020).

A publicidade agressiva da indústria do tabaco também desempenha um papel significativo nesse contexto. Estratégias de marketing direcionadas a comunidades com menor escolaridade muitas vezes exploram vulnerabilidades sociais e psicológicas, associando o consumo de tabaco a imagens de sucesso, independência e pertencimento. Essas táticas podem influenciar negativamente as decisões de consumo, especialmente em um ambiente onde a educação sobre os riscos do tabaco é limitada (DE FARIA e DA FONSECA, 2021).

A falta de recursos para programas de cessação tabágica acessíveis é mais um fator contribuinte. Indivíduos com menor escolaridade podem ter menos acesso a serviços de saúde, incluindo tratamentos eficazes para parar de fumar. A falta de apoio adequado pode tornar ainda mais desafiadora a superação da dependência do tabaco.

O consumo de tabaco muitas vezes revela padrões distintos quando analisado em relação ao estado civil das pessoas, abrindo espaço para uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam esse comportamento. A relação entre estado civil e tabagismo reflete uma complexa interação entre aspectos sociais, emocionais e econômicos.

Indivíduos solteiros ou divorciados frequentemente apresentam taxas mais elevadas de tabagismo em comparação com aqueles que são casados. Uma das causas subjacentes a essa disparidade reside nas dinâmicas sociais e de estresse associadas ao estado civil. Pessoas solteiras ou divorciadas podem experimentar uma maior pressão social ou emocional, e o tabaco muitas vezes é utilizado como uma forma de enfrentar o isolamento, ansiedade ou frustrações emocionais (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019).

O contexto social também desempenha um papel significativo. Ambientes nos quais o tabagismo é mais aceito socialmente, como círculos de amigos ou locais de encontro, podem influenciar a decisão de fumar. A busca por pertencimento e a pressão do grupo social são fatores que afetam mais intensamente aqueles que não têm uma parceria estável (MALTA et al., 2019; BUTERI FILHO et al., 2021).

Por outro lado, o casamento muitas vezes está associado a uma rede de apoio emocional mais sólida. A presença de um parceiro pode proporcionar suporte emocional e social, reduzindo o estresse e as pressões que frequentemente levam ao tabagismo. Além disso, a responsabilidade compartilhada em um relacionamento pode motivar a adoção de comportamentos mais saudáveis, incluindo a cessação do tabagismo.

O tabagismo, muitas vezes, revela disparidades significativas em relação à renda, com uma prevalência maior entre aqueles que recebem até dois salários mínimos. Essa associação entre tabagismo e baixa renda representa um desafio complexo, envolvendo fatores socioeconômicos, culturais e de acesso à informação. Uma análise aprofundada dessas causas é essencial para direcionar intervenções eficazes e promover a equidade em saúde (GIRALDO-OSORIO et al., 2020).

A cultura também desempenha um papel relevante, pois em algumas comunidades de baixa renda, o tabagismo pode ser encarado como uma prática socialmente aceita ou até mesmo glamorizada. A ausência de modelos positivos que desencorajem o tabagismo contribui para a perpetuação desse comportamento em determinados contextos culturais (WENDT et al., 2021).

O tabagismo crônico, caracterizado pela persistência ao longo de muitos anos e pelo aumento gradual na quantidade de cigarros consumidos diariamente, é um fenômeno de considerável relevância e complexidade. Compreender as causas desse padrão é crucial para implementar estratégias eficazes de prevenção e cessação, levando em conta os impactos significativos na saúde pública (DE ALMEIDA e DA SILVA, 2021).

Uma das causas fundamentais do tabagismo prolongado está relacionada à natureza altamente dependente da nicotina. A dependência física e psicológica que se desenvolve ao longo do tempo torna desafiadora a tentativa de abandono do hábito, mesmo quando o fumante está ciente dos riscos à saúde. A necessidade constante de satisfazer a dependência nicotínica contribui para a perpetuação do tabagismo, levando a um consumo crônico (MALTA et al., 2021).

Fatores psicossociais também desempenham um papel significativo no consumo prolongado de tabaco. O tabagismo muitas vezes está associado a estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse, ansiedade e outras questões emocionais. Indivíduos que enfrentam

desafios significativos na vida podem recorrer ao tabaco como uma forma de alívio temporário, criando um ciclo vicioso de dependência (GIRALDO-OSORIO et al., 2020).

O ambiente social e cultural em que uma pessoa está inserida também pode influenciar a persistência do tabagismo. Se a comunidade ao redor aceita ou até mesmo encoraja o tabagismo, pode ser mais difícil para o indivíduo romper com o hábito. Modelos de comportamento, como amigos ou familiares que fumam, podem exercer uma influência poderosa, contribuindo para o consumo prolongado de cigarros.

O aumento gradual na quantidade de cigarros consumidos diariamente, conhecido como intensificação do tabagismo, muitas vezes está relacionado à tolerância ao efeito da nicotina. Com o tempo, o organismo pode desenvolver uma adaptação à substância, exigindo uma maior quantidade para alcançar os mesmos efeitos. Esse padrão de aumento na quantidade diária de cigarros não apenas reflete a progressão da dependência, mas também aumenta os riscos à saúde de maneira proporcional (DA SILVA e PACHÚ, 2021).

As implicações do tabagismo prolongado e intensificado para a saúde são substanciais, aumentando significativamente o risco de doenças cardiovasculares, respiratórias e diversos tipos de câncer. Além disso, o impacto econômico decorrente dos custos de tratamento e perda de produtividade destaca a urgência de abordar o tabagismo crônico como uma prioridade de saúde pública (GIRALDO-OSORIO et al., 2020).

O tratamento do tabagismo por meio de medicamentos, como a bupropiona e os adesivos transdérmicos de nicotina, representa uma abordagem amplamente utilizada para auxiliar os fumantes na cessação do hábito. Contudo, a efetividade desses tratamentos pode variar, e compreender as causas dessa variabilidade é crucial para otimizar as estratégias de intervenção e promover resultados mais consistentes (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019; SZKLO e IGLESIAS, 2020; DE ALMEIDA e DA SILVA, 2021).

A bupropiona, um antidepressivo atípico, tem sido prescrita como um auxílio à cessação do tabagismo devido às suas propriedades que afetam neurotransmissores associados ao vício em nicotina. No entanto, a resposta individual a esse medicamento pode ser influenciada por fatores como predisposição genética, presença de transtornos psiquiátricos subjacentes e a capacidade do paciente de aderir ao tratamento. A falta de resposta positiva em alguns casos pode ser atribuída à complexidade da dependência tabágica e à heterogeneidade nas características individuais (PORTES, 2020).

Os adesivos transdérmicos de nicotina, por sua vez, visam fornecer uma fonte controlada de nicotina para ajudar a aliviar os sintomas de abstinência. A efetividade desses adesivos está sujeita a variáveis como a dose apropriada, a aderência ao tratamento e a

capacidade do paciente de lidar com as questões psicológicas associadas à dependência de nicotina. Dificuldades na aderência ao tratamento, seja devido a efeitos colaterais ou a uma aplicação inadequada dos adesivos, podem comprometer a eficácia do tratamento (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019; SZKLO e IGLESIAS, 2020; DE ALMEIDA e DA SILVA, 2021).

Causas adicionais para a variabilidade na efetividade desses tratamentos incluem a falta de apoio psicossocial, o ambiente em que o indivíduo está inserido e a presença de comorbidades médicas. A dependência do tabaco é frequentemente influenciada por fatores comportamentais e psicossociais, e tratamentos farmacológicos isolados podem não abordar completamente esses aspectos. A falta de apoio emocional, orientação personalizada e estratégias eficazes de enfrentamento pode comprometer a capacidade do paciente de resistir ao impulso de fumar.

Além disso, é importante considerar a complexidade da dependência tabágica como um distúrbio crônico. O tabagismo muitas vezes está entrelaçado com múltiplos aspectos da vida do indivíduo, desde hábitos sociais até mecanismos de enfrentamento para o estresse. A abordagem da dependência de nicotina requer, portanto, uma visão holística, integrando tratamentos farmacológicos com intervenções comportamentais e de apoio psicossocial (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019).

A busca pela cessação tabágica representa uma jornada desafiadora para muitos fumantes, e a eficácia dos tratamentos pode variar consideravelmente. Compreender as causas por trás do sucesso ou fracasso na conquista da cura após o tratamento é crucial para otimizar as estratégias de intervenção e oferecer um suporte mais eficaz aos indivíduos que desejam abandonar o tabaco.

O sucesso na cessação do tabagismo após o tratamento é, em grande parte, influenciado pela complexidade da dependência nicotínica. A nicotina, substância presente nos cigarros, cria uma dependência física e psicológica, tornando a superação do vício uma tarefa desafiadora. A gravidade da dependência varia de pessoa para pessoa, o que pode explicar por que alguns tabagistas conseguem atingir a cura após o tratamento, enquanto outros enfrentam dificuldades persistentes (GIRALDO-OSORIO et al., 2020).

Outro fator relevante é a escolha e eficácia do método de tratamento adotado. Terapias comportamentais, medicamentos e intervenções psicossociais desempenham papéis distintos na cessação tabágica. Indivíduos que têm acesso a uma abordagem integrada, combinando terapias farmacológicas e suporte psicossocial, muitas vezes têm melhores chances de alcançar

a cura. Entretanto, a adesão ao tratamento e a resposta individual aos diferentes métodos são variáveis importantes que influenciam os resultados (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019).

Fatores psicossociais e ambientais também desempenham um papel crucial na capacidade de um tabagista alcançar a cura. O apoio social, a presença de modelos positivos e a criação de ambientes livres de tabaco são fatores que favorecem a cessação bem-sucedida. Em contrapartida, estressores ambientais, presença de amigos ou familiares fumantes e a falta de suporte emocional podem dificultar a manutenção da abstinência (SZKLO et al., 2020).

A recaída é uma realidade enfrentada por muitos tabagistas mesmo após o tratamento bem-sucedido. Causas para a recaída incluem o estresse crônico, situações desencadeantes, e até mesmo a influência de eventos sociais onde o tabagismo é associado a comportamentos sociais positivos. A compreensão desses fatores é essencial para desenvolver estratégias de prevenção de recaídas e prolongar os efeitos positivos do tratamento (PORTES, MACHADO e TURCI, 2019). Nesse estudo, um dos principais fatores que pode estar associado à evasão dos pacientes do tratamento é

É importante destacar que o conceito de "cura" no contexto do tabagismo pode ser complexo, uma vez que a dependência pode ser vista como uma condição crônica. A abordagem bem-sucedida muitas vezes envolve a gestão contínua, a conscientização dos desafios e a busca por estratégias de enfrentamento eficazes. Portanto, Castanhal como município da Amazônia brasileira precisa estudar formas e estratégias específicas para acompanhar esses indivíduos a longo prazo.

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo abordaremos as considerações da autora frente aos desafios e especificidades encontradas no estudo do Programa de Controle do Tabagismo no município de Castanhal e quais suas perspectivas frente à essa realidade amazônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observa-se que foi possível identificar um quantitativo importante de pacientes acolhidos pelo PNCT na cidade Amazônica de Castanha-PA, todavia, a quantidade de pacientes assistidos frente ao número absoluto de indivíduos cadastrados no sistema de informação do SUS como tabagistas ainda é insuficiente para que se prove a efetividade concreta prevista pelo Programa.

Além disso, os desafios elencados poderão ser utilizados como parâmetro para a melhoria dos indicadores a curto, médio e longo prazo. Sugere-se à gestão municipal de saúde que crie um formulário próprio do município e específico para a realidade local, mas que contemplem os dados gerais que são solicitados para prestação de contas com o INCA, via FORMSUS.

Avalia-se que o percentual de abandono do tratamento é alto, assim, estratégias precisam ser adotados; um estudo sobre a percepção dos usuários tabagistas frente ao programa e sobre a percepção dos profissionais poderá auxiliar nesse processo de melhoria da adesão e da efetividade.

Observou-se que o desconhecimento por parte dos servidores do SUS acerca do FORMSUS pode gerar dúvidas na quantificação de dados e análise dos mesmos e por conta disso, pode-se comprometer a análise de problemáticas presentes no dia-a-dia do serviço de saúde que poderiam ser solucionadas de forma objetiva.

Observou-se que o comportamento do acolhimento e efetivação do PNCT varia nas diferentes localidades da cidade Amazônica em estudo e que as unidades com as maiores obtenções de resultados que levaram à cessação tabágica podem ser utilizadas como multiplicadores de conhecimentos e boas práticas, a fim de que outros territórios do município tenham um acesso universal, integralizado e equânime, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Um fator primordial, que deve ser levado em consideração é a necessidade de atualizações e educação continuada com os profissionais de saúde, uma vez que à medida em que ocorre a mudança de perfil epidemiológico da população, as abordagens sobre o processo saúde-doença também devem ser modificadas.

E por fim, percebe-se uma associação importante entre as variáveis sociodemográficas e os resultados dos tratamentos dos usuários que participaram dos grupos de controle do tabagismo no município de Castanhal-PA no período analisado. A unidade de vínculo, idade, sexo, escolaridade, raça/cor, renda familiar, etc. tem influência sobre o conhecimento dos usuários do SUS sobre a importância de cessar o fumo, o manejo clínico e terapêutico e sucesso ou não do acompanhamento.

Espera-se que esse estudo venha contribuir como incentivo para a mudança de realidade e combate ao tabagismo à nível local, regional, nacional e até internacional, afinal, trata-se de um problema global, que necessita da atenção de todos os setores da sociedade civil, acadêmica e científica.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Thiago Aquino de et al. Determinantes de saúde mental e abuso de substâncias psicoativas associadas ao tabagismo. Estudo de caso controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4141-4152, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) - Relatório de atividades. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_controle_tabagismo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2018. Aprova a nova diretriz para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://legislacao.saude.gov.br/images/arquivos/PORTARIAS/2018/Portaria_571.pdf

BRASIL. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa/tabagismo>

Jornal da USP. Programa Nacional de Controle do Tabagismo é referência no Brasil. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-e-referencia-no-brasil/>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_implementacao_programa_nacional_controle_tabagismo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **A situação do tabagismo no Brasil:** dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios:** manual do coordenador. 2ª ed. rev. reimp. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Por Um Mundo Livre de Tabaco - Ação Global para Controle do Tabaco: 1o **Tratado Internacional de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta.** Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUTERI FILHO, Charles Bernardo et al. Tabagismo no Brasil: impacto econômico na saúde pública e seu tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 1, n. 1, p. e9043-e9043, 2021.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>, acesso em: 05 de Janeiro de 2022.

CAVALCANTE, T. M. **O controle do Tabagismo no Brasil:** avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32(5); 283-300, 2015.

COSTA E SILVA, V. L.; KOIFMAN S. **Smoking in Latin America: a major public health problem.** *Cad. Saúde Pública*. 14(3); S109-S115, 2018

DA SILVA, Adeilson Pereira; PACHÚ, Clésia Oliveira. O uso de cigarros eletrônicos no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e216101623731-e216101623731, 2021.

DA SILVA, Adelson Fernandes et al. Tabagismo e consumo de álcool em adolescentes de uma cidade de pequeno porte do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e2856-e2856, 2020.

DE ALMEIDA ALVES, Thayná; DA SILVA LIRA, Ana Caroline; PACHÚ, Clésia Oliveira. Aspectos biopsicossociais relacionados ao consumo de tabaco entre universitários: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e11210716250-e11210716250, 2021.

DE FARIA, Daniela Aparecida; DA FONSECA, Paulo Henrique Nogueira. WhatsApp® como Recurso para a Educação em Saúde: Acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo diante da pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e2910716166-e2910716166, 2021.

EFROYMSON, D.; AHMED S.; TOWNSHEND J., et al., “**Hungry for Tobacco: An Analysis of the Economic Impact of Tobacco Consumption on the Poor in Bangladesh,**” *Tobacco Control* 10:212-217 (2016)

E-Gestor Atenção Básica, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>, acesso: 10 de Janeiro de 2022.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças Públicas:** Teoria e Prática no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2018.

GIRALDO-OSORIO, Alexandra et al. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en Brasil, 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210007, 2020.

IBGE. Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/castanhal/panorama>, acesso em: 04 de Janeiro de 2022.

JAIQUES, T.A. **Impasses e estratégias:** Convenção-Quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005). Rio de Janeiro: s.n., 2010. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) Orientador: Luiz Antonio Teixeira. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2016.

JOHNS, P. **As desigualdades em torno do hábito de fumar:** problema de saúde pública que atinge principalmente os pobres [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2014.

Jornal A voz da Serra. **O tabagismo também gera danos ao meio ambiente.** Disponível em: <https://avozdaserra.com.br/noticias/tabagismo-tambem-gera-danos-ao-meio-ambiente>, acesso em 09 de maio de 2023.

KABRA, K. **Some Neglected Aspects of the Economics of Tobacco.** The Economics of Tobacco Control. Towards an optimal policy mix. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 2018

KHAIRALLA, Thaís Kursancew. **A Saúde como um Bem Meritório:** a dicotomia da indústria do tabaco. 2010. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2016.

KUHNEN, M. et al. **Tabagismo e fatores associados em adultos:** um estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiologia ; 12(4): 615-26, 2009.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. **Tipos de estudos epidemiológicos:** conceitos básicos e aplicação na área do envelhecimento, Belo Horizonte-MG, Vol. 12, N° 4, pg. 189-201 – Outubro-Dezembro de 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>, acesso em: 05 de Janeiro de 2022.

MALCON, Maura; MENEZES, Ana Maria Baptista. **Tabagismo na adolescência. Pediatría.** São Paulo. v. 24, n.3/4, p.81-82, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Tendências de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco no Brasil: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210006, 2021.

MANARINI; RUPRECHT. CIGARRO: o pai do negacionismo moderno. **Ciência Suja**, [s.l.], 2021. 1 podcast. 50min. Disponível em:

<https://open.spotify.com/episode/62uE1Voa3IVU8ZI4ytfXY3?si=WUU2hemvR565B>

MORAIS, Évelin Angélica Herculano de et al. Fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2349-2362, 2022.

OLIVEIRA, A.F., VALENTE, J.G., LEITE, I.C. **Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática**. Rev Saúde Pública; 42(2):335-45, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão**. São Paulo: Edusp, 2017.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco: uma resposta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Organização Pan-Amazônia de Saúde. **Tabaco: Dia Mundial Sem Tabaco, 31 de maio de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/tabaco>.

PETO, R.. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. WHO. Oxford University Press, 2014.

PINTO, M. F. T. **Custos de Doenças Tabaco - Relacionadas: uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

PINTO, Marcia et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

PORTES, Leonardo Henriques. **Política de controle do tabaco no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

PORTES, Leonardo Henriques; MACHADO, Cristiani Vieira; TURCI, Silvana Rubano Barretto. Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2701-2714, 2019.

Professora Arlinda Marques. Conheça a autora do Hino de Castanhal. Disponível em: <https://www.guiadecastanhal.com.br/blog/em-pauta/professora-arlinda-marques-conheca-autora-hino-de-castanhal/>, acesso em: 08 de maio de 2023.

REEKIE, W. D. and L.F.S. Wang. “**The benefits and costs of cigarette smoking: a state dependent approach**”. Journal of Studies in Economics and Econometrics, University of Stellenbosch; 2012.

RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>, acesso em: 26 de fevereiro de 2023.

RIANI, F. **Economia do Setor Público: uma abordagem introdutória**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

RODRIGUES, Márcia Cardoso. **Prevalência do Tabagismo e sua associação com o uso de outras drogas entre os escolares do Distrito Federal**, Brasil. 2009.

ROMERO, L. C., et al. **23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: a atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988**. Revista Brasileira de Cancerologia; 57(3), 2017

ROSEMBERG, J. **Tabagismo. Sério Problema de Saúde Pública**. São Paulo: Edusp, 1981

ROSEMBERG, J. Nicotina: Droga Universal. São Paulo, 2016.

ROSEMBERG, José. **Enfisema do pulmão: sobre a fisiopatologia e o tabagismo, primordial fator de risco**. São Paulo: SBTP, 2015. 67p.

SABÓIA, G. V.. in BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Panamericana de Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso- a Convenção Quadro de Controle do Tabaco: uma resposta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SANTOS, J. D. P. D, et al. **Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):579-588, out-dez 2012.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2016.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **O conceito de política pública**. Políticas Públicas, Coletânea. Vol. 1. Brasília: ENAP, 2016.

Secretaria de Saúde de Saúde Pública do Pará - SESPA, <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/regionais-de-saude/>, acesso em: 10 de Janeiro de 2022.

SZKLO, André Salem et al. Interferência da indústria do tabaco no Brasil: a necessidade do ajuste de contas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, 2020.

SZKLO, André Salem; IGLESIAS, Roberto Magno. Interferência da indústria do tabaco sobre os dados do consumo de cigarro no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00175420, 2020.

TEIXEIRA, Luciane de Souza Leal et al. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em pessoas vivendo com HIV em tratamento. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

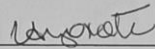
WENDT, Andrea et al. Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00050120, 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente termo, na qualidade de responsável por essa Instituição, declaro que aceito a realização do projeto de pesquisa intitulado **PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE CONTROLE DO TABAGISMO NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA, CASTANHAL-PA: CONTEXTO, EFETIVIDADE E ADESÃO**, coordenado pela Prof. Dra. Janice Muriel Cunha, da Universidade Federal do Pará, através do Programa de Pós-Graduação em Estudos Antrópicos na Amazônia (PPGEAA), campus de Castanhal-PA e executado pela Mestranda Luane Rafaela Barbosa Braga; e que a referida instituição possui infraestrutura adequada para a sua realização.

Castanhal, 02 de maio de 2023.



Secretária Municipal de Saúde de Castanhal.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE QUESTÕES ADAPTADAS DO FORMSUS

Instrumento de coleta de dados

- 1) Prontuário: _____ (número sequencial de referência para o estudo)
- 2) Unidade de saúde de vínculo: _____
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Idade: ____ anos
- 5) Escolaridade: _____
- 6) Estado civil: _____
- 7) Raça/cor: _____
- 8) Renda familiar: _____
- 9) Fuma há quanto tempo: _____
- 10) Quantos cigarros fuma por dia (início do tratamento): ____ (em unidades)
- 11) Grau de dependência a nicotina: () muito baixo () baixo () médio () elevado () muito elevado
- 12) Participou de atividades educativas? () Sim () Não
- 13) Se sim, Quantas? ____
- 14) Quantos encontros o paciente participou ao longo dos quatro meses de grupo: _____
- 15) Tratamento utilizado: () Goma de mascar () Adesivos transdérmicos () Bupropiona () Outro Qual? _____
- 16) Abandonou o tratamento de grupo? () sim () não Se sim, com quanto tempo? () No primeiro mês () No segundo mês () No terceiro mês () No quarto mês
- 17) Ao final do tratamento, o paciente: () não obteve resultados () reduziu o número de cigarros fumados por dia () cessou o tabagismo totalmente.