

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

Rosanna da Silva Nogueira

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA A CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Porto Alegre
2019**

ROSANNA DA SILVA NOGUEIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA A CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito final para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Profa Dra. Annie Jeanninne Bisso
Lacchini

Coorientadora: Profa. Dra. Karin Viegas

Linha de pesquisa: Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem.

Catálogo na Publicação

Nogueira, Rosanna da Silva
Implementação de um protocolo clínico para a cessação
do tabagismo em uma estratégia saúde da família / Rosanna
da Silva Nogueira. -- 2019.
147 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientador(a): Profª Dra Annie Jeannine Bisso
Lacchini ; coorientador(a): Profª Dra Karin Viégas.

1. Abandono do tabagismo. 2. Hábito de fumar. 3.
Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Rosanna da Silva Nogueira

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Relatório final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Área de concentração: Enfermagem.

Porto Alegre, 19 de julho de 2019.



Dr^a Annie Jeaninne Bisso Lacchini
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



Dr^a Karin Viegas
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



Dr^a Deise Lisboa Riquinho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Dr^a Ana Cristina Wesner
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



Dr^a Aline Corrêa de Souza
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida e pelas dádivas que tem me concedido. Pela grandeza ao me abençoar na realização dos meus sonhos, e por me proteger durante esta caminhada.

A minha família por ser meu porto seguro, minha fonte de força e aconchego. Por ser responsável por tudo o que eu sou.

A minha mãe Verenice e aos meus irmãos Adrianna e Matheus por serem incríveis, por dividirem comigo minhas conquistas, meus anseios, meus medos e os meus sonhos. Por serem minha fé e minha força quando eu não mais as tive;

Aos meus tios Sandra e Cláudio por serem meus “pais do coração”, por estarem comigo nos momentos mais importantes da minha vida, desde a minha graduação até este momento em que celebro com muita alegria no coração;

Ao amor da minha vida, Jéferson Ivan Kohn, por ser meu companheiro, por me apoiar e sonhar comigo. Por acreditar na minha capacidade e me incentivar arduamente, por ser palavra amiga e abraço apertado sempre quando eu precisei. Por ser minha fortaleza e despertar o que há de melhor em mim.

A minha amiga-irmã, Maiara de Moraes Maier, por ter me dado meu “filho do coração” Christian, que me ensina diariamente a olhar para o mundo de forma diferente, por me ensinar a pureza de um amor genuíno, pela amizade, apoio e incentivo na realização deste trabalho. Pela nossa amizade verdadeira, que me ensina a crescer, certamente a realização deste sonho só foi possível com o teu apoio e compreensão.

A minha orientadora Annie pela paciência, pelas orientações, pelo acolhimento. Por ser uma amiga nesta caminhada e confiar na realização deste trabalho. Pela pessoa incrível, pela competência e dedicação ao longo desta trajetória.

A minha co-orientadora Karin Viégas pelas orientações e contribuições na realização deste sonho, sempre com muita competência e atenção. Meu muito obrigada.

A Secretaria Municipal de Saúde pelo espaço e incentivo para a minha qualificação profissional, por me oportunizar a realizar este projeto e compreender a importância da educação permanente e acreditar na possibilidade que temos enquanto profissionais de saúde a vida de outro alguém;

Ao Comitê de Organização que se disponibilizou em participar dos encontros, pelos momentos de discussão e construção de um novo processo de trabalho, na busca por constantes melhorias. Pela

oportunidade de trabalharmos em equipe e de modo conjunto, nas busca por um mesmo objetivo. Juntos somos mais fortes, sempre.

A minha turma do Mestrado Profissional da UFCSPA pelo aprendizado, pelas aulas, pelas experiências trocadas e pelo apoio. Sentirei saudades e levarei cada uma em meu coração. Até breve.

A minha Vó Odila (in memorian) e a minha madrinha Fátima (in memorian) por serem minhas estrelas protetoras, minha força motivadora e por estarem dentro do meu coração e sempre em meus pensamentos. Por todo o esforço que fizeram por mim, estou aqui por vocês.

A UFCSPA, representada pelos seus professores e funcionários, pela seriedade do serviço prestado à comunidade, por estar em constante construção, por ser um espaço democrático e rico em conhecimento. Serei sempre grata pelos conhecimentos adquiridos.

Às professoras da minha banca de qualificação e agora de defesa agradeço pelas contribuições valiosas que oportunizaram a condução deste projeto que buscou qualificar e transformar o processo de trabalho a qual estou inserida, de modo a contribuir positivamente na vida daqueles que são assistidos por mim.

Aos usuários do serviço da ESF, aos tabagistas, eu dedico todo o esforço aqui depositado na realização deste estudo, pois sei o quanto o ato de fumar é complexo, regado de subjetividade e desafios. Compartilho das angústias vivenciadas por vocês, e sou grata por toda a aprendizagem até aqui alcançada e me coloco à disposição para caminharmos juntos neste processo de cessação. Certamente tenho um novo olhar frente a esta problemática. Serei grata, sempre.

*“Todos os seus sonhos podem se tornar realidade,
se você tiver coragem para segui-los .”*

Walt Disney

RESUMO

Introdução: O tabagismo representa um grave problema para os sistemas de saúde a nível mundial, por ser fator de risco das doenças crônico-transmissíveis que causam alta mortalidade. A Estratégia Saúde da Família deve oferecer tratamento e acompanhamento ao tabagista que deseja parar de fumar. O enfermeiro, por sua vez, é responsável por diferentes ações durante esse processo, o que demonstra o caráter longitudinal do cuidado. **Objetivo:** implementar um protocolo de atendimento para os usuários tabagistas, da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. **Desenvolvimento:** pesquisa de implementação de um protocolo clínico para cessação do tabagismo. O estudo foi desenvolvido na ESF do município de Paraíso do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de outubro de 2018 a junho de 2019. Utilizou-se o método ADAPTE, dividido em três fases: fase de configuração, adaptação e finalização, cada um com seus respectivos módulos. O comitê de organização foi formado por uma enfermeira, um médico, um técnico em enfermagem, um tutor e dois agentes comunitários de saúde. **Produto:** o protocolo adaptado incluiu a caracterização e a definição da rede local do serviço, bem como a definição dos profissionais responsáveis e referência pelo desenvolvimento da PNCT. O protocolo (re)organizou a forma de acesso ao tratamento de cessação, por meio do agendamento. Trouxe o processo de atendimento e acompanhamento organizado, definindo o fluxo de modo claro, bem como informações a respeito do tratamento, síndrome da dependência e sinais e sintomas da abstinência. Ainda, vislumbrou, estrategicamente, a necessidade de trabalhar as abordagens (breve, básica e intensiva) que podem ser feitas em diferentes locais dentro da rede, bem como por diferentes profissionais, destinadas ao usuário tabagista para que seja constantemente motivado a cessar o hábito. **Implicações Práticas:** a implementação do protocolo organizou o serviço aos usuários de tabagismo da unidade, além de definir as ações e responsabilidades que cada profissional poderá estar assumindo dentro da PNCT. Deste modo, houve a promoção de mudanças positivas em relação às condutas frente a esta problemática, com o desenvolvimento da autonomia e segurança profissional.

Descritores: abandono do tabagismo; hábito de fumar; atenção primária à saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The smoking represents a serious problem for health systems worldwide, as it is a risk factor for chronic communicable diseases that cause high mortality. The Family Health Strategy should provide treatment and follow-up to the smoker who wishes to quit. The nurse, in turn, is responsible for different actions during this process, which demonstrates the longitudinal character of care. **Objective:** implement a care protocol service for users who are smokers, of the coverage area of the Family Health Strategy (FHS), of a small municipality of Rio Grande do Sul. **Development:** research on the implementation of a clinical protocol for smoking cessation. The study was developed at the FHS of the municipality of Paraiso do Sul, Rio Grande do Sul, Brazil, in the period from October 2018 to June 2019. The used method was ADAPTE, divided into three phases: configuration phase, adaptation and finalization, each with its respective modules. The organizing committee was formed by a nurse, a doctor, a nursing technician, a tutor and two community health agents. **Product:** the adapted protocol included the characterization and definition of the local network of the service, as well as the definition of responsible professionals and reference for the development of the PNCT. The protocol (re) organized the form of access to cessation treatment, by scheduling. It brought the process of attendance and monitoring organized, defining the flow in a clear way, as well as information on treatment, dependence syndrome and signs and symptoms of abstinence. Still, glimpsed, strategically, the need to work on approaches (brief, basic and intensive) which can be done at different locations within the network, as well as by different professionals, aimed at the smoker user so that he is constantly motivated to cease the habit. **Practical Implications:** the implementation of the protocol organized the service to smoker users of the unit, in addition to defining the actions and responsibilities that each professional may assume within the PNCT. Thus, there was the promotion of positive changes in relation to the behavior of this problem, with the development of autonomy and professional security.

Descriptors: smoking cessation; smoking habit; primary health care; nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa geográfico do Rio Grande do Sul, com localização do Município de Paraíso do Sul.....	26
Figura 2 – Módulo de preparação: etapas do processo de cessação.....	29
Figura 3 – Material elaborado para capacitação dos membros do comitê organizador.	33
Figura 4 – Material elaborado para capacitação dos membros do comitê organizador.	37
Figura 5 – Reaplicação do AGREE II, módulo avaliação.....	46
Figura 6 – Declaração avaliativa do Comitê de Organização, responsável pelo processo de implementação do protocolo de cessação do tabagismo.....	50
Figura 7 – Instrumento de identificação do usuário tabagista dentro da área de Cobertura.....	52
Figura 8 – Fluxograma de atendimento ao usuário tabagista em processo de cessação do hábito.....	54
Figura 9 – Material educativo e informativo sobre o uso de apoio farmacológico.....	59
Figura 10 - Material educativo e informativo sobre o tratamento de cessação na Estratégia Saúde da Família.....	60
Figura 11 – Protocolo de implementação de cessação do tabagismo.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases do processo de adaptação.....	29
Quadro 2 – Painel de referências do Comitê de Organização (CO) do processo de implementação do protocolo de cessação do tabagismo da Estratégia Saúde da Família.....	30
Quadro 3 - Fase de adaptação: módulo de pesquisa e filtro.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado da avaliação do Domínio I, Escopo e Finalidade, AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.....	41
Tabela 2 – Resultado da avaliação do Domínio II, Envolvimento das Partes Interessadas, AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.....	42
Tabela 3 – Resultado da avaliação do Domínio III, Rigor e Desenvolvimento, AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.....	43
Tabela 4 – Resultado da avaliação do Domínio IV, Clareza e Apresentação, AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.....	43
Tabela 5 – Resultado da avaliação do Domínio V, Aplicabilidade, AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.....	44
Tabela 6 – Resultado da avaliação do Domínio VI, Independência Editorial, AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFUBRA	Associação dos Fumicultores do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
CO	Comitê de organização
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DCR	Doenças respiratórias crônicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIPDS	População, intervenção, profissionais, desfechos e sistema de saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 PROBLEMATIZAÇÃO	15
1.1 TABACO: UMA REVISÃO HISTÓRICA	18
1.2 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA	20
1.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO	22
2 OBJETIVO	25
3 MÉTODO	26
3.1 CAMPO DE ESTUDO	26
3.2 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO	28
3.2.1 Fase de configuração.....	29
3.2.2 Fase de adaptação.....	40
3.2.3 Fase de finalização.....	62
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	63
4 DESCRIÇÃO DO PRODUTO	64
4.1 INTRODUÇÃO	64
4.1 OBJETIVO	65
4.2 APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO ADAPTADO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO À COMUNIDADE	65
5 APLICABILIDADE	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
ANEXO A – PORTARIA Nº 571, DE 05 DE ABRIL DE 2013	119
PORTARIA Nº 571, DE 5 DE ABRIL DE 2013	119
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	125
ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ESF	128
ANEXO D – FORMULÁRIO DE CADASTRO PARA TABAGISTA EM TRATAMENTO DE CESSAÇÃO	129
APÊNDICE A – CARTA CONVITE	131
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES	133
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
APÊNDICE D- TERMO DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO	136
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO (AGREE II) PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA Nº 571	137
APÊNDICE F - PLANO DE TRABALHO – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DO COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO	144
APÊNDICE G – SEGUNDO INSTRUMENTO AVALIATIVO – MÓDULO DECISÃO	146

1 PROBLEMATIZAÇÃO

O tabagismo representa um grave problema para os sistemas de saúde a nível mundial, e apesar das tentativas de controle o seu uso e consumo mantêm-se em crescimento, principalmente, nos países em desenvolvimento, constituindo a chamada “Epidemia Mundial do Tabaco”⁽¹⁾.

O tabagismo ativo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco (FR) para o desenvolvimento das quatro principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são elas: doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM)⁽²⁻³⁾, já que 40 % das crianças, 35 % das mulheres e 33 % dos homens não fumantes estão expostos à fumaça dos derivados do tabaco⁽⁴⁾.

As DCNT tornaram-se progressivamente mais prevalentes, ao longo dos últimos anos, devido à transição epidemiológica e ao envelhecimento populacional⁽⁵⁾. Caracterizadas pelos altos índices de morbimortalidade, custos econômicos e por serem incapacitantes, são responsáveis por 51,6% do total de número de óbitos⁽⁶⁾.

Quanto ao tabagismo, considerado o principal FR de morte evitável, percebe-se o seu impacto nocivo sobre a população, quando doenças tabaco-relacionadas correspondem a seis milhões de mortes anuais, e conforme projeções da Organização Mundial de Saúde⁽⁷⁾, se nada for feito em relação ao hábito de fumar, o número de fumantes passará de 1,2 bilhões, em 2000, para 1,6 bilhões em 2030, correspondendo futuramente a 10 milhões de mortes⁽⁶⁾.

Diante disso, ao consumo de tabaco podemos relacionar: 45% dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio, 85% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30 % das mortes por neoplasias, sendo que 90 % dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes⁽⁸⁾.

Em 1989, quando a prevalência do tabagismo correspondia a 34,8%, foi criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que é controlado nacionalmente pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), e expressa a consolidação da adesão do Brasil ao tratado da Convenção Quadro de Controle do Tabaco que reúne 173 países⁽³⁾.

O programa contempla a multidisciplinariedade, a capacitação profissional, grupos de apoio e o tratamento clínico medicamentoso para promover e estimular a cessação do

uso do tabaco. Além disso, as ações do PNCT também contemplam as recomendações da OMS trazidas pelo Ministério da Saúde (MS). Nesse sentido, é possível observar a contínua redução da prevalência do tabagismo na população adulta brasileira, quando se trabalha com taxas iniciais de 34,8%, em 1989, para e 18,5% e 14, 7% em 2008 e 2013, respectivamente ⁽⁹⁾.

Essa redução no número da prevalência de tabagistas pode ser atribuída a uma série de ações como: proibição de propagandas, o aumento de impostos sobre o produto, legislação para a restrição do cigarro em ambientes fechados e a oferta de tratamento para a cessação do tabagismo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽¹⁰⁾. Entretanto, é possível afirmar que o interesse por esta temática é recente, e os números acerca da mortalidade ainda são elevados, o que ratifica a necessidade da realização de mais estudos sobre o tema ⁽¹¹⁾.

Nessa caminhada para prevenir que agravos como o câncer, asma, enfisema, infecções respiratórias, oriundos da dependência da nicotina, cresçam exponencialmente, o MS atualizou as diretrizes de cuidados à pessoa tabagista, contemplando abordagens relacionadas à adesão ao programa, programação de medicamentos e responsabilidades das três esferas governamentais⁽⁶⁾.

Corroborar-se a isso, o redirecionamento do modelo de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora do processo de cuidar. Confirma-se assim, a necessidade de transformação permanente dos serviços de saúde e do processo de trabalho das equipes⁽¹²⁾. Nessa perspectiva, a APS ocupa uma posição estratégica para o controle do Tabagismo, dentro do SUS, devido aos seus quatro atributos: (1) primeiro acesso, (2) integralidade, (3) longitudinalidade e (4) coordenação do cuidado. Esse último, com grande participação e importância do profissional enfermeiro, principalmente enquanto gestor do processo⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Dentro da APS, surgiu inicialmente o Programa da Saúde da Família (PSF), em meados de 1994, que posteriormente transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), com base em ações de promoção de saúde, prevenção de eventos mórbidos, de assistência e de recuperação, favorecendo a aproximação entre os serviços e a população⁽¹⁵⁾. Dessa forma, a ESF por fundamentar-se na universalização, integralidade, equidade, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com atendimento integral em todas as especialidades, dentro de uma base territorial delimitada e reconhecida, precisa

oferecer acesso e acompanhamento ao usuário tabagista que deseja parar de fumar, bem como informar ao que não deseja parar os malefícios do uso do tabaco, os tipos de tratamento e incentivar a redução de danos⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, o enfermeiro, dentro do PNCT, é responsável por diferentes ações durante o tratamento do usuário, o que demonstra o caráter longitudinal do cuidado, e a necessidade do acompanhamento⁽¹⁷⁾. O tratamento preconizado é a abordagem cognitivo-comportamental que consiste na combinação de intervenções cognitivas e no incentivo de habilidades comportamentais, com o propósito de abandono do hábito⁽¹⁸⁾. Nesse processo, cabe aos profissionais incentivar que o usuário seja protagonista dessa mudança, para prevenir recaídas e abandono do tratamento. Além disso, a realização de grupos de apoio é fator fundamental⁽¹⁾.

Outra forma de tratamento é o farmacológico que vem sendo utilizado como um método auxiliar, porém não deve ser visto como o núcleo central do processo de cessação do uso do tabaco, e a medicação deverá ser prescrita pelo médico da equipe, devidamente capacitado, conforme orienta o Instituto Nacional do Câncer⁽¹⁹⁾.

Além disso, é preponderante considerar fatores que podem influenciar na adesão como crises de abstinência, a não participação dos grupos, falta aos retornos de avaliação. Assim, podemos perceber diversas situações nas quais o enfermeiro é capaz de atuar positivamente, com o objetivo de garantir a continuidade e o sucesso do tratamento⁽²⁰⁾.

Dentro do serviço da equipe da ESF, do município de Paraíso do Sul, o atendimento ao usuário tabagista segue as orientações gerais preconizadas pelo MS. No entanto, o MS enfatiza que cada serviço deve organizar-se da melhor forma possível para abranger suas singularidades e características específicas, ou seja, aproximar-se desses sujeitos, reconhecê-los sob sua responsabilidade, para que ocorra a coordenação longitudinal do cuidado⁽¹⁾.

Sendo assim, de acordo com minha trajetória profissional dentro do serviço e em constante discussão com a equipe, percebeu-se a necessidade da adaptação de um protocolo de atendimento ao usuário tabagista, a fim de organizar as ações destinadas a esta população, garantir o seu acompanhamento, e concomitante a isso, qualificar as ações da equipe de saúde para que a abordagem seja efetiva e segura, proporcionando maior autonomia aos profissionais.

Com a adaptação de um protocolo de atendimento ao usuário tabagista será possível oferecer um cuidado de qualidade, bem como reconhecer este sujeito dentro do território de cobertura da ESF; acompanhar aqueles que estão em tratamento para a cessação do uso do tabaco, quando ainda se trabalha com elevadas taxas de abandono e recaídas e orientar sobre os malefícios do consumo aos usuários que não manifestam interesse em parar de fumar. Além disso, vislumbra-se a oportunidade de organizar e uniformizar as ações da equipe, de modo a promover a autonomia e a segurança entre os profissionais, ao subsidiar a tomada de decisões. Ainda, acredita-se que sistematizar a abordagem ao usuário tabagista é uma forma de incluí-lo efetivamente na rotina do serviço e que os protocolos assistenciais atuam como importantes instrumentos para o enfrentamento de problemas assistenciais e de gestão.

As constantes recaídas e o retorno ao hábito de fumar ratificam o grande desafio que é o cessar do tabagismo, tanto para as equipes de saúde, que têm o papel de ofertar e auxiliar no tratamento, quanto, e principalmente, para os usuários que fumam. A literatura enfatiza que este hábito é permeado pela subjetividade, por meio de crenças e pontos positivos que os usuários atribuem ao cigarro, agregada à dependência nicotínica que é outro fator a se enfrentar⁽²¹⁾. Assim, coletar informações para que se possa estar adaptando um protocolo de atendimento para usuário tabagista torna-se primordial para o desenvolvimento de ações que estimulem a cessação, fortaleçam a equipe enquanto colaboradoras dentro desse processo, para que o principal objetivo seja realmente alcançado: o parar de fumar.

1.1 TABACO: UMA REVISÃO HISTÓRICA.

O tabaco é consumido pela humanidade há milhares de anos, quando os europeus desembarcaram nas Américas e descobriram que os indígenas conheciam as folhas da planta *Nicotina Tobacaum* utilizada em rituais medicinais. Desde então, a planta começou a ser fortemente cultivada pelos povos pré-colombianos e tornou-se sagrada⁽²²⁾.

A partir disso, décadas depois os europeus reinventaram o modo de consumir o tabaco e no século XVI surgiram os primeiros charutos, considerado uma especiaria e restrito somente àqueles que tinham condições de comprá-lo. Por sua vez, esse caráter excludente do charuto propiciou o surgimento dos primeiros cigarros que eram feitos por

trabalhadores que juntavam os restos de charuto das ruas, picavam e enrolavam em papel⁽²³⁾.

A popularização do consumo do tabaco fez parte da 1ª e 2ª Guerra Mundial entre os soldados, mas foi a invenção da máquina de enrolar cigarros, de James Bansack, que impulsionou a expansão do consumo e da indústria tabagista, ao fazer com que o hábito de fumar crescesse exponencialmente⁽²⁴⁾.

O tabagismo divide-se em passivo ou ativo. O primeiro, diz respeito à inalação da fumaça de derivados do tabaco, por indivíduos não fumantes, mas que convivem com fumantes em ambientes fechados e acabam por respirar as mesmas substâncias tóxicas inaladas pelo tabagista⁽²⁵⁾. Esta fumaça que se difunde, de modo homogêneo, no ambiente, contém em média três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo fumante. E, além disso, a exposição involuntária pode desencadear, na população adulta, reações alérgicas em curto prazo, e em situações de exposições prolongadas pode acarretar até infarto agudo do miocárdio, câncer do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica. Já, em crianças, de um modo geral, número de infecções respiratórias torna-se maior⁽²⁶⁾.

Nessa lógica, o tabagismo ativo é definido como o tabaco fumado, consumido a partir da sua queima. O principal representante é o cigarro industrializado, resultado do processamento de uma mistura de aproximadamente 4720 substâncias tóxicas e tem como principal substância a nicotina, que se trata de uma droga psicoativa que pode ocasionar mudanças no humor, na percepção, no estado emocional, no comportamento e aprendizagem, além de provocar dependência, já que gera a necessidade compulsiva de seu uso⁽¹⁾.

De acordo com os autores Pawlina e colaboradores⁽²⁷⁾, o indivíduo fuma por diferentes razões: estimulação, ritual, prazer, redução da ansiedade, estresse, hábito e dependência. Sendo assim, as dependências ao tabaco são classificadas como química (físico-farmacológica) e psicológica/social/ comportamental.

A dependência química indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual de uma substância e surgem sintomas quando o uso é cessado ou diminuído. Nesse sentido, a nicotina é responsável pela liberação de neurotransmissores,

principalmente a dopamina, durante as sinapses neuronais do sistema mesolímbico⁽²⁸⁾. E por sua vez, o indivíduo tabagista tem sua neurobiologia modificada⁽¹⁾.

Outra situação importante a se considerar é a Síndrome da Abstinência que se refere ao surgimento de sinais e sintomas fisiológicos, a partir da cessação do consumo da droga. Entre os principais sintomas podemos elencar: irritabilidade, crises de ansiedade e depressão, falta de concentração, insônia ou hipersônia, aumento de apetite ou de peso, bradicardia e hipotensão⁽²⁹⁾

A dependência comportamental relaciona-se ao processo de ideação, desenvolvido pela pessoa que fuma, ao vincular o cigarro (nicotina), como o meio de atingir a sensação de equilíbrio ou bem-estar. Logo, a abordagem de uma patologia tão complexa como o tabagismo requer a interação de diferentes metodologias, como abordagens psicossociais e comportamentais que refletem considerável impacto e importância⁽³⁰⁾.

1.2 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA.

A APS, desde a sua anunciação enquanto política assumiu o papel de reorganização da atenção à saúde, ao ocupar uma posição estratégica de intervenção, bem como ao atuar como dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção⁽³¹⁾.

Concomitante a este processo, e como resultado do movimento da reforma sanitária, que originou o SUS, a lógica da APS representa um grande avanço na política de saúde do país, ao trazer a concepção de uma atenção pautada nos princípios da integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização, participação e a universalização do acesso⁽³²⁾.

Dessa forma, quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a APS tem sido pensada como porta de entrada, caracterizada por ser o primeiro nível de contato dos usuários com o sistema, ao estar mais próxima da comunidade e das famílias⁽³³⁾. Esse deve ser um dos fluxos dos usuários dentro das redes de serviços de saúde, para a efetiva utilização dos recursos tecnológicos, no intuito de suprir suas demandas⁽³⁴⁾.

Ao longo dos anos, a APS tornou-se um cenário complexo, pois as mudanças nos padrões das doenças que acometem a população representam novos desafios, principalmente, para os gestores do SUS. Desta maneira, a capacidade de elencar prioridades e definir as ações que serão englobadas e financiadas pelas políticas de saúde é primordial. Sendo assim, a chamada “porta de entrada” deverá atuar de modo resolutivo, ao organizar seu território, juntamente com o seu processo de trabalho, para que possa atender a demanda daqueles que dependem da sua assistência⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, entre as principais patologias que acometem a população estão as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com destaque para o tabagismo que atua tanto quanto doença, como fator de risco para as demais. Representam as principais causas de morbimortalidade enfrentadas pelo país, em decorrência dos elevados custos dos tratamentos, pois demandam de uma assistência médica com despesas crescentes, e também pela necessária e permanente incorporação tecnológica⁽³⁵⁾.

Além disso, a *World Health Organization (WHO)*⁽³⁶⁾ trata o tabagismo como a principal causa de mortalidade evitável no mundo, pois têm causado exagerado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de incapacidades e impactos econômicos tanto aos cofres governamentais, quanto aos núcleos familiares. Dessa forma, incentivar e desenvolver ações que estimulem a redução do consumo do tabaco, pelos diferentes atores sociais e governamentais, nos diferentes níveis de atenção à saúde, é fundamental.

Aquelas, por sua vez, devem englobar mecanismos de intervenção, promoção de saúde, redução de fatores de risco, detecção precoce e tratamento oportuno, pois apesar do seu rápido crescimento as DCNT podem ter sua incidência reduzida e suas consequências minimizadas, além de evitar a cronificação precoce da população⁽³⁷⁾.

Para tanto, o controle do tabagismo depende da articulação de estratégias de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais. E, é nessa lógica de reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade advinda do tabaco, que o INCA responsável pelo Programa Nacional do Controle do Tabagismo (PNCT), organiza e coordena suas atividades, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sociedades científicas, conselhos profissionais, dentre outras⁽³⁸⁾.

O PNCT tem como objetivos específicos reduzir a iniciação do tabagismo, especialmente entre os jovens, aumentar o número de cessação do tabaco e reduzir a fumaça ambiental. Assim, para avançar enquanto programa o mesmo tem investido no fortalecimento de uma base geopolítica, que consiste na articulação dos núcleos gerenciais dentro das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, bem como no processo de capacitação dos recursos humanos⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, e de acordo com a lógica de fortalecimento do programa, os profissionais de saúde devem promover ações de incentivo, informação e apoio ao abandono do tabagismo. Além disso, no contexto da Atenção Básica (AB), quando há possibilidade de uma maior aproximação entre os usuários e os profissionais, por meio do estabelecimento de vínculos de confiança, vislumbra-se a oportunidade de um cuidado longitudinal, integral e mais próximo⁽¹⁾.

1.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.

A enfermagem tem ampliado, a cada dia, seu espaço dentro dos serviços de saúde, e o enfermeiro assume um papel decisivo no que se refere ao cuidado da população, principalmente na identificação das necessidades e no planejamento das ações⁽³⁹⁾.

O cuidado de enfermagem é componente fundamental do sistema de saúde e caracteriza a profissão, atua como prática social, no sentido de promover e proteger a saúde da família e dos indivíduos⁽⁴⁰⁾. Nesse sentido, dentro do campo da saúde coletiva, área de importante atuação do enfermeiro, o mesmo pode desempenhar sua prática de modo criativo e autônomo⁽⁴¹⁾.

A saúde coletiva é considerada movimento de reordenamento das práticas assistenciais, a fim de ampliar o entendimento do processo saúde-doença, ao substituir o termo, ainda bastante usado, “saúde pública”, tem como eixo ordenador a Estratégia da Saúde da Família (ESF)⁽⁴²⁾. Essa se caracteriza por centrar suas ações no cuidado à família, na perspectiva de cuidar o indivíduo de modo integral⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, vislumbra-se que a saúde da família é ponto fundamental para a afirmação de vínculos e a construção de laços de compromisso entre os profissionais da equipe e os usuários, pois uma das características, do seu processo de trabalho, é a

delimitação do território, que fornece subsídios para a realização do diagnóstico situacional e para o planejamento das ações⁽⁴³⁾. E, entre os programas desenvolvidos pela estratégia está o atendimento ao usuário tabagista que deseja parar de fumar.

Contudo, ao contrário de outras áreas de atuação, como, por exemplo, o programa de hipertensão arterial, diabetes mellitus e assistência ao pré-natal do Ministério da Saúde, que têm suas ações já desenvolvidas, observa-se que ainda pouco se aborda, dentro dos serviços de saúde, sobre o uso de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, durante a prática assistencial⁽⁴⁴⁾. Assim, é imprescindível que essa postura seja repensada e discutida, bem como o modo de se ofertar o cuidado ao usuário tabagista. Torna-se preponderante considerar que já há legislação que incentiva a cessação do tabaco, programa de abordagem, mas ainda falta qualificação e preparo⁽¹⁸⁾.

Conforme as recomendações do *Tobacco Use and Dependence Guideline Panel da U.S Health Service (2008)*⁽⁴⁵⁾, todos os usuários devem ser indagados sobre o hábito de fumar, e depois de identificados, devem ser fortemente informados sobre os malefícios. Além disso, o guia enfatiza que esse tipo de abordagem, baseada no contato, ajuda no estabelecimento de vínculo, e fortalece a relação profissional e usuário. De acordo com uma publicação do Telessaúde/RS (2017)⁽⁴⁶⁾, as intervenções com abordagem rápida aumentam as taxas de abandono do tratamento, o que ocorre de modo contrário nas abordagens intensivas, pois é onde ocorre um maior contato interpessoal.

Nesse sentido, a atenção ao usuário tabagista está pautada pelo PNCT, coordenado pelo INCA, em parceria com as três esferas governamentais: federal, estadual e municipal. As ações do programa são voltadas para a educação, divididas em atividades pontuais e contínuas. As primeiras correspondem às campanhas como a do Dia Mundial sem Tabaco, em 31 de maio, dia Nacional de Combate ao Fumo, em 29 de agosto e dia Nacional de Combate ao Câncer, em quatro de fevereiro. Já, as contínuas objetivam manter um fluxo de acompanhamento, por exemplo, acerca da prevenção das doenças associadas ao uso do tabaco, os diferentes tipos de câncer atribuíveis ao mesmo, à alta mortalidade, os benefícios da cessação, os diferentes tipos de tratamento, dentre outras⁽²⁵⁾.

Sendo assim, ao desempenhar um papel educativo dentro da equipe, o enfermeiro torna-se fundamental na organização das ações que promovam e estimulem a cessação

do tabaco, ao fornecer orientações e informações, na busca da construção compartilhada de conhecimento⁽⁴⁷⁾.

Educar, na área da saúde, é um processo dinâmico, com princípios críticos e reflexivos, com metodologia baseada em diálogo, ao formar atores sociais integrados e participativos. E, é este o ponto chave da relação entre o enfermeiro e o tabagista, é preciso que haja troca de informações e experiências, faz-se necessário que se trabalhe a busca por soluções, sem desconsiderar as causas dos problemas.

Além de tudo, a importância do enfermeiro estabelecer uma aliança com o usuário é fundamental. O modo de interação desempenhado nessa relação parece ser tão importante, ou mais importante, que a abordagem medicamentosa. O profissional deve oferecer três atributos essenciais para o sucesso dessa mudança comportamental: empatia, acolhimento e autenticidade⁽⁴⁸⁾.

Para que haja maior adesão ao tratamento e resultados positivos na cessação do tabagismo, o profissional deve ter consciência que o seu papel é de facilitador neste processo, e é necessário que ele conheça as bases de tratamento, bem como as intervenções motivacionais possíveis. A autora ainda acrescenta que os conhecimentos científicos e técnicos também são importantes, mas é indispensável que o enfermeiro respeite a autonomia do usuário, e considere suas fragilidades durante este processo⁽⁴⁹⁾.

A abordagem envolve paciência e deve estar pautada no respeito mútuo, é um posicionamento ético que não deve ser confundido como uma simples transferência de conhecimento. Logo, considera-se que a mudança de comportamento, principalmente aquelas que envolvem a dependência à nicotina, faz-se de modo gradual, e a educação é uma ferramenta valiosa que pode ser utilizada tanto de modo individual, quanto grupal⁽⁵⁰⁾. Sendo assim, apesar dos dados que comprovam a dimensão do tabagismo, enquanto problema de saúde pública percebe-se a necessidade de ampliar a discussão pela temática, abordá-la dentro do cotidiano das equipes de saúde, no intuito de sistematizar as ações, organizar os fluxos e elencar prioridades. Então, dentro dessa perspectiva o enfermeiro faz-se fundamental em virtude das suas competências de gerenciar a unidade, orientar o cuidado e educar a população⁽⁵¹⁾.

2 OBJETIVO

Implementar um protocolo clínico para cessação do tabagismo para os usuários tabagistas, da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

3 MÉTODO

O presente estudo corresponde a uma pesquisa para adaptar e validar um protocolo clínico para a cessação do tabagismo em uma estratégia saúde da família. Este processo teve como principal objetivo viabilizar, no contexto cultural e organizacional da ESF, a adaptação deste protocolo.

3.1 CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na ESF do município de Paraíso do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil (Figura 1), no período de outubro de 2018 a maio de 2019. O município localiza-se na região central do estado, pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Maria e dispõe de uma população estimada em 7.677 habitantes. A base econômica é comercial e agrícola, e o tabaco é o principal meio de cultivo⁽⁵²⁾

Figura 1 - Mapa geográfico do Rio Grande do Sul, com a localização do Município de Paraíso do Sul



Fonte: Paraíso do Sul (2018)⁽⁵¹⁾. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>

Conforme pesquisa realizada pela Associação dos Fumicultores do Brasil⁽⁵³⁾, pode-se afirmar que o município pertence à região com a maior produção de tabaco do estado do Rio Grande do Sul. Apresenta características peculiares, pois a agricultura é majoritariamente familiar, ou seja, todos os membros da família envolvem-se no cultivo do tabaco, desde jovens, homens, mulheres e idosos. Este fato faz com que os níveis de nicotina no sangue, por meio da absorção da pele, aumentem em até 700% quando comparados aos fumantes. Logo, estão sujeitos a frequentes intoxicações pela nicotina, sendo ou não tabagistas ativos.

Em relação à equipe de ESF, esta é única do município e corresponde a 33% de cobertura populacional. Encontra-se em atividade desde 2015, neste ano a profissional médica, do Programa Mais Médicos, foi substituída por novo profissional. Além do médico, a equipe é formada por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. As micro áreas são numeradas de um a cinco, e abrange em torno de 2.800 indivíduos.

Entre as principais atividades realizadas pela equipe de saúde estão as de caráter preventivo, de cuidado integral e longitudinal baseadas no acompanhamento do indivíduo e da família. São realizadas visitas mensais aos pacientes com DCNT, gestantes, recém-nascidos e quadros agudos, conforme a necessidade.

As atividades também acontecem por meio de palestras na comunidade, escolas e grupos específicos como idosos e mulheres. O trabalho da equipe é feito de modo compartilhado, e os casos são discutidos em reuniões quinzenais. Sendo assim, na lógica desse processo de trabalho, percebeu-se a importância de fortalecer o cuidado e o acompanhamento ao usuário tabagista, pois o serviço da ESF está vinculado ao PNCT.

Desse modo, no desejo de melhorar as ações que contemplam o cuidado ao tabagista, ao qualificar os atendimentos e o acompanhamento durante o tratamento de cessação, o retorno dos grupos de apoio e de profissional médico capacitado, o planejamento das atividades preventivas de iniciação do hábito, para que se tenha como futuros resultados a redução das taxas de abandono do tratamento e número de fumantes, bem como a prevenção de recaídas, adaptou-se este protocolo.

3.2 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

A elaboração de protocolos clínicos atua como estratégia de gestão, além de servirem como instrumentos para promover a padronização das condutas ao facilitar a tomada de decisão de forma mais eficaz e segura⁽⁵⁴⁾. Inseridos nas rotinas de diferentes serviços de saúde, os protocolos atuam, na maior parte das vezes, de modo generalista. Logo adaptá-los é um meio de incluir e considerar as características locais e potencializar suas recomendações, de modo a beneficiar principalmente os sujeitos que delas dependem.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e gestão dos serviços. Baseados em diretrizes técnicas, organizacionais e políticas, fundamentam-se em estudos de evidências científicas, incorporação de novas tecnologias e emprego de medicamentos, com a finalidade de tornarem os atendimentos rápidos e organizados, no intuito de aumentarem as chances de sucesso.

De acordo com Wernick, Pereira de Faria e Campos⁽⁵⁵⁾ (2009), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), protocolos são meios de padronização de condutas, estruturados previamente por meio de algumas ações tais como: avaliação da situação, identificação de problemas, possíveis soluções, principais responsáveis e prazos. Sendo assim, os autores enfatizam que a utilização de protocolos, pelos municípios brasileiros, vem ao encontro do princípio constitucional da descentralização, também citado na Lei Orgânica nº8080, do SUS, que garante a autonomia dos mesmos sobre suas ações.

Nesse sentido, para a adaptação e validação do protocolo clínico para cessação do tabagismo, utilizou-se o método ADAPTE. Esse é um conjunto de ferramentas para adaptar diretrizes clínicas e protocolos, e busca atender às necessidades de diferentes grupos de usuários como: profissionais de saúde, gestores, desenvolvedores de diretrizes, dentre outros⁽¹¹⁾ (BRASIL, 2014).

Caracteriza-se por ser um processo flexível dividido em três fases: fase de configuração, adaptação e finalização, cada um com seus respectivos módulos, conforme demonstra o Quadro 1:

Quadro 1 - Fases do processo de adaptação

Fase de Configuração	Fase de Adaptação	Fase de Finalização
Módulo de Preparação	Módulo de Escopo e Propósito Módulo de Filtro e Pesquisa Módulo de Avaliação Módulo de Decisão e Seleção Módulo de Customização	Módulo de Revisão Externa e Reconhecimento Módulo de Planejamento de Acompanhamento Módulo de Produção Final

Fonte: Brasil (2014)⁽¹¹⁾.

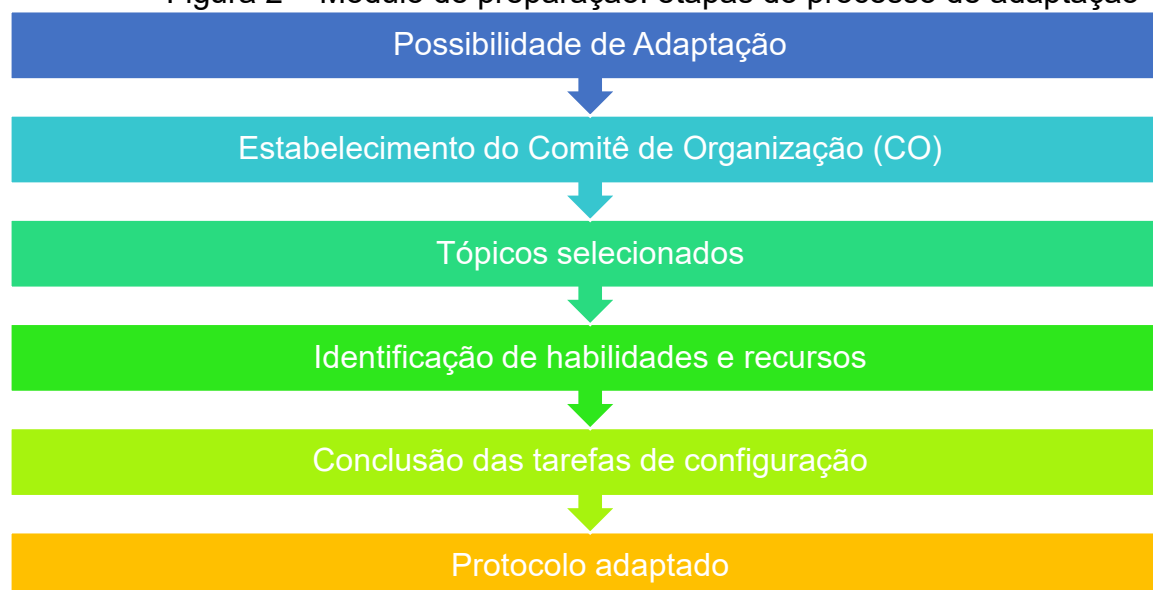
A utilização desta ferramenta serviu de norteamento metodológico, em virtude da sua capacidade de incorporação das características locais, tanto do serviço, quanto dos usuários e dos profissionais, bem como pela oportunidade de criação de espaços para a discussão, além de vislumbrar as possibilidades de organizar, qualificar e fortalecer o processo de trabalho⁽¹¹⁾ (BRASIL, 2014).

Cada fase foi composta por um conjunto de módulos e cada módulo incluiu diversas etapas, produtos e resultados, requisitos organizacionais, habilidades e ferramentas, detalhadas a seguir⁽¹¹⁾ (BRASIL, 2014).

3.2.1 Fase de configuração

O módulo de preparação envolveu as seguintes tarefas, composta por essas seis etapas citadas a seguir:

Figura 2 – Módulo de preparação: etapas do processo de adaptação



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

Para este estudo, a primeira etapa foi previamente discutida com a equipe de saúde, a qual a pesquisadora encontra-se inserida, e, a proposta desta pesquisa surgiu em virtude de uma das necessidades do processo de trabalho, no contexto desta ESF, que é organizar e qualificar a assistência prestada ao usuário tabagista. Logo a adaptação do protocolo para a cessação do uso do tabaco foi considerada possível. Na sequência, foi estabelecido o comitê de organização (CO), e para sua formação foram convidados individualmente: uma enfermeira da Atenção Primária à Saúde/Unidade Básica de Saúde, um(a) médico(a) da Saúde da Família, um(a) técnico(a) em enfermagem da ESF, um(a) tutor(a) da equipe da ESF e dois ACS.

O CO foi coordenado pela pesquisadora que, primeiramente, entregou a carta convite (APÊNDICE A), com uma breve apresentação do estudo, objetivo e justificativa, bem como sobre a importância da participação de cada membro. Além disso, foi salientado que a participação seria voluntária, sem custos ou indenizações de participação. Disponibilizou-se um prazo de sete dias para a resposta de recusa ou aceite de participação. Todos os profissionais convidados aceitaram em participar, sendo entregue para cada membro uma carta de compromisso (APÊNDICE B), uma declaração de conflito de interesses (APÊNDICE B) e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), em duas vias, onde uma delas foi assinada e entregue à pesquisadora, que esteve disponível para quaisquer esclarecimentos durante todo o processo.

A formalização da constituição deste CO está explanada no painel de referências a seguir, com a identificação das habilidades e dos recursos necessários, como forma de assegurar a qualidade e a seriedade deste processo:

Quadro 2 – Painel de referências do Comitê de Organização do processo de implementação do protocolo de cessação do tabagismo da Estratégia Saúde da Família
(continua)

Avaliador	Cargo	Tempo de Serviço	Habilidades/Recursos
Avaliador 1 (C.C)	Enfermeira Atenção Primária em Saúde/Unidade Básica de Saúde	1 ano	Triagem com classificação de risco, acolhimento, visita domiciliar, consulta de enfermagem, sala de vacinas e demais procedimentos. Ações preventivas e educativas.

(conclusão)

Avaliador	Cargo	Tempo de Serviço	Habilidades/Recursos
Avaliador 2 (JB)	Técnico de Enfermagem	3 anos	Triagem com classificação de risco, visita domiciliar, sala de vacinas e demais procedimentos. Ações preventivas e educativas.
Avaliador 3 (Y.L.B.S)	Médico(a) Estratégia de Saúde da Família	2 anos	Consulta clínica; Visitas domiciliares; Colaborador na organização dos grupos de tabagismo; Ações educativas e preventivas; Responsável pela avaliação clínica do usuário tabagista, e pela prescrição dos medicamentos para tratamento de cessação do tabagismo.
Avaliador 4 (V.H)	Agente Comunitário de Saúde MA=1	4 anos	Cadastro domiciliar, familiar e individual; Busca ativa; Acompanhamento a usuários em situações de doenças agudas e crônicas, Ações educativas e preventivas.
Avaliador 5 (J.R)	Agente Comunitário de Saúde MA=2	4 anos	Cadastro domiciliar, familiar e individual; Busca ativa; Acompanhamento a usuários em situações de doenças agudas e crônicas, Ações educativas e preventivas.
Avaliador 6 (L.O)	Tutora da Equipe da Estratégia de Saúde da Família	7 anos	Monitoramento das ações e dos indicadores locais da prevalência do tabagismo; monitoramento das metas de redução do uso do tabaco; coordenação do Programa Saúde na Escola do município.

*MA = Micro-área Fonte: Elaborado pela pesquisadora, conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica (2017).

Como critério de inclusão dos membros ao CO, pactuou-se que deveriam ser obrigatoriamente funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vinculado ao serviço ou então à PNCT. Ainda, a pesquisadora explicou para cada membro que, caso a declaração de conflito de interesse e/ou o TCLE não fossem assinados, a exclusão do participante do estudo seria automática. Ainda, salientou-se que, em virtude do

rompimento do Programa Mais Médicos com os profissionais vindos de Cuba, a médica que fazia parte da equipe da ESF e também integrante do CO participou somente da fase inicial deste processo de adaptação, sendo considerada perda do estudo em virtude do seu desligamento da SMS.

A orientação para a formação de um CO, proposta pelo método ADAPTE, para conduzir a adaptação deste protocolo de cessação do tabagismo, possibilitou encontros construtivos e reflexivos do processo de trabalho e a percepção da importância e das diferentes responsabilidades que cada trabalhador pode desempenhar dentro de uma equipe.

Para essa etapa, a pesquisadora instrumentalizou, por meio de um encontro de capacitação (Figuras 3 e 4) os membros do CO e abordou os seguintes tópicos: o processo ADAPTE: suas fases, módulos e etapas, breve histórico sobre a PNCT no Brasil e no serviço alguns dados locais sobre a prevalência do tabagismo no município de Paraíso do Sul, conforme a última atualização dos cadastros domiciliares via e-SUS, organização atual do serviço, protocolo clínico atual para a cessação do tabagismo (módulo filtro e pesquisa), objetivo e justificativa do estudo (escopo e finalidade).

Figura 3 – Material elaborado para capacitação dos membros do comitê organizador
(continuação)

PPG-ENF
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional em Enfermagem
UFCS/PA

**ADAPTAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA
A CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Enfermeira : Rosanna da Silva Nogueira
Orientadora: Profª Drª Annie Jeannine Bisso
Lacchini
Co-Orientadora : Profª Karin Viégas

INTRODUÇÃO

Tabagismo: integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa.

Reconhecido como doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína.

BRASIL [2015]; INCA [2019].

INTRODUÇÃO

- É um grave problema para os sistemas mundiais de saúde;
- Apesar das tentativas de controle do consumo do tabaco, vivemos a chamada “Epidemia Mundial do Tabaco.”
- Tabagismo Ativo x Tabagismo Passivo:

CASTRO, NUNES; CASTRO, [2019]

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

O TABAGISMO ativo e passivo juntos são importantes fatores de risco para o desenvolvimento das quatro principais doenças crônicas não-transmissíveis:

OMS [2019]

INTRODUÇÃO

INCA 1989: Criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo ; Ministério da Saúde; INCA;

34,8% Primeira pesquisa sobre a prevalência do tabagismo na população brasileira;

Consolidação da participação do Brasil na Convenção Quadro de Controle do Tabagismo: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública.

INCA [2019]

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO.

Consolidação da Política Nacional de Controle do Tabagismo;
Promoção da saúde, gestão e governança;

Objetivo: reduzir a prevalência do tabagismo, e consequentemente a morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco no Brasil.

AÇÕES

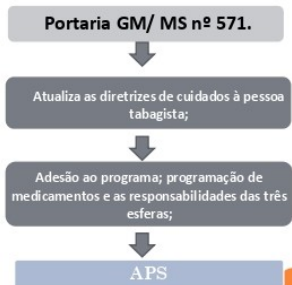
Educativas aliadas à medidas legislativas e econômicas;
Prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens;
Reduzir a exposição da população à fumaça ambiental do tabaco;
Reduzir os danos individuais, sociais, econômicos e ambientais;

(continuação)

INTRODUÇÃO



BRASIL (2013)

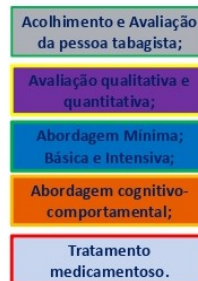


INTRODUÇÃO

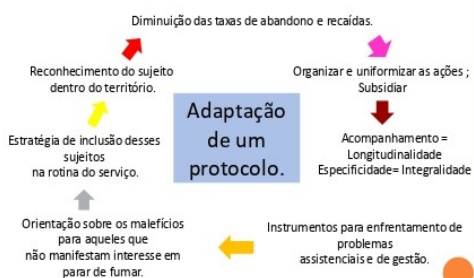
PROCOLO CLÍNICO.



BRASIL (2013)



JUSTIFICATIVA



RELEVÂNCIA



OBJETIVO



Adaptar um protocolo de atendimento para os usuários tabagistas, da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, de um município de pequeno porte, para a cessação do hábito de fumar.

REVISÃO DA LITERATURA

- Tabagismo e seu contexto histórico e cultural;
- APS enquanto serviço de saúde e responsável pelo desenvolvimento de ações do PNCT;
- O papel e a importância dos protocolos dentro da APS;
- O enfermeiro dentro do PNCT.

(continuação)

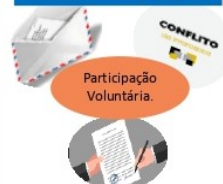
O AdapTE é um conjunto de ferramentas para a adaptação de diretrizes clínicas e protocolos que visa atender às necessidades de diferentes grupos de usuários como: profissionais de saúde, gestores, desenvolvedores de diretrizes, dentre outros. Caracteriza-se por ser um processo flexível dividido em três fases:

Tarefas de Configuração	Tarefas de Adaptação	Tarefas de Testagem
Módulo de Preparação	Módulo de Escopo e Propósito Módulo de Mapeamento Módulo de Análise Módulo de Decisão e Síntese Módulo de Customização	Módulo de Revisão Externa e Reacomodamento Módulo de Planejamento de Acompanhamento Módulo de Produção Final

ADAPTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013)

METODOLOGIA

Fase de Configuração:
Módulo de Preparação.



Comitê de Organização.

Enfermeira, técnica em enfermagem, tutora da equipe e 2 ACS.

Pesquisadora: Coordenadora e Redatora.

METODOLOGIA

Fase de Adaptação:

Escopo e Propósito: PIPDS



- * População: usuários tabagistas que manifestam interesse em cessar o consumo do tabaco, e procuram o serviço para iniciar tratamento.
- * Intervenção: estruturação da consulta clínica e de enfermagem, elaboração de plano terapêutico de acompanhamento e retorno, fortalecimento das atividades de grupos, ações multidisciplinares e educativas.
- * Profissionais: todos os profissionais da equipe de ESF que prestam assistência ao usuário tabagista que deseja parar de fumar.
- * Desfechos e medições: Idealmente a adaptação visa organizar a oferta do cuidado dispensado ao usuário tabagista, em cessação do hábito de fumar, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado estruturado e qualificar o acompanhamento, bem como reduzir as taxas de abandono. Ainda, espera-se preparar os profissionais para o atendimento a essa demanda.
- * Sistema de Saúde: a adaptação deverá ser aplicada dentro do serviço da ESF.

METODOLOGIA

Fase de Adaptação:



Filtro e Pesquisa.

- Protocolos elaborados no Brasil,
 - Idioma português,
 - Disponíveis na íntegra,
- Regulamentados pelo Ministério da Saúde/INCA,
- Sem recorte temporal

METODOLOGIA

Resultados prévios.

Direção/Protocolo	Data de Publicação	Órgão Responsável
Portaria nº 1.375	29 de Agosto de 2002	Ministério da Saúde
Portaria nº 1.093	12 de Setembro de 2003	Ministério da Saúde
Portaria nº 1.025	31 de Maio de 2006	Ministério da Saúde
Portaria nº 1.442	13 de Agosto de 2006	Ministério da Saúde
Portaria nº 3.71	05 de Abril de 2013	Ministério da Saúde

METODOLOGIA

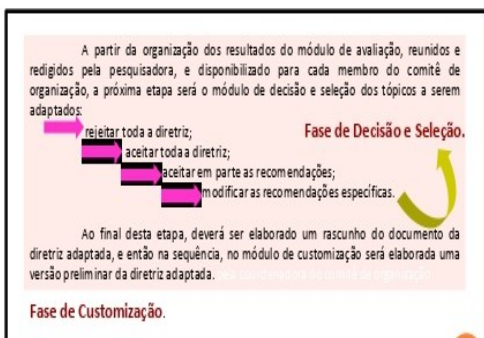
A avaliação: multidimensional;
* qualidade, conteúdo e aplicabilidade.

Painéis

- * Composto por 23 itens, divididos em seis domínios: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial;
- * Utiliza uma escala de 7 pontes (de 1- discordo totalmente e 7- concordo totalmente);
- * O escore 7 é quando as qualidades das informações são excelentes, e escores entre 2 e 6 devem ser atribuídos quando as informações referentes a cada domínio do não atendem a todos os critérios ou recomendações. a Pontuação deve ser em função da completude e qualidade.

(continuação)

METODOLOGIA



METODOLOGIA

Fase de Finalização.

PRODUTO



Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

Figura 4 – Material elaborado para capacitação dos membros do comitê organizador
(continuação)



COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO

AGREE II- Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas.

COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO.

- 30 Você ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aceitou em participar da formação deste COMITÊ. A proposta objetiva implementar (adaptar) um protocolo de cessação do tabagismo dentro da área da ESF.
- 30 Sua participação consistirá na participação de encontros presenciais e à distância, os quais serão previamente combinados.
- 30 Como primeira atividade, você deverá aplicar o Instrumento Agree II, no protocolo vigente, do Ministério da Saúde, para a cessação do tabaco, o qual consta na portaria nº 571.

Justificativa.

O tabagismo representa um **grave problema** para os sistemas mundiais de saúde, e apesar das tentativas de controle o seu uso e consumo mantém-se em crescimento, principalmente, nos países em desenvolvimento, constituindo a chamada "Epidemia Mundial do Tabaco". (BRASIL, 2015).

Considerado o principal FR de **morte evitável**, percebe-se o seu impacto nocivo sobre a população, quando doenças tabaco-relacionadas correspondem a seis milhões de mortes anuais, e conforme projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), se nada for feito em relação ao hábito de fumar, o número de fumantes passará de 1,2 bilhões, em 2000, para 1,6 bilhões em 2030, correspondendo futuramente a 10 milhões de mortes. (BRASIL, 2013).

AGREE II.

- 30 É um instrumento utilizado para a avaliação de diretrizes e protocolos.
- 30 O AGREE destina-se ao uso dos seguintes grupos interessados:
 - **profissionais de saúde** que desejam realizar sua própria avaliação de uma diretriz antes de adotar as recomendações em sua prática;

Diretrizes clínicas são recomendações elaboradas de forma sistemática para auxiliar as decisões do clínico e do paciente acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas

AGREE II

- 30 Consiste em uma escala de 1 a 7 pontos.

1. Nenhum desacordo	2	3	4	5	6	7. Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	------------------------

- 30 Composto por 23 itens-chaves, organizados em 6 domínios.
- 30 Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz.

AGREE II – Como avaliar.

- 30 **Escore 1 (discordo totalmente).** O escore 1 deve ser dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item do AGREE II ou se o conceito é muito pobremente relatado.
- 30 **Escore 7 (concordo totalmente).** O escore 7 deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente e quando todos os critérios e considerações articulados no Manual do Usuário estão atendidos.
- 30 **Escores entre 2 e 6.** Um escore entre 2 e 6 deve ser atribuído quando a informação referente ao item do AGREE II não atende todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e qualidade do relato. A pontuação deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas..

(continuação)

AGREE II

- Antes de utilizar o AGREE II é preciso ler atentamente as orientações em sua totalidade.
- Número de avaliadores: Recomenda-se que cada diretriz seja avaliada por pelo **menos dois**, e preferencialmente, **quatro avaliadores**, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação.

DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

Diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo.

1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s):
2. A(s) questão(ões) clínica(s) coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita

DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
 - Como avaliar: Existe o nome, especialidade, expertise, instituição de origem, localização geográfica e descrição de cada membro envolvido na diretriz?
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)
 - Como avaliar: Na diretriz diz quais tipos de estratégia foram usadas para chegar às opiniões e às preferências do público-alvo?
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.
 - Como avaliar: Há clara descrição do público pretendido pela diretriz, bem como a mesma pode ser utilizada por seu público-alvo?

DOMÍNIO 3 . RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

Trata-se do respeito ao processo utilizado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva utilização destas.

- 7) Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
 - Como avaliar: foram oferecidos detalhes das estratégias de busca, nome das bases de dados e os termos de pesquisa utilizados.
- 8) Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.
 - Como avaliar: Os critérios de inclusão e exclusão foram bem explicados (Ex: características consideradas da população, delineamento)

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

- 9) Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.
 - Como avaliar: Declarações que identificam esses pontos e limitações, e a maneira de como foi interpretada, bem como delimitação do estudo, limitações da metodologia, consistência e magnitude dos resultados
- 10) Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
 - Como avaliar: Há a descrição dos passos utilizados para chegar às recomendações.
- 11) Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.
 - Como avaliar: Dados de apoio que relembram os benefícios da diretriz, danos, riscos e/ou efeitos colaterais; Relato sobre o "balanço" entre riscos e benefícios;

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

- 12) Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.
 - Como avaliar: Na diretriz, está descrito como a equipe que a desenvolveu associou as evidências para formular as recomendações.
- 13) A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.
 - Como avaliar: Descrição da finalidade e da intenção da revisão externa (Ex: melhorar a qualidade, receber um feedback); Metodologia utilizada para realizar a revisão externa e descrição dos revisores e desfechos.
- 14) O procedimento para a atualização da diretriz está disponível.
 - Como avaliar: As diretrizes precisam refletir as pesquisas recentes, logo o conteúdo do item deve incluir a declaração de que a diretriz será atualizada, o intervalo de tempo ou os critérios que orientem as decisões de quando serão feitas as atualizações

(continuação)

DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO.

Trata-se da linguagem, estrutura e formato da diretriz.

15) As recomendações são específicas e sem ambigüidade.

Como avaliar: Declaração da ação recomendada com o seu objetivo e finalidade; Identificação da população.

16) As diferentes opções de abordagem da condição ou problemas de saúde estão claramente apresentadas.

Como avaliar: Descrição das opções e das situações clínicas.

17) As recomendações-chaves são facilmente identificadas.

Como avaliar: A descrição das recomendações principais está apresentada em quadros sintéticos, destacados em negrito ou sublinhados; Recomendações específicas estão agrupadas.

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

17) As recomendações-chaves são facilmente identificadas.

Como avaliar: A descrição das recomendações principais está apresentada em quadros sintéticos, destacados em negrito ou sublinhados; Recomendações específicas estão agrupadas.

18) A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.

Como avaliar: Identificação e descrição dos tipos de facilitadores e barreiras; Métodos que nortearam a pesquisa das informações relacionadas aos facilitadores e barreiras; Descrições de como essas informações influenciaram o processo de desenvolvimento da diretriz.

19) A diretriz traz a aconselhamento e/ou ferramenta sobre as recomendações podem ser colocadas em prática.

Como avaliar: Há na diretriz uma seção específica que descreve sua implementação, resumo da diretriz; Links para manuais com passo-a-passo, desfecho de testes pilotos, pesquisas anteriores com a utilização das recomendações; Instruções aos usuários de como acessar as ferramentas e recursos.

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

20) Foram considerados as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

Como avaliar: Identificação dos tipos de informação sobre os custos que foram considerados; Métodos que nortearam a pesquisa sobre os custos; Descrições de como as informações obtidas foram utilizadas.

21) A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

Como classificar: Há identificação dos critérios para avaliar a implementação da diretriz ou aderência às recomendações; Critérios para avaliar o impacto da implementação das recomendações; Aconselhamento quanto à frequência e intervalo de medição; Descrição ou definições operacionais sobre como os critérios devem ser medidos.

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22) O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

Como avaliar: O nome do órgão financiador ou fonte de financiamento (ou declaração de não financiamento); Declaração de que o órgão financiador não influenciou no conteúdo da diretriz.

23) Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

Como avaliar: Descrição dos tipos de conflitos de interesse considerados e os métodos pelos quais interesses foram identificados; Descrição dos mesmos e como esses influenciaram no processo de desenvolvimento da diretriz e na formulação das recomendações diretriz.

Sendo assim, na conclusão dessa fase preliminar, os membros elaboraram um plano de trabalho com o esboço de como o processo de adaptação dar-se-ia, bem como a descrição dos tópicos discutidos, os módulos realizados, agenda para finalização do processo, cronograma de reuniões e a fonte de financiamento (APÊNDICE F).

3.2.2 Fase de adaptação

Para o **módulo escopo e propósito** definiram-se cinco itens: população, intervenção, profissionais, desfechos e sistema de saúde (PIPDS) como um meio de auxiliar na formação das perguntas de saúde pelo comitê e garantir a inclusão de todos os itens relevantes, para a adaptação do protocolo. Sendo assim, temos ⁽¹¹⁾:

a) população: usuários tabagistas que manifestam interesse em cessar o consumo do tabaco, e procuram o serviço para iniciar tratamento.

b) intervenção: estruturação da consulta clínica e de enfermagem, elaboração de plano terapêutico de acompanhamento e retorno, fortalecimento das atividades de grupos, ações multidisciplinares e educativas.

c) profissionais: todos os profissionais da equipe de ESF que prestam assistência ao usuário tabagista que deseja parar de fumar.

d) desfechos e medições: idealmente a adaptação visa organizar a oferta do cuidado dispensado ao usuário tabagista, em cessação do hábito de fumar, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado, estruturar e qualificar o acompanhamento, bem como reduzir as taxas de abandono. Ainda, espera-se preparar os profissionais para o atendimento a essa demanda.

e) sistema de saúde: a adaptação deverá ser aplicada dentro do serviço da ESF.

No **módulo filtro e pesquisa**, realizou-se busca na literatura científica, a respeito da temática escolhida, a fim de encontrar as principais diretrizes clínicas e os protocolos vigentes. Logo, os critérios de inclusão foram: protocolos elaborados no Brasil, idioma português, disponíveis na íntegra, regulamentados pelo Ministério da Saúde/INCA, sem recorte temporal. Este módulo já havia sido concluído anteriormente pela pesquisadora, e

apresentado no primeiro encontro ao CO. O quadro (Quadro 3), ilustra os resultados encontrados⁽¹¹⁾.

Quadro 3 - Fase de adaptação: módulo de pesquisa e filtro

Diretriz/Protocolo	Data de Publicação	Órgão Responsável
Portaria n° 1.575	29 de agosto de 2002	Ministério da Saúde/Gabinete Ministerial
Portaria n° 1.798	12 de setembro de 2003	Ministério da Saúde
Portaria n° 442	13 de agosto de 2004	Ministério da Saúde
Portaria n° 571	05 de abril de 2013	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2018).

Para o **módulo de avaliação**⁽¹¹⁾, como a diretriz vigente e em processo de trabalho, dentro do serviço da ESF, é a Portaria n° 571, de 05 de abril de 2013, o qual foi o objeto de adaptação. Para a realização deste módulo, foi agendado novo encontro dos membros deste comitê.

A avaliação foi realizada de modo multidimensional, incluindo os critérios de qualidade, conteúdo e aplicabilidade. Para a avaliação do primeiro item, a pesquisadora elaborou um material didático (Figuras 3 e 4) e um instrumento avaliativo (APÊNDICE E), a fim de capacitar os membros do comitê, em relação à utilização do AGREE II, no intuito de sanar qualquer dúvida.

A seguir, as avaliações serão apresentadas por domínio, conforme ilustram as tabelas. Na tabela 1 estão apresentados os resultados da avaliação do Domínio I- Escopo e Finalidade.

Tabela 1 – Resultados da avaliação do Domínio I, Escopo e Finalidade, AGREE II

Domínio I – Escopo e Finalidade			
Avaliadores	Item 1 Objetivo geral	Item 2 Questões de saúde	Item 3 População alvo
Avaliador 1	7	3	3
Avaliador 2	6	4	7
Avaliador 3	7	6	7
Avaliador 4	7	7	7
Avaliador 5	7	7	7
Avaliador 6	5	5	6
Total	39	32	37
Cálculo= (Pontuação Máx) 126/(Mín) 18 = 108-18/126-18=0,83*100= 83%			

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

Este domínio diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população alvo. É possível observar que há uma uniformidade entre os valores atribuídos pelos avaliadores, com exceção dos itens dois e três, do avaliador um. Logo, este domínio apresentou predomínio de pontos de concordância e obteve como resultado final um total de 83%.

A tabela 2 traz as avaliações referentes ao domínio envolvimento das partes interessadas, conforme organizada logo a seguir.

Tabela 2 – Resultados da avaliação do Domínio II, Envolvimento das Partes Interessadas, AGREE II

Domínio II- Envolvimento das Partes Interessadas.			
Avaliadores	Item 4 Equipe de desenvolvimento	Item 5 Preferências da população	Item 6 Usuários definidos
Avaliador 1	2	2	7
Avaliador 2	3	6	6
Avaliador 3	3	2	5
Avaliador 4	1	1	3
Avaliador 5	6	4	5
Avaliador 6	4	4	5
Total	19	18	31
Cálculo= $126/18 = 68-18/126-18=0,46*100 = 46\%$			

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

O domínio II – Envolvimento das Partes Interessadas focaliza em qual medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos. Ao perceber a existência de valores significativamente diferentes entre si, como por exemplo, um e seis, é possível afirmar que há pontos de discordâncias entre os membros. Logo, indicam aspectos a serem discutidos para posterior decisão consensual. Sendo assim, de acordo com os resultados da tabela 2, observam-se pontos de discordância nos itens cinco e seis, e como resultado final o domínio II teve 46% como resultado.

Os dados da Tabela 3 referem-se ao domínio – Rigor do Desenvolvimento. Esse domínio aborda o processo utilizado para coletar e sintetizar as evidências, a metodologia para a formulação das recomendações e a respectiva utilização destas dentro da Portaria nº 571, de 05 de Abril de 2013.

Tabela 3 – Resultados da avaliação do Domínio III Rigor do Desenvolvimento, AGREE II

Domínio III- Rigor e Desenvolvimento.								
Avaliadores	Item 7 Método	Item 8 Inc/Exc	Item 9 Limites	Recomendações Item 10	Item 11 Benef/ Ef.Col/ Riscos	Item 12 Evidências	Item 13 Experts	Item 14 Atualização
Avaliador 1	3	4	6	5	2	5	3	5
Avaliador 2	4	3	6	5	4	5	4	3
Avaliador 3	3	2	2	3	3	3	2	2
Avaliador 4	5	1	1	5	1	6	1	1
Avaliador 5	5	5	4	3	3	4	4	3
Avaliador 6	6	4	5	5	4	4	4	4
Total	26	20	24	26	17	27	18	18

Cálculo = (Pontuação Máx) 336/(Pont.Mín) 48 = 176-48/336-48 = 0,44*100 = **44%**

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

Em relação ao domínio IV, a diretriz é avaliada de acordo com a clareza da apresentação, considera se não há ambiguidades nas recomendações e quais são as principais, além de avaliar os diferentes tipos de abordagens e se a população está bem descrita. Sendo assim, de acordo com a tabela a seguir observa consistência entre os membros no item 15, e pontos de discordância nos itens 16 e 17, entre os avaliadores quatro e dois e o um e o cinco, respectivamente. Este domínio obteve 59% como resultado da avaliação do comitê.

Tabela 4 – Resultados da avaliação do Domínio IV Clareza da Apresentação, AGREE II.

Domínio IV – Clareza e Apresentação			
Avaliadores	Item 15- Estrutura da Diretriz	Item 16 - Tipos de abordagem	Item 17 - Identificação das recomendações
Avaliador 1	6	4	7
Avaliador 2	6	3	3
Avaliador 3	5	5	3
Avaliador 4	5	7	3
Avaliador 5	6	5	2
Avaliador 6	6	5	4
Total	34	29	19

Cálculo= (Pontuação Máx) 126/(Mín) 18 = 82-18/126-18=0,59*100= **59%**

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

As considerações a respeito da aplicabilidade da diretriz são elencadas no domínio cinco. Conforme as avaliações do CO, organizadas na tabela abaixo (Tabela 5), os avaliadores estão de acordo quanto às pontuações sobre facilidades e barreiras e aconselhamento descritas na diretriz. É possível observar que as pontuações retratam baixa completude desses aspectos.

Para os itens 20 e 21, sobre as informações contidas na Portaria nº 571, acerca das implicações e do monitoramento, a pontuação do avaliador quatro discorda no item 20 com o avaliador um, e no item 21 com o avaliador seis. O grupo avaliou o domínio em 36%.

Tabela 5 – Resultados da avaliação do Domínio V Aplicabilidade, AGREE II.

Domínio V – Aplicabilidade				
Avaliadores	Item 18 Facilidades e Barreiras.	Item 19 Aconselhamento sobre a diretriz.	Item 20 Implicações da diretriz.	Item 21 Monitoramento da diretriz.
Avaliador 1	4	3	5	2
Avaliador 2	5	3	2	2
Avaliador 3	3	4	3	3
Avaliador 4	3	2	1	1
Avaliador 5	3	2	3	3
Avaliador 6	5	4	5	5
Total	23	18	19	16
Cálculo= $168/24 = 70-24/168-24 = 0,36*100 = 36\%$				

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

Para finalizar a avaliação sobre a qualidade da Portaria nº 517, a tabela 6 apresenta os dados relativos à avaliação das questões que envolvem a independência editorial. Este domínio recebeu do CO o percentual de 42%, quando o comitê entendeu que as informações sobre o financiamento da diretriz e o aconselhamento do seu uso forem insuficientes.

Tabela 6 – Resultados da avaliação do Domínio VI, Independência Editorial, AGREE II

Domínio VI – Independência Editorial		
Avaliadores	Item 22 Financiamento	Item 19 Aconselhamento sobre a diretriz
Avaliador 1	7	3
Avaliador 2	3	3
Avaliador 3	2	2
Avaliador 4	7	1
Avaliador 5	2	1
Avaliador 6	6	5
Total	27	15
Cálculo= $84/12 = 38-12/84-12 = 0,42*100= 42\%$		

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

De acordo com as tabelas apresentadas acima, os resultados foram reunidos e redigidos pela pesquisadora, sendo disponibilizados para cada membro do CO durante o terceiro encontro presencial. Nesta oportunidade, para melhor entendimento do processo a pesquisadora apresentou os resultados por domínio e os pontos de discordância, houve então espaço para discussão e esclarecimento das dúvidas existentes.

No final deste encontro, a pesquisadora entregou novo instrumento (Figura 5) para cada membro, para a avaliação da situação, conteúdo e aplicabilidade da diretriz. Disponibilizou-se um prazo de duas semanas para o preenchimento do mesmo, e após este período o mesmo deveria ser entregue diretamente à pesquisadora.

Figura 5 – Módulo avaliação: conteúdo, situação e aplicabilidade.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

**COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO.
(IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA A CESSAÇÃO
DO TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA)**

Caro Membro do Comitê de Organização, você já realizou a avaliação da qualidade da Portaria nº 571, de 05 de Abril de 2013, sobre a cessação do tabagismo, no âmbito do SUS.

Para o **módulo de avaliação**, cada membro deste comitê aplicou o instrumento AGREE II, de modo individual, e após a relatora e pesquisadora agrupou os resultados, conforme apresentados na tabela a seguir, para o conhecimento deste grupo:

Tabela 1 – Resultados da avaliação da Portaria nº517, 05 de Abril, de 2013, conforme AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.

Domínio	Resultado
Escopo e finalidade	83%
Envolvimento das partes	46%
Rigor do desenvolvimento	44%
Clareza da apresentação	59%
Aplicabilidade	36%
Independência Editorial	42%

Fonte: elaborado pelo Comitê organizador (2019).

Para a segunda parte deste módulo, que corresponde aos critérios de situação, conteúdo e aplicabilidade, responda aos seguintes questionamentos, com base na Portaria nº 571:

- 1) A população descrita para a elegibilidade desta diretriz está de acordo com as recomendações abordadas pela mesma? _____

2) As intervenções preconizadas para a população alvo atende a opinião e as preferências dos pacientes no contexto do seu uso?

3) As intervenções são ou estão disponíveis dentro do contexto de uso? _____

4) Na diretriz, é possível identificar que houve conhecimento e habilidades suficientes para o contexto em que ela é indicada? _____

5) Ao considerar desde o âmbito nacional até o local, acerca da aplicabilidade das recomendações desta diretriz, a seu ver existem restrições, barreiras organizacionais, legislações, políticas e/ou recursos no ambiente de uso da saúde que impediriam a implementação da recomendação? _____

6) Ao considerar sua vivência profissional, as recomendações são compatíveis com a cultura e os valores locais? _____

7) Os benefícios decorrentes da implementação e do fortalecimento da diretriz que aborda a cessação do tabagismo a tornam vantajosa? Justifique. _____

Sendo assim, a partir desses resultados, nesse encontro também correspondente ao **módulo de decisão**, o CO decide:

Rejeitar toda a diretriz.

Aceitar toda a diretriz.

Aceitar em parte as recomendações.

Modificar as recomendações específicas.

Membro do CO/Função: _____

Após o prazo estabelecido, a pesquisadora ao receber as avaliações, organizou os resultados em um documento explicativo (Figura 6), de modo a considerar todas as respostas de cada membro do CO, então o quarto encontro foi agendado.

Neste encontro presencial, correspondente ao **módulo de decisão**, a pesquisadora realizou a leitura do documento explicativo para o CO, que ao concordar com o conteúdo, assinou-o e então decidiu **aceitar em parte as recomendações**. Logo, ao considerar as características locais do serviço, a atual organização do processo de trabalho, bem como a população adstrita dentro da área de cobertura da ESF e a forma de acesso do usuário tabagista ao serviço, os membros selecionaram os seguintes tópicos para adaptar:

- a) mapeamento e a territorialização, anual, dos usuários tabagistas ativos, registrar no e-SUS e atualizar o cadastro domiciliar dentro desse sistema;
- b) elaboração um fluxograma para o atendimento do usuário que deseja iniciar o processo de cessação do tabagismo, como estratégia organizacional e de fortalecimento da PNCT dentro da ESF;
- c) inclusão do agendamento como meio de acesso para a primeira avaliação do usuário tabagista, de modo compartilhado entre a enfermeira e o médico da ESF, com elaboração de um formulário de uso local (consulta compartilhada), como guia metodológico desta avaliação;
- d) inclusão do encaminhamento para avaliação psicológica de caráter **obrigatório** e de uma visita domiciliar (VD) ao usuário tabagista em processo de cessação, a ser realizada nos primeiros dias de tratamento (cinco a dez dias), pelo agente comunitário de saúde (ACS) e por um profissional de nível superior;
- e) fortalecimento da Terapia Cognitivo-Comportamental, com a realização de atividades grupais com intervalo mínimo de uma semana e máximo de duas, pelo menos, na fase intensiva do tratamento. Grupo caracteristicamente multiprofissional, e acessível a qualquer usuário que seja tabagista que esteja ou não em processo de cessação. Oferecer atividades para grupos específicos dentro do grupo geral dos tabagistas, como por exemplo, para os tabagistas passivos ou então para tabagistas ativos com histórico de outros agravos (infarto agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral,

dentre outras). O roteiro (material educativo/ informativo) dos encontros grupais poderá ser os elaborados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), organizados em quatro volumes, impresso e entregue pela coordenadoria regional, ou então, poderá ser utilizado material de elaboração própria. Os grupos serão coordenados pela enfermeira da ESF, com a participação de um convidado de apoio;

- f) manutenção do **apoio farmacológico**, e elaboração de material educativo e informativo para auxiliar o usuário durante o uso;
- g) inclusão de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, relacionados ao hábito de fumar no cronograma anual das ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso do Sul, bem como no Plano Municipal de Saúde por meio de metas e indicadores locais, acerca dessa temática;
- h) disponibilizar capacitação interna para os demais profissionais da equipe e do serviço, como estratégia de fortalecimento das ações da PNCT e do fluxograma de cessação do tabagismo.

Figura 6 – Declaração avaliativa do Comitê de Organização, responsável pelo processo de implementação do protocolo de cessação do tabagismo

**DECLARAÇÃO AVALIATIVA DO COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO,
RESPONSÁVEL PELO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO
PROTOCOLO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO – ESF**



Este Comitê de Organização concorda que a Portaria nº571, de 05 de Abril de 2013 traz de modo claro e satisfatório a descrição do seu público alvo, e esta encontra-se de acordo com a elegibilidade da mesma. No entanto, não descreve em seu processo de construção se suas recomendações consideraram as preferências dos pacientes elegíveis. Quanto às intervenções, este comitê entende que essas estão disponíveis para uso, e que em relação à terapia medicamentosa, utilizada como tratamento auxiliar no processo de cessação do tabagismo (apoio farmacológico à dependência física da nicotina), os serviços lidam com contantes falhas na distribuição dos insumos (terapia de reposição de nicotina/cloridrato de bupropiona) do estado para o município, fato identificado como barreira que compromete a abordagem e o manejo da dependência física, enfrentada pelo usuário, com possível agravamento dos sintomas da abstinência e aumento da probabilidade de recaída. No entanto, nesta oportunidade o comitê de organização enfatiza que a terapia cognitivo comportamental é, sem dúvida, o pilar de todo o processo e que este serviço deve responsabilizar-se fortemente pela mesma, no intuito de organizá-la e fortalecê-la, e disponibilizar ao público de fumantes grupos de apoio, ações educativas e informativas, acompanhamento individual, entre outras. Outro aspecto não identificado na portaria, foi a existência ou não de conhecimentos e habilidades suficientes quanto suas principais recomendações, pois a mesma não disponibiliza em seu contexto, por exemplo, estudos comparativos, que justificam seu uso. Ao considerar a experiência profissional dos membros deste grupo, constatou-se que as recomendações são viáveis no contexto local e cultural desta estratégia saúde da família, no entanto, destaca a urgente necessidade em implementar ações que monitorem os desfechos do tratamento de cessação, pois no momento não há dados locais que subsidiem o número de recaída e/ou o abandono definitivo do hábito. E, para concluir, embora a portaria não disponibilize dados quantitativos, este comitê, baseado nos resultados de alguns estudos, aos quais teve acesso, no decorrer dos seus encontros e decisões, quanto aos custos econômicos causados pelo tabagismo para o Sistema Único de Saúde, a morbimortalidade das doenças tabaco-relacionadas, as incapacidades e por ser o principal fator de risco de morte evitável para a população, vislumbra os benefícios das ações que estimulem a cessação do hábito e a prevenção da iniciação, e por entender a participação do Brasil, a nível mundial, como um dos países que mais reduziram sua prevalência, decide **aceitar em parte as recomendações** desta diretriz. Diante desse contexto, este documento formaliza o **módulo decisão e seleção dos tópicos**.

Jocasta Bultrino Cardoso
Caroline Leoni Oliveira
Justine D. R. Rommel
William George...

Fonte: dados da pesquisa (2019).

O CO concordou com a identificação do usuário tabagista adscrito dentro do território da ESF. Além disso, na mesma oportunidade, percebeu-se a necessidade de mapear o núcleo familiar de cada indivíduo para que os tabagistas passivos também sejam reconhecidos. Para esta ação, a pesquisadora elaborou um novo instrumento (Figura 7) que foi entregue durante reunião de equipe, para os ACS, e explanou a importância e a justificativa do mesmo.

Figura 7 – Instrumento de identificação do usuário tabagista dentro da área de cobertura

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO TABAGISTA DENTRO DA ÁREA DE COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF DE PARAÍSO DO SUL.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone para contato: () _____

Micro área: _____ ACS: _____

Nº da Família: _____ Responsável pela família: _____

Mora com : ____ pessoas.

Reside com outros fumantes: () Sim () Não. Se sim, coletar e anexar novo instrumento de identificação do tabagista. Logo, há um total de : _____ fumantes ativos nesta família.

Crianças: _____.

Menor de 1 ano _____

De 1 a 5 anos: _____ De 6 a 11 anos: _____.

Quantas crianças estudam? _____.

Escola(s): _____

Adolescentes: _____. Faixa etária: _____

Estudam: () Sim () Não . Se sim, qual (is) escolas : _____

Trabalham () Sim () Não. Se sim, local e horário: _____

Nas escolas identificadas há atividades do PSE. () Não () Sim. Se sim, em quais: _____

Adultos: ____ Homens: ____ (Idade (s): _____).

Mulheres: _____ (Idade (s): _____).

Em relação aos adultos, quantos trabalham: _____.

Cite o local em que cada adulto trabalha, bem como o horário: _____

_____.

Em relação à escolaridade dos adultos, cite o grau de instrução de cada um: _____

_____.

_____.

Está família tem uma renda mensal de aproximadamente: _____.

_____.

Descreva as condições de saneamento básico, moradia, acesso à alimentação, saúde, transporte e lazer: _____

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

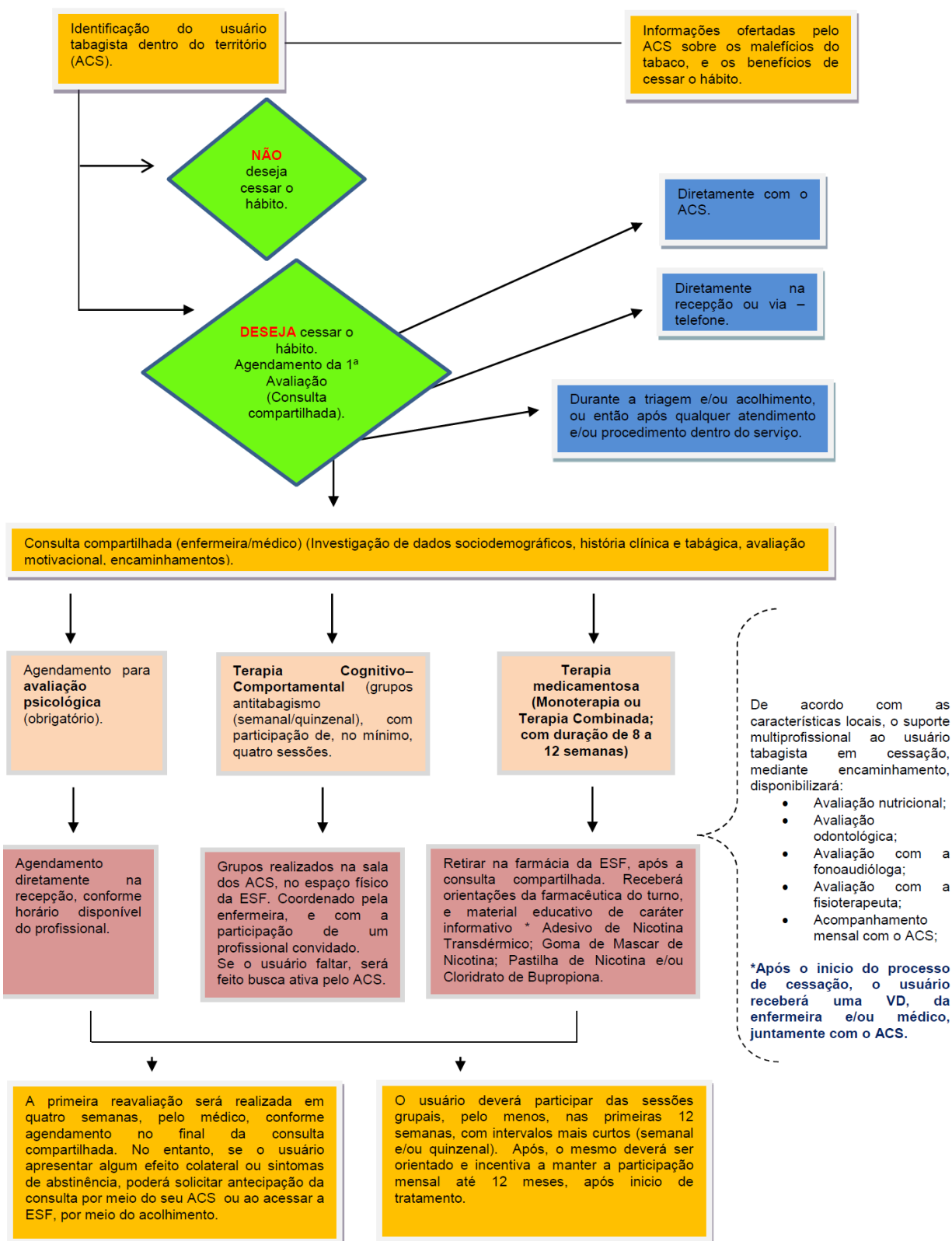
Esta decisão do CO vai ao encontro do que afirmam os autores Schimizu e Carvalho Jr (2012)⁽⁵⁷⁾, quando consideram que a atuação da ESF deve estar pautada em um modelo integrativo do processo saúde-doença, com mediações entre família, comunidade e profissionais.

Para os autores Santana e colaboradores (2013)⁽⁵⁸⁾ o território é constituído a partir da soma de situações históricas, ambientais e sociais que originam condições próprias para a produção de saúde e doenças. Sendo assim, o mapeamento deve ser realizado pelas equipes de saúde, identificando condições de vida, necessidades de saúde, riscos coletivos e potencialidades deste território.

Logo, a decisão do CO, quanto ao mapeamento direcionado, traz distintas possibilidades como o monitoramento do processo de trabalho, a tomada de decisão de modo eficiente, o planejamento e desenvolvimento das ações, além do redirecionamento do “olhar” profissional. Portanto, a eficácia do trabalho baseia-se na capacidade das influências entre sujeitos com competências e habilidades distintas⁽⁵⁹⁾.

Em relação à elaboração do fluxograma de atendimento (Figura 8), a decisão do comitê concorda que o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes de saúde objetivam garantir o cumprimento das diferentes diretrizes da Atenção Básica (AB). Nesse sentido, a elaboração de fluxogramas visa garantir a integralidade da assistência, mediante metodologia criteriosa e decisões orientadas⁽⁶⁰⁾.

Figura 8 – Fluxograma de atendimento ao usuário tabagista em processo de cessação do hábito



Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

O fluxograma é fundamental para o planejamento (elaboração do processo) como para o aperfeiçoamento (análise crítica e alterações) do mesmo. Além de oportunizar melhorias organizacionais, no desenvolvimento da comunicação entre as pessoas envolvidas na execução das etapas do processo^(61, 62). Deve incluir descrição precisa e clara do sequenciamento.

Ao longo dos últimos anos, a inclusão do agendamento, dentro do processo de trabalho da equipe da ESF, é um desafio constante enfrentado pelos profissionais, em decorrência das questões locais e culturais. Acredita-se que alguns dos aspectos que dificultam a adesão é o compartilhamento tanto do espaço físico, quanto de alguns serviços dispensados à população (sala de vacinas, farmácia, sala de triagem/acolhimento, atendimento administrativo, serviço odontológico, de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, dentre outros), pela ESF e a outra equipe da Unidade Básica de Saúde - Sede do município. Embora os usuários sejam direcionados aos profissionais de referência, conforme o seu endereço (usuários adscritos), ainda se percebe certa resistência por parte da população.

No entanto, com a adesão da equipe da ESF, no ano de 2015, no processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde⁽⁶³⁾, alguns avanços em relação ao agendamento foram conquistados, principalmente em relação ao seu fortalecimento dentro do serviço e divulgação para a população como metodologia organizacional.

Diante desse contexto, e de acordo com a literatura, nas ESF, de modo geral, identificam-se dois tipos de ações centrais: ações voltadas à demanda espontânea e ações voltadas à demanda programada. Essas últimas são representadas, principalmente, pelos atendimentos a grupos e situações de risco especiais para a saúde⁽⁶⁴⁾.

Além disso, acrescenta-se a Portaria 2.436, de 21 de Setembro de 2017⁽⁶⁵⁾, que atualiza a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e reforça o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado, desenvolvimento de ações que priorizem os grupos e os riscos crônico-comportamentais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, bem como a realização do trabalho com atenção integral, contínua e organizada à população adstrita.

Logo, a decisão de utilizar a consulta agendada como forma de acesso do usuário tabagista que deseja iniciar o processo de cessação, e a metodologia de consulta

compartilhada (enfermeira e médico), vem ao encontro do que a PNAB preconiza e também reforça o papel da ESF.

A consulta de enfermagem, legalizada com a Lei 7.498 do Exercício Profissional⁽⁶⁶⁾, de 25 de junho de 1986, está inserida no contexto da ESF, dentro de um modelo inovador de atenção à saúde que representa verdadeira transformação do conceito de atenção à saúde vigente há décadas, e possui amplo amparo na legislação brasileira.

A consulta de enfermagem é uma importante ferramenta na atenção à saúde, como método de orientação e intervenção nos processos saúde doença dos indivíduos, família e comunidade, porém os autores narram certas dificuldades enfrentadas por muitos enfermeiros, no que diz respeito à organização de alguns serviços, quando ainda nem todos a utilizam⁽⁶⁷⁾.

Sendo assim, os pesquisadores reforçam a importância de inclui-las de modo mais frequente e estratégico, dentro das rotinas dos serviços de saúde, para estimular o desenvolvimento das relações de confiança entre a população e os enfermeiros, para que aquela perceba a capacidade e a competência desses profissionais, e então que a consulta de enfermagem atue de modo efetivo e contribua na prevenção de doenças e agravos e reabilitação e promoção da saúde^(68,69).

A decisão do caráter obrigatório do encaminhamento para a avaliação psicológica, dos usuários tabagistas que iniciam o processo de cessação, considerou a magnitude das dependências psicológicas e comportamentais que os usuários que fumam desenvolvem ao longo dos anos, bem como devido à importância da motivação para a manutenção da abstinência e ao papel colaborador que esse profissional exerce na identificação e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações de risco para recaída, vivenciadas pelo fumante⁽⁷⁰⁾.

A inclusão da visita domiciliar (VD) deve-se ao fato de que a mesma é uma técnica utilizada por diferentes profissionais e serviços, consistindo no atendimento ou acompanhamento dos usuários no seu local de residência⁽⁷¹⁾. Permite maior aproximação dos profissionais ao contexto no qual os sujeitos estão inseridos, e pode-se, assim, pensar a VD como um espaço para a construção de novas lógicas de produção do processo saúde/cuidado, já que essa prática permite que o profissional conheça os problemas de saúde dos sujeitos dentro da realidade concreta, a qual estão inseridos⁽⁷²⁾.

Além disso, ao optar por uma compreensão mais abrangente do conceito saúde-doença, que possui como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, acesso à alimentação, habitação, ao saneamento básico), o socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação), e os fatores biológicos (idade, sexo, raça, fatores hereditários), a VD pode atuar como uma potente ferramenta de trabalho⁽⁷³⁾. Quanto ao período pactuado, decidiu-se que a mesma deverá ser realizada de cinco a 10 dias, após a decisão de parar de fumar, pois foi demonstrado que este é o período em que as recaídas tendem a ocorrer^(74, 75).

A decisão acerca do fortalecimento da abordagem cognitivo-comportamental baseia-se no fato de que ela é considerada o principal pilar para a cessação do hábito de fumar e a manutenção definitiva da abstinência. É formada por intervenções (não farmacológicas) que têm por objetivo a redução gradual da nicotina, para posterior interrupção total, além do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações de risco^(76,77).

Quanto aos grupos, o CO discutiu sobre a importância dessa abordagem e decidiu pela (re)organização e o retorno dos mesmos. O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante⁽⁷⁸⁾ (2001) orienta que os grupos de apoio aconteçam por meio de quatro sessões, com duração estimada de 90 minutos, com o intervalo de uma semana entre os mesmos.

Porém, pactuou-se a seguinte adaptação: manutenção dos encontros principais, sendo o primeiro motivacional e os demais de manutenção, flexibilizou-se o intervalo do primeiro encontro, sendo o mínimo cinco dias e o máximo 10 dias, e para os demais se manteve os intervalos semanal, quinzenal ou mensal, de acordo com a demanda dos usuários em tratamento de cessação e a fase a qual se encontram. Quanto ao tempo, o CO considerou a duração de 30 a 60 minutos como suficiente.

Em relação ao número de pessoas participantes, ao considerar que Paraíso do Sul é um município de pequeno porte, e muitas vezes há um número pequeno de usuários em cessação, ficou combinado que na presença de, no mínimo, dois usuários em tratamento, o grupo será realizado. Em situações distintas, como por exemplo, na presença de apenas um usuário, este receberá atendimento de avaliação individual pelo profissional responsável daquele grupo.

Outro aspecto discutido foi em relação ao horário dos encontros. Na adaptação deste protocolo, incluíram-se no formulário da consulta compartilhada questões sobre atividades laborais, bem como local, horário e a possibilidade em frequentar os grupos de apoio, sendo assim, em virtude de que a ESF oferece horário diferenciado de atendimento (7hs às 19hs), sempre que necessário o grupo acontecerá em horários alternativos, dentro do horário de funcionamento do serviço.

Para esta nova (re)organização dos grupos de apoio, o CO vislumbrou a possibilidade de estruturá-los multiprofissionalmente, onde se definiu que a enfermeira da ESF será a organizadora e a coordenadora dos encontros, juntamente com apoio do médico da equipe, e como colaboradores serão convidados outros profissionais integrantes do serviço, quais sejam: psicólogo (a), farmacêutica, fisioterapeuta, dentista, ACS, usuários ex-tabagistas, dentre outros. O grupo será aberto para usuários tabagistas que não se encontram em processo de cessação.

Em relação aos esquemas medicamentosos, preconizados pela Portaria nº 571, de 05 de Abril de 2013⁽⁶⁾, do Ministério da Saúde, que atuam como suporte durante o tratamento da cessação do tabagismo, em relação à dependência física à nicotina, o CO concluiu que não possui competência técnica para fazer qualquer alteração ou substituição medicamentosa.

Porém, discutiu a necessidade da elaboração de um material educativo/informativo (Figuras 9 e 10) que contenha, por exemplo, os sinais/sintomas da abstinência, no intuito de que o fumante seja capaz de reconhecê-los e procurar, caso ache necessário, atendimento médico, além de orientações gerais sobre a medicação em uso durante o tratamento, profissionais de referência e telefones úteis. Sendo assim, a inclusão deste material na adaptação deste protocolo atua como uma ferramenta de educação em saúde.

Figura 10 – Material educativo e informativo sobre o tratamento de cessação do tabagismo na Estratégia de Saúde da Família

Tabagismo:

O ato de fumar é considerado pela Organização Mundial de Saúde a principal causa de **MORTE EVITÁVEL**.

Dependência à nicotina.
A nicotina é uma droga psicoativa, **ESTIMULANTE**, que causa euforia, prazer, alteração no humor, comportamento e aprendizagem.

O CIGARRO MATA.

Dependência comportamental.
O fumante associa o cigarro na sua **ROTINA**: FUMA após as refeições; ao tomar café ou bebidas alcoólicas; ao estudar, ler ou trabalhar; no carro. Fuma para comemorar, ou então quando está com raiva, triste ou sentindo solidão.

Dependência Psicológica.
O fumante atribui ao cigarro significados como:
O cigarro me acalma, me traz bem-estar, reduz o estresse, nervosismo e a minha solidão.

**Você fuma?
Está dependente do CIGARRO!
Já pensou em deixar o CIGARRO?**

Agende uma avaliação na ESF/UBS Sede com : o seu Agente Comunitário de Saúde, diretamente na recepção ou pelo telefone (55)3262-1033/1522.

Profissionais responsáveis : Dr Aldir G. Dias.
Enfª Rosanna da Silva Nogueira.





Fonte: elaborado pela pesquisadora (2019).

O CO decidiu pela elaboração de ações educativas e informativas para a população (folders, palestras, inclusão desta temática em grupos específicos como de gestantes, mulheres, idosos, entre outros), quanto aos malefícios causados pelo uso do tabaco, e os benefícios de parar de fumar e prevenir a iniciação. Sendo assim, pela primeira vez, a ESF incluiu no cronograma anual, que define as ações que serão desenvolvidas pela SMS, atividades relacionadas ao tabagismo, e também decidiu sobre a inclusão de metas e indicadores locais, na elaboração do próximo Plano Municipal de Saúde, acerca do uso do tabaco.

Definiram-se então os meses de maio e agosto, de cada ano, como datas estratégicas para o desenvolvimento dessas ações. Na oportunidade, pactuou-se que a enfermeira da ESF será a profissional de referência para esta temática, e terá como responsabilidade a organização do calendário de atividades.

Além disso, o CO concordou que o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma importante estratégia de alcance às crianças e aos adolescentes, sendo assim, o mesmo será utilizado como forma de desenvolver ações preventivas, dentro do ambiente escolar, com a associação das temáticas o uso do álcool e outras drogas, nesta oportunidade⁽⁴¹⁾.

Então, o último tópico selecionado foi em relação à capacitação profissional. A formação e a qualificação profissional são um processo histórico em constante atualização, onde se destacam marcos e movimentos de mudanças na formação e qualificação, principalmente nos séculos XX e XXI, que visam superar o modelo da prática hospitalocêntrica e fragmentada, bem como as deficiências, por ela causada, no atendimento às necessidades sociais de saúde, ao distanciar a realidade social e epidemiológica da população⁽⁷⁹⁾.

A capacitação profissional trabalha na perspectiva de uma APS de qualidade, tanto que a preocupação com a educação dos profissionais que estão inseridos no SUS tem sido objeto das legislações e políticas da gestão do trabalho que defendem a integração ensino-serviço-comunidade⁽⁸⁰⁾.

Sendo assim, os resultados do estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2016)⁽⁸⁰⁾, sobre a formação e a qualificação dos profissionais da APS, corroboram com a decisão deste CO, quanto os autores concluíram que as capacitações contribuem para o aperfeiçoamento e melhorias na prática profissional. E, salientam que, na formação tradicional de saúde os currículos são mais fechados e tendem a ser menos

interdisciplinar, o que conduz a abordagens fragmentadas dos problemas de saúde dos indivíduos e da sociedade, e por fim dificulta a realização de um trabalho em equipe.

Ao final desta etapa, foi elaborado pela pesquisadora um rascunho do documento da diretriz adaptada, o qual englobou todas as decisões do comitê. Logo, o mesmo foi enviado via e-mail para cada membro participante. O grupo concordou com as adaptações, e para o módulo de customização, elaborou-se versão preliminar da diretriz.

3.2.3 Fase de finalização

Composta pelo módulo de revisão externa, para a obtenção de um *feedback* de todo o trabalho desenvolvido até este momento, esta fase foi realizada por sujeitos que não participaram das adaptações nas fases iniciais. A escolha dos componentes para a revisão externa considerou aqueles que, de qualquer forma, seriam afetados pelas mudanças.

Para a revisão externa foram convidados o gestor do serviço, a responsável técnica (RT) pelo serviço de enfermagem, um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um agente comunitário de saúde.

Os avaliadores externos receberam previamente uma carta de apresentação, a fim de formalizar o convite e o aceite. Caso aceitassem em participar de modo voluntário, assinaram a carta-convite, firmando a participação. Conforme pactuado, receberam a Portaria nº 571 e a versão adaptada (customizada), via e-mail e um instrumento avaliativo impresso para preenchimento, elaborado pela pesquisadora (ANEXO A).

Após o prazo de uma semana, as avaliações externas foram devolvidas e o comitê de organização reuniu-se para receber o *feedback*. O comitê de revisão externa não sugeriu alterações. Logo, considerou-se finalizado o processo de adaptação da respectiva portaria, sendo impresso e disponibilizado (em duas vias) o protocolo de cessação desta ESF.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UFCSPA, via Plataforma Brasil, em relação aos aspectos éticos e metodológicos, sendo aprovado sob CAAE: 94781018.9.0000.5345 (ANEXO B).

Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com informações referentes ao estudo, o qual foi assinado (em duas vias, uma para o sujeito e outra para a pesquisadora). O projeto foi ainda encaminhado para aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso do Sul, o Termo de Anuência (ANEXO C) para a concordância das reuniões presenciais, participação da equipe e utilização do espaço da ESF.

Os benefícios da pesquisa referiram-se à qualificação do cuidado e acompanhamento ao usuário tabagista, organização do processo de trabalho, na tentativa de reduzir as taxas locais de prevalência do tabagismo e prevenir a iniciação do hábito, por meio da implementação deste protocolo, com a inclusão de atividades educativas e preventivas.

Embora com todos os cuidados adotados, entende-se que há riscos mínimos nesse estudo, decorrentes da possibilidade de algum desconforto emocional ao refletirem sobre a temática, vinculada a sua prática ou a qualquer experiência de vida, bem como alguma dificuldade de adaptação da nova organização da PNCT dentro do serviço.

A divulgação dos resultados da pesquisa, deu-se após a conclusão da fase de finalização, com o recebimento do *feedback* do Comitê de Revisão Externa, no encontro final do CO, com a entrega da versão final impressa da adaptação desse protocolo, disponibilizada para o serviço da ESF.

4 DESCRIÇÃO DO PRODUTO

4.1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina, classificada no grupo dos transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas, é a principal causa de morte evitável no mundo e corresponde, atualmente, a seis milhões de óbitos, além de ser fator causal de aproximadamente 50 doenças incapacitantes e fatais (câncer, cardiovasculares, cerebrovasculares) ⁽¹⁾.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), prioritária para a reorganização da Atenção Básica (AB), identificar, acolher, orientar e incentivar o usuário tabagista a parar de fumar, além de acompanhá-lo durante esse processo, é responsabilidade da equipe enquanto coordenadora do cuidado ⁽⁴⁾.

Esforços para a cessação do tabagismo devem ser contínuos e constantes, a fim de reduzir a prevalência, principalmente nos grupos populacionais mais vulneráveis, além da sua morbimortalidade que afeta nos arranjos familiares, principalmente por ocasionar óbitos precoces e gerar altos custos ao sistema de saúde. Logo, as ações preconizadas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), merecem espaço para discussão, melhorias e fortalecimento.

A partir disso, os resultados desta pesquisa demonstraram que a Portaria nº571, de 05 de abril de 2013, é bastante generalista quanto suas recomendações, o que pode afetar nas ações realizadas por equipes de ESF, principalmente no que tange a sua objetividade e a sua organização.

Além disso, considerou-se a extrema necessidade de adaptá-la a realidades locais, pois desse modo os serviços conseguem absorver suas peculiaridades e atuar frente a sua população de maneira equânime, íntegra e longitudinal.

O produto resultante deste estudo é um protocolo adaptado para implementação do tratamento de cessação do tabagismo, no contexto da ESF (Figura 11). Esta adaptação objetivou organizar o fluxo de acesso do usuário tabagista que manifesta interesse em parar de fumar, bem como definir a metodologia de suporte e acompanhamento desse sujeito. Com a adaptação foi possível identificar e definir a rede local de apoio, os recursos disponíveis e os profissionais de referência.

Ainda, durante a pesquisa também se discutiu a reorganização do processo de trabalho e a relevância das ações dispensadas pela equipe de saúde, conforme o preconizado pela PNCT. A metodologia empregada proporcionou espaço de reflexão e reconstrução das práticas até então dispensadas.

Além disso, por entender que a cessação do tabagismo é um desafio enfrentado por todos os envolvidos, outro ponto de discussão foi acerca da capacitação profissional, quando estudos apontam que, na maioria dos casos, os profissionais de saúde não estão suficientemente preparados para abordar e dar suporte durante a cessação do uso do tabaco aos usuários. Logo, incluiu-se neste protocolo a realização de uma capacitação profissional para a equipe da ESF.

4.1 OBJETIVO

A proposta de implementação do protocolo de cessação do tabagismo tem por objetivo reduzir a prevalência de fumantes ativos, bem como oportunizar a (re) organização do processo de trabalho, quanto às ações desenvolvidas pela equipe da ESF, preconizadas pela PNCT.

Além disso, a adaptação da Portaria nº 571, objetivou definir o fluxo de acesso e atendimento ao usuário que deseja iniciar o processo de cessação do uso do tabaco, bem como definir a rede local de apoio e suporte, fortalecer o cuidado longitudinal, identificar os profissionais de referência da PNCT, reduzir as taxas de recaída e incentivar a manutenção da abstinência.

4.2 APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO ADAPTADO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO À COMUNIDADE

A adaptação do protocolo de cessação do tabagismo é de cunho (re)organizacional que engloba o resultado das decisões dos encontros do Comitê de Organização. É fruto de um processo reflexivo acerca do processo de trabalho desenvolvido pela equipe de ESF, frente à temática do tabagismo e o manejo do processo de cessação e a prevenção da iniciação do hábito.

A necessidade da construção deste produto surgiu da necessidade de organizar o acesso do usuário tabagista que deseja parar de fumar, bem como disponibilizar o tratamento, valorizando essa decisão, na maioria das vezes difícil e complexa, além de ser uma estratégia de implementar novamente a PNCT no serviço.

O protocolo adaptado incluiu a caracterização e a definição da rede local do serviço, bem como a definição dos profissionais responsáveis e referência pelo desenvolvimento da PNCT. Além disso, a elaboração do protocolo oportunizou a (re)organização da forma de acesso ao tratamento de cessação, por meio do agendamento.

Nessa lógica, a organização e a inclusão dos atendimentos na agenda de cada profissional, reduz o tempo de espera do usuário dentro da unidade, bem como oportuniza o acolhimento com responsabilidade e resolutividade. Acrescenta-se ainda a possibilidade de ampliar a capacidade clínica da equipe, ao realizar/acionar intervenções em tempo oportuno.

O protocolo considera a complexidade do tabagismo, ao abordar a tríade das dependências física, psicológica e comportamental, e espera que desse modo o profissional de saúde aja com conhecimento, responsabilidade e empatia ao assistir o usuário tabagista. Nesse sentido, traz, pela primeira vez dentro do serviço, o processo de atendimento e acompanhamento organizado, definindo o fluxo de modo claro, bem como informações a respeito do tratamento, síndrome da dependência e sinais e sintomas da abstinência.

Ainda, vislumbrou-se estrategicamente a necessidade de trabalhar as abordagens (breve, básica e intensiva) que podem ser feitas em diferentes locais dentro da rede, bem como por diferentes profissionais, destinadas ao usuário tabagista para que o mesmo seja constantemente motivado a cessar o hábito. Essa metodologia cria espaços oportunos de educação em saúde e ações preventivas.

Além disso, definiram-se ações e responsabilidades que cada profissional poderá estar assumindo dentro da PNCT, de modo a promover mudanças positivas em relação às suas condutas frente a esta problemática, com o desenvolvimento da autonomia e segurança profissional. Desse modo, espera-se que a implementação desse protocolo afete principalmente na redução da prevalência do tabagismo local.

Figura 11 – Protocolo de implementação de cessação do tabagismo



**PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAÍSO DO SUL**

Responsáveis:

**Rosanna da Silva Nogueira / Enfermeira Estratégia Saúde da Família
Caroline Cirolino / Enfermeira Unidade Básica de Saúde – Sede
Jocasta Bulsing / Técnica em Enfermagem Estratégia Saúde da Família
Vívian Holzschuh / Agente Comunitária de Saúde
Justine Raddatz / Agente Comunitária de Saúde
Luciane Oestreich / Tutora da Estratégia Saúde da Família**

Colaboradores:

**Juliana Cides – Secretária Municipal de Saúde de Paraíso do Sul
Maiara de Moraes Maier – Responsável Técnica pelo Serviço de
Enfermagem da Secretaria Municipal de Paraíso do Sul
Rochelle Dornelles/ Enfermeira Unidade Básica de Saúde - Vila
Aldir Guimarães Dias – Médico da Estratégia da Saúde da Família pelo
Programa Mais Médicos
Letícia Kobs – Agente Comunitária de Saúde**

00-21-00 0F00040R0

INTRODUÇÃO

O tabagismo tem sido considerado um problema de saúde pública mundial de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015). O ato de fumar é uma das grandes causas de morte por doenças com possibilidades de serem prevenidas, com estimativa de um a cada 10 óbitos entre adultos (ZAMPIER et al., 2017).

Conforme alguns estudos internacionais realizados, o tabagismo é sustentado por dois pilares: (a) dependência à nicotina e (b) doenças relacionados ao seu consumo. De modo mais direto, destaca-se o favorecimento à emergência das doenças cardiovasculares isquêmicas (DCVI), respiratórias e da cavidade oral (FRANÇA et al., 2015).

Embora, nos últimos anos, observam-se um aumento na divulgação dos malefícios advindos do uso do tabaco, a industrialização dessa cultura (tabaco) é uma das economias mais fortes do mundo. Tal fato pode justificar, juntamente com a aceitação cultural do tabagismo, a subutilização das medidas de intervenção (PEUKER; BIZARRO, 2015).

De acordo com o Observatório Nacional da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), a prevalência do tabagismo é o resultado da iniciação e da interrupção do consumo (por cessação ou por óbito). A Convenção-Quadro para controle do tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), orienta a coleta regular de dados sobre a magnitude, padrão de consumo determinantes e as consequências desse, a fim de que estas informações subsidiem o planejamento das ações que promovam a redução do tabagismo (INCA, 2019, site).

Sendo assim, desde 2003 o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é órgão colaborador da OMS para o controle do tabaco e responsável por realizar estudos populacionais, onde seus resultados contribuem com o monitoramento das tendências de consumo. A partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) estruturou o Sistema Nacional de Vigilância (SNV) para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco (FR), dentre eles o tabagismo.

Neste mesmo ano, realizou-se o primeiro estudo: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, e em 2008 a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab), quando o

nosso país aderiu ao Global Control Adult Tobacco Survey (Gats), proposto pela OMS e pelo Centers Disease Control and Prevention (CDC).

Logo, dados apontam significativas reduções na prevalência de fumantes no país, resultantes dos crescentes esforços nacionais de combate ao consumo do tabaco, quando no ano de 1989, 34,8% da população, acima de 18 anos, era fumante (43,3% homens e 27% mulheres), e esse percentual teve declínio de 14,7% em 2013 (18,9% homens e 11% mulheres). Assim, estimativas calculam que essa redução é equivalente a 420 mil mortes evitadas.

Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizou os dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), em parceria com MS e o Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A seguir, o Quadro 1 ilustra os resultados:

QUADRO 1 - Proporção de fumantes atuais de tabaco. Brasil, 2019.

Proporção de fumantes atuais de tabaco.			
Área do domicílio	Total	Homens	Mulheres
Brasil	14,7	18,9	11,0
Urbano	14,4	18,3	11,0
Rural	16,7	22,4	10,7
Norte	13,2	19,0	7,8
Nordeste	14,2	19,1	9,9
Sudeste	15,0	19,0	11,5
Sul	16,1	19,1	13,3
Centro-Oeste	13,4	16,8	10,4

Fonte: Observatório Nacional de Controle do Tabaco, INCA, 2019.

Os dados retratam que a população rural apresenta maior prevalência quando comparada à população urbana, que homens fumam mais do que as mulheres em todas as regiões e que a região sul é a que possui a maior concentração de fumantes. Sendo assim, esforços continuam sendo necessários, principalmente a nível local (IBGE, 2013).

O município de Paraíso do Sul está localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, e apresenta as características da tendência nacional, conforme o quadro acima, em relação ao tabagismo, quando sua população que é estimada em 7645 habitantes (IBGE, 2015), sendo a maioria são homens (3859) e 61,1% residem em área rural. Logo, esses dados são importantes para o planejamento das ações de prevenção da iniciação do tabagismo e da sua cessação, quando se acrescenta a esses o fato de que o município é um dos produtores de tabaco do estado.

Diante deste contexto apresentado, este material trata-se de um Protocolo de Cessação do Tabagismo, adaptado conforme orientações gerais da Portaria nº571, de 05 de Abril, de 2013, para o serviço da Estratégia Saúde da Família, do município de Paraíso do Sul.

A equipe responsável pela elaboração encontra-se descrita na página inicial deste protocolo, e é resultado da proposta do Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), realizado pela enfermeira coordenadora da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto discente do programa.

Logo abaixo, este Protocolo Adaptado para a Cessação do Tabagismo traz a caracterização do serviço e algumas de suas referências, bem como alguns conceitos chaves para melhor utilização deste material pelos profissionais de saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAÍSO DO SUL

Nesta seção, serão descritos os serviços que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Paraíso do Sul, que está vinculada à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, do estado do Rio Grande do Sul, localizada na cidade de Santa Maria, bem como o seu respectivo quadro de funcionários:

ESTABELECEMENTOS

A rede de serviço da Secretaria Municipal de Saúde está organizada conforme a disposição dos seguintes serviços descritos abaixo, bem como de acordo com seu quadro de funcionários e sua carga horária:

- Unidade Básica de Saúde Vila Paraíso – Rural: composta por uma enfermeira 40hs, um técnico em enfermagem 40hs e um médico 40hs;
- Unidade Básica de Saúde Sede – Urbana: composta por duas enfermeiras com 30 e 40hs, três técnicas em enfermagem 40hs/cada, uma auxiliar em enfermagem 40hs, duas farmacêuticas 20hs/cada, uma nutricionista 30hs (vinculada também à Secretaria Municipal de Educação), dois dentistas 30hs/ cada, um psicólogo 20hs, três médicos sem vínculo de carga horária, sete motoristas 40hs/cada, um agente de endemias e um fiscal sanitário 40hs/cada, duas serventes 40hs/cada, uma fonoaudióloga 40hs (vinculada também à Secretaria Municipal de Educação), dois agentes administrativos e um auxiliar administrativo 40hs/cada.
- Estratégia Saúde da Família, composta por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um médico do Programa Mais Médicos e uma tutora de equipe do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde, todos com 40hs/cada.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

O município possui um hospital de pequeno porte, com capacidade de 16 leitos, localizado no interior do município, a 10 km de distância do centro urbano. Seu principal serviço de referência ambulatorial (cardiologia, pneumologia, oncologia, dentre outras), e também hospitalar é o Hospital Universitário de Santa Maria/RS, localizado na cidade de Santa Maria/RS, Brasil, a 67 km de distância do município.

*Os serviços da ESF/UBS-Sede dividem o mesmo espaço físico, logo o horário de funcionamento destes serviços é diferenciado das 7hs às 19hs, sem fechar ao meio-dia. A sala de vacinas é compartilhada pelas equipes, bem como a triagem de enfermagem, os serviços de odontologia, farmácia e fonoaudiologia. No entanto, os serviços dos profissionais médicos e enfermeiras são referenciados, preferencialmente, conforme a área de residência do usuário.

SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O serviço de referência para o desenvolvimento das ações referentes à PNCT é a Estratégia Saúde da Família.

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Enfermeira da ESF Rosanna da Silva Nogueira e o Médico da ESF Aldir Guimarães Dias.

OBJETIVO GERAL

- Promover a cessação do hábito de fumar.
- Prevenir a iniciação do hábito de fumar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir o acesso do usuário tabagista que deseja realizar tratamento para parar de fumar;
- Estimular a cessação do hábito de fumar;
- Apoiar e dar suporte ao fumante em processo de cessação do hábito;
- Reduzir a prevalência local do número de fumantes e tabagistas passivos; para que, em longo prazo, previna e diminuam-se a ocorrência de doenças tabaco-relacionadas;
- Desenvolver ações de promoção à saúde e informativas sobre os malefícios do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, ao fumante.

PÚBLICO ALVO

Este protocolo tem como público alvo os usuários tabagistas ativos.

RESPONSÁVEIS PELA ADAPTAÇÃO

Comitê de Organização (CO), composto pelas enfermeiras da ESF/UBS Sede, médica, técnica em enfermagem e ACS da ESF, e a tutora da planificação da equipe, conforme proposta do Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), autorizado pelo Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, de Paraíso do Sul, a qual a equipe encontra-se vinculada.

Período de Adaptação: Julho de 2018 a Junho de 2019. Esta adaptação será **revisada anualmente**, pelo mesmo CO, ou conforme alterações do Ministério da Saúde.

Monitoramento: O monitoramento dos resultados do tratamento de cessação do tabagismo será trimestral, ao considerar o período preconizado de tratamento de quatro semanas. Os dados serão monitorados em reunião de equipe (a periodicidade de rotina é mensal), ou em encontro extra, conforme necessidade.

ACESSO AO SERVIÇO

As consultas compartilhadas acontecerão nas **terças, quintas ou sextas-feiras pela manhã**. O agendamento deverá acontecer, preferencialmente, na recepção (pessoalmente ou via-telefone) ou por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), no entanto qualquer profissional poderá auxiliar o usuário no agendamento de sua primeira consulta. Os demais retornos serão coordenados pela enfermeira e pelo médico da ESF, com auxílio dos ACS. Em relação aos encaminhamentos como nutricionista, dentista, psicólogo, entre outros, os próprios profissionais organizarão seu fluxo de retorno.

ORGANIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CESSAÇÃO

Baseia-se na terapia cognitivo-comportamental (grupos, ações educativas e informativas, ações direcionadas, dentre outras) e se necessário, mediante avaliação individual, consulta compartilhada e abordagem intensiva. Além disso, faz parte do tratamento o **apoio farmacológico** (terapia de reposição de nicotina – agente de ação longa: adesivos transdérmicos de 21mg, 14mg e 7 mg; - agente de ação rápida : goma de mascar 2 mg e pastilha 2 mg; Cloridrato de Bupropiona 150 mg). A solicitação dos medicamentos acontece via o Programa FormSus (link de acesso: <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>), quadrimestralmente , mediante cadastro e login da profissional responsável. O cálculo dos medicamentos é feito conforme os atendimentos realizados no quadrimestre anterior, que deverão ser obrigatoriamente registrados no sistema e-SUS. Acrescenta-se que, conforme pactuado, todos os usuários serão encaminhados para, pelo menos, uma consulta de avaliação com o psicólogo.

AÇÕES DESENVOLVIDAS E PRECONIZADAS

Ações preventivas e de promoção de saúde, para evitar a iniciação do tabagismo e estimular sua cessação, a fim de reduzir a prevalência local de tabagistas ativos, passivos e diminuir a poluição tabágica ambiental. Além da consulta individual compartilhada, o usuário deverá ser, obrigatoriamente, encaminhado para avaliação psicológica.

Os grupos antitabagismo acontecerão com intervalo mínimo de uma semana e máximo de duas, preferencialmente, nas quintas-feiras e sempre que necessário, em horários alternativos. Será coordenado pela enfermeira da ESF, e sempre compartilhado com outro profissional convidado. O grupo será aberto aos tabagistas que não estão em tratamento, como estratégia para divulgar informações acerca dos malefícios do hábito e os benefícios do abandono

Os ACS serão os principais responsáveis pela divulgação das atividades grupais, em relação à data, local e horário. Alterações na organização poderão ser feitas, conforme necessidade e pactuação da equipe, ao considerar a possibilidade de ocorrer alguns imprevistos.

Além disso, serão desenvolvidas atividades sobre álcool, drogas e tabagismo dentro do Programa Saúde na Escola (PSE), semestralmente, nas escolas municipais e estaduais deste município. Atividades que estimulem a cessação do uso do tabaco e previnam a iniciação estarão incluídas estrategicamente no cronograma das atividades da SMS de Paraíso do Sul, prioritariamente, nos meses de Maio (**31 de Maio – Dia Mundial sem Tabaco**) e Agosto (**29 de Agosto – Dia Nacional de Combate ao Fumo**), a profissional responsável pela organização das atividades será a enfermeira da ESF.

Diante desse contexto, a seguir trazem-se alguns conceitos importantes para o atendimento ao usuário tabagista, e para conhecimento dos profissionais deste serviço:

Tabagismo Ativo: refere-se ao uso do tabaco fumado (gera fumaça: cigarro, cachimbos, charutos, cigarros de palha, narguilé) ou não fumado (sem fumaça: tabaco mascado e rapé).

Tabagismo Passivo: inalação da fumaça dos derivados do tabaco, por indivíduos não fumantes, mas que convivem com tabagistas. São as pessoas expostas à Poluição Tabagística Ambiental.

Fumante: Indivíduo que já consumiu mais de 100 cigarros e mantém o hábito de fumar.

Ex-Fumante: Indivíduo que já consumiu mais de 100 cigarros, mas cessou o hábito.

Cessação definitiva: Interrupção permanente do hábito de fumar.

Lapso: Uso ocasional e isolado da substância durante a abstinência.

Recaída: Retorno do hábito de fumar após período de interrupção.

Consulta Compartilhada: A consulta compartilhada deverá ser realizada pela enfermeira da ESF, em conjunto com o médico. Nesta oportunidade, deverá ser preenchido o formulário que servirá de apoio durante a avaliação. Salienta-se que **todo** o usuário tabagista deverá ser encaminhado para avaliação psicológica.

Terapia de Reposição de Nicotina: Tem como objetivo tratar a dependência física, e aliviar os sintomas da abstinência. Composta por medicamentos de ação longa (adesivos transdérmicos de nicotina) e curta (goma de mascar e pastilha).

Terapia Cognitivo-Comportamental: Composta por intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, com a finalidade de detectar situações de risco de recaída e desenvolver estratégias de enfrentamento.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO E FLUXOGRAMA

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve promover intervenções no âmbito individual e coletivo, portanto deve cumprir três funções básicas: resolver a maior parte dos problemas de saúde, organizar os fluxos dos usuários dentro do sistema e responsabilizar-se por eles em qualquer ponto da atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002).

Na busca pelo fortalecimento da APS em nosso país, no ano de 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de reverter o modelo assistencial vigente, que era hegemônico, centrado em ações de cura e no ato médico, com foco inicial em grupos populacionais excluídos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Nessa lógica, o PSF cresceu tanto em números de equipe, quanto em redução de indicadores de morbidade e mortalidade, com consequente melhora de qualidade de vida.

Sendo assim, deixou de ser um programa e tornou-se uma política governamental denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDES et al., 2015).

A ESF é o modelo de atenção à saúde que permite maior inclusão social, política e econômica a uma política sanitária. Busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir, com possibilidades de reconstrução das práticas assistenciais, ao considerar o usuário como protagonista. Pressupõem a construção de relações ricas e dinâmicas, por meio de interações subjetivas com o fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

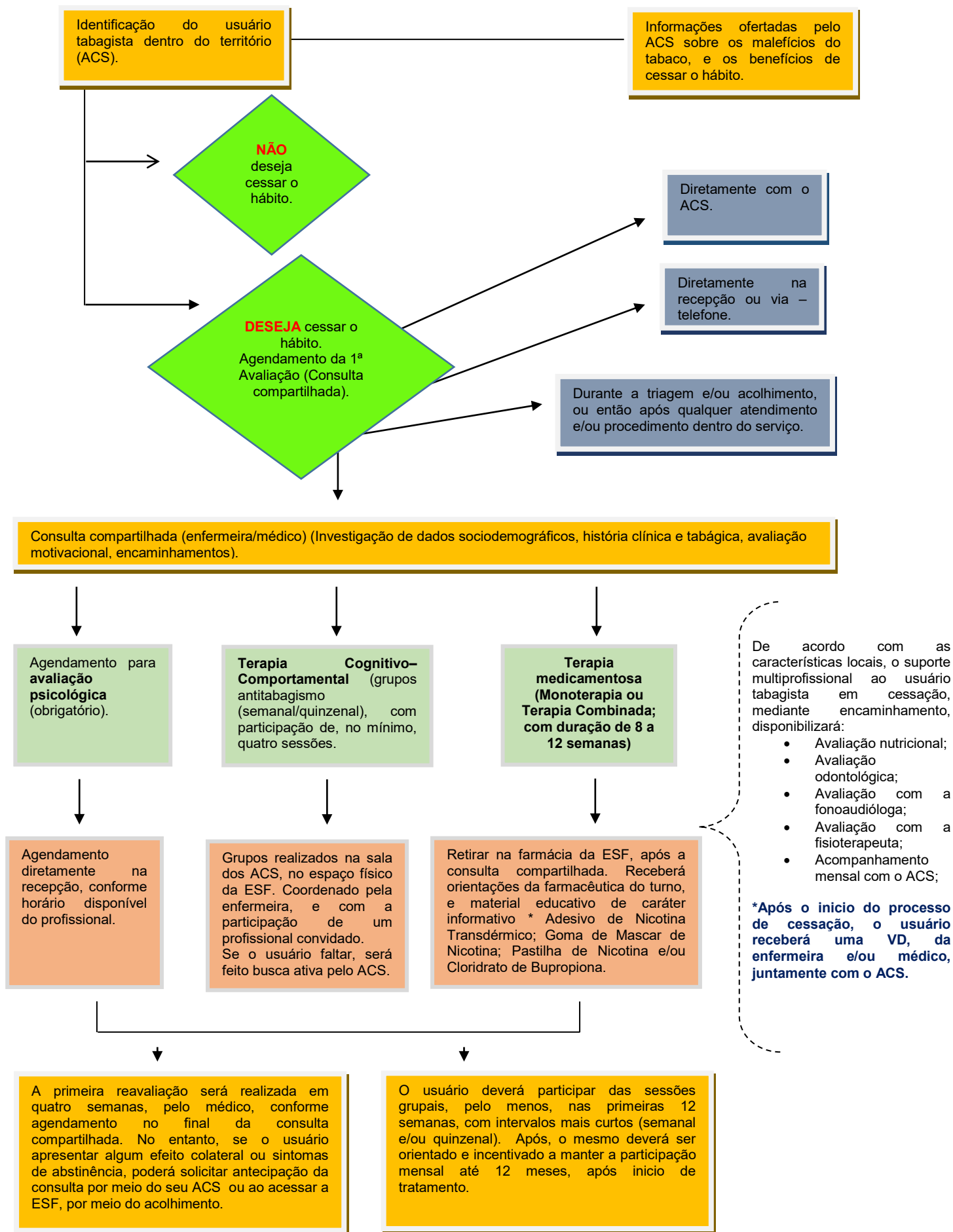
Nesse sentido, o município de Paraíso do Sul dispõe de uma equipe de ESF, composta por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um médico do Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde. A equipe desenvolve suas atividades desde o ano de 2015, com cobertura populacional de 33% e atende 933 domicílios cadastrados, num total de 2968 indivíduos dentro do território, desses 328 declararam ser fumantes (11,05%) e 351 sujeitos não informaram (11,82%), conforme dados locais do e-SUS. Salieta - se que a enfermeira e o médico da equipe foram capacitados para atuarem na PNCT, por um dos multiplicadores do INCA, pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS).

Diante deste contexto, o processo de trabalho dentro da ESF envolve dois componentes: organização do cuidado e gerência dos cuidados ofertados. Para tanto, o primeiro diz respeito ao cuidado dispensado pelos profissionais aos sujeitos, famílias e comunidade, enquanto o segundo trata acerca das condições para a execução do cuidado, dos recursos e insumos necessários, bem como do planejamento das ações.

Logo, a **construção de um fluxograma** de acesso do usuário tabagista que deseja cessar o hábito, objetiva ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe (SANTOS 2015).

Sendo assim, o fluxograma comporta-se como uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde, ao assumir a perspectiva usuário-centrada como posicionamento ético-político que irá implicar de modo direto na organização do processo de trabalho (SANTOS 2015). Dessa forma, o usuário tabagista que deseja cessar o hábito de fumar poderá ter acesso ao tratamento, conforme fluxograma a seguir:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO TABAGISTA EM PROCESSO DE CESSAÇÃO DO HÁBITO - ESF.



Sendo assim, conforme fluxograma apresentado destaca:

- **Como acessar?** O usuário tabagista que deseja cessar o hábito de fumar poderá agendar sua primeira avaliação por intermédio do seu ACS que poderá fazer o agendamento da consulta compartilhada, na recepção pessoalmente ou via-telefone, após ser atendido na triagem/acolhimento, pela equipe de enfermagem, ou então após qualquer atendimento e/ou procedimento dentro do serviço, ao manifestar interesse pela cessação.
- **Características do agendamento e do atendimento:** Conforme pactuado, o agendamento deverá acontecer no prazo de até uma semana, a partir da procura do sujeito pelo serviço, via e-SUS, (terças-feiras à tarde ou quintas e sextas-feiras pela manhã). Sempre que necessário, com flexibilidade de horário, conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A primeira avaliação será realizada pela enfermeira da ESF, que deverá utilizar o formulário da consulta compartilhada, com a participação do médico da equipe. A partir do início do tratamento, o ACS fará, juntamente com a enfermeira e/ou o médico, uma VD nos próximos dias (cinco a 10 dias), no intuito de conhecer o núcleo familiar deste indivíduo, bem como identificar possíveis barreiras durante a cessação ou fatores de risco para a recaída, e, principalmente, continuar o trabalho de motivação. O usuário deverá participar dos grupos de apoio, e os faltosos serão identificados para posterior busca ativa que será realizada pelos ACS ou contato via telefone. O usuário retornará para a primeira reavaliação individual, com o médico da equipe, após quatro semanas.
- **Profissionais envolvidos:** Recepcionista, Enfermeira, Médico, ACS, Equipe de Enfermagem da triagem e/ou acolhimento, e demais profissionais do serviço.

TABAGISMO ATIVO: A TRÍADE DA DEPENDÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E COMPORTAMENTAL

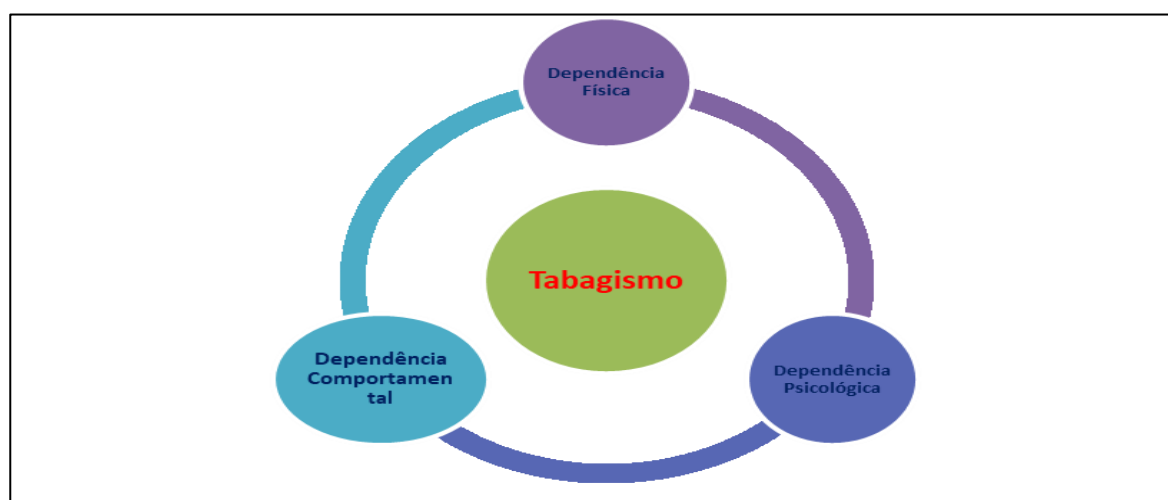
O tabagismo é considerado, pela OMS, a principal causa de morte evitável no mundo, e apesar da queda progressiva do seu hábito, ainda representa importantes custos sociais e econômicos para o Brasil (ALIANÇA DE CONTROLE DE TABAGISMO, 2012).

Dados de alguns estudos trazem algumas estimativas do impacto que o tabagismo causa economicamente no Brasil, quando 7,7% dos custos das admissões hospitalares por doença ou procedimentos com quimioterapia foram a ele relacionadas (2005), bem como, por ser o responsável por 34% das 2.442.038 doenças ocorridas em 2015, que geraram um custo total aos SUS de 21 bilhões de reais. Além disso, acrescentam-se os resultados de uma pesquisa (2015) que analisou dois componentes: anos de vida perdidos por morte prematura e anos de vida perdidos por qualidade de vida, que considerou o tabagismo responsável por custo aproximado de 23 bilhões de reais aos cofres públicos.

Nessa perspectiva, compreender a complexidade do ato de fumar, e entender o tabagismo enquanto problema de saúde pública emergente torna-se fundamental para as equipes de saúde, no sentido de que possam melhor planejar suas ações estratégicas que incentivem a cessação e previnam a iniciação do hábito.

O tabagismo apresenta uma tríade de dependência, conforme ilustra a figura a seguir:

FIGURA 1 – Tríade da dependência do tabagismo.



Fonte: Elaboração própria (2019).

Diante disso, a nicotina é considerada uma droga psicoativo-psicotrópica que estimula o Sistema Nervoso Central (SNC), e provoca mudanças no humor, na percepção, no estado emocional e na aprendizagem, além de gerar necessidade compulsiva de uso. Sendo assim, é responsável pela ocorrência de **dependência física** (ISMAEL 2007; BRASIL, 2015).

O diagnóstico de **dependência física** deverá ser realizado pelo profissional médico, e o mesmo deverá considerar os seguintes aspectos:

- F1x.2 – **Síndrome da Dependência** : (A) Ocorrência de **três ou mais** das seguintes manifestações em conjunto , persistindo pelo menos um mês ou, se por período menor, ocorrer repetidas vezes, ao longo do período de um ano. (1) Forte desejo ou sensação de compulsão; (2) Incapacidade de controlar o consumo da substância em termos de início, término ou nível de uso; (3) Estado de Abstinência Fisiológico; (4) Tolerância aos efeitos da substância, com aumento acentuado do consumo com o passar do tempo; (4) Preocupação com o uso da substância alternado ora por sensação de desejo, ora por interesse em cessar o uso;(5) Persistência do uso da substância, apesar do conhecimento dos danos causados pela mesma.

Ao identificar situação de **dependência física**, na avaliação ao usuário tabagista, o profissional deverá aplicar o Teste de Fagerström que tem por finalidade mensurar o nível de dependência (muito baixo, baixo, médio ou elevado) à nicotina. A partir do seu resultado, aliado a outras informações coletadas sobre o fumante, será elaborado o plano terapêutico/tratamento de cessação.

Em relação à dependência psicológica a mesma é definida como a ideação que a pessoa desenvolve quanto à necessidade da substância, a fim de alcançar algum tipo de equilíbrio ou percepção de bem-estar. Nessa direção, o fumante associa ao cigarro funções cognitivas como, por exemplo, manutenção da atenção e melhor desempenho para executar algumas tarefas e a regulação de situações emocionais tipo estresse, tristeza, ansiedade, entre outros. No entanto, a literatura aborda que, em muitos casos, não há necessidade orgânica da nicotina, e destaca a prevalência da dependência psicológica (SCADUTO, 2010).

Por ser um processo dinâmico, considerado um grande desafio pessoal, que exige esforço do fumante, pois além das adaptações a um novo comportamento, esses também precisam superar a abstinência do uso do cigarro, ligados a disfunções cognitivas e emocionais, algumas pesquisas apontam que o sofrimento psicológico é um fator importante e deve ser levado em consideração, pois quando comparados a não fumantes, esse grupo de indivíduos apresenta maiores taxas de sofrimento. Logo, ansiedade e depressão são os sintomas mais comuns (SANTOS; GODOY; GODOY, 2016).

A dependência comportamental é o condicionamento que o usuário tem com certas situações do cotidiano (atividades sociais, ocupacionais ou relacionais) ou de sua rotina. O fumante (dependente da nicotina) desenvolve condicionamentos, ou seja, associa o ato de fumar a eventos específicos. A partir disso, faz com que esses eventos tornem-se fortes estímulos (gatilhos) para acender o cigarro, como, por exemplo, ingerir bebidas alcoólicas e/ou tomar café, após as refeições, falar ao telefone, após as relações sexuais, ações de dirigir ou ir ao banheiro, dentre outras (PINHO, 2009).

Assim, é de extrema importância que o profissional de saúde, deste serviço de ESF, entenda esta tríade de dependência – física psicológica e comportamental, para que esteja preparado em auxiliar os fumantes em processo de cessação, e realizar os encaminhamentos necessários (principalmente o psicológico que é de caráter obrigatório) em tempo oportuno, de modo que a rede local esteja fortalecida para garantir a continuidade deste cuidado complexo e desafiador.

ABORDAGEM AO USUÁRIO TABAGISTA – MÍNIMA/BREVE BÁSICA OU INTENSIVA

As abordagens para a cessação do tabagismo são classificadas: (1) **Mínima** e/ou **Breve**, (2) **Básica** ou (3) **Intensiva**, de acordo com o tempo de contato entre o profissional e o fumante (BRASIL, 2015).

A **abordagem mínima** e/ou **breve** é definida como o contato profissional-usuário inferior a três minutos para cada encontro, embora não seja considerada a forma ideal, estudos demonstram que essa pode produzir resultados significativos e é uma oportunidade de informar o tabagista sobre os benefícios de parar de fumar e os malefícios do hábito (BRASIL, 2015).

Baseia-se em: **Paap: perguntar, avaliar, aconselhar e preparar** o fumante para a cessação, sem que este profissional necessariamente precise acompanhá-lo. Sendo assim, de acordo com os profissionais e os serviços ofertados por esta ESF, o quadro a seguir traz algumas sugestões de como a **abordagem mínima** poderá ser utilizada neste serviço:

QUADRO 2- Abordagem mínima ou breve, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Objetivo: Perguntar, avaliar, aconselhar e preparar a pessoa a parar de fumar sem que seja, necessariamente, feito o acompanhamento no processo de cessação pelo profissional que fez a abordagem.

Quem faz: Poderá ser feito pelos ACS durante as VD, pela equipe de enfermagem durante a triagem/acolhimento, na realização de procedimentos ambulatoriais, na sala de vacinas, nas VD, e demais atendimentos, pelos farmacêuticos durante a dispensação dos medicamentos, pelos médicos, dentistas, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo em suas consultas de rotina, independentemente da queixa principal.

Quando se faz: Em qualquer ocasião que se estabeleça algum tipo de contato com o usuário, ao considerar um ambiente favorável e de confiança, para que o mesmo não se sinta constrangido. Pode ser feito durante os atendimentos e procedimentos de rotina do serviço desta ESF, exceto em situações de urgência e /ou emergência.

Fonte: Elaboração própria.

A **abordagem básica** é definida como um contato um pouco maior, com duração de três a 10 minutos entre o fumante e o profissional. De acordo com o Ministério da Saúde, este tipo de abordagem apresenta melhores resultados quando comparada à **abordagem mínima**. Nesta modalidade, há previsão de acompanhamento, detalhe importante que permite a identificação de avanços ou barreiras durante este processo (BRASIL, 2015).

A **abordagem básica** é baseada no **Paapa: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar**. Esta abordagem poderá ser utilizada da seguinte forma, neste serviço:

QUADRO 3 - Abordagem Básica, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Objetivo: Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a pessoa para cessar o hábito de fumar. Esta abordagem requer estabelecimento de vínculo, onde de preferência o profissional que a utilize possa também realizar o acompanhamento deste usuário. É uma forma de identificar os avanços do tratamento, mas também fatores que atuem como barreiras e possam comprometer o sucesso do tratamento.
Quem faz: Enfermeira e/ou médico devidamente capacitados por um dos multiplicadores do INCA, sendo referência da PNCT deste serviço, reconhecidos por todos os demais membros desta equipe.
Quando faz: Consultas e procedimentos de rotina, VD, triagem e/ou acolhimento por meio da escuta qualificada, independentemente da queixa principal.

Fonte: Elaboração própria.

Entre os tipos de abordagem a que mais demonstrou ser efetiva foi a **abordagem intensiva/específica**. Trata-se de encontros, profissional-usuário, mais longos, com duração superior a 10 minutos. Poderá ser realizada de modo individual ou então por meio da terapia grupal. Esta abordagem organiza-se no **Paapa: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar sistematicamente**.

QUADRO 4 - Abordagem intensiva/específica, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Objetivo: Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar de modo sistemático o usuário para cessar o hábito de fumar. Esta abordagem requer organização, planejamento e acompanhamento deste sujeito dentro deste serviço. Quando o usuário tabagista inicia a cessação, os profissionais responsáveis devem reconhecê-lo como um sujeito ativo e apoiá-lo. O sucesso da cessação está intimamente relacionado ao grau de motivação do sujeito, além disso, é preciso garantir a oferta de suporte, bem como o profissional deverá estar tecnicamente preparado para lidar com situações de abstinência.
Quem faz: Enfermeira e/ou médico devidamente capacitados por um dos multiplicadores do INCA, sendo referência da PNCT deste serviço, reconhecidos por todos os demais membros desta equipe. Bem como os profissionais como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, dentistas, fonoaudióloga, farmacêutica poderão atuar como colaboradores tanto de modo individual ou na terapia grupal.
Quando faz/Como faz: Durante as consultas de rotina, independente da queixa principal, e/ou durante a consulta agendada para a avaliação do usuário tabagista, que deseja iniciar acompanhamento para a cessação do tabaco. As consultas para o tratamento de cessação serão realizadas pela enfermeira e /ou médico da ESF, devidamente capacitados e já reconhecidos pela equipe. Além disso, essa abordagem poderá ser realizada por outros profissionais do serviço, responsáveis dentro da rede local pelo suporte ao tabagista em cessação como apoio psicológico, odontológico, nutricional, dentre outros.

Fonte: Elaboração própria.

Diante desse contexto, é importante que **todos os profissionais deste serviço** conheçam os tipos de abordagem ao usuário tabagista, a fim de estimular a cessação do hábito. Embora alguns benefícios aconteçam em longo prazo, são extremamente válidos

quando nos referimos à redução de morbimortalidade, do número de casos de doenças tabaco-relacionadas (neoplasias, respiratórias crônicas, cérebro e cardiovasculares), com consequente melhora da qualidade de vida (JOSÉ et al.,2017).

Sendo assim, o profissional de saúde deve investigar sobre o hábito tabágico em qualquer cenário, e o mesmo deve considerar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência de nicotina (Teste de Fagerström), a existência de indicação ou contraindicação da terapia medicamentosa, comorbidades psiquiátricas, a história clínica e a experiência de vida do sujeito em relação à cessação do tabagismo. Para isso, os próximos tópicos deste protocolo abordarão acerca da avaliação do usuário tabagista.

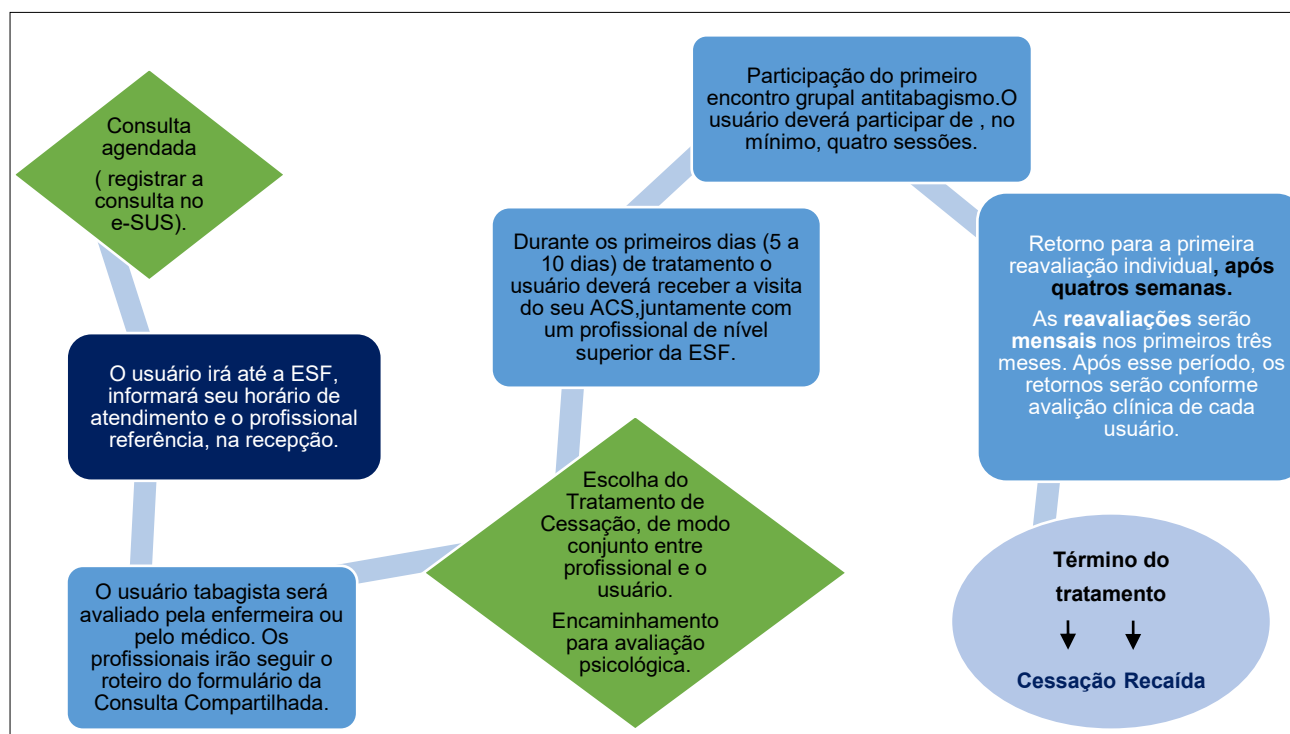
AVALIAÇÃO DO USUÁRIO TABAGISTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve atuar de forma mais eficiente na organização dos serviços, enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado, ao ser a porta de entrada e o primeiro ponto de atenção deve garantir a resolutividade para a maior parte dos problemas dos usuários, mediante a garantia de políticas de saúde, programa e ações (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

O profissional inserido na APS deve ter um olhar dinâmico para que possa compreender os riscos, as vulnerabilidades e as transformações dentro do território de saúde do qual faz parte, é responsável e referência (JUSTO, et al.,2017). Assim sendo, esta ESF deverá desenvolver ações integrais e interdisciplinares voltadas ao cuidado do indivíduo dentro do seu contexto familiar e coletivo.

Para tanto, o atendimento ao usuário tabagista em processo de cessação organizar-se-á conforme o fluxograma apresentado anteriormente, no entanto, devido à importância do fortalecimento desse cuidado ao usuário, o processo a seguir ilustra como se dará o atendimento e o acompanhamento desse sujeito, pela equipe da ESF, ao compreender sua complexidade, barreiras e desafios:

FIGURA 2 – Organização do processo de atendimento ao usuário em processo de cessação.



Fonte: Elaboração própria (2019).

O acesso ao tratamento para a cessação do tabagismo tem como início o agendamento da consulta que deverá **obrigatoriamente** ser incluída pela recepcionista, pelo ACS ou pela enfermeira da ESF no e-SUS. A agenda da ESF estará disponível a partir das 10hs, nas quintas e sextas-feiras e a partir das 16hs nas terças-feiras. Outros horários poderão ser pactuados diretamente com a coordenadora pelo PNCT, com possibilidade de flexibilidade, conforme demanda do serviço e necessidade do usuário.

A primeira avaliação do usuário tabagista deverá ser compartilhada entre a enfermeira e o médico da ESF, e o formulário da Consulta Compartilhada (APÊNDICE A) deverá ser **obrigatoriamente** preenchido e arquivado no serviço. O atendimento deverá ser registrado no e-SUS, por meio do código P17 – Abuso do Tabaco (Conforme Classificação Internacional da Atenção Primária – APS), quando atendido pela enfermeira e/ou pelo CID Z.72.0 – Uso do Tabaco, quando atendido pelo médico da ESF. O tratamento principal será a terapia cognitivo-comportamental, estruturada pelos grupos antitabagismo, apoio psicológico, acompanhamento do ACS e ações educativas e informativas disponibilizadas pelo serviço. Se necessário, será disponibilizado apoio farmacológico.

Após a avaliação do usuário tabagista que iniciará processo de cessação pela enfermeira e o médico, esses profissionais deverão solicitar avaliação psicológica deste sujeito. Logo, mediante encaminhamento o mesmo irá agendar a consulta, diretamente na recepção. Além disso, nos primeiros dias (cinco a 10 dias) será realizada uma VD, conforme contato prévio e pactuação com o usuário (dia e horário), de um profissional de nível superior da equipe, juntamente com o ACS, para que se conheça o núcleo familiar, e identifiquem-se fatores de risco que possam levar a recaída e também fatores que possam motivá-lo na manutenção da abstinência.

A participação nos grupos antitabagismo será fortemente estimulada. Os encontros serão semanais e/ou quinzenais, conforme demanda do serviço em relação ao número de usuários em cessação e a respectiva fase que cada um encontra-se. Quando identificado faltosos, será **obrigatoriamente** feito busca ativa pelo ACS ou via-telefone por um profissional de nível superior. Para os usuários que apresentarem recaída, será organizados grupos específicos, a fim de (re) motivá-los e estimular para que eles tentem novamente. Nesta oportunidade, salienta-se que o **profissional** deverá assumir uma

postura não crítica, a fim de entender quais as circunstâncias que contribuíram para o retorno do hábito (SILVA et al.,2014).

O profissional poderá utilizar os seguintes questionamentos, conforme os exemplos logo abaixo:

- Alguma situação específica fez você acender o primeiro cigarro?
- Você lembra o que fazia quando acendeu o cigarro?
- Está fumando quantos cigarros?
- Voltou a fumar a mesma quantidade que fumava antes de deixar de fumar?

A recaída deverá ser prevenida, e durante o processo de cessação o usuário poderá deparar-se com situações difíceis, logo é imprescindível que nessas situações o profissional esteja preparado para oferecer subsídios e auxiliar o usuário no enfrentamento, principalmente, das mudanças fisiológicas. A seguir, citam-se os principais sinais e sintomas da abstinência:

QUADRO 5 – Sinais e Sintomas da Abstinência, Síndrome da Abstinência.

- Disforia
- Irritação
- Tontura e vertigens
- Agressividade
- Tristeza
- Ansiedade e agitação
- Dificuldade de concentração e para dormir
- Bradicardia
- Fissura

Fonte: Ministério da Saúde, 2015, com adaptações.

Sendo assim, ao conhecer os sinais e sintomas da **síndrome da abstinência da nicotina**, o usuário estará apto para identificá-la e procurar auxílio, e, por sua vez, o profissional poderá contribuir para que esse sujeito desenvolva estratégias que contribuam para o enfrentamento da mesma, e assim potencializar a manutenção da abstinência (BRASIL, 2015).

Outro aspecto valioso a considerar é que parar de fumar é benéfico para a saúde em qualquer idade, entretanto, a manutenção da abstinência é uma tarefa árdua. Os resultados de estudos mostram que alguns fumantes fazem em média de três a cinco

tentativas antes de conseguirem cessar, o que faz da recaída um problema frequente (ZAMPIER et al., 2017)

Manter a abstinência em logo prazo requer mudanças no estilo de vida e motivação, permeada por esforços contínuos e persistência em executar atividades autorregulatórias para manejar efetivamente situações de alto risco. Na sequência, citam-se alguns exemplos de fatores de risco para a recaída (BRASIL, 2015):

- Tentativas anteriores de cessação sem sucesso;
- Convívio familiar com outros fumantes;
- Dependência elevada ao tabaco;
- Baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade;
- Fatores estressores do dia-a-dia;
- Comorbidades psiquiátricas
- Baixa motivação.

Diante desse contexto, a equipe da ESF poderá usufruir de um dos atributos da APS, que é o **cuidado longitudinal**, considerado um provedor de adesão às estratégias de saúde, pois permite a continuidade da relação equipe-usuário ao longo da vida. Assim, o usuário tabagista será acompanhado pela equipe, tanto no processo de cessação, como na manutenção da abstinência, ou em situações de recaída, ao cumprir seu papel de co-gestora do cuidado (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

INTERVENÇÕES E TRATAMENTO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO

A metodologia no tratamento de cessação do tabagismo é dividida em abordagem psicossocial e farmacológica. A primeira baseia-se no aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental, essa, por sua vez, é o principal pilar do tratamento (BRASIL, 2015).

Em relação ao aconselhamento, esse pode acontecer por meio das VD dos ACS, durante a escuta qualificada na triagem e/ou acolhimento, durante as consultas clínicas e durante os atendimentos dos demais profissionais do serviço. Nesse sentido, é preponderante que os profissionais conheçam os tipos de abordagem (mínima/breve, básica e intensiva) ao usuário tabagista que foram abordadas no capítulo anterior. Os materiais de autoajuda serão elaborados pela equipe de ESF, e distribuídos pelos ACS durante as VD e nas atividades grupais.

Quanto à abordagem cognitivo-comportamental, a mesma é organizada em grupos de apoio e ações educativas, preventivas e motivacionais como **base**. E, conforme avaliação clínica individual há a possibilidade da inclusão de tratamento medicamentoso como **auxiliar**. Os dois principais componentes dessa abordagem são: (a) detecção de situações de risco de recaída e (b) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2015).

De um modo geral, a dependência química, neste caso, à nicotina, é o resultado da interação complexa entre cognição (pensamentos, crenças, ideias, expectativas), comportamentos, emoções, relacionamentos, cultura, processos biológicos e fisiológicos. Assim sendo, para se alterar um comportamento (ato de fumar), é necessário identificar as crenças e as razões relacionadas a ele (SANTOS, 2006).

Diante desse contexto, a abordagem cognitivo-comportamental ajuda na reestruturação das cognições disfuncionais, com flexibilização da avaliação das situações específicas, e procura produzir mudanças emocionais e comportamentais duradouras, por meio de intervenções que modifiquem os pensamentos e as crenças dos sujeitos envolvidos (SANTOS; SERRA, 2004).

Logo, o serviço desta ESF irá ofertar grupos para a cessação do tabagismo, atividade proposta pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001), com estrutura adaptada à realidade local deste serviço. Os encontros serão coordenados pela

enfermeira da ESF, em conjunto com o médico da equipe, e os ACS serão os principais responsáveis pela divulgação dos mesmos.

Para o tabagista que inicia o tratamento de cessação, o intervalo entre o primeiro e o segundo encontro será entre cinco a 10 dias, pois estudos consideram esse período como o de maior probabilidade para recaídas. Os demais serão organizados conforme demanda e necessidade do serviço, respeitando o intervalo semanal, quinzenal ou mensal. A duração será de 30 a 60 minutos, e os encontros acontecerão na sala dos ACS, e sempre que pactuado o grupo poderá reunir-se em outro local (praça, centros, ao ar livre, dentre outros).

Na presença de dois ou mais usuários o grupo irá acontecer, quando houver somente um usuário participante, este receberá atendimento individualizado, considerando a temática do encontro, para valorizar a presença e a disponibilidade do mesmo dentro do serviço. O grupo será acessível para outros tabagistas que não estejam em processo de cessação, ao considerar custo-benefício, troca de experiências como fator motivacional e disposição de informações. Além disso, o grupo terá abordagem multiprofissional, e, **preferencialmente**, deverá ser conduzido por dois profissionais (coordenador e convidado).

Preconiza-se a participação do usuário em, no mínimo, quatro sessões (fase intensiva e de manutenção), e quando faltosos será realizado busca ativa via-telefone ou por intermédio do ACS, pois estudos afirmam que a assiduidade do usuário ao grupo, afeta diretamente nos resultados, quando participação inferior a 50% das sessões, as chances de insucesso e recaída são significativamente maiores (ISMAEL, 2007). Portanto, ao considerar que muitos tabagistas trabalham fora de casa, e que está ESF tem o seu horário de funcionamento diferenciado (7hs às 19hs), como estratégia de adesão e de garantir a participação, sempre que possível e necessário, os grupos poderão acontecer em horários alternativos.

Em relação aos materiais e as temáticas dos encontros, preconiza-se a elaboração de um cronograma, no intuito de melhor planejar, organizar e direcionar as ações, bem como poderá ser elaborado materiais próprios por este serviço ou então utilizado a proposta de roteiro para as quatro sessões iniciais, adaptada a partir do programa **Deixando de Fumar sem Mistérios**, de autoria do INCA. Disponibilizados de modo

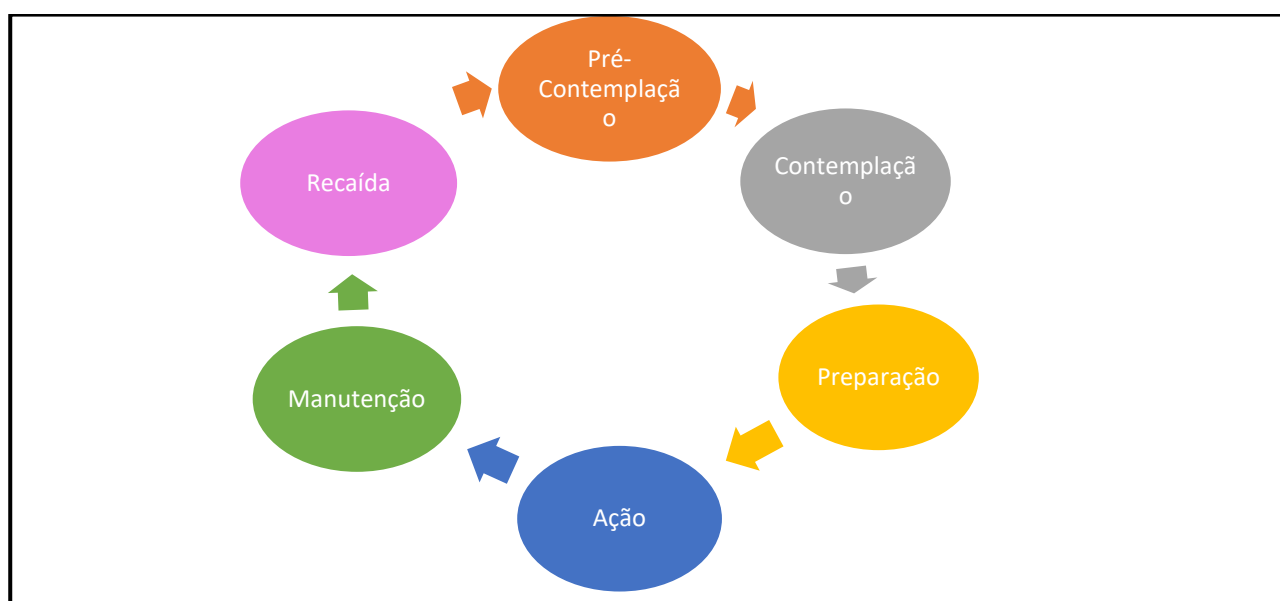
impresso (via 4ª CRS ou online). O conteúdo on-line poderá ser acessado nos *links* a seguir:

- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdf
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf

Outro aspecto a considerar na abordagem ao usuário tabagista é a motivação, fator essencial e decisivo que deve ser trabalhado frequentemente durante o processo de cessação. Motivação pode ser entendida como a probabilidade de que uma pessoa envolva-se, continue e adira a uma estratégia específica para mudança. Além disso, pode ser compreendida como um estado de avidez para um determinado comportamento e/ou manutenção deste que pode oscilar ao longo do tempo, por influências do contexto em que o tabagista se encontra (CASTRO; PASSOS, 2005).

Sendo assim, os psicólogos Prochaska e DiClemente (1992) desenvolveram o **Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança** que será utilizado neste serviço. Os estágios serão descritos logo abaixo, para conhecimento profissional, e para que esses consigam avaliar o grau de motivação em que o usuário encontra-se. É importante considerar que os estágios não necessariamente representam uma escala evolutiva, ou seja, os estágios podem flutuar entre si.

FIGURA 3 – Estágios Motivacionais de Prochaska e DiClemente.



Fonte: Adaptado de Prochaska e DiClemente (1996)

- Pré-Contemplanção: Não considera a possibilidade de mudança, por exemplo: “Eu não quero parar de fumar”. Conduta: informar o usuário sobre o tabagismo, aumentar a percepção de risco do usuário sobre os riscos desse comportamento;
- Contemplanção: Ambivalência na decisão, pois sabe-se dos riscos, mas ainda não decidiu, por exemplo: “ Eu vou deixar de fumar, mas não sei quando”. Conduta: Auxiliar na identificação das razões de abandonar o hábito, fortalecer a autossuficiência para a adesão ao novo comportamento.
- Preparação: Realiza o planejamento e faz adaptações para mudar e revisa tentativas anteriores, por exemplo, “Eu escolhi um dia para parar de fumar”. Conduta: Auxiliar o usuário a determinar o melhor caminho para a busca pela mudança.
- Ação: Faz mudanças ambientais e comportamentais, investe energia na execução da ação, por exemplo, “Estou fumando menos cigarros por dia / Fiquei um dia sem fumar”. Conduta: Ajudar o usuário a dar continuidade à mudança.
- Manutenção: Processo de continuidade do novo comportamento, por exemplo, “Eu parei de fumar.” Conduta: Ajudar o usuário a identificar estratégias de prevenção de recaída, realizar a continuidade do cuidado.
- Recaída: Falha na manutenção do novo comportamento e retorno ao velho hábito, por exemplo, “Eu voltei a fumar”. Conduta: Ajudar o usuário a renovar os estágios anteriores, sem que o mesmo sinta-se culpado. Motivá-lo novamente.

De acordo com a literatura, dentro da teoria motivacional é importante evitar o confronto direto, pois se acredita que os usuários dependentes químicos quando confrontados tendem a levantar defesas que podem fortalecer a resistência à mudança (MAGRINELLI; OLIVEIRA, 2006).

A identificação do estágio motivacional é decisiva na elaboração das estratégias de intervenção, sendo assim o profissional de saúde deverá auxiliar o indivíduo para a mudança de comportamento a fim de manter a abstinência (novo comportamento) (CASTRO; PASSOS, 2005).

Sendo assim, o sucesso do tratamento está intimamente relacionado à interação entre o usuário e o profissional, é preciso que o profissional assuma uma postura acolhedora, empática de modo que possa estimular a mudança de atitude em outro sujeito. Ainda, deve oferecer-lhe informações para que compreenda a importância de manter o novo comportamento (abstinência), reconheça os riscos de recaída e usufrua os benefícios futuros da cessação do tabagismo.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: APOIO FARMACOLÓGICO.

O Ministério da Saúde (MS) e a Portaria nº571 preconizam que o tratamento do usuário tabagista, que deseja cessar o hábito de fumar, deve ser dividido em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso como aconselhamento, materiais de autoajuda e a abordagem cognitiva- comportamental (BRASIL, 2015).

A prescrição de medicamentos deve acontecer baseada na motivação do paciente, associada ao grau de dependência, as experiências pregressas com fármacos para a cessação do hábito e ao considerar as comorbidades. De acordo com um estudo sistemático, realizado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia (2010), o uso de medicamentos aumenta de duas a três vezes as chances de sucesso em um paciente que se encontra motivado, pois tem como função controlar os sintomas de abstinência.

O tratamento medicamentoso é voltado apenas à dependência física, dessa forma é necessário compreender seu papel auxiliar dentro do abandono do hábito de fumar, que engloba ainda a dependência psíquica e a social. Por isso é fundamental que os profissionais da área da saúde conheçam as bases preconizadas para a cessação do tabaco, no intuito de que sejam capazes de planejar, enquanto equipe intervenções comportamentais e motivacionais a estes indivíduos (JESUS et al.,2016).

O profissional médico será o responsável pela prescrição da terapia medicamentosa, para tanto é importante o conhecimento dos critérios que sustentam a escolha da mesma. De acordo com o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001), o preenchimento de **algum** destes critérios, justifica a terapia como metodologia auxiliar:

- Fumantes pesados que consumam 20 cigarros ou mais/dia;

- Fumantes que consomem no mínimo 10 cigarros/dia, porém fumam o primeiro até 30 minutos após acordar;
- Teste de Fagerström igual ou maior a cinco, ou dependência moderada ou grave, conforme avaliação profissional;
- Recaída e sintomas de abstinência física à nicotina.
- Ausência de contraindicações clínicas para o uso dos medicamentos preconizados.

A intervenção farmacológica deve ser individualizada, estar em acordo com os resultados da avaliação global do tabagista, conforme as características clínicas (sinais e/sintomas), histórico de saúde, doenças de base e/ou tabaco-relacionadas, bem como atender as preferências do fumante (BRASIL, 2015).

Além disso, objetiva-se identificar possíveis contraindicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. É neste momento que se avalia o perfil do fumante, seu grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar (CONITEC, 2018).

Para a avaliação do usuário tabagista, será aplicado o formulário local Consulta Clínica Compartilhada, tanto pelo profissional médico, quanto pelo enfermeiro, conforme pactuado neste protocolo adaptado.

As opções de tratamento farmacológico no SUS, presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) incluem: **os nicotínicos** (terapia de reposição de nicotina-TRN) e **os não nicotínicos**. Esses medicamentos são comprados pelo Ministério da Saúde, repassados diretamente aos estados e aos municípios com população maior a 500 mil habitantes. Para os municípios menores os estados repassam via Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A solicitação acontece via **FormSus**, é realizada pela enfermeira da ESF, quadrimestralmente. O cálculo é baseado nos atendimentos do quadrimestre anterior, que devem ser **obrigatoriamente** registrados no e-SUS.

A **Terapia de reposição de nicotina (TRN)** tem como objetivos ofertar a nicotina, de modo isolado, sem o uso do cigarro que, por sua vez, contém as substâncias cancerígenas, além de reduzir os sintomas de abstinência (fisiológicos e psicomotores) frequentemente experimentados durante a cessação, no intuito de garantir a manutenção da abstinência (BRASIL, 2015).

A nicotina é a responsável pela dependência física, pois, é uma droga psicoativa que gera a necessidade de uso compulsivo, sofre um metabolismo hepático de primeira

passagem, enquanto os produtos de reposição são formulados para absorção por meio da mucosa oral (goma de mascar, pastilhas) ou através da pele (adesivos transdérmicos) (PUPULIM et al., 2015). Dividida em agentes de ação rápida – gomas e pastilhas e agentes de ação longa – adesivos transdérmicos, a tabela a seguir ilustra a apresentação e a concentração de cada medicamento disponibilizado pelo SUS:

QUADRO 6 – Terapia de Reposição de Nicotina, Rename, Brasil, 2019.

Terapia de Reposição de Nicotina	
Apresentação	Concentração
Adesivo transdérmico	21mg, 14mg e 7mg.
Goma de mascar	2mg
Pastilha	2mg

Fonte:Rename (2018).

Em relação à eficácia, estudos apontam que o uso da TRN aumenta de 50 a 70% as chances de manutenção da abstinência, ao considerar também o grau de motivação do tabagista. Aparece ainda ser tão eficiente quanto o Cloridrato de Bupropiona 150 mg, e em tratamentos combinados (agentes de ação rápida + ação longa), proporciona maiores benefícios em comparação à monoterapia (STEAD et al., 2012).

A **posologia** baseia-se no consumo diário de cigarros ou então no grau de dependência. Calcula-se que cada cigarro libere 1mg/nicotina, logo nas semanas iniciais a dose deverá ser semelhante ao consumo diário, com posterior e gradativa redução (BRASIL, 2015).

Sendo assim, **o profissional médico**, após avaliação inicial e ao considerar as preferências dos usuários, para a prescrição medicamentosa deverá considerar os esquemas apresentados nos Quadros 7, 8, 9 e 10 respectivamente. Os Quadros 7 e 8 ilustram o apoio farmacológico que tem como escolha o adesivo transdérmico de nicotina, no primeiro quadro apresenta-se a terapia medicamentosa para usuários tabagistas que apresentarem escore entre 8 a 10, no Questionário de Fagerström, e/ou fumarem mais de 20 cigarros/dia (**muito elevada dependência física**) (BRASIL, 2015):

QUADRO 7 – Esquema medicamentoso, adesivo transdérmicos de nicotina, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Aplicar 1 adesivo de 21 mg , a cada 24 horas, com rodizio do local, na 1^a até a 4^a semana.

Aplicar 1 adesivo de 14 mg , a cada 24 horas, com rodizio do local, da 5^a até a 8^a semana.

Aplicar 1 adesivo de 7 mg , a cada 24 horas, com rodizio do local, da 6^a até a 12^a semana.

Fonte: Ministério da Saúde, com adaptações.

No Quadro 8 encontra-se o esquema medicamentoso para auxiliar os indivíduos tabagistas , durante o processo de cessação , que apresentarem escore entre 5 a 7, no Questionário de Fagerström, e/ou que fumem de 10 a 20 cigarros/dia (**média a elevada dependência física**) (BRASIL, 2015):

QUADRO 8 – Esquema medicamentoso, adesivo transdérmicos de nicotina, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Aplicar 1 adesivo de 14 mg , a cada 24 horas, com rodizio do local, na 1^a até a 4^a semana.

Aplicar 1 adesivo de 7 mg , a cada 24 horas, com rodizio do local, da 5^a até a 8^a semana.

Fonte: Ministério da Saúde, com adaptações.

Em relação aos efeitos colaterais do uso dos adesivos transdérmicos, o principal é a irritação local, podendo evoluir para eritema infiltrativo. Raramente surgem episódios de náusea, vômito, hiperssalivação e diarreia. No entanto, o profissional médico deverá informar ao usuário sobre essas possibilidades e orientá-lo a procurar este serviço ou qualquer atendimento médico em qualquer intercorrência (INCA 2014; BRASIL,2015).

Caso a escolha medicamentosa seja a goma de mascar de nicotina o profissional deverá recomendar ao fumante para que a goma seja mascada com força, durante várias vezes, até sentir uma sensação picante ou de formigamento na boca. A partir dessa sensação, deverá colocar a goma entre a bochecha e a gengiva, em repouso, para o processo de absorção. Essa operação deverá ser repetida durante 30 minutos, e neste processo é proibido ingerir líquidos ou alimentos, 15 minutos antes e 30 minutos depois do uso.

A absorção da nicotina pela mucosa oral não acontece de modo contínuo, porém em picos. A dose máxima diária é 15 gomas ao dia. No Quadro 9 está representado o esquema medicamentoso, que tem como escolha a goma de mascar de nicotina:

QUADRO 9 – Esquema medicamentoso, goma de mascar de nicotina, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Mascar uma goma (2 mg) , de cada uma a duas horas, da 1^a até a 4^a semana.

Mascar uma goma (2 mg) , de cada duas a quatro horas, da 5^a até a 8^a semana.

Mascar uma goma (2 mg) , de quatro a oito horas, da 6^a até a 12^a semana.

Fonte: Ministério da Saúde, com adaptações.

Algumas dificuldades podem ser sentidas pelo usuário como dificuldade de uso, devido ao gosto desagradável que a goma apresenta. Geralmente a goma é uma escolha terapêutica para usuários que fumam poucos cigarros por dia, ou em tratamentos combinados (BRASIL, 2015). Como efeitos colaterais, deve ser orientado ao usuário a ocorrência de vertigem, cefaleia, desconforto gastrointestinal, soluços, alterações na garganta, dor bucal, aftas, hiperssalivação e amolecimento dos dentes (CONITEC, 2018).

As pastilhas de nicotina apresentam a mesma concentração da goma de mascar, ou seja, 2 mg de nicotina/unidade, seu uso consiste em colocá-las na mucosa oral, até sua completa dissolução. Não se deve morder a pastilha, e não ingerir líquidos ou alimentos 15 minutos antes e 30 minutos após o uso desse medicamento. Seus efeitos são semelhantes ao da goma de mascar, bem como suas indicações clínicas (CONITEC, 2018).

QUADRO 10 – Esquema medicamentoso, pastilha de nicotina, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Usar uma pastilha (2 mg) , de cada uma a duas horas, da 1^a até a 4^a semana.

Usar uma pastilha (2 mg) , de cada duas a quatro horas, da 5^a até a 8^a semana.

Usar uma pastilha (2 mg) , de quatro a oito horas, da 6^a até a 12^a semana.

Fonte: Ministério da Saúde, com adaptações.

A escolha pela terapia medicamentosa de reposição deve-se ao fato de que o indivíduo está recebendo apenas a nicotina, livre das substâncias cancerígenas que o

cigarro contém. É primordial reforçar ao usuário que **deixe de fumar** ao iniciar a terapia medicamentosa, devido ao risco de intoxicação pela substância (FIORE et al., 2008).

Estudos abordam que essa classe medicamentosa não leva a um aumento do risco cardiovascular, mesmo em fumantes com histórico. Porém é recomendável que usuários hipertensos, com insuficiência coronariana e arritmia estejam compensados devido à ação adrenérgica desses medicamentos. Contudo, são contraindicações absolutas para o uso dos mesmos as seguintes situações: hipersensibilidade ao medicamento, doença cardiovascular não compensada, *angina pectoris* frequente, síndrome coronariana aguda há menos de 15 dias. As demais situações deverão ser avaliadas pelo médico quanto à relação risco/benefício.

O **cloridrato de bupropiona** é um antidepressivo utilizado como medicamento de apoio na cessação do tabagismo, dentro do SUS, no entanto estudos ainda não são totalmente claros quanto a sua metodologia de ação no organismo de indivíduos dependentes da nicotina, porém acredita-se que tem relação ao transporte dos neurotransmissores – dopamina e noradrenalina – ou ao seu efeito antagônico aos receptores nicotínicos (SBPT, 2010).

O medicamento deverá ser iniciado **uma semana antes de o usuário parar de fumar**, com a seguinte **posologia**:

QUADRO 11 – Esquema medicamentoso, cloridrato de bupropiona, Ministério da Saúde, Brasil, 2019.

Nos primeiros três dias de tratamento: Tomar 1 comprimido/dia pela manhã;
A partir do 4º dia de tratamento: Tomar 2 comprimidos/dia, com o intervalo de 8 horas ENTRE as doses.
*Tomar a medicação preferencialmente pela manhã e a tarde, de modo a evitar horários próximos ao de dormir devido à possibilidade de insônia.

Fonte: Ministério da Saúde, com adaptações.

Entre os efeitos colaterais mais comuns durante o uso do cloridrato de bupropiona, o profissional deverá estar apto a orientar o sujeito quando ao aparecimento de boca seca, insônia, cefaleia, constipação intestinal, urticária e, em dosagens excessivas, convulsão. Para o uso deste medicamento, usuários hipertensos e com histórico de doença coronariana e arritmias devem estar compensados. São fatores absolutos de contraindicação: hipersensibilidade ao medicamento, epilepsia, alcoolistas em fase de

abstinência, bulimia, anorexia, doença cerebrovascular, gestação e amamentação (CONITEC, 2018).

Logo, após a escolha de qualquer medicamento de apoio farmacológico, o profissional deverá entregar o folder informativo (APÊNDICE B), agendar VD com o ACS, informar sobre a data do grupo antitabagismo e agendar reavaliação clínica, após quatro semanas do início do tratamento. Salienta-se que em qualquer intercorrência, antes do período preconizado, o usuário em cessação poderá solicitar atendimento, via demanda espontânea, pelo ACS ou então por meio do agendamento de uma consulta de enfermagem/e ou médica na recepção ou pelo telefone.

A IMPORTÂNCIA E AS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

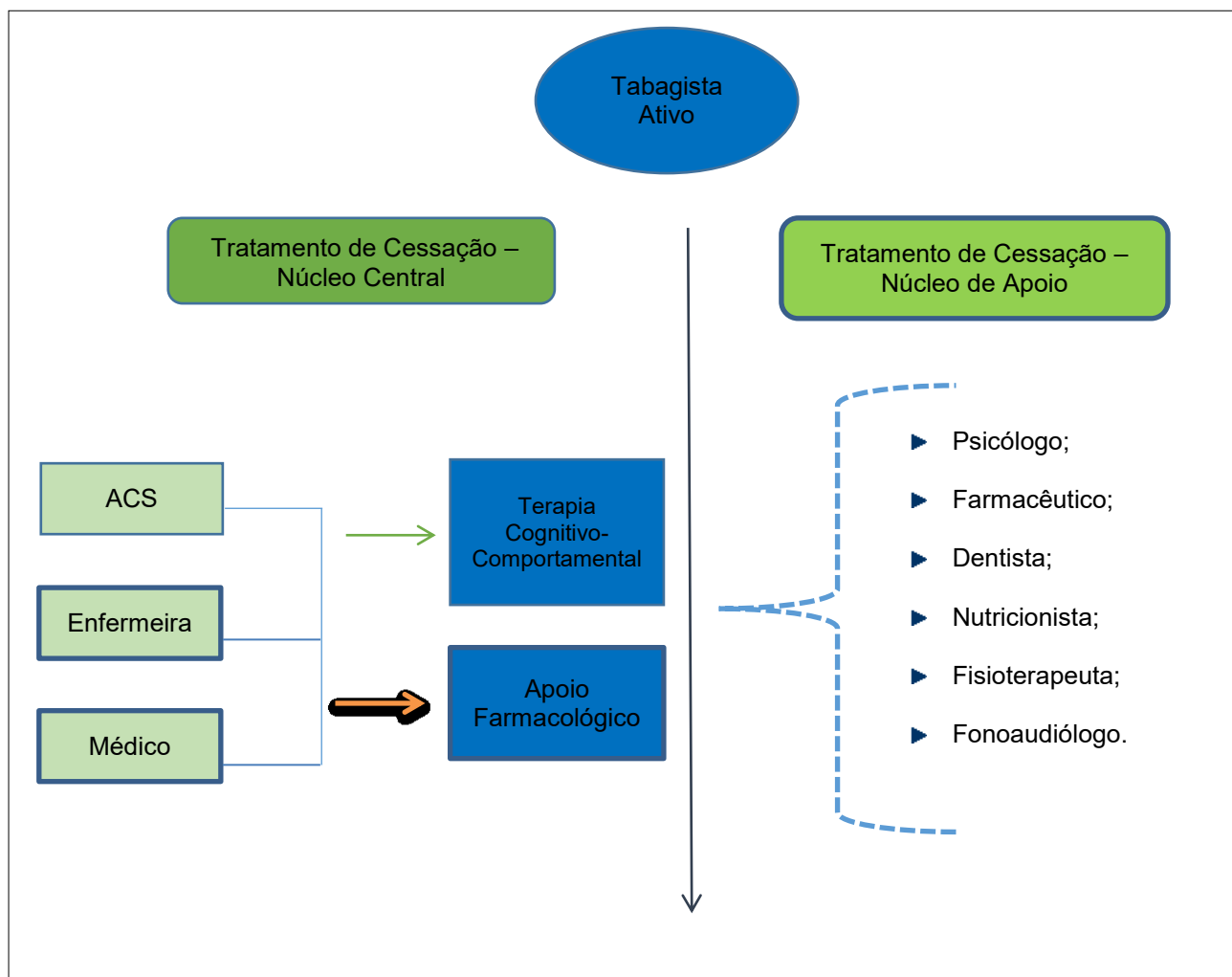
Tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países menos desenvolvidos a APS é vista como modelo-chave para um sistema de saúde eficaz (OPAS, 2007). Para Lima (2011), quando os sistemas de saúde organizam-se com base na APS, os mesmos apresentam melhores possibilidades de desempenho devido a melhores formas de acessibilidade, integralidade, organização e otimização dos recursos. Ainda, o autor acrescenta que conseqüentemente há melhorias nos indicadores de saúde, redução na mortalidade, diminuição dos custos, redução de internações, urgências e cronificações.

Em nosso país, o modelo que orienta a APS é a ESF, que surgiu em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), e inicialmente era uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Porém, devido aos seus resultados positivos atualmente tornou-se o eixo estratégico e reorganizador do SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Embora esse modelo exista nacionalmente há 25 anos, o município de Paraíso do Sul vivenciou duas experiências com mesmo, pela primeira vez com duas equipes nos anos de 2005 a 2009, e no presente com uma nova equipe que desenvolve suas atividades até os dias de hoje.

Nessa perspectiva, cita-se um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), inserido dentro da APS/ESF, que é o acolhimento, o qual teve seu surgimento a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, e que vai além da recepção do usuário dentro do serviço (HENNINGTON, 2005). Sendo assim, Solla (2005) enfatiza que acolher não é apenas realizar uma triagem qualificada ou escuta interessada, mas trata-se de um conjunto de ações que busca identificar problemas e encontrar estratégias de intervenção e possíveis resoluções.

Granja, Fracoli e Zoboli (2013) defendem que o acolhimento deve ser realizado de modo correto e por toda a equipe multiprofissional. A seguir, será apresentado um modelo ilustrativo (Figura 4) dos profissionais que representam o núcleo central do tratamento de cessação, bem como os profissionais que irão atuar como suporte, dentro da rede local.

FIGURA 4 – Modelo do tratamento de cessação do tabagismo: núcleo central e de apoio.



Fonte: Elaboração própria (2019).

E, para finalizar, traz-se o papel e alguns exemplos de ações dos profissionais que fazem parte do núcleo de apoio poderão estar desempenhando dentro deste serviço, no intuito de constante fortalecimento da atenção, cuidado e acompanhamento dispensado ao usuário tabagista em processo de cessação:

***Agente Comunitário de Saúde (ACS):** O agente comunitário de saúde desempenha papel mediador entre os saberes técnicos e populares, entre a equipe de saúde e a comunidade. Ao mesmo tempo em que integra o serviço, faz parte da população. É uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem até a equipe que poderá então intervir (COSTA et al, 2013; PERUZZO et al, 2018). A atuação comprometida dos ACS, junto às famílias potencializa o

alcance das ações da PNCT, pois os mesmos levam informações aos usuários, de modo a contribuir com a redução da iniciação do tabagismo e apoio aos fumantes que desejam parar (BRASIL, 2015). Sendo assim, os ACS desta ESF têm papel fundamental nas seguintes ações:

- Realizar ações educativas e informativas, individuais e coletivas acerca dos malefícios causados pelo tabagismo e os benefícios de cessar o hábito;
- Realizar ações de prevenção de doenças tabaco-relacionadas e promoção de saúde;
- Realizar orientações sobre o tabagismo ativo e passivo;
- Realizar o cadastro individual e revisá-lo em situação de mudança de endereço;
- Realizar o mapeamento dos usuários tabagistas e a caracterização da sua família, com identificação de grupos populacionais expostos ao tabagismo passivo **anualmente**;
- Realizar orientações sobre o funcionamento da PNCT desta ESF, quais são os profissionais referências, realizar o agendamento de consulta de avaliação ao usuário que deseja cessar o tabagismo, bem como explicar o fluxo do serviço;
- Motivar os tabagistas que desejam parar de fumar a procurarem este serviço de saúde;
- Incentivar a participação nos grupos de tabagismo, realizar visita domiciliar, juntamente com profissional de nível superior dentro da primeira semana, após o início do tratamento para cessação. Fazer busca ativa nos faltosos.
- Realizar sempre que possível a **abordagem breve/mínima**;
- Identificar fatores determinantes de iniciação e cessação do tabagismo;
- Em casos de recaída, acolher e incentivar o fumante a voltar a procurar o serviço da ESF.

***Enfermeira ESF:** O enfermeiro da ESF está comprometido com ações e práticas de educação, promoção à saúde e prevenção das doenças/agravos na comunidade. É um profissional essencial para a expansão e a consolidação da ESF (BECKER et al, 2018). Entre as doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco abordados por este profissional, dentro da lógica da ESF, encontra-se o tabagismo. As DCNT apresentam perfil epidemiológico alarmante e geram elevado número de mortes prematuras, perda da

qualidade de vida, alto grau de limitação dos sujeitos, impacto econômico negativo para a família e sociedade, e conseqüentemente agravam ainda mais as iniquidades sociais (AZEVEDO; MODESTO, 2016). Diante desse contexto, a promoção de saúde mostra-se como uma intervenção populacional efetiva e de impacto no enfrentamento desta problemática. A seguir, apresentam-se algumas características locais do serviço e ações que os profissionais enfermeiros poderão desempenhar. **Características locais do serviço:** O serviço possui quatro enfermeiras, uma da ESF e as outras três da Unidade Básica de Saúde – Sede e Unidade Básica de Saúde- Vila, sendo que duas dessas profissionais estão capacitadas por um dos multiplicadores do INCA, para atuarem na PNCT na assistência ao usuário tabagista.

- Coordenar a PNCT deste serviço;
- Coordenar as ações de mapeamento e territorialização dos usuários tabagistas ativos, passivos e grupos populacionais expostos à poluição tabágica ambiental, dentro das micro áreas sob responsabilidade desta ESF, que deverão ser feitas pelos ACS, **anualmente**;
- Realizar o acolhimento com escuta qualificada ao usuário tabagista que deseja ou não cessar o hábito, de modo a oferecer informações sobre os malefícios ocasionados pelo mesmo, das doenças tabaco-relacionadas e os benefícios da interrupção. Realizar sempre que possível a abordagem breve/mínima e básica dentro deste espaço, ou em visitas domiciliares;
- Informar e divulgar o fluxograma para a cessação do tabagismo para os fumantes e para a população;
- Realizar a primeira avaliação do usuário tabagista (abordagem intensiva/ consulta compartilhada) que irá iniciar o processo de cessação do uso do tabaco;
- Realizar os encaminhamentos necessários após a primeira avaliação (psicólogo, nutricionista, dentista, entre outros);
- Realizar VD, juntamente com o ACS, nos primeiros cinco a 10 dias, após início do tratamento;
- Distribuir material educativo sobre o uso dos medicamentos que fazem parte do apoio farmacológico (adesivos transdérmicos de nicotina, goma e pastilha de nicotina, cloridrato de bupropiona).

- Realizar o acompanhamento ao usuário tabagista durante o processo de cessação, de modo a atender o princípio da longitudinalidade, bem como motivá-lo durante a manutenção da abstinência;
- Oferecer apoio ao usuário em recaída e incentivar que retorne ao processo de cessação;
- Coordenar os grupos antitabagismo e organizar o cronograma dos encontros, bem como elaborar material educativo e de apoio para auxiliar o usuário no tratamento;
- Ministras palestras nas escolas e grupos específicos da comunidade (mulheres, idosos, trabalhadoras rurais, dentre outros) no intuito de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos;
- Organizar as ações dos meses de Maio e Agosto acerca do tabagismo, como datas estratégicas para estimular a cessação e prevenir a iniciação, principalmente em adolescentes;
- Identificar fatores determinantes de iniciação e da recaída;
- Realizar encontros de monitoramento da prevalência do tabagismo local, bem como dos desfechos de cada usuário que iniciou o tratamento (recaída e/ou cessação definitiva), a fim de garantir a atualização das informações;
- Registrar os atendimentos de cada usuário em seu prontuário e no e-SUS;
- Registrar todas as ações desenvolvidas no e-SUS.

***Médico ESF:** na proposta da ESF, o médico da família responsabiliza-se tanto pelo indivíduo, quanto pelo seu núcleo familiar. Logo, com base no conhecimento do seu território adscrito, este profissional deverá planejar suas ações em conjunto com a equipe (JÚNIOR, 2015). Em relação às ações desenvolvidas para a cessação do tabagismo, o médico desta ESF tem as seguintes responsabilidades e poderá desempenhar algumas ações, tais como:

- Realizar a abordagem mínima e ou básica em tempo e ocasião oportuna;
- Realizar a primeira avaliação ao usuário tabagista que deseja parar de fumar, em conjunto com a enfermeira da ESF (consulta compartilhada/ abordagem intensiva);
- Prescrever se necessário, e conforme avaliação individual, apoio farmacológico e fornecer orientações sobre como usá-los, efeitos colaterais dos medicamentos, bem como sinais e sintomas de abstinência, dentre outras informações;

- Realizar a primeira reavaliação de retorno, após quatro semanas de tratamento, ou se alguma intercorrência antes deste período acolher o usuário que procure por atendimento na demanda espontânea deste serviço;
- Realizar os encaminhamentos necessários, conforme primeira avaliação individual;
- Realizar VD, juntamente com o ACS, nos primeiros cinco a 10 dias ao usuário que iniciou o tratamento de cessação, de modo a garantir a continuidade do cuidado, conhecer o núcleo familiar e suas condições de vida.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO USUÁRIO TABAGISTA.

Os profissionais de saúde que estão em frequente contato com o usuário tabagista (em cessação ou não), usuários expostos à poluição tabagística ambiental, grupos de risco à iniciação do hábito (adolescentes) deverão ser capacitados acerca da temática e do PNCT.

Nesse contexto, preconiza-se que as ações sejam multidisciplinares e envolvam toda a equipe de saúde, com a identificação das responsabilidades de cada profissional dentro do programa, sendo de extrema importância para a organização e o fortalecimento do trabalho multiprofissional.

Sendo assim, a capacitação da equipe de saúde acontecerá **anualmente**, coordenada pelo médico e/ou pela enfermeira da ESF. Nessa capacitação, deverão ser abordados assuntos como: dados atuais sobre a prevalência do tabagismo, morbimortalidade das doenças tabaco-relacionadas (nacional e local), informações sobre a organização do atendimento ao usuário tabagista dentro desta ESF (fluxograma de acesso, acompanhamento, sintomas de dependência e/ou abstinência, terapia grupal, serviços e/ou profissionais de apoio), quais os tipos de abordagem existentes (breve, básica e intensiva), quem pode fazer, quando e onde, a importância do tratamento cognitivo-comportamental, o papel do tratamento farmacológico, pontos positivos e barreiras encontradas), dados de cessação ou recaída, dentre outros

5 APLICABILIDADE

O protocolo foi disponibilizado em duas vias impressas para o serviço e a gestão, a qual emitiu uma nota de autorização para a implementação da adaptação (ANEXO C). Dessa forma, almeja-se que o mesmo possa auxiliar na (re) organização do processo de trabalho, ao fortalecer as ações de caráter preventivo e de promoção de saúde, preconizadas pela PNCT, bem como contribuir para o cumprimento das responsabilidades da esfera municipal recomendadas pelo Ministério da Saúde.

O estudo desenvolvido possibilitou a elaboração e a inclusão do fluxograma de acesso, atendimento e acompanhamento do usuário tabagista que inicia o processo de cessação, além disso, pretende-se que este material sirva de auxílio e ferramenta de consulta aos profissionais de saúde, com a finalidade de sanar as dúvidas e promover o desenvolvimento da autonomia dos mesmos.

A adaptação da Portaria nº571/2013 oportunizou a inserção das características locais e a identificação dos recursos disponíveis, pontos fortes e fragilidades, com o objetivo de fortalecer a rede local. Sendo assim, espera-se que o cuidado ofertado atenda ao princípio da longitudinalidade, e contribua positivamente na redução da prevalência do tabagismo.

Espera-se também que implementação proporcione a qualificação do atendimento, aproxime o usuário dos profissionais de saúde, com a criação de espaços para o compartilhamento de experiências e apoio. Nesse sentido, almeja-se que a equipe de saúde seja capaz de oferecer os subsídios necessários para o sucesso do processo de cessação, enquanto unidade responsável pelo seu território de saúde, ao atuar efetivamente frente às vulnerabilidades e os riscos que o tabagismo ocasiona na população, e conseqüentemente diminuir as taxas de morbimortalidade das doenças tabaco-relacionadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido possibilitou compreender a complexidade do ato de fumar, pois o mesmo comporta-se como problema de saúde emergente, embora se observe, nos últimos anos, redução da prevalência do uso de tabaco, esforços de diferentes setores (governamentais e não governamentais), ainda são extremamente necessários.

Nesse contexto, dependendo da perspectiva epidemiológica, o consumo de tabaco pode ser considerado mundialmente a segunda causa de morte atribuída a fatores de risco para doenças cardiovasculares, precedida apenas da hipertensão arterial sistêmica (HAS), ou, a primeira causa ao contemplar mortes prematuras e incapacidades.

Neste estudo, foi possível construir um protocolo de cessação do tabagismo, para implementá-lo em uma ESF, baseado nas orientações gerais da Portaria nº571, que dispõe sobre os cuidados gerais dispensados à população tabagista. Nesse sentido, as reflexões deste estudo reforçam a necessidade de desenvolver pesquisas que possibilitam qualificar o processo de trabalho, por meio da utilização de instrumentos facilitadores como diretrizes e /ou protocolo, que avaliem sua qualidade e capacidade de adaptação em diferentes cenários.

Os resultados encontrados corroboram com outros estudos sobre esta temática, quando ratificam o importante papel da APS no combate ao tabagismo, pois a mesma tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e preservação da saúde. Sendo assim, as equipes são fundamentais no desenvolvimento de atividades educativas e informativas, sobre os malefícios do tabagismo e os benefícios em abandoná-lo em qualquer fase de vida.

Dessa forma, é possível afirmar sobre a importância de investir na capacitação dos profissionais da equipe de saúde, a fim de que os mesmos tornem-se capazes de atuarem no aconselhamento e acompanhamento dos sujeitos em processo de cessação, de modo seguro, responsável e competente, ao valorizar os desafios enfrentados durante o tratamento.

A pesquisa também proporcionou o desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento da PNCT dentro do serviço da ESF, no que tange à organização e ao acesso do usuário que manifeste interesse em parar de fumar, além de estimular atividades preventivas e motivadoras para o abandono do hábito.

Além disso, os encontros do CO, composto por profissionais inseridos dentro do serviço e ligados à PNCT, oportunizaram a criação de espaços reflexivos e de discussão sobre as práticas atuais. Assim, as responsabilidades da ESF foram reafirmadas, e algumas práticas redirecionadas, como a capacidade de percepção desse novo olhar ao identificar, por exemplo, que o tabagismo, na maioria das vezes, inicia na adolescência, principalmente para àqueles expostos a condições socioeconômicas desfavoráveis, que conseqüentemente, poderão apresentar uma tendência maior a comportamentos de risco e desenvolverem agravos associados ao fumo. Logo, espaços de discussão possibilitam o desenvolvimento de habilidades tais como a criatividade e a inovação.

A elaboração desse protocolo permitiu a reafirmação de uma das características organizacionais mais importantes da ESF que é a territorialização que permite presumir o diagnóstico das características sociais, epidemiológicas e demográficas, bem como impactar de modo adequado no estado da população, mediante o planejamento baseado na coleta de informações territoriais locais. Nessa perspectiva, identificar o usuário tabagista e o seu núcleo familiar oferece as condições necessárias para dar continuidade ao cuidado e acompanhá-lo valorizando sua integralidade.

A oportunidade de conhecer o núcleo familiar, por meio das VD, prática característica das ESF, trata-se de uma estratégia de aproximação entre enfermeiro e usuário, e ainda oferece os subsídios necessários para que este profissional identifique fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, inclusive de outras populações como crianças, filhas de pais fumantes, que apresentam maior risco de quadros respiratórios agudos quando estão expostas à fumaça ambiental do tabaco.

Para tanto, abordar uma doença que engloba a dependência física, psicológica e comportamental, é um constante desafio para as equipes da ESF. E a atuação do enfermeiro inserido na APS constitui importante instrumento de mudança na prática de atenção à saúde, e deve atender à nova proposta do novo modelo assistencial: a integralidade do sujeito. Sendo assim, vislumbra-se a importância desse profissional no contexto do combate ao tabagismo e no cuidado ao fumante.

Na ESF, o mesmo desempenha diferentes funções assistenciais, gerencias e de coordenação. Está inserido no cuidado voltado aos indivíduos, família e a coletividade, nas diferentes fases de vida, e entre suas responsabilidades cita-se a consulta de enfermagem e as atividades grupais. Logo, na construção desse produto, foi possível

investir no fortalecimento dessas práticas ao incluir no protocolo o dispositivo denominado Consulta Compartilhada, como estratégia de avaliação ao fumante realizado pelo enfermeiro (e/ou o profissional médico) e a coordenação dos grupos antitabagismo.

Nesse sentido, vislumbra-se a oportunidade do desenvolvimento da autonomia do enfermeiro frente a essa população, além de atuar como uma estratégia de afirmação da importância da sua presença na ESF, ao ser fundamental para sua expansão e consolidação. Além disso, na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas seu trabalho é estratégico e indispensável, logo este estudo identificou a necessidade da capacitação profissional como metodologia de atender as constantes transformações do processo dinâmico saúde, doença e cuidado.

Almeja-se que este protocolo de cessação do tabagismo contribua positivamente na redução da prevalência do uso do tabaco (principalmente a local) de modo a incentivar e motivar os usuários tabagistas a iniciarem o processo de abandono do hábito, e a adoção de práticas saudáveis que afetem na qualidade de vida desses sujeitos. Além disso, objetiva-se o fortalecimento dessa nova organização do processo de trabalho e das ações preconizadas pela PNCT, de modo a impactar na redução das doenças tabaco-relacionadas.

Por fim, espera-se que este estudo incentive a realização de novas pesquisas sobre essa temática, a fim de atender as lacunas ainda existentes, de modo que a produção do conhecimento científico contribua com a qualificação da prática profissional, e beneficie diretamente a nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).
2. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. J. bras. pneumol. [Internet]. 2010 Fev [acesso em 2019 Jul 09]; 36(1): 67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a12.pdf>
3. Malta DC, Stopal, SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Júnior JBS, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2015 Dez [acesso em 2019 Jun 13]; 18(Supl 2): 3-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>
4. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. Cad Saúde Pública. [internet]. 2015 [acesso em 2018 mai 08]; 31(6): 1283-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>
5. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Jun [acesso em 2018 Jun 05]; 29(6): 1217-1229. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 571, de 5 de Abril de 2013. Altera as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único (SUS) e dá outras providências. [portaria na internet]. Diário Oficial União 05 Abr. 2013. [acesso em 2019 Jun 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html
7. Organização Mundial De Saúde – WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Fresh and Alive. Mpower. [homepage na internet]. 2009 [acesso em 2018 Mai 09]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Doenças associadas ao tabagismo. Rio de Janeiro: Inca; 2018. [acesso em 2018 Mai 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>
9. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta C, Brito SMF, Reis AAC. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2015 Dez [acesso em 2018 Jun 06]; 18(Supl 2): 45-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/en_1980-5497-rbepid-18-s2-
10. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RMM. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Fev [acesso em 2019 Jun 02]; 19(2): 539-52. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n2/539->

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Política Nacional de Educação Permanente. Brasília; 2004. [acesso em 2017 Set 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
13. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 2018 Mai 15]; 16(Suppl1): 1029-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>
14. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm [Internet]. 2013 Set. [acesso em 2018 Mai 09]; 66 (spe): 158-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>.
15. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Rio de Janeiro. Rev. bras. educ. med [internet]. 2015 Jun [acesso em 2018 Mai 23]; 39(2): 196-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf>.
16. Bassoto TRP. Estratégia de Saúde da Família: O papel do enfermeiro como supervisor e educador do ACS. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
17. Campos PCM, Gomide M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. Rio de Janeiro. Cad. saúde colet [internet]. 2015 Dez [acesso em 2018 Jun 08]; 23 (4): 436-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-436.pdf>
18. Jesus MCP, Silva MH, Cordeiro SM, Korchmar E, Zampier VSB, Merighi MAB. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2016 [acesso em 2019 Jun 20]; 50(1): 73-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0073.pdf
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n.º 761, de 21 de Junho de 2016. Diário Oficial União 21 jun 2016. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/07/portaria761.pdf>
20. Martinez JAB, Kalil ME, Lima GCG A. O que é a síndrome de abstinência de nicotina? O que pode ser feito para aliviar os sintomas?. In: ARAÚJO, A. J. Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: GEN; 2012; Seção VII.
21. Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2004 Mai [acesso em 2019 Jul 08]; 26(Suppl1): 33-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a09v26s1.pdf>

22. Santos CFM, Bracht F, Conceição GC. Esta que “é uma das delícias, e mimos da terra...”. O uso indígena do tabaco (*N. rustica* e *N. tabacum*) nos relatos de cronistas, viajantes e filósofos naturais dos séculos (XVI e XVII). *Rev Topoi*. [internet]. 2013 Jan/Jul [acesso em 2018 Jun 20]; 26 (14): 119-131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/topoi/v14n26/1518-3319-topoi-14-26-00119.pdf>
23. Carvalho MC. O cigarro. São Paulo: Publifolha; 2001.
24. Boeira SL, Guivani JS. Indústria de tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. *Cadernos de Ciências e Tecnologia* [internet]. 2003 Jan/Abr [acesso em 2018 Jun 13]; 20 (1): 45-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v46n3/v46n3a04.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [acesso em 2018 Mai 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dia_mundial_tabaco_dia_nacional_combate_fumo_catalogo_campanhas.pdf
26. Sigaud CHS, Castanheira ABC, Costa P. Association between secondhand smoking in the home and respiratory morbidity in preschool children. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2016 Ago [acesso em 2018 Mai 16]; 50 (4): 562-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/revesc/v50n4/562-568.pdf>
27. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Depressão, ansiedade e medicação em fumantes durante o tratamento para cessação do tabagismo. *Jornal Brasil Pneumol* [internet]. 2015 [acesso em 2018 junho 17]; 41(5):433-39. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/pt_1806-3713-jbpneu-41-05-00433.pdf
28. Ventura AM, Abreu PA, Freitas RCC, Sathler PC, Loureiro N, Castro HC. Sistema colinérgico: revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo. *Rev. psiquiatr. Clín.* [internet]. 2010 [acesso em 2018 Jun 04]; 37(2): 66-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n2/a07v37n2.pdf>
29. França, SAS. et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2015 Fev [acesso em 2019 Jun 17]; 49 (10). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049004946.pdf
30. NUNES, G.F.V. A abordagem do tabagismo na equipe de saúde de Totonha Tomé Pihmi – Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
31. Cecilio LCO. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2012 Nov [acesso em 2018 Mai 25]; 17 (11): 2893-902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>
32. Chiapinotto L, Fait CS, J, MM. O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS. *Saude soc* [internet]. 2007 Abr [acesso em 2018 Jun 01]; 16 (1): 155-164. Disponível em: http://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v16n1/14.pdf
33. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EAC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*

- [internet]. 2015 Jun [acesso em 2018 Mai 15]; 25(2): 635-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>
34. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011a.
 36. World Health Organization [homepage na internet]. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization; 2011. [acesso em 2018 Jun 04]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
 37. Agência Nacional De Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de iscos e doenças na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro, 4ª ed. rev. e atual. 2014. [acesso em 2018 Jun 2018]. Disponível em http://apsredes.org/pdf/laboratorio_inovacao_2013.pdf
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer (INCA). O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória 2012. Rio de Janeiro, Inca, 2012 [acesso em 2018 Jun 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf
 39. Moreno CA. et al. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma revisão de normas e prática. Rev. bras. ciênc. saúde [internet]. 2015 [acesso em 2018 Mai 20]; 19 (3): 233-240. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/23355>
 40. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2012 Jan [acesso em 2018 Jun 18]; 17(1): 223-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>
 41. Regis CG, Batista NA. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. Rev. Bras. Enferm [internet]. 2015 Out [acesso em 2018 Jun 18]; 68 (5): 830-36. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0830.pdf>>
 42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola – PSE: instrutivo: Brasília; 2011. [acesso em 2019 Jun 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf
 43. Faria H. Processo de trabalho em saúde. 3ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG; 2017.
 44. Barros MA, Pillon SC. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2006 [acesso em 2018 Jun 15]; 8(1): 144-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm
 45. Phs Guideline Update Panel, Liaisons, And Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care [internet]. 2008 Set [acesso em 2018 Mai 20]; 53(9): 1217-222. Disponível em:

- <http://www.tobaccoprogram.org/clientuploads/documents/Consumer%20Materials/Clinicians%20Systems%20Mat/2008-Guidelines.pdf>
46. Telessaúders. Resumos clínicos tabagismo. [internet]. [acesso em 2018 Jun 10]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_tabagismo_TSRS_20160321.pdf
 47. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. O mundo da saúde [internet]. 2014 [acesso em 2018 Jun 2018]; 38(4): 473-81. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
 48. Echer IC. Fatores de Sucesso no abandono do tabagismo. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
 49. Cargnelutti T. Estratégias motivacionais e o profissional da saúde na cessação do tabagismo. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Saúde Coletiva e Família] - Universidade Estadual de Campinas; 2014.
 50. Gavazzoni JA, Marinho-Casanova ML. Avaliação do efeito de um programa de intervenção comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros. Temas psicol. [internet]. 2008 Jun [acesso em 2019 Jun 11]; 16(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2008000100007&lng=pt&nrm=iso
 51. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Sade PMC, Larocca LM. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. Rev Min Enferm. [internet] 2014 Abr/Jun [acesso em 2019 Jun 01]; 18(2): 454-62. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/939>
 52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades. [acesso em 2019 Mai 12]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>
 53. Severgnini C. 25/01/2016 Revista Cultivar. [homepage a internet] [acesso em 2018 Mai 05]. Disponível em: <https://www.grupocultivar.com.br/noticias/afubra-aponta-os-municipios-com-maior-numero-de-produtores-de-tabaco>
 54. Sales CB, Bernardes, A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional de enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. Rev. Bras. Enferm [internet]. 2018 Fev [acesso em 2019 Jun 18]; 71(1): 126-134. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0126.pdf
 55. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
 56. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010 Dec 14; 182(18): E839–E842. doi: 10.1503/cmaj.090449.
 57. Shimizu HE, JUNIOR D.C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Set [acesso em 2019 Jul 09]; 17(9): 2405-2414. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>
 58. Santana PMA, Almeida AHS, Cavalcanti BMC, Silva AC, Arcanjo CA. A importância do mapeamento no processo de territorialização. In: Anais Congresso Brasileiro Medicina da Família e Comunidade; 2013 mai 12 -168; Belém, Brasil. Disponível em: <http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1212/0>.

59. PINHEIRO, A.L.S. et al. Gestão da Saúde: o uso dos sintomas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. Texto e Contexto [internet]. 2016 [acesso em 2019 Mai 02];25 (3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3440015.pdf
60. ARRUDA, A. et al. Formação e Pesquisa em Saúde: relato de experiência na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Ed Médica. [internet]. 2012 [acesso em 2019 Mar 10]; 36(1): 102-110. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a14.pdf>
61. CAMPOS, VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. 8. Ed. Belo Horizonte: Nova Lima, 2004.
62. PAVANI, OJ; SCUCUGLIA, R. Mapeamento e gestão por processos – BPM: gestão orientada à entrega por meio dos objetos. Metodologia GAUSS. São Paulo: MBooks, 2011.
63. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 436 p. – (CONASS Documenta, 23).
64. MENDES, M.S. Demanda Espontânea x Demanda Programada na Equipe de Saúde da Família e Esperança no município de São João do Pacuí. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização Atenção Básica em Saúde da Família] - Universidade do Triângulo Mineiro; 2017.
65. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 21 set 2017 [acesso em 13 mai 2019]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>
66. Brasil. Lei n. 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1986. Diário Oficial da União 25 jun 1986 [Acesso em 12 mai 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L7498.htm>
67. PEREIRA, R.T. A; FERREIRA, V. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. Rev. Uniara [internet] 2014 Jul [acesso em 2019 Jun 11];17(1). Disponível em:<http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/10>
68. MONTENEGRO, L.C.A. Formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para sua atuação na atenção primária à saúde. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
69. CORREIA, M.C.B. Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa; 2012.
70. SANTOS, T.M. M; GODOY, I; GODOY, I. Sofrimento psicológico relacionado à cessação do tabagismo. J. Bras. Pneumol. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jun 09]; 42(1): 61-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n1/pt_1806-3713-jbpneu-42-01-00061.pdf
71. ROCHA, K. B. et al . A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. Psic., Saúde & Doenças [internet] 2017 Abr [acesso em 2019 Jun 13]; 18

- (1): 170-185. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a15.pdf>
72. BARBIANI, R; DALLA NORA, C.R; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. Rev. Latino-Am Enfermagem. [internet] 2016 [acesso em 2019 Abr 26]; 24. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf
73. CHIMBIDA, G.N; MEDEIROS, V.A. A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde de Betim. Sinapse Múltipla. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jun 01]; 5 (2): 73-86. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/view/12288/10564>
74. PIASECKI, T.M. 2006. Relapse to smoking. Clinical Psychology Review, 26(2):196-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.007>
75. Peuker AC, Bizarro L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. Contextos Clínicos. [internet] 2015 Jan/Jun [acesso em 2019 Mai 12];8(1): 87-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a10.pdf>
76. SARDINHA, A. et al . Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev. bras.ter. cogn. [internet] 2005 Jun [acesso em 2019 Jun 05]; 1(1): 83-90. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1808-56872005000100010&lang=pt>
77. MESQUITA, A.A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. Rev. Bras.ter.comp. [internet] 2013 Ago [acesso em 2019 Abr 28];15(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200004
78. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso, 2001. Rio de Janeiro: Inca; 2001. [acesso em 2019 Jun 05]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf
79. FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência e Saúde Coletiva. [internet] 2015 [acesso em 2019 Jun 18];20(6):1869-1878. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>
80. GONZÁLEZ, A.D; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Rev Saúde Coletiva. [internet] 2010 [acesso em 2019 Jun 22];20(6):1869-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>.
81. OLIVEIRA, M.P.R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev. Bras. Educ Médica. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jun 16]; 40(4): 547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>

ANEXO A – PORTARIA Nº 571, DE 05 DE ABRIL DE 2013.**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 571, DE 5 DE ABRIL DE 2013****Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição, e

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o Decreto Presidencial nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006, que promulga a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003, e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 20 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção a Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria MS nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022;

Considerando a prevalência de 14,8% de tabagismo em adultos brasileiros com mais de 18 anos, de acordo com os dados de 2011 do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel;

Considerando a prevalência de 17,2% de tabagismo em pessoas de 15 anos ou mais de idade, de acordo com os dados da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), parte integrante da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008;

Considerando as Diretrizes para Implantação do Artigo 14 da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco - medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco;

Considerando a necessidade da estimativa da programação da aquisição de medicamentos e de profissionais a serem capacitados, a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) se dará por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como primeira etapa para expansão e universalização do programa; e

Considerando que o tratamento do tabagismo apresenta bom custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas e suas intervenções preventivas, resolve:

Art. 1º Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas:

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Art. 3º A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo.

Art. 4º O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

Art. 5º Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos:

I - Terapia de Reposição de Nicotina

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg).

II - Cloridrato de Bupropiona

a) Apresentação: Comprimido (150mg).

§ 1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica.

§ 2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence.

§ 3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual.

§ 4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário.

Art. 6º A gestão municipal a fim de garantir a atenção à pessoa tabagista, deverá se cadastrar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), disponível no site www.saude.gov.br/dab, e por meio do sistema de adesão ao PMAQ, em campo específico, optará por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida.

§ 1º Cada equipe deverá preencher o formulário eletrônico específico sobre a atenção da pessoa tabagista na atenção básica, com informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o tratamento da população tabagista assistida por cada equipe.

§ 2º Os detalhes para que as equipes possam ofertar esse serviço estarão especificados no site do Departamento de Atenção Básica.

§ 3º O gestor municipal deverá atualizar os dados de todos os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo com o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 7º Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que ofertam o tratamento ao tabagista deverão informar às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a programação do quantitativo de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. A SMS deverá compilar os dados e encaminhar para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, em conjunto com a assistência farmacêutica estadual, compilará os dados de todos os Municípios e encaminhará para a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo que por sua vez encaminhará para a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema.

Art. 8º A programação para aquisição dos medicamentos deverá ser realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

§ 1º O Departamento de Atenção Básica (DAB) deverá enviar ao INCA informações que subsidiarão a programação dos medicamentos necessários ao tratamento a ser realizado nas unidades básicas de saúde.

§ 2º O INCA compilará as informações enviadas pelo DAB com as demais informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, referentes aos demais pontos de atenção que realizam o tratamento ao tabagista.

Art. 9º São responsabilidades da gestão Municipal e do Distrito Federal:

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento;

II - estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal, conforme sugeridos no Anexo;

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado;

IV - realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local;

V - estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e

VI - estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário.

Art. 10. São responsabilidades da gestão estadual e do Distrito Federal:

I - capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais;

II - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal, conforme sugerido no Anexo;

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios;

IV - realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e

V - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios.

Art. 11. São responsabilidades da gestão federal:

I - apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados;

II - elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso;

III - adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes;

IV - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e

V - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional, de acordo com a sugestão do Anexo.

Art. 12. Define as atribuições gerais dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, nos seguintes termos:

I - Atenção Básica:

a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular;

b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;

c) realizar a avaliação clínica inicial;

d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso;

e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;

f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME;

g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e

h) acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada.

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:

a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista;

b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia;

c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário;

d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e

e) realizar a contra referência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais.

III - Apoio diagnóstico e terapêutico:

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

IV - Sistema de Informação e Regulação:

a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços.

Art. 13. O Ministério da Saúde publicará documentos de apoio para o cuidado da pessoa tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogadas a Portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União - DOU, de 1º de junho de 2004, seção 1, página 24, e a Portaria nº 442/SAS/MS, de 13 agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União - DOU, de 15 de 17 de agosto de 2004, seção 1, página 62 e mantidos os procedimentos 03.01.01.009-9 02- Consulta para avaliação clínica do fumante (código de origem - 02.012.18-9) e 03.01.08.001-1 - Abordagem Cognitivo-Comportamental do Fumante por atendimento/paciente (código de origem - 19.161.01-8) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
ANEXO

Avaliação e Monitoramento

Abaixo, segue sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista. Porém, outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

1. Proporção de usuários tabagistas cadastrados: Número de usuários tabagistas \geq 18 anos cadastrados, em determinado local e período / Número estimado* de usuários tabagistas \geq 18 anos no mesmo local e período x 100

Fonte: Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

* número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual / 100.

2. Número de grupos de tratamento do tabagista realizados: Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período.

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS

3. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo: Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química* em determinado local período/ Número de usuários tabagistas no mesmo local período x 100

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

* quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).

Além dos indicadores acima descritos, que podem ser extraídos do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS, sugere-se os indicadores abaixo para acompanhamento da equipe:

4. Proporção de fumantes que deixaram de fumar: Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão x 100

5. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento: Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada - Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada x 100.

* quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Annie Jeannine Bisso Lacchini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94781018.9.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.977.362

Apresentação do Projeto:

O tabagismo representa um grave problema para os sistemas mundiais de saúde pública, pois é classificado tanto como fator de risco para as principais doenças crônicas não-transmissíveis quanto transtorno mental e comportamental devido ao consumo da nicotina. No Brasil, a referência técnica para as ações de prevenção e tratamento é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer.

A população do estudo será composta pela equipe de profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento a estes sujeitos, gestão do serviço e usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Implementar um protocolo de atendimento para os usuários tabagistas, da área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nessa pesquisa pode causar algum tipo de desconforto emocional, ao refletir sobre a temática, o processo de trabalho ou então alguma experiência de vida. Em caso de desconforto o respondente poderá interromper a participação e optar por retornar em outro momento ou não.

Benefícios:

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, a oportunidade de organização e

Endereço: Rua Sarmiento Lette, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.977.362

qualificação da assistência ao usuário tabagista, de modo a contribuir com o fortalecimento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para a adaptação e validação do protocolo clínico para cessação do tabagismo será utilizado o método ADAPTE, que é um conjunto de ferramentas para a adaptação de diretrizes clínicas e protocolos que visa atender às necessidades de diferentes grupos de usuários como: profissionais de saúde, gestores, desenvolvedores de diretrizes, dentre outros.

Caracteriza-se por ser um processo flexível dividido em 3 fases: configuração, adaptação e finalização.

Cada fase compreende um conjunto de módulos e cada módulo inclui diversas etapas, produtos e resultados, requisitos organizacionais, habilidades e ferramentas.

A avaliação será multidimensional ao avaliar os critérios de qualidade, conteúdo e aplicabilidade. O primeiro será mensurado por meio da aplicação do instrumento AGREE II. Para a avaliação da situação, conteúdo, e aplicabilidade, serão construídos painéis para facilitar o andamento do processo e garantir a clareza das decisões. Os painéis incluirão: escores brutos do AGREE II, principais recomendações e alguns questionamentos relacionados à aplicabilidade, quais sejam. A partir da organização dos resultados do módulo de avaliação, reunidos e redigidos pela pesquisadora, e disponibilizado para cada membro do comitê de organização, a próxima etapa será o módulo de decisão e seleção dos tópicos a serem adaptados. Para esta fase, o comitê decidirá pautado nos seguintes conceitos:

rejeitar toda a diretriz, aceitar toda a diretriz, aceitar em parte as recomendações, modificar as recomendações específicas. Ao final desta etapa, será elaborado um rascunho do documento da diretriz adaptada, contendo todas as decisões do comitê e então na sequência, no módulo de customização será elaborada uma versão preliminar da diretriz adaptada pela coordenadora do comitê.

São previstos 10 participantes: 6 no comitê de organização e 4 avaliadores externos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi apresentada e está adequada.

O termo de compromisso de entrega de relatório final foi apresentado.

O TCLE para o comitê de organização e o TCLE para Avaliadores foram ajustados conforme solicitado.

O termo de anuência da secretaria municipal da saúde de Paraíso do Sul foi apresentado.

Endereço: Rua Sarmiento Lette, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.977.362

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi aprovado.

Solicitamos a exclusão do termo "Apêndice" do cabeçalho dos TCLE, após isto, ambos os TCLE devem ser impressos e levados à secretaria do CEP/UFCSPA para assinatura pela presidente do CEP. Só então estarão aptos a serem utilizados na pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1184737.pdf	23/09/2018 23:21:48		Aceito
Outros	ANUENCIA.jpg	23/09/2018 23:21:29	Annie Jeannine Bisso Lacchini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEII.docx	23/09/2018 23:20:20	Annie Jeannine Bisso Lacchini	Aceito
Outros	terimpem.pdf	30/07/2018 08:32:07	Annie Jeannine Bisso Lacchini	Aceito
Folha de Rosto	folharostoinplementacao.pdf	30/07/2018 08:31:06	Annie Jeannine Bisso Lacchini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	26/07/2018 10:08:28	Annie Jeannine Bisso Lacchini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Outubro de 2018

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
 Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ESF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO



Eu Juliana Cides, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde, do Município de Paraíso do Sul, declaro que fui informada sobre a proposta e o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão "Implementação de um protocolo clínico para a cessação do tabagismo em uma Estratégia Saúde da Família", do Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), que foi conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Além disso, participei enquanto membro do **Comitê de Revisão Externa**, deste protocolo que tem entre seus objetivos (re) organizar o processo de trabalho, qualificar a assistência destinada ao usuário tabagista em processo de cessação, bem como engloba ações de promoção de saúde e prevenção de agravos ao considerar medidas preventivas acerca da iniciação do hábito.

Sendo assim, declaro estar ciente sobre a responsabilidade e o papel deste serviço enquanto Atenção Básica de Saúde (AB) e Estratégia Saúde da Família, ao desempenhar papel fundamental no desenvolvimento de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na vida dos usuários que residem dentro do território de saúde, sob nossa responsabilidade.

Logo, ao considerar todas estas questões, autorizo a implementação deste protocolo de cessação do tabagismo nesta ESF, adaptado e conduzido pelas pesquisadoras abaixo relacionadas, como ferramenta e metodologia de melhoria dos serviços ofertados a estes sujeitos.


Juliana Cides
Secretária Municipal de Saúde
Saúde de Paraíso do Sul.

Juliana Cides
Secretaria Municipal de Saúde
Paraíso do Sul - RS

Lista nominal de pesquisadores:

- 1) Annie Jeannine Bisso Lacchini.
- 2) Karin Viégas
- 3) Rosanna da Silva Nogueira.

Paraíso do Sul, 08 de Junho de 2019.

ANEXO D – FORMULÁRIO DE CADASTRO PARA TABAGISTA EM TRATAMENTO DE CESSAÇÃO

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I- Identificação do Paciente

Nome: _____

Nº do prontuário: _____ Sexo: Masculino Feminino

II- História Patológica Pregressa

1. Você tem ou teve hipertensão arterial, lesões cardíacas, alto sangramento na boca?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

2. Você tem diabetes mellitus?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

3. Você tem hipertensão arterial?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?

Sim Não Se sim, qual? _____ Está em tratamento? Sim Não

5. Você tem ou teve hipertensão arterial, está, dar no estômago ou úlcera ou gastrite?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?

Sim Não Se sim, qual? _____ Está em tratamento? Sim Não

7. Você tem alergias respiratórias?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

8. Você tem alergias cutâneas?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?

Sim Não Onde? _____ Está em tratamento? Sim Não

10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril ou epilepsia?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

11. Você tem alteração nervosa ou bulimia?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

12. Você costuma ter crises de depressão ou ansiedade?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

13. Você fez ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

Como sente momento esse para as duas questões anteriores (C9 e 13). Basear as respostas entre depressão

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?

Nunca Todos os dias Freqüente de semana Raramente

15. Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual?

R: _____

16. Alguns medicamentos em uso atual?

Sim Não Qual? _____

17. Tem alguma doença renal?

Sim Não

De qual mão costuma?

18. São gírias?

Sim Não Quantas vezes? _____

19. São amarelos?

Sim Não

20. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para diminuir ou se abster?

Sim Não Se sim, qual? _____

b. No último mês você sente:

b.1 Tédio Perda de interesse e prazer Energia reduzida ou grande cansaço

b.2 Concentração e atenção reduzidas Auto-estima e auto-confiança reduzida

Sentimento de culpa e inutilidade Passividade ou desleixado

Ideias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio Sono alterado

Apetite diminuído Inquietude

c. Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Sim Não Qual? _____ Qual tipo? _____

d. O paciente apresenta durante a consulta:

Agitação Pensamento e idéias irracionais ou solitárias

Falta de concentração Nenhuma alteração

Para avaliação de grau de dependência, quanto considerar as respostas anteriores nas itens 3.1 e 3.2 das perguntas acima

Dependência leve - Dots itens 3.1 e 3.2 itens 3.3.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia a dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Dependência moderada - Dots itens 3.1 e 3.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborais ou domésticas.

Dependência grave - Critério de dependência moderada, mais agitação ou agitação considerável. Perda de auto-estima, sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um parâmetro.

a. Alguns vez você sente que deveria diminuir a quantidade de bebidas ou parar de beber?

Sim Não

b. As pessoas o abordam porque criticam o seu modo de beber?

Sim Não

c. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Sim Não

4. Você costuma beber pela vontade para diminuir o nervosismo ou a ansiedade?

Sim Não

Térm e outro espelho positivo no CDSF costuma ser utilizado importante para a abstinência

III- História Tabagística

1. Com quantos anos você começou a fumar?

R: _____ Anos

2. Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia (pode marcar várias)?

Ao falar no telefone Após refeições Com bebidas alcoólicas

Com café No trabalho Alegria Amizade

Tédio Rituais Nenhum

Outras _____

3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

	Sim	Não	Às vezes
- Fumar é um grande prazer			
- Fumar é muito saboroso			
- O cigarro te acalma			
- Acha chamego fumar			
- Você fuma porque acha que fumar engrasca			
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos			

4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?

De 1 a 3 vezes De 4 a 6 vezes Mais de 6 vezes

Tentou mas não conseguiu parar (pagar para pergunta 3)

Nunca tentou (pagar para pergunta 3)

5. Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?

1 vez 2 vezes 3 vezes + de 3 vezes

6. Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

R: _____

7. Alguns vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

Nenhum Medicamento. Qual? _____

Apoio de profissional de saúde Luta de orientações em tabuletas, revistas, jornais entre outros

Outros _____

APÊNDICE A – CARTA CONVITE

O tabagismo é parte do grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa: a nicotina. Configura a maior causa isolada e evitável de adoecimento e morte prematura no mundo (INCA 2013). Além disso, a Organização Mundial de Saúde afirma que o tabagismo é responsável por 63% das doenças crônicas não transmissíveis: pulmonares, cardiovasculares e neoplasias.

Nesse contexto, sabe-se que abandonar o hábito de fumar é um desafio e que as equipes de saúde devem estar preparadas para apoiarem os usuários que desejam cessar o vício. Além disso, as taxas de abandono durante o tratamento de cessação ainda são elevadas, fator que dificulta a redução da prevalência na população.

Assim, no intuito de qualificar a assistência em saúde existem os protocolos e as diretrizes clínicas que são recomendações gerais, elaboradas sistematicamente para auxiliarem as equipes de saúde e o paciente acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em determinadas circunstâncias. Desempenham um papel fundamental na formação de políticas em saúde, ao englobar tópicos de promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento de doenças.

Sendo assim, em relação ao tabagismo e ao tratamento para a cessação, o Ministério da Saúde também disponibiliza de protocolos clínicos gerais para reduzir sua prevalência. No entanto, também é possível adaptá-los, para que esses consigam absorver as características locais, de cada serviço e de sua respectiva população, tornando o cuidado mais equitativo, íntegro e humanizado.

Por isso, é com extrema satisfação que venho por meio deste convidar-lhe, enquanto profissional, atuante na Secretaria Municipal de Saúde, neste município de Paraíso do Sul, para que participe voluntariamente do projeto denominado: **Implementação de protocolo clínico para cessação do tabagismo em uma Estratégia Saúde da Família**, que tem como objetivo geral adaptar o protocolo vigente, com o propósito de qualificar a prática profissional e fortalecer a longitudinalidade do cuidado, bem como promover ações que estimulem o abandono do hábito de fumar e previnam a iniciação do mesmo.

O projeto é uma proposta vinculada ao Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), que será desenvolvido por mim, enquanto pesquisadora, sob a orientação da professora Dra. Annie

Jeanninne Bisso Lacchini e a professora Dra. Karin Viégas. Sua participação é de extrema importância para o andamento desta proposta.

Rosanna da Silva Nogueira
Enfermeira Coordenadora da ESF do município de Paraíso do Sul
Mestranda do Mestrado Profissional da UFCSPA.

Paraíso do Sul, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES.

Eu _____
(nome completo), vinculado (a) à Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso do Sul, sob o cargo _____ de _____ (função), desde _____ (mês e ano), **ACEITO** participar deste estudo denominado : **Implementação de protocolo clínico para cessação do tabagismo em um Estratégia Saúde da Família (ESF)** , de **MANEIRA VOLUNTÁRIA**, proposto pela pesquisadora/enfermeira Rosanna da Silva Nogueira, coordenadora da ESF, mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), como membro do comitê de organização para a adaptação do protocolo vigente, do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Declaro que recebi informações suficientes sobre o objetivo do respectivo estudo, e comprometo-me em participar das etapas necessárias enquanto membro da comissão de organização.

Informo não ter envolvimento no desenvolvimento ou endosso da diretriz atual, bem como não ser funcionário de qualquer desenvolvedor ou entidade que mantenha interesse comercial com está diretriz clínica. Alego também não possuir interesse de propriedade e não estar recebendo qualquer valor para participar deste processo de adaptação. Logo, não possuo conflitos de interesses que impossibilite a minha participação.

Assinatura

Paraíso do Sul, _____ de _____ de 2018.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Implementação de um protocolo clínico para a cessação do tabagismo em uma estratégia saúde da família.

Pesquisador(es) responsáveis: Prof^a Dra Annie Jeanninne Bisso Lacchini, Prof^a Dra Karin Viegas, Mestranda em Enfermagem Rosanna da Silva Nogueira

Instituição Departamento: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/ Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3262- 1033

Local da coleta de dados: Estratégia Saúde da Família, do município de Paraíso do Sul.
Prezado (a) Senhor (a):

- Você está convidado (a) compor o comitê de organização de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar deste estudo, é de extrema importância que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores estarão disponíveis para responder todas as dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Implementar um protocolo de atendimento para os usuários tabagistas, da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

Procedimentos: Sua participação, nesta pesquisa, consistirána participação de encontros presenciais e/ou à distância, para a adaptação de um protocolo clínico destinado aos usuários tabagistas.

Benefícios: Está pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, a oportunidade de organização e qualificação da assistência ao usuário tabagista, de modo a contribuir com o fortalecimento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Riscos: A participação nessa pesquisa pode causar algum tipo de desconforto emocional, ao refletir sobre a temática, o processo de trabalho ou então alguma experiência de vida.

Em caso de desconforto o respondente poderá interromper a participação e optar por retornar em outro momento ou não.

Sigilo: As informações fornecidas durante a participação terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

Os dados serão armazenados pela coordenadora da pesquisa por um período de cinco anos, na sala 401 A, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Estando ciente e de acordo com o que foi exposto e explicado, eu _____, concordo em participar desta pesquisa, assinando este termo de consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nº da identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Paraíso do Sul, __ de _____ 2018

Enfermeira Mestranda Rosanna da Silva Nogueira

Telefone: (55)3262-1033

Pesquisadora Responsável Prof. Dra. Annie Jeanninne BissoLacchini

Telefone: (51) 3303-8858

APÊNDICE D- TERMO DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO

Município de Paraíso do Sul – RS

Termo de Anuência.

Eu Jaqueline Daiane Milbradt Kunde abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde, do Município de Paraíso do Sul, autorizo a realização do Trabalho de Conclusão "Implementação de um protocolo clínico para a cessação do tabagismo em uma Estratégia Saúde da Família", do Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas com a instituição a qual represento e recebi um resumo referente a presente pesquisa.

Declaro ainda estar ciente da responsabilidade das pesquisadoras em relação à entrega do parecer ético, que será emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, para este serviço. Afirmo também o compromisso de conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Paraíso do Sul, 18 de Setembro de 2018

Jaqueline D. M. Kunde
Secretária Municipal de Saúde
Paraíso do Sul - RS

Secretária Municipal de Saúde de Paraíso do Sul.

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO (AGREE II) PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA Nº 571

(continua)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL

Instrumento para avaliação da Portaria nº571, de 05 de Abril de 2013, por meio da aplicação do AGREE II.

Comitê de Organização (CO) para a Implementação de um Protocolo de Cessação do Tabagismo em uma Estratégia Saúde da Família.

Nome: _____

Função: _____

Orientações: No intuito de garantir a qualidade da avaliação, orienta-se que primeiramente você **leia atentamente** a referida Portaria nº 571 e após realize a avaliação, conforme preconiza o AGREE II. Qualquer dúvida durante o processo avaliativo poderá ser sanada diretamente com a pesquisadora, conforme prévio contato (55) 96438385.

Domínio I: ESCOPO E FINALIDADE.

Trata do impacto da diretriz na saúde da sociedade, os objetivos e as populações alvo.

- 1) O(s) objetivo(s) geral (is) da(s) diretriz (es) encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

*Circule o valor que corresponde à pontuação de acordo com sua avaliação.

- 2) A(s) questão (ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

*Circule o valor que corresponde à pontuação de acordo com sua avaliação.

- 3) A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

(continuação)

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o valor que corresponde à pontuação de acordo com sua avaliação.

Como avaliar: * A diretriz inclui o propósito quanto à saúde (prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, intervenções), benefício esperado, comparações, desfechos e o público alvo.

Comentários _____

Domínio II: ENVOLVIMENTO DAS PARTES.

Trata-se da medida em que a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas de modo adequado e representa a visão dos usuários pretendidos.

- 4) A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

Como avaliar: Existe o nome, especialidade, expertise, instituição de origem, localização geográfica e descrição de cada membro envolvido na diretriz?

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o valor que corresponde à pontuação de acordo com sua avaliação.

- 5) Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população alvo?

Como avaliar: Na diretriz diz quais tipos de estratégia foram usadas para chegar às opiniões e às preferências do público alvo?

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o valor que corresponde à pontuação de acordo com sua avaliação.

- 6) Os usuários da diretriz estão claramente definidos?

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o valor que corresponde à pontuação de acordo com sua avaliação.

Como avaliar: Há clara descrição do público pretendido pela diretriz, bem como a mesma pode ser utilizada por seu público alvo?

Domínio III: RIGOR DO DESENVOLVIMENTO.

Trata-se do respeito ao processo utilizado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva utilização destas.

- 7) Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

(continuação)

Como avaliar: foram oferecidos detalhes das estratégias de busca, nome das bases de dados e os termos de pesquisa utilizados.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

8) Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.

Como avaliar: Os critérios de inclusão e exclusão foram bem explicados (Ex: características consideradas da população, delineamento).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

9) Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.

Como avaliar: Declarações que identifiquem esses pontos e limitações, e a maneira de como foi interpretada, bem como aplicabilidade no contexto clínico e benefício X riscos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

10) Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

Como avaliar: Há a descrição dos passos utilizados para chegar às recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

(continuação)

11) Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações .

Como avaliar: Dados de apoio que relatem os benefícios da diretriz, danos, riscos e/ou efeitos colaterais; Relato sobre o “balanço” entre riscos e benefícios;

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

12) Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

Como avaliar: Na diretriz, está descrito como a equipe que a desenvolveu associou as evidências para formular as recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

13) A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

Como avaliar: Descrição da finalidade e da intenção da revisão externa (Ex: melhorar a qualidade, receber um feedback); Metodologia utilizada para realizar a revisão externa e descrição dos revisores e desfechos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

14) O procedimento para a atualização da diretriz está disponível.

Como avaliar: As diretrizes precisam refletir as pesquisas recentes, logo o conteúdo do item deve incluir a declaração de que a diretriz será atualizada, o intervalo de tempo ou os critérios que orientem as decisões de quando serão feitas as atualizações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

(continuação)

Comentário: _____

DOMÍNIO IV: CLAREZA DA APRESENTAÇÃO.

Trata-se da linguagem, estrutura e formato da diretriz.

15) As recomendações são específicas e sem ambigüidade.

Como avaliar: Declaração da ação recomendada com o seu objetivo e finalidade; Identificação da população.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

16) As diferentes opções de abordagem da condição ou problemas de saúde estão claramente apresentadas.

Como avaliar: Descrição das opções e das situações clínicas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

17) As recomendações-chaves são facilmente identificadas.

Como avaliar: A descrição das recomendações principais está apresentada em quadros sintéticos, destacados em negrito ou sublinhados; Recomendações específicas estão agrupadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

DOMÍNIO V – APLICABILIDADE.

18) A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.

(continuação)

Como avaliar: Identificação e descrição dos tipos de facilitadores e barreiras; Métodos que nortearam a pesquisa das informações relacionadas aos facilitadores e barreiras; Descrições de como essas informações influenciaram no processo de desenvolvimento da diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

19) A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramenta sobre as recomendações podem ser colocadas em prática.

Como avaliar: Há na diretriz uma seção específica que descreva sua implementação, resumo da diretriz; Links para manuais com passo-a-passo, desfecho de testes pilotos, pesquisas anteriores com a utilização das recomendações; Instruções aos usuários de como acessar essas ferramentas e recursos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

20) Foram considerados as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

Como avaliar: Identificação dos tipos de informação sobre os custos que foram considerados; Métodos que nortearam a pesquisa sobre os custos; Descrições de como as informações obtidas foram utilizadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

21) A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

***Como classificar:** Há identificação dos critérios para avaliar a implementação da diretriz ou aderência às recomendações; Critérios para avaliar o impacto da implementação das recomendações; Aconselhamento quanto à frequência e intervalo de medição; Descrição ou definições operacionais sobre como os critérios devem ser medidos.

(conclusão)

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

DOMÍNIO VI – INDEPENDÊNCIA EDITORIAL.

22) O parecer do órgão financiado não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

Como avaliar: O nome do órgão financiador ou fonte de financiamento (ou declaração de não financiamento); Declaração de que o órgão financiador não influenciou no conteúdo da diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

23) Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

Descrição dos tipos de conflitos de interesse considerados e os métodos pelos quais os interesses foram identificados; Descrição dos mesmos e como esses influenciaram no processo de desenvolvimento da diretriz e na formulação das recomendações diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Circule o número da escala acima, conforme sua avaliação.

Comentário: _____

Fonte: Adaptado de Brasil (2019).

APÊNDICE F - PLANO DE TRABALHO – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DO COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO

Mês -	Atividades
Novembro/2018 – Encontro Presencial ESF.	1º Encontro - Estabelecimento do Comitê de Organização; Capacitação dos membros, quanto ao método ADAPTE, apresentação do objetivo e da justificativa do estudo. *Módulo filtro e pesquisa. *Módulo escopo e finalidade.
Fevereiro /2019 – Encontro Presencial	2º Encontro do CO – Capacitação e entrega do instrumento para a aplicação do método AGREE II (APÊNDICE E, a fim de avaliar a qualidade da Portaria nº571, de 05 de Abril de 2015). *Módulo avaliação.
Março /2019 – Atividade à distância	Entrega do instrumento avaliativo do AGREE II, por cada membro do CO, à pesquisadora. Elaboração dos resultados, em forma de painel, das avaliações realizadas. *Módulo avaliação
Abril /2019 – Encontro Presencial	3º Encontro- Apresentação dos resultados agrupados do critério qualidade, pela pesquisadora ao CO. Entrega do segundo instrumento avaliativo ao CO para a análise dos requisitos: conteúdo e aplicabilidade (APÊNDICE G). *Módulo avaliação.
Abril /2019 – Atividade à distância	Elaboração do documento explicativo, realizado pela pesquisadora, com base nas avaliações dos critérios conteúdo e aplicabilidade, conforme aplicação do instrumento de elaboração própria. *Módulo avaliação
Maio/2019 – Encontro presencial	O CO em posse de todo o processo avaliativo realizado até o momento, discute e decide: aceitar em parte as recomendações e seleciona os tópicos a serem adaptados. *Módulo decisão.
Junho/2019 – Atividade à distância	Elaboração, pela pesquisadora, enquanto coordenadora do processo de adaptação da Portaria nº571, da versão preliminar (adaptada) do protocolo de implementação

	<p>da cessação do tabagismo, no contexto da ESF. Envio de uma cópia para todos os membros do CO via e-mail.</p> <p>*Módulo decisão.</p>
Junho /2019 – Atividade presencial	<p>Estabelecimento do Comitê de Revisão Externa.</p> <p>Conclusão dos Módulos:</p> <p>*Módulo de Revisão Externa e Reconhecimento</p> <p>*Módulo de Planejamento de Acompanhamento</p>
Junho /2019 – Atividade presencial	<p>5º Encontro – O CO reúne-se para o recebimento do feedback realizado pelo Comitê de Revisão Externa, aprova e finaliza o processo de adaptação.</p> <p>*Módulo de Produção Final – Protocolo Impresso e entregue para a Gestão do Serviço (PRODUTO).</p>

*Fonte de financiamento : Própria.

APÊNDICE G – SEGUNDO INSTRUMENTO AVALIATIVO – MÓDULO DECISÃO.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL

COMITÊ DE ORGANIZAÇÃO. (IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA)

Caro Membro do Comitê de Organização, você já realizou a avaliação da qualidade da Portaria nº 571, de 05 de Abril de 2013, sobre a cessação do tabagismo, no âmbito do SUS.

Para o **módulo de avaliação**, cada membro deste comitê aplicou o instrumento AGREE II, de modo individual, e após a relatora e pesquisadora agrupou os resultados, conforme apresentados na tabela a seguir, para o conhecimento deste grupo:

Tabela 1 – Resultados da avaliação da Portaria nº517, 05 de Abril, de 2013, conforme AGREE II, Paraíso do Sul, RS, 2019.

Domínio	Resultado
Escopo e finalidade	83%
Envolvimento das partes	46%
Rigor do desenvolvimento	44%
Clareza da apresentação	59%
Aplicabilidade	36%
Independência Editorial	42%

Para a segunda parte deste módulo, que corresponde aos critérios de situação, conteúdo e aplicabilidade, responda aos seguintes questionamentos, com base na Portaria nº571:

- 1) A população descrita para a elegibilidade desta diretriz está de acordo com as recomendações abordadas pela mesma? _____

- 2) As intervenções preconizadas para a população alvo atende a opinião e as preferências dos pacientes no contexto do seu uso?
_____.
- 3) As intervenções são ou estão disponíveis dentro do contexto de uso? _____.
- 4) Na diretriz, é possível identificar que houve conhecimento e habilidades suficientes para o contexto em que ela é indicada? _____.
- 5) Ao considerar desde o âmbito nacional até o local, acerca da aplicabilidade das recomendações desta diretriz, a seu ver existem restrições, barreiras organizacionais, legislações, políticas e/ou recursos no ambiente de uso da saúde que impediriam a implementação da recomendação?
_____.
- 6) Ao considerar sua vivência profissional, as recomendações são compatíveis com a cultura e os valores locais? _____.
- 7) Os benefícios decorrentes da implementação e do fortalecimento da diretriz que aborda a cessação do tabagismo a tornam vantajosa? Justifique. _____.

Sendo assim, a partir desses resultados, nesse encontro também correspondente ao **módulo de decisão**, o CO decide:

- Rejeitar toda a diretriz.
 Aceitar toda a diretriz.
 Aceitar em parte as recomendações.
 Modificar as recomendações específicas.

Membro do CO/Função: _____