

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Leonardo Henriques Portes

**Ações voltadas para o tabagismo: análise de implementação e perfil das
internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-
relacionadas no município de Juiz de Fora/MG**

Juiz de Fora
2012

Leonardo Henriques Portes

Ações voltadas para o tabagismo: Análise de implementação e perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas no município de Juiz de Fora/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Juiz de Fora

2012

Portes, Leonardo Henriques.

Ações voltadas para o tabagismo: análise de implementação e perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas no município de Juiz de Fora- MG / Leonardo Henriques Portes. – 2012.
161 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

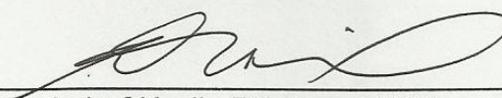
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 4. Tabagismo. I. Título.

LEONARDO HENRIQUES PORTES

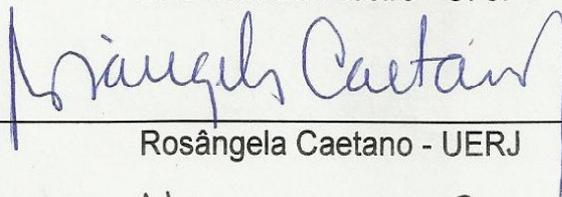
“Ações Voltadas para o Tabagismo: análise de implementação e perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas no município de Juiz de Fora/MG”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

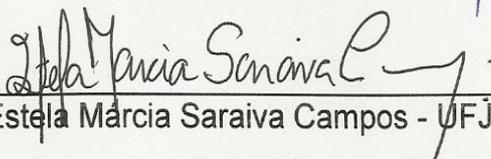
Aprovado em 27/02/2012



Luiz Cláudio Ribeiro - UFJF



Rosângela Caetano - UERJ



Estela Márcia Saraiva Campos - UFJF

À minha esposa, Aline, com quem, oficialmente, acabo de firmar um compromisso
de amor para toda a vida

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a oportunidade de usufruir e concluir este trabalho.

Ao meu orientador prof. Luiz Cláudio, que me acolheu em um momento de incertezas e soube, de forma precisa, cumprir o seu papel de me fazer refletir para buscar as respostas das dúvidas que surgiram nesta longa jornada.

Às professoras Estela, Jane e Rosângela, pelas essenciais contribuições na configuração deste trabalho.

A todos os professores que ministraram as diversas disciplinas as quais tive o prazer de participar ao longo do mestrado.

Aos meus colegas de turma, com os quais tive a oportunidade de discutir diferentes temas sob uma perspectiva multiprofissional.

A todos os funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que de forma competente, estiveram sempre dispostos a atender minhas solicitações e esclarecimentos.

RESUMO

O tabagismo é uma doença epidêmica causada pela dependência da nicotina e acomete quase todos os órgãos do corpo, causando doenças e prejudicando a saúde dos fumantes em geral. Em virtude do impacto negativo do tabagismo na saúde da população mundial, diversas políticas abordam o combate ao tabagismo, com destaque para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que desde 1989 desenvolve ações com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Se as ações das diferentes políticas que visam o controle do tabagismo forem realizadas de maneira eficaz e eficiente, espera-se reduzir a morbimortalidade devido às doenças relacionadas ao tabaco. O CDC (Centers for disease Control and Prevention), centro de saúde norte-americano de controle e prevenção de doenças, considera 23 categorias de doenças tabaco-relacionadas, estando organizadas em quatro grupos: neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e condições perinatais. Dentre todas as doenças tabaco-relacionadas, uma parcela refere-se às condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAA), as quais representam os agravos à saúde para os quais uma efetiva ação na atenção primária à saúde (APS) diminuiria o risco de hospitalizações. Considerando a importância da realização de pesquisas que relacionem o tabagismo com as ICSAA e que são necessários mais estudos que relacionem as ICSAA com a efetividade dos serviços na APS, esta pesquisa teve a intenção de analisar a situação das políticas voltadas para controle do tabagismo no município de Juiz de Fora/MG através da verificação das ações do PNCT desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da zona urbana do município e do estabelecimento do perfil das ICSAA tabaco-relacionadas no ano de 2008, a fim de servir como uma linha de base para futuros estudos. Para tal, foram entrevistados o coordenador municipal do PNCT e profissionais das 44 UAPS da zona urbana do município acerca das ações de controle do tabagismo desenvolvidas. Além disso, foi feita a descrição estatística das ICSAA tabaco-relacionadas a partir de uma base de dados secundários com informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), referentes ao ano de 2008. Os seguintes aspectos foram considerados na análise das ICSAA tabaco-relacionadas: sexo, idade, grupos de doenças estabelecidas pelo CDC, regiões administrativas de Juiz de Fora, tipo de modelo assistencial adotado pelas unidades e UAPS. Pôde-se observar que há no município ações de promoção da saúde e de tratamento do tabagismo, tendo destaque a capacitação de profissionais para a implementação do tratamento nas UAPS. 40,9% dos entrevistados relataram que, nas UAPS onde atuam, o tratamento para o fumante é ofertado e 88,6% que o tema tabagismo é abordado em salas de espera, grupos e consultas individuais. As ICSAA representaram 17,7% do total de hospitalizações no município, sendo que 43,7% das ICSAA são condições tabaco-relacionadas. Deste grupo, 56,3% corresponderam ao sexo masculino e 23,7% à região leste de Juiz de Fora. Diante disso, o município apresenta o desafio do fortalecimento do controle do tabagismo de forma intersetorial e na atenção primária, podendo este trabalho servir como uma linha de base para futuras avaliações e acompanhamento da evolução da implementação e execução das ações de controle do tabagismo em nível local. A discussão e resultados obtidos poderão servir como instrumento de sensibilização da secretaria municipal de saúde e, assim, como ferramentas de apoio para a formulação de ações estratégicas de saúde para o controle do tabagismo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is an epidemic disease caused by nicotine addiction and affects almost every organ of the body, causing disease and impairing the health of smokers in general. Because of the negative impact of smoking on health of the world population, several policies addressing tobacco control, especially the National Program of Tobacco Control (NPTC), which since 1989 carries out actions aimed at reducing the prevalence of smokers and consequent morbidity and mortality from tobacco-related diseases. If the actions of the different policies for tobacco control are carried out effectively and efficiently, is expected to reduce morbidity and mortality due to tobacco-related diseases. The CDC (Centers for Disease Control and Prevention), the center of American health control and disease prevention, considers 23 categories of tobacco-related diseases organized into four groups: cancer, cardiovascular diseases, respiratory diseases and perinatal conditions. Among all tobacco-related diseases, a portion refers to ambulatory care sensitive conditions (ACSC), which represent the health problems for which an effective action in the primary health care (PHC) would reduce the risk of hospitalization. Considering the importance of conducting research that relate smoking with ACSC and that more research is needed relating the ACSC to the effectiveness of PHC services, this study intended to analyze the status of policies for tobacco control in Juiz de Fora/MG city by checking the actions of NPTC developed in primary health care units of the urban area and the establishment of the profile of tobacco-related ACSC in 2008 to serve as a baseline for future studies. Thus, respondent was the coordinator of NPTC and local professionals from 44 primary health care units of the urban area about the actions of tobacco control developed. In addition, was made a statistical description of the ACSC tobacco-related from a secondary database with information from the hospital information system for the year 2008. The following aspects were considered in the analysis of tobacco-related ICSC: sex, age, disease groups established by the CDC, administrative regions of Juiz de Fora, type of care model adopted by the units and primary health care units. It was noted municipality's actions on health promotion and smoking cessation, with a focus on training of professionals for the implementation of treatment in primary health care units. 40.9% of respondents reported that their primary health care units offer treatment for smokers and 88.6% that the smoking issue is approached in waiting rooms, groups and individual consultations. The ACSC accounted for 17.7% of all hospitalizations, with 43.7% of ICSC are tobacco related. Of this group, 56.3% were male and 23.7% for the eastern region of Juiz de Fora city. Thus, the city has the challenge of strengthening tobacco control with intersectoral and primary care approaches. This work may serve as a baseline for future evaluations and monitoring of the implementation progress and enforcement of local tobacco control activities. The discussion and results can serve as a tool for raising awareness of the municipal health secretary and thus as support tools for the formulation of strategic actions of health for tobacco control.

Keywords: Hospitalization, National Program of Tobacco Control, Primary Health Care, Smoking.

1	APRESENTAÇÃO	10
1.1	INTRODUÇÃO.....	10
1.2	INTERESSE PELO TEMA.....	11
2	JUSTIFICATIVA	13
2.1	PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE NO BRASIL E NO MUNDO.....	13
2.2	POLÍTICAS DE SAÚDE E TABAGISMO.....	19
2.2.1	Políticas da Atenção Primária à Saúde (APS) e Tabagismo.....	25
2.3	DOENÇAS TABACO-RELACIONADAS.....	31
2.4	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL (ICSAA).....	37
3	OBJETIVOS	42
3.1	OBJETIVO GERAL.....	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4	MÉTODOS	43
4.1	APRESENTAÇÃO DO CENÁRIO	43
4.2	AÇÕES E DIRETRIZES DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT) DESENVOLVIDAS EM JUIZ DE FORA/MG.....	45
4.3	PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL TABACO-RELACIONADAS.....	47
4.4	QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS.....	50
5	RESULTADOS	51
5.1	ENTREVISTA COM O COORDENADOR MUNICIPAL DO PNCT.....	52
5.1.1	Início das ações no município.....	52
5.1.2	Implementação das ações de controle do tabagismo no município.....	52
5.1.3	Pontos fracos na implementação das ações.....	56
5.1.4	Pontos fortes na implementação das ações.....	58
5.1.5	Articulação com as outras esferas de governo.....	58
5.2	ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	60
5.2.1	Apresentação das UAPS e dos entrevistados.....	60
5.2.2	Credenciamento das unidades.....	60
5.2.3	Atendimento ao fumante.....	62
5.2.4	Registro do atendimento dos usuários.....	65
5.2.5	Avaliação das ações de tratamento do tabagismo.....	66
5.2.6	Outras ações relacionadas ao controle do tabagismo.....	66
5.3	PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL (ICSAA) TABACO-RELACIONADAS.....	70
6	DISCUSSÃO	79
6.1	REFLEXÕES SOBRE O CONTROLE DO TABAGISMO SEGUNDO A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO PNCT.....	79
6.2	INTERFACES ENTRE AS PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, COORDENAÇÃO MUNICIPAL E DIRETRIZES NACIONAIS DO PNCT.....	91
6.2.1	Capacitação dos profissionais.....	91
6.2.2	O tabagismo entre os profissionais de saúde.....	92
6.2.3	Estrutura das unidades.....	93
6.2.4	Cadastramento dos usuários nas unidades.....	94
6.2.5	Consulta inicial e material de apoio para as sessões de abordagem cognitivo-comportamental.....	96
6.2.6	Frequência dos atendimentos em grupo.....	97
6.2.7	Atendimentos individuais.....	98
6.2.8	Apoio medicamentoso.....	99
6.2.9	Registro do atendimento ao fumante	102

6.2.10	Relatório sobre abordagem e tratamento do tabagismo.....	102
6.2.11	Outras ações de controle do tabagismo.....	104
6.3	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL TABACO-RELACIONADAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE APLICABILIDADE E LIMITAÇÕES.....	105
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
8	REFERÊNCIAS	113
9	APÊNDICES	130
10	ANEXOS	149

1. Apresentação

1.1. Introdução

O tabagismo, além de degradar o meio ambiente devido à poluição e incêndios, acarreta custos referentes ao tratamento de doenças tabaco-relacionadas nos serviços de saúde, à perda de produtividade de trabalho (por doença ou morte) e às aposentadorias precoces e pensões. Ainda resulta em mortes de fumantes e não fumantes, além do sofrimento destas pessoas e de seus familiares (BRASIL, 2010a).

Diante deste cenário, várias políticas de controle do tabagismo são desenvolvidas no mundo, sendo que no Brasil destaca-se o Programa Nacional de Controle do tabagismo (PNCT). Além de apresentar medidas de regulamentação e comercialização dos produtos derivados do tabaco, o PNCT envolve ações de prevenção à iniciação do hábito de fumar, de cessação ao tabagismo e de proteção da saúde dos não fumantes (BRASIL, 2003a).

A Atenção Primária à Saúde (APS), por apresentar função coordenadora entre todos os níveis de atenção à saúde e por corresponder a uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. CASA CIVIL, 2011a), torna-se um cenário fundamental para a execução das ações de controle do tabagismo.

Como um indicador da APS, destacam-se as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA), que permitem medir de forma indireta o funcionamento e a capacidade de resolução da APS (REHEM; EGRY, 2009).

Diante desta temática, este trabalho teve como proposta verificar as ações e diretrizes do PNCT desenvolvidas na APS de Juiz de Fora/MG e estabelecer o perfil das ICSAA tabaco-relacionadas no município, tentando evidenciar o contexto de implementação das políticas voltadas para controle do tabagismo.

Desta forma, espera-se que a discussão e resultados gerados pelo estudo possam contribuir para o planejamento e implementação das ações de controle do tabagismo na APS, sendo úteis tanto para o gestor municipal quanto para os profissionais de saúde.

1.2. Interesse pelo tema

Apesar de a minha graduação ter sido em uma universidade pública, tendo a Pesquisa, Ensino e Extensão como meios de capacitação para que eu pudesse retribuir para a sociedade todo o aprendizado que usufruí a partir de um esforço coletivo, o contexto da minha profissão apresenta-se como um antagonismo a este cenário. A Fisioterapia tem como principais campos de prática os níveis secundário e terciário de atenção, sobretudo na esfera privada, que é refém do sistema mercadológico capitalista vigente. Isto vem dificultando a minha inserção nos serviços públicos de APS desde que completei a minha graduação, o que corresponde ao meu principal anseio profissional.

Deste modo, como forma de aprofundar-me nos vários aspectos do SUS para que eu esteja bem preparado na minha futura inserção neste cenário como profissional de saúde, decidi buscar em um mestrado multiprofissional em Saúde Coletiva um acúmulo de conhecimentos que não tive a oportunidade de obter na minha graduação. Além disso, o desejo em extrapolar o campo da Fisioterapia me direcionou a escolher um tema que, a princípio, não tinha domínio.

O meu interesse prévio em APS e em Políticas Públicas de Saúde, aliado ao conhecimento construído a partir das várias disciplinas do mestrado referentes à Epidemiologia, Ciências Sociais, e Planejamento e Gestão, direcionou-me a aprofundar em uma área que fosse de grande relevância na saúde pública do país. Também pesou na minha escolha a preocupação em eleger um tema que pudesse proporcionar uma dissertação que realmente contribuísse para o desenvolvimento do SUS.

Entre as diferentes opções, o tabagismo me sensibilizou pelo fato de ter ganhado uma dimensão que não se limita ao fumante, abrangendo uma complexidade de aspectos sociais, políticos e econômicos (BRASIL, 2003) e do tabaco exercer grande influência no Estado e na vida das pessoas. Da mesma forma, as diversas políticas públicas envolvidas nesta questão, aliadas à preocupação em envolver a participação coletiva para a garantia da saúde como direito humano e a preservação do meio-ambiente (BRASIL, 2004a), também me chamaram a atenção.

Além disso, a literatura alerta sobre a necessidade da realização de pesquisas voltadas para o controle do tabagismo. Para apoiar a formulação e avaliação de políticas nesta área se fazem necessários estudos que investiguem o tabagismo nos seus diferentes aspectos, como a prevalência, a cessação e o impacto sobre a mortalidade. Estudos que avaliam os custos decorrentes das doenças relacionados ao tabaco para as famílias, sistema público de saúde, mercado de trabalho e economia também são importantes ferramentas para a formulação das políticas em questão (IGLESIAS et al., 2007). Para a concretização destes estudos, há um compromisso internacional em realizar pesquisas regionais e internacionais sobre o controle do tabagismo, havendo uma preocupação em apoiar a pesquisa, a execução e a avaliação das atividades voltadas para o controle do tabagismo (BRASIL. MRE, 2006).

Assim, fui convencido que o tema seria digno de uma dissertação, com a perspectiva de realizar um estudo que pudesse, de certa forma, avaliar as ações de controle do tabagismo em vigor pelo sistema de saúde e colaborar com direcionamentos oportunos que possam orientar as ações e futuras políticas públicas relacionadas.

2. Justificativa

2.1. Principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo

Em 2004, a principal causa de morte no mundo esteve relacionada às doenças coronarianas, correspondendo a 12,2% do total de óbitos. Estas doenças foram a causa de morte mais frequente nos países de alta renda e a segunda maior causa nos países de média e baixa renda, sendo que, nestes grupos de países as doenças cerebrovasculares e as infecções respiratórias do trato respiratório inferior, respectivamente, foram as principais causas de morte. Completando a lista das causas de óbitos mais frequentes no mundo estão as doenças cerebrovasculares (9,7%), as infecções respiratórias do trato respiratório inferior (7,1%) e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (5,1%) (OMS, 2008).

No Brasil, cerca de 72% das mortes em 2007 foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, juntas, responsáveis por 58% das mortes (SCHMIDT et al., 2011). Dados do ano seguinte revelaram que as mortes por doenças do aparelho circulatório corresponderam 29,5% dos óbitos totais. Entre elas estão as doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, outras doenças cardíacas e o diabetes mellitus (DM), que, nesta ordem, foram as principais causas específicas de óbitos no país. A mortalidade por câncer correspondeu a 15,6% e os óbitos por causas externas foram estimados em 12,5% do total registrado neste mesmo ano. As doenças do aparelho respiratório (9,8%) e as causas mal definidas (7,4%) completam a lista das causas mais frequentes de mortes no país (BRASIL, 2010b).

Já em relação à morbidade, a anemia, os problemas auditivos leves e a enxaqueca foram as condições mais prevalentes no mundo em 2004. Neste grupo também figuraram, de maneira expressiva, as DNCT, com destaque para o DM, que acometia 220,5 milhões de pessoas no mundo (OMS, 2008).

Enquanto a morbimortalidade dos diversos grupos de doenças transmissíveis apresentaram tendência decrescente entre 2000 e 2009 no Brasil, como as

imunopreveníveis e as doenças diarreicas agudas (BRASIL, 2010b), dados do Ministério da Saúde (MS) revelaram números expressivos da prevalência das DCNT no país. No ano de 2009, 24,4% da população brasileira referiram apresentar diagnóstico médico de hipertensão arterial, 5,8% de DM e 16,9% de dislipidemia (BRASIL, 2010c).

Como fatores desencadeantes de tais morbidades destacam-se a hipertensão, altos níveis séricos de colesterol, obesidade, ingestão de álcool e fumo, os quais apresentam uma relação com mais da metade das doenças no mundo (OPAS, 2003). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2004 apontaram 7,5 milhões de óbitos decorrentes da hipertensão arterial, o que equivalia a 12,8% do total de óbitos anuais. O tabagismo apareceu como o segundo fator de risco que mais causou mortes no mundo (8,7%), sendo o responsável por 12% de todas as mortes entre os homens e de 6% entre as mulheres. Alta concentração de glicose no sangue (6%), inatividade física (6%) obesidade e sobrepeso (5,5%) e alto colesterol (4,5%) completam a ordem dos maiores fatores de risco que resultaram em mortes naquele ano (OMS, 2009a).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003), além de ocupar a segunda posição entre os principais fatores de risco que levam à morte em todo o planeta, o tabagismo é considerado a principal causa de câncer que pode ser evitada, seguida pelo regime alimentar. Além disso, este hábito é o principal fator de risco que leva ao óbito nos países desenvolvidos e o segundo maior nos países em desenvolvimento (OMS, 2009a). Melhores hábitos alimentares, a prática de atividade física e o controle do tabaco resultariam na redução das taxas das doenças crônicas em um período relativamente curto (OPAS, 2003).

O tabagismo é uma doença epidêmica causada pela dependência da nicotina (BRASIL, 2003a) e é classificada separadamente como uma enfermidade pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (OMS, 2007). Além da mortalidade, morbidade e incapacidade causadas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco, impactantes prejuízos sociais, sanitários, econômicos e ambientais também se manifestam em todo o mundo (BRASIL. MRE, 2006).

Os gastos sociais decorrentes do tabagismo vão além daqueles destinados ao tratamento do fumante. O dinheiro de muitos chefes de família de baixa renda destinado a alimentos, moradia, educação e saúde é desviado para a compra de cigarros. Além disso, quando essas pessoas adoecem, há comprometimento da renda familiar devido à falta de trabalho, pelo custo com tratamentos ou por mortes prematuras por doenças relacionadas ao tabaco (OPAS, 2004).

Um estudo de base populacional identificou renda mais baixa, escolaridade menor que oito anos, relato de problemas com álcool, não utilização de serviço médico no último ano e auto-avaliação negativa da saúde bucal como variáveis associadas à maior prevalência de tabagismo em adultos de uma cidade de médio porte do sul do Brasil (KUHNNEN et al., 2009).

Os prejuízos sanitários podem ser os relacionados à exposição aos componentes tóxicos presentes na fumaça gerada pelo tabaco, ao consumo do tabaco em si e às diferentes formas de divulgação e propagação dos produtos, principalmente aquelas destinadas aos mais jovens (BRASIL, 2007a).

Em relação aos gastos financeiros, mais de um milhão de hospitalizações relacionadas ao tabagismo foram realizadas no SUS entre 1996 a 2005, acarretando um custo estimado de meio bilhão de dólares, o que corresponde a 1,6% do orçamento destinado às hospitalizações realizadas por unidades de saúde no período em questão (IGLESIAS et al., 2008).

Um estudo que calculou os custos diretos de internações relacionadas ao tabaco por câncer e doenças dos aparelhos circulatório e respiratório em 2005, no SUS, apresentou como resultado um montante de R\$ 338.692.516,02, ou 27,6% dos custos totais dos procedimentos analisados para os três grupos de enfermidades (PINTO e UGÁ, 2010).

Devido ao tabagismo também são gerados prejuízos ao meio ambiente referentes a incêndios e à fabricação e embalagem de produtos de tabaco (CENTRO INTERNACIONAL DE RECURSOS, 2010). É crítico o desmatamento devido à fumicultura. Cerca de 5% de todo o desmatamento em países em desenvolvimento é provocado pelo cultivo do tabaco. Além disso, essa cultura requer uso intenso de fertilizantes artificiais, causando danos ao ecossistema com a contaminação do solo (OPAS, 2004).

Os acometimentos resultantes do tabaco também afetam os não fumantes, que são expostos à fumaça do tabaco em recintos coletivos, sendo considerada esta exposição um risco ocupacional quando ocorre em ambientes de trabalho (BRASIL, 2008a). O tabagismo passivo é decorrente da mistura complexa de partículas e gases provenientes da fumaça dos cigarros acesos, charutos e cachimbos, além da fumaça exalada pelos fumantes (US, 2010).

A globalização da economia nas últimas décadas permitiu que a indústria do cigarro se consolidasse até mesmo em países que não apresentavam um grande mercado neste setor, como Japão, Tailândia e Taiwan. Em decorrência da redução dos custos de produção, o potencial de consumo foi elevado nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2004b). Tal fato contribuiu para que, no início do século XXI, o número de fumantes no mundo contabilizasse em torno de 1,4 bilhão pessoas, além de 700 milhões de crianças expostas à fumaça do cigarro em suas casas e 82% dos fumantes residentes nos países em desenvolvimento. Estima-se que, em 2030, o número de fumantes chegará a dois bilhões e que 770 milhões de crianças ficarão expostas ao tabagismo passivo (OMS, 2002). Considerando o uso do tabaco como a maior causa de morte evitável no mundo, estima-se que mais de cinco milhões de pessoas morrem por ano (OMS, 2009b). No Brasil, estes números representam cerca de 21 milhões de fumantes (IGLESIAS et al., 2007) e 200 mil óbitos anuais (BRASIL, 2008a). Se medidas urgentes não forem tomadas, em torno de um bilhão de pessoas poderão morrer devido ao fumo até o fim deste século (OMS, 2009b).

Em 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/Tabagismo com o objetivo de contribuir com as políticas nacionais referentes ao tema e permitir uma comparabilidade com dados estatísticos internacionais. Das 143 milhões de pessoas de 15 anos ou mais, que corresponderam à população estimada de estudo, detectou-se que 25 milhões de pessoas (17,5%) eram usuários de produtos derivados do tabaco, sendo que o percentual mais elevado esteve relacionado à região Sul e os menores às regiões Sudeste e Centro-Oeste. Porém, o maior contingente desses usuários, em números absolutos, encontrou-se na região sudeste, com 10,5 milhões de pessoas. Em relação ao sexo, o número de homens usuários de tabaco superou o das mulheres em todo o país, se aproximando do dobro no Norte e Nordeste. Ainda é válido

apontar que, dentre a população de usuários do tabaco fumado, apenas três milhões de pessoas (2,1% da população total do estudo) se enquadraram na categoria fumante ocasional e que a maior proporção de fumantes esteve associada com pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo (IBGE, 2008).

Os dados da PNAD se assemelham aos do estudo realizado em 2010 pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico – VIGITEL. Neste estudo, a frequência de fumantes nos mais de 50 mil adultos das 27 capitais estudadas foi de 15,1%, variando entre 8% em Salvador e 20% em Porto Alegre, Rio Branco e São Paulo. É válido ressaltar que o percentual de fumantes que consomem 20 ou mais cigarros por dia correspondeu a 4,5% (BRASIL. MS, 2011a).

A prevalência dos indicadores de fumantes passivos correspondeu a 11,5% no domicílio e a 11,4% no trabalho. Em relação ao sexo, o hábito de fumar foi predominante entre os homens, cujo percentual correspondeu a 17,9%, enquanto que entre as mulheres esse valor foi 12,7 % (BRASIL. MS, 2011a).

O estudo ainda aponta queda na evolução da prevalência dos fumantes entre os anos de 2006 e 2010, já que no primeiro ano o percentual de fumantes correspondia a 16,2% da população de estudo que apresentou semelhante quantitativo de indivíduos. Destaque para a diminuição da prevalência de fumantes do sexo masculino, que apresentou queda de 2,3%. Entre as mulheres, a redução foi de 0,5% de fumantes (BRASIL. MS, 2011a).

Apesar destes dados alarmantes, Wünsch Filho et al. (2010) concluíram que os recentes inquéritos populacionais realizados no Brasil indicam avanços no controle do uso do tabaco no país, sendo que a prevalência de tabagismo da população apresenta tendência decrescente no tempo em todas as faixas etárias. Levando em consideração os achados deste estudo, pode-se inferir que este cenário permitirá uma redução da mortalidade por câncer e da incidência de morbidade na população brasileira ao longo das próximas décadas, uma vez que o consumo do tabaco é causa de vinte diferentes tipos de câncer.

Neste contexto, é importante destacar a diminuição de 17% na taxa de mortalidade por DCNT entre 1996 e 2007, especialmente por doenças cardiovasculares (redução de 26%) e por doenças respiratórias (redução de 33%). (BRASIL, 2010b).

Outros fatos que evidenciam o declínio da prevalência do tabagismo no país são a redução do consumo de cigarros *per capita* e a acentuada queda do tabagismo entre os mais jovens e mulheres desde 2003. Este dado ganha relevância uma vez que o tabagismo, antes considerado uma experiência predominantemente masculina, sofreu um incremento no sexo feminino a partir das décadas de 60 e 70 com os movimentos de liberação feminina e agregação da mulher na lógica capitalista (WÜNSCH FILHO et al., 2010).

Nesta perspectiva, segundo o resumo de 2009 do Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco (ITC)- ITC Brasil, mais de 91% dos fumantes admitem estar preocupados com os agravos à saúde que o cigarro pode resultar e 82% dos usuários do tabaco reconhecem que o tabagismo tenha prejudicado sua saúde de alguma forma. Ainda nesta perspectiva, 91% dos fumantes arrependem-se de ter começado a fumar, sendo o terceiro maior nível de arrependimento observado entre os 20 países que fazem parte do ITC (BRASIL e CANADÁ, 2009).

De acordo com o exposto, não há dúvidas que é de suma importância o desenvolvimento de ações e políticas específicas de controle do tabagismo para que ocorra a redução da morbimortalidade relacionada ao tabaco (KUHNNEN et al., 2009).

2.2. Políticas de saúde e Tabagismo

Em virtude do impacto negativo do tabagismo na saúde da população mundial, na 52ª Assembléia Mundial da Saúde (1999), foi proposta a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Com uma série de medidas cujos objetivos eram diminuir a expansão do uso do tabaco e os seus danos à saúde, o documento representou o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade (BRASIL, 2004a).

Os princípios norteadores da CQCT reforçam:

o direito das pessoas à informação sobre a gravidade dos riscos decorrentes do consumo de tabaco; o direito de acesso aos mecanismos de prevenção à iniciação e de apoio para cessação de fumar; além da proteção de toda pessoa contra a exposição involuntária à fumaça do tabaco (BRASIL. MS, 2011b, p.9).

De forma geral, as medidas centrais estabelecidas pela CQCT enfocam a redução da demanda e da oferta. As medidas de redução da demanda estão relacionadas a preços e impostos, bem como à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco e à regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco. Já as medidas relativas à redução da oferta de tabaco estão relacionadas ao comércio ilícito de produtos de tabaco, à venda a menores de idade ou por eles e ao apoio a atividades alternativas economicamente viáveis (BRASIL. MS, 2011b).

Ainda em 1999, foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco para otimizar o envolvimento do país na CQCT. Isto resultou na configuração das ações para controle do tabaco em um Programa de Estado e na criação da Comissão Nacional para Implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ) em agosto de 2003 (BRASIL, 2004a).

O Brasil foi o segundo país a assinar o documento de consenso da CQCT, gerado na 56ª Assembléia Mundial da Saúde (2003), e foi eleito pelos 192 países envolvidos na Convenção para presidir o Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI) (TEMPORAO, 2005). O tratado entrou em vigor internacional em 2005, mas no Brasil isso ocorreu somente em fevereiro de 2006 (BRASIL MRE, 2006).

Entretanto, desde 1989, ações que visam ao controle do tabagismo são desenvolvidas no país por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

(PNCT), que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas (CAVALCANTE, 2005). As primeiras ações consistiram na sensibilização da população em geral e dos órgãos governamentais sobre os danos associados ao tabagismo. Este movimento surgiu em diferentes partes do país, especialmente nos estados da Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2010a).

Por nove anos, as atividades educativas foram realizadas de maneira restrita e específica. Mas a partir de 1996, as ações começaram a ser desenvolvidas continuamente pela esfera estadual e municipal, assistidas e coordenadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e, em alguns momentos, com a participação de organizações não governamentais (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, já com o PNCT consolidado (BRASIL, 2002), o MS publicou em 2003 o documento Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), que descreve as diretrizes do programa. Buscando a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção do câncer, são propostas ações educativas, legislativas e econômicas. O programa envolve quatro grandes grupos estratégicos, sendo o primeiro o voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo crianças e adolescentes. O segundo envolve ações que objetivam a cessação do tabagismo entre os fumantes. No terceiro grupo estão inseridas medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados. Por fim, constam as medidas que regulamentam os produtos de tabaco e sua comercialização (BRASIL, 2003a).

Entre as ações do PNCT, destacam-se as que apresentam objetivo educativo. O *Programa Comunidade Livre de Tabaco* consiste em campanhas e disseminação na mídia concentradas em duas datas comemorativas: o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), que apresenta um tema diferente a cada ano com o objetivo de divulgar e promover ações relacionadas ao tabagismo no país (BRASIL, 2003a); e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), que busca “atingir os jovens através de temas como “Esporte sem Cigarro é mais Radical” e “Arte sem Cigarro é um Show” (BRASIL, 2003a. p.11).

Ações educativas contínuas também são desenvolvidas com o intuito de manter um fluxo permanente de informações sobre o tabagismo. Para tal, foram

formulados o *Programa Prevenção Sempre*, que visa ao controle do tabagismo nos ambientes de trabalho, o *Programa Saber Saúde*, cujo cenário são as escolas, e o *Programa Saúde e Coerência*, o qual busca que “as unidades de saúde tornem-se livres da poluição tabagística ambiental, e seus profissionais, modelo de comportamento” (BRASIL, 2003a. p. 12).

O papel do PNCT é desenvolver as diretrizes estabelecidas pela CQCT, as quais são abrangidas em parte pelo SUS. Segundo o MS, o PNCT:

tem sido considerado modelo mundial por articular políticas públicas e desenvolver legislação específica com ênfase no controle da propaganda e na taxação dos derivados do tabaco, entre outras medidas (BRASIL, 2008b, p. 49).

Outras políticas também visam diretamente ao controle do tabagismo: a *Política de Regulação de Produtos de Tabaco*, a qual é de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); o *Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco*, do Ministério do Desenvolvimento Agrário; e a *Política de Preços e Impostos da Indústria do Tabaco*, sob responsabilidade do Ministério da Fazenda (BRASIL, 2010a).

Além disso, o tabagismo é citado em diversos outros documentos não específicos do tema. A preocupação com o tabagismo no sentido de prevenir uma grande carga de doenças crônicas pode ser encontrada nos documentos *Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde* (OPAS, 2003), no *Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável* (BRASIL, 2005a), na *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (BRASIL, 2004c), na *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* (Brasil, 2003b) e no *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006a).

Em relação ao *Pacto pela Saúde*, é importante ressaltar que a prevalência do tabagismo nas capitais estaduais foi apontada como um indicador principal no conjunto de indicadores unificados para o monitoramento do desempenho do serviço e da situação de saúde da população estabelecidos para o Pacto pela Vida para 2008 (BRASIL, 2008c).

Outras publicações também abordam a preocupação com a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis, inclusive defendendo a ampliação da proibição do consumo de tabaco em locais públicos. Tratam dessa questão o *Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011* (BRASIL, 2009b), o *Mais Saúde: Direito de*

todos/2008-2011 (BRASIL, 2008d), a *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006b) e a *Política Nacional de Atenção Oncológica* (BRASIL, 2005b).

A ativa participação popular é essencial para o desenvolvimento das políticas públicas de controle do tabagismo. O trabalho da sociedade civil através de redes sociais contribuiu para o aumento da conscientização sobre os danos associados ao tabagismo e das medidas eficientes para a prevenção do uso do tabaco e para a proteção da saúde dos brasileiros (BRASIL, 2010a).

Buscando fortalecer o papel da organização civil no processo de implementação das políticas públicas no controle do tabagismo, foi criada em 2006 a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT), uma organização não governamental articulada em diferentes setores, incluindo saúde, meio-ambiente, gênero, educação e direitos humanos. Além disso, há a participação de comunidades científicas e ativistas sensíveis ao controle do tabagismo (BRASIL, 2010a).

Um grande desafio é desenvolver ações efetivas que levem os tabagistas a deixarem de fumar. Para isso, alguns documentos no Brasil e no mundo foram formulados. Durante o I Encontro de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (2000), organizado pelo INCA, foi estabelecido o primeiro consenso no país sobre as condutas no tratamento do fumante, considerando a abordagem cognitivo-comportamental, as terapias medicamentosas, os métodos alternativos e a abordagem para grupos especiais de pacientes. O documento consiste basicamente em duas partes: a primeira aponta as bases teóricas para as recomendações dos métodos de cessação de fumar. Já a segunda apresenta orientações práticas para a abordagem do fumante pelo profissional de saúde (BRASIL, 2001).

Dois anos depois, a partir de uma reunião promovida pela OMS em Moscou (2002), foi debatida a Política Global para a Cessação do Tabagismo. Como produto deste encontro, foi elaborada a "Política de Recomendações para Cessação do Tabagismo e Tratamento da Dependência do Tabaco" para os governos, organizações não-governamentais e profissionais de saúde interessados em melhorar a saúde pública a curto e médio prazo. Uma das recomendações foi o estabelecimento dos métodos para a cessação do tabagismo e das diretrizes envolvidas no tratamento da dependência de tabaco. Como no consenso brasileiro publicado até então, os tratamentos comportamental e farmacológico foram

apontados como as abordagens efetivas para a cessação do tabagismo (OMS, 2003).

A partir de então, foram publicadas no Brasil as Diretrizes para Cessação do Tabagismo (ARAÚJO et al., 2004; REICHERT et al., 2008) e as Diretrizes da Associação Médica Brasileira em 2009 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2010). A elaboração de todas elas envolveu algumas sociedades de especialidades médicas e outras instituições de saúde, inclusive o INCA, e apresentou uma proposta semelhante: o tratamento do tabagismo deve ser sempre realizado através da abordagem comportamental, associada ou não ao uso de medicamentos.

Entretanto, o compromisso em ampliar o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de atenção primária e de média complexidade do SUS foi garantido somente com a Portaria nº 1035 de 31 de maio de 2004, do MS (BRASIL, 2004d). No dia 13 de agosto do mesmo ano, o MS publicou a Portaria nº 442, a qual apresentou como anexos o *Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS* e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Dependência à Nicotina*. O primeiro apresenta informações detalhadas sobre a capacitação de profissionais de saúde, credenciamento de unidades de saúde, cadastramento de usuários, garantia de referência e contra-referência, e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina. No item “Atenção ao tabagista” está disposto o que as unidades com profissionais capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo poderão oferecer ao fumante:

[...] abordagem cognitivo-comportamental, com material de apoio e, quando houver indicação, tratamento medicamentoso com adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14mg e 7 mg; goma de mascar de nicotina de 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg. Deverá também ter o compromisso de informar à coordenação municipal do controle do tabagismo/secretaria municipal de saúde sobre qualquer intercorrência com o uso dos medicamentos para o tratamento do tabagismo (BRASIL, 2004e, p.4).

Já o protocolo clínico contém recomendações referendadas na publicação *Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante* (BRASIL, 2001), a qual foi baseada em estudos de meta-análise da literatura mundial sobre cessação do tabagismo (BRASIL, 2004e). O protocolo sintetiza como deve ser a abordagem do fumante para a cessação de fumar, devendo ter como eixo central intervenções cognitivas e o treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à

prevenção de recaída. Já o apoio medicamentoso deve ser utilizado apenas em casos específicos, em que os fumantes apresentam grau elevado de dependência à nicotina:

- a - fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- b - fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- c - fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- d - fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- e - não haver contra-indicações clínicas (BRASIL, 2004c, p.10).

De acordo com a Portaria nº 442 do MS, a atenção ao tabagista poderá ocorrer, de forma hierarquizada em toda a rede de serviços do SUS, estando incluídas as unidades básicas de saúde e as unidades de referência de média e alta complexidade. Desta forma, todas as unidades que tenham seus profissionais capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo, segundo o modelo preconizado pelo PNCT, poderão atender o fumante (BRASIL, 2004e).

Neste sentido, a abordagem cognitivo-comportamental deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, cadastrada para realizar tal atendimento. Esta abordagem deve ser realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente, de acordo com a seguinte disposição:

- A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior, seguindo o esquema abaixo:
- 4 sessões iniciais, estruturadas, preferencialmente semanais, seguidas de;
 - 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de;
 - 1 reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar 1 ano (BRASIL, 2004e, p. 10).

De forma bem clara, o documento expõe que não há razão para interromper a abordagem cognitivo-comportamental, devendo o paciente ser encaminhado para uma abordagem individual caso ocorra algum impedimento em permanecer na abordagem em grupo. Já a terapia medicamentosa, que poderá lançar mão dos medicamentos de primeira linha no tratamento da dependência à nicotina (adesivo transdérmico, goma de mascar e cloridrato de bupropiona), deve obedecer aos critérios de suspensão ou não utilização dispostos no protocolo para cada um dos medicamentos. A hipersensibilidade conhecida a qualquer um dos componentes da

fórmula de composição é um exemplo de critério de suspensão ou não utilização formal para os três tipos de medicamento. Como exemplos de critérios relativos, são citadas as doenças cardiovasculares para o adesivo transdérmico e goma de mascar, além do uso de anti-depressivos para o cloridrato de bupropiona. Nestes casos, outro tipo de tratamento medicamentoso deve ser ministrado junto ao paciente, caso seja indicado (BRASIL, 2004e).

Por fim, estão dispostas orientações sobre o registro do paciente, sendo que cada unidade de saúde deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, devendo estar devidamente ordenados no “Serviço de Arquivo Médico” (BRASIL, 2004e).

As portarias nº 300 e nº 1.680 do MS são algumas das publicações mais recentes específicas ao controle do tabagismo no país. A primeira institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Além disso, proíbe fumar em todas as dependências do MS, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios (BRASIL, 2006c). Já a segunda institui comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde (CIMICQ), a fim de contribuir para a garantia do cumprimento das medidas da Convenção-Quadro relacionadas a todos os níveis da área da saúde (BRASIL, 2007c).

2.2.1. Políticas de Atenção Primária à Saúde (APS) e Tabagismo

Nos vários documentos publicados que citam ações relacionadas ao tabagismo, sobretudo no PNCT, pode-se verificar que grande parte destina-se à APS. O PNCT aponta para a importância da criação de um contexto social que previna a iniciação e estimule a cessação do hábito de fumar, aumentando o acesso e o suporte à demanda pelo tratamento (BRASIL, 2003a).

Assim, considerando que a APS tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, através de

relações de vínculo e responsabilização entre profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2007), o primeiro nível de atenção configura-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo.

As ações tornam-se fundamentais neste nível de atenção, uma vez que ordena o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e é uma das portas de entrada das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL. MS, 2011a). Na APS, ocorrem ações de saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo desde a prevenção de agravos até a promoção, reabilitação e manutenção da saúde. Através de práticas sanitárias e participativas, apresenta um campo de atuação em territórios bem delimitados, lançando mão de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007b, p.12).

Além disso, impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a APS tem o objetivo de expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado e de implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011).

Assim, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) configuram-se como locais estratégicos para a realização de ações de controle do tabagismo, concentradas em estratégias como o *Programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro* e o *Programa Cessação de Fumar* (BRASIL, 2003a).

O *Programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro* envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam a estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de derivados de tabaco em unidades de saúde. Este programa inclui entre suas ações a capacitação de profissionais de saúde para que possam apoiar a cessação do tabagismo entre os funcionários das unidades e os indivíduos da população (BRASIL, 2003a).

Já o *Programa Cessação de Fumar* envolve ações sistemáticas e específicas, visando a aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para a cessação do hábito de fumar e, assim, atender a uma crescente demanda de fumantes. Entre as suas ações estão a divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar, a capacitação de profissionais de saúde para apoio à cessação do hábito de fumar e a

inserção do atendimento para cessação do tabagismo na rede SUS (BRASIL, 2003a).

O MS possui publicações específicas no campo da APS. Destaque para os Cadernos de Atenção Básica, considerados fundamentais instrumentos valorizadores das práticas de saúde, que disponibilizam informações gratuitas a todos os profissionais de saúde do país, a fim de subsidiarem mecanismos para o sucesso da implementação do modelo assistencial da APS (BRASIL. MS, 2011c).

As publicações são divididas por temas variados e grande parte apresenta preocupação com o tabagismo, contendo informações relacionadas ao tema. No documento que aborda as *doenças respiratórias crônicas*, o controle do tabagismo tem destaque. Através da leitura deste material, os profissionais da APS têm a oportunidade de se inteirar de alguns dados sobre o impacto do tabagismo na saúde da população e evolução das políticas e ações voltadas para o controle do tabagismo. Ao ser enfatizada a visita domiciliar como etapa primordial da atenção integral, há destaque para a criação de vínculos assistenciais e sociais entre profissionais e usuários que permitem uma intervenção mais apropriada e efetiva. Assim, há a possibilidade da disseminação de informações de controle ambiental e de promoção da saúde, como o estímulo à cessação do tabagismo (BRASIL, 2010d).

A intervenção junto ao fumante é bem descrita na publicação referente à *prevenção das doenças renal crônica, cardiovasculares e cerebrovasculares*. As terapias comportamental e farmacológica são citadas como atividades preventivas. Neste contexto, o aconselhamento ao tabagista é considerado uma ação de baixa intensidade enquanto a possibilidade de uso de medicamentos para o tratamento do fumante está classificada como uma ação de intensidade moderada. Referente às atribuições dos profissionais da equipe de saúde, é papel do agente comunitário de saúde (ACS) registrar, em sua ficha de acompanhamento, a presença de fatores de risco para as doenças cardiovasculares de cada membro da família, entre eles o tabagismo. O médico deve buscar, “obstinadamente”, os objetivos e metas do tratamento, sendo um deles a abstinência do fumo. Por fim, é atribuição do enfermeiro estabelecer estratégias, junto à equipe, que possam favorecer a adesão dos usuários de grupos específicos, como os tabagistas (BRASIL, 2006d). Este manual ainda serve como referência para o abandono do hábito de fumar na publicação voltada para a *hipertensão arterial sistêmica*, na qual também cita o

hábito de fumar como um dado relevante da história clínica do paciente hipertenso (BRASIL, 2006e).

O tabagismo também é considerado na publicação que aborda o *diabetes melitus (DM)*. Como esta doença apresenta uma história natural marcada pelo surgimento de complicações micro e macrovasculares que são responsáveis por expressiva morbimortalidade e, conseqüente, comprometimento funcional, o controle dos fatores de risco destes agravos deve fazer parte da rotina dos cuidados dos usuários com DM. Medidas farmacológicas e não-farmacológicas podem possibilitar a redução de pelo menos metade ou quase todas as complicações do DM. A verificação do hábito de fumar e a orientação quanto à cessação em cada consulta consta no plano terapêutico do DM Tipo 2. Neste contexto, o ACS é de extrema importância, já que deve encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente, e ajudar o paciente a seguir as orientações de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular quando for o caso (BRASIL, 2006f).

A abordagem do controle do tabagismo também pode ser observada nas publicações que são destinadas, principalmente, à mulher. No caderno que aborda os *cânceres de colo do útero e de mama*, é dada atenção ao tabagismo na promoção da saúde e na prevenção primária. A mulher deve ser incentivada a adotar hábitos saudáveis de vida com o objetivo de prevenir doenças crônicas não transmissíveis em geral. Assim, o desestímulo ao hábito de fumar em usuárias com câncer deve ser enfatizado tanto nas fumantes quanto nas não fumantes (BRASIL, 2006g). Na abordagem da *saúde sexual e saúde reprodutiva*, há preocupação com a administração de anticoncepcionais pelas mulheres fumantes, uma vez que o uso do estrogênio é contra-indicado em algumas situações, como o tabagismo, as doenças cardiovasculares e a amamentação. Além disso, na discussão sobre concepção é apontada a avaliação pré-concepcional, que deve oferecer orientação sobre os riscos do tabagismo (BRASIL, 2010e).

Os cuidados com o aleitamento materno em relação à mãe fumante são abordados no caderno referente à *saúde da criança*. Apesar do hábito de fumar não contra-indicar a amamentação, o profissional de saúde deve alertar a mãe sobre os possíveis efeitos prejudiciais do cigarro para o desenvolvimento da criança e para a diminuição da produção de leite. Assim, mesmo que a mulher não pare de fumar, ela

deve ser estimulada a reduzir o número de cigarros e a não fumar nos ambientes onde esteja a criança (BRASIL, 2009c).

O controle do tabagismo é muito citado no caderno de atenção básica *Saúde na Escola*. Além de citar o Programa Saúde na Escola, que prevê ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes da rede pública de Educação Básica, sendo uma delas o controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer (BRASIL, 2008e), são discutidas mais detalhadamente ações de promoção da saúde escolar. Considerando a importância da avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola, a prevenção e redução do consumo do tabaco são consideradas ações específicas importantes no sentido de promover educação em saúde, no que tange à avaliação clínica e psicossocial. Na avaliação nutricional e da saúde bucal, a prevenção e controle do tabagismo são preconizados, sobretudo no ambiente escolar. Para tais abordagens, é importante que os profissionais de saúde e professores tenham o cuidado em apresentar certa uniformidade de discurso com os alunos (BRASIL, 2009d).

A publicação *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, ao se preocupar em apresentar subsídios para que os profissionais possam elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde idosa para permitir um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, cita as correlações favoráveis dos benefícios da prática corporal e atividade física com a redução do tabagismo. Nesse grupo de indivíduos, deve haver o desestímulo ao hábito de fumar para possibilitar melhora na qualidade de vida (BRASIL, 2006h).

Por fim, o controle do tabagismo também é enfatizado na publicação que trata dos *Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)*, criados pelo MS em 2008. Eles têm o objetivo de “apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2009a, p.10). Sendo responsáveis por um determinado número de equipes da Estratégia Saúde da Família, os Nasf devem desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação, além de ações intersetoriais, interdisciplinares e as destinadas à educação permanente e à humanização dos serviços (BRASIL, 2009a).

O financiamento das ações de controle do tabagismo aparece como um componente estratégico da assistência farmacêutica nos Nasf. Além disso, sendo a

promoção da saúde integral de adolescentes e jovens como uma das funções do Nasf na atenção integral à saúde da criança, há menção ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, como fator de proteção, e à prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento e de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis, como o tabagismo. Ainda é estabelecida a atribuição de todos os profissionais do Nasf em “apoiar as equipes de Saúde da Família no acompanhamento de adolescentes” (BRASIL, 2009a, p.118) que apresentarem problemas com o tabaco.

Segundo IGLESIAS e colaboradores (2008), para que milhões de mortes possam ser evitadas no país, o Brasil deve continuar investindo na sua abrangente política de controle do tabagismo, focando tanto nas ações destinadas à prevenção da iniciação ao hábito de fumar quanto nas destinadas à cessação de fumar.

2.3. Doenças Tabaco-relacionadas

A fumaça do cigarro, a qual é produzida a partir da combustão incompleta da folha do tabaco, apresenta mais de 4000 substâncias, incluindo algumas farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e cancerígenas. (BEHR e NOWAK, 2002). A duração e nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e a severidade de muitas consequências adversas à saúde (USDHHS, 2010).

Fumar acomete quase todos os órgãos do corpo, causando doenças e prejudicando a saúde dos fumantes em geral (USDHHS, 2004). Os seus efeitos são extremamente nocivos à saúde, sendo que é atribuída à fumaça do tabaco a causa de 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares (OMS, 2009a). Assim, o contínuo hábito de fumar é um importante preditor de futuras doenças tabaco-relacionadas (OMS, 2010), as quais não se revelam imediatamente após o consumo ou exposição aos produtos derivados do tabaco (BRASIL. MRE, 2006).

No entanto, é válido ressaltar que o tabagismo não é condição necessária (sem o fator, a doença jamais se desenvolve) nem suficiente (na presença do fator, a doença sempre se desenvolve) para causar uma doença (CORRÊA; BARRETO; PASSOS, 2008). Uma doença tabaco-relacionada pode ser consequência de uma ou mais vias, as quais apresentam vários mecanismos. Além disso, um mesmo mecanismo pode estar presente em diferentes vias. Estas vias e mecanismos podem estar relacionados a mudanças genéticas, à epigenética e aos fatores ambientais (USDHHS, 2010).

Diante disso, diferentes métodos epidemiológicos podem ser adotados para estimar a carga de doença atribuível ao tabagismo. Entre as estimativas que podem ser adotadas estão a da:

mortalidade, morbidade, custos econômicos da doença, anos potenciais de vida perdidos por morte prematura [years of potential life lost (YPLL)], risco atribuível populacional [population attributable risk (PAR)], frações atribuíveis ao tabagismo [smoking attributable fractions (SAF)] e mortalidade atribuível ao tabagismo [smoking-attributable mortality (SAM)] (CORRÊA; BARRETO; PASSOS, 2008, p. 45).

Considerando a mortalidade atribuível ao tabagismo (MAT), câncer de traquéia/brônquios/pulmão, doença isquêmica do coração, DPOC e doenças cerebrovasculares destacam-se como as principais doenças atribuíveis ao tabagismo. É válido ressaltar que 40%-60% das mortes por doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração são atribuíveis ao tabaco entre indivíduos na faixa etária entre 35 e 64 anos, sendo o tabagismo um fator de risco modificável, que pode ser minimizado ou eliminado (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

Neste contexto, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), centro norte-americano de controle e prevenção de doenças, está há mais de 60 anos comprometido com estudos que buscam a redução dos impactos negativos das doenças na saúde da população e na economia dos Estados Unidos (CDC, 2011). O Smoking Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (SAMMEC) é um dos aplicativos do CDC e permite estimar o impacto do tabagismo em grandes populações.

A partir de estudos de coorte, como o Cancer Prevention Study I (CPS-I) e Cancer Prevention Study II (CPS-II) da American Cancer Society (ACS) (STELLMAN and GARFINKEL, 1986), foram obtidas estimativas de riscos relativos para fumantes e ex-fumantes comparados com indivíduos não fumantes em relação às maiores causas de morte. As estimativas dos riscos relativos obtidas pelo CPS-II foram incorporadas ao SAMMEC para possibilitar, principalmente, o cálculo de mortes e anos de vida perdidos devido ao tabagismo por meio dos seus dois programas computacionais. O software *The Adult SAMMEC*, destinado para adultos com 35 anos ou mais, possibilita o cálculo da MAT e dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) gastos com o tratamento clínico e perda de produtividade devido ao tabagismo. O *The Maternal and Child Health (MCH) SAMMEC*, além de possibilitar a estimação da MAT, permite o cálculo da APVP e dos custos excessivos com os cuidados de saúde neonatais decorrentes do hábito de fumar da mãe. Essas estimativas baseiam-se na metodologia de fração atribuível, ou risco atribuível populacional (RAP), que aplica informações sobre a prevalência do tabagismo em dados científicos sobre o risco relativo de morte por doenças causadas pelo fumo (CDC, 2007). Este aplicativo tem sido utilizado em alguns estudos desenvolvidos nos

Estados Unidos e em outros países (CDC, 2008; CORRÊA; BARRETO; PASSOS, 2009).

Para a realização destes estudos, o SAMMEC permite o cálculo para 23 categorias de doenças cujos diagnósticos apresentam relação de causalidade com o tabagismo, estando organizadas em quatro grupos: neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e condições perinatais. Baseado no estudo de Anderson et al. (2001), que comparou as causas de mortalidade das doenças que constam na nona e décima revisão da CID, o CDC sintetizou as doenças relacionadas ao tabaco com os seus respectivos códigos do CID-10 (CDC, 2007), as quais estão dispostas no Anexo A.

Entre as doenças respiratórias, a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) tem o tabagismo como seu principal fator de risco. A mortalidade pela doença relaciona-se com a idade de início do tabagismo, o número de cigarros consumidos e o estado de dependência ao tabaco. Porém, é válido ressaltar que a predisposição genética pode modificar o risco individual em relação à DPOC, o que permite que, de dois fumantes com a mesma história de tabagismo, somente um venha desenvolver a doença (RODRIGUEZ-ROIZIN et al., 2009).

Como já citado anteriormente, a fumaça do tabaco possui componentes cancerígenos, os quais representam um número entre 60 e 80 substâncias das mais de 4000 presentes (ARAUJO et al., 2004). São vários os tipos de câncer tabaco-relacionados, mas há grande destaque para o câncer de pulmão.

Segundo o INCA, estimativas para 2012 no Brasil apontam “18 novos casos de câncer de pulmão a cada 100 mil homens e 10 a cada 100 mil mulheres” (BRASIL. MS, 2011d, p.37). Ainda neste contexto, Menezes e colaboradores (2002), em estudo com 122 casos de câncer de pulmão e 244 controles, obtiveram um RAP ao tabagismo de 71% para câncer de pulmão entre os fumantes. Entretanto, as chances de ter câncer de pulmão diminuem quando há a cessação do tabagismo e, após cerca de 20 anos de abstinência, elas voltam a ser semelhantes às das pessoas que nunca fumaram (ARAUJO et al., 2004).

O fumo também traz grandes prejuízos aos vasos arteriais, podendo resultar em aterosclerose precoce. Isso ocorre devido à formação da carboxiemoglobina resultante da ligação entre a hemoglobina e o monóxido de carbono, presente em grande concentração na fumaça do tabaco. Este composto prejudica a hematose,

resultando na necessidade de ocorrer um metabolismo anaeróbico que tem, como consequência, a produção excessiva de oxidantes responsáveis por lesões, seguidas de rigidez nas paredes dos vasos (ARAUJO et al., 2004).

Dentre as doenças cardiovasculares, a ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC) é duas a três vezes mais comum nos tabagistas em relação aos não fumantes, sendo que em torno de 50% dos AVC são decorrentes do uso do tabaco. Já em relação ao infarto do miocárdio, fumantes entre 45 e 54 anos apresentam quase três vezes mais chances de morrer devido ao fumo em relação aos que não fumam, e uma vez cessado o hábito de fumar, após um ano o risco de doença cardíaca reduz pela metade e, após 10 anos o risco, é semelhante ao daqueles que nunca fumaram (BRASIL, 1998).

Além do tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica e a alteração do colesterol são os riscos preveníveis para a doença coronariana. O tabagismo por si só dobra a possibilidade de doença cardíaca e, em associação com um dos fatores de risco citados, essa possibilidade aumenta em quatro vezes. A associação dos três fatores de risco em questão aumenta em oito vezes o risco de doença cardíaca (CRAIG, PALOMAKI e HADDOW, 1989).

Outras doenças vasculares, como trombose venosa profunda, tromboembolia pulmonar, doença oclusiva aortoiliaca e tromboangiíte obliterante (doença de Buerger), também apresentam o fumo como fator de risco (ARAUJO et al., 2004). Também é válido considerar que, devido aos comprometimentos vasculares decorrentes do tabagismo, a impotência sexual masculina pode ocorrer por diminuição da irrigação sanguínea (LAYDNER et al., 2009)

Existem outras diversas doenças relacionadas ao tabagismo. Alguns estudos apontam a relação do uso do tabaco com o desenvolvimento da osteoporose (ADAMI et. al, 2003). Aldrighi e colaboradores (2005), em estudo realizado com 775 mulheres no climatério, com idade entre 40 e 65 anos, observaram a relação entre idade de instalação da menopausa e tabagismo. Em média, as tabagistas tiveram sua menopausa aos 47,8 anos e as não-fumantes aos 48,6 anos, revelando uma antecipação de oito meses.

O envelhecimento precoce da pele também é relacionado ao tabagismo, apesar de existirem poucos estudos que abordem esta relação. Entre as alterações que podem ser observadas, destacam-se as rugas, a proeminência dos contornos

ósseos, o aspecto acinzentado e atrofia da pele (SUEHARA, SIMONE e MAIA, 2006). A literatura aponta o tabaco como fator de risco também para agravos do sistema gastrointestinal, como as úlceras na mucosa do intestino ou duodeno e gastrites (CASTRO, MATSUO e NUNES, 2010).

Vários são os problemas nos jovens que apresentam o tabagismo como fator de risco. Entre eles estão os quadros de infecções respiratórias de repetição (amidalites, otites, resfriados comuns, gripes, bronquite e pneumonias) e as crises graves e frequentes de alergias respiratórias (rinites, rinosinusites e asma). Também foi observada a relação do tabagismo como fator de risco para a tuberculose, tosse crônica, roncos e apneia do sono (MIDGETTE e BARON, 1990 apud ARAÚJO et. al, 2004; ROSEMBERG, 1978 apud ARAÚJO et. al, 2004; LUBIANA NETTO et al., 1993 apud ARAÚJO et. al, 2004).

Em 2004, o CDC publicou um estudo que revisou as conclusões acerca das doenças e demais efeitos à saúde sobre o fumante ativo. Foram determinadas novas conclusões sobre o efeito do tabaco para alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, no aparelho reprodutivo e em outros eventos (USDHHS, 2004).

Com evidências suficientes para inferir uma relação causal com o tabagismo apresentaram-se a leucemia e os cânceres de pulmão, da laringe, da cavidade oral, do esôfago, do pâncreas, dos rins, do colo do útero e do estômago. Já com evidências sugestivas, mas não suficientes para inferir uma relação causal com o tabagismo, foram citados os cânceres do colorretal e do fígado. Os cânceres de próstata, do cérebro e de mama apresentaram evidências sugestivas da inexistência de uma relação causal com o hábito de fumar. Em relação ao câncer dos ovários, a evidência é inadequada para estabelecer uma relação causal. Por fim, e de forma oposta, há evidências suficientes para inferir que o tabagismo está associado à redução do risco de câncer do endométrio em mulheres na pós-menopausa (USDHHS, 2004).

As doenças cardiovasculares, aterosclerose, doença arterial coronariana, doenças cerebrovasculares e aneurisma da aorta abdominal apresentaram evidências suficientes para inferir uma relação causal com o tabagismo (USDHHS, 2004).

Também há evidências suficientes para inferir a existência de associação entre o tabagismo e as doenças respiratórias agudas e crônicas (USDHHS, 2004).

Em relação ao aparelho reprodutivo, foram identificadas evidências suficientes e sugestivas de associação do tabagismo com a má formação congênita e mortalidade infantil, além de prejuízos na fertilidade, nos desfechos do parto e no desenvolvimento físico e cognitivo do lactente (USDHHS, 2004).

Por fim, piora do estado de saúde, perda de massa óssea, aumento do risco de fraturas, disfunção erétil, úlcera péptica e agravos dentais e oculares apresentaram evidências de relação causal com o tabagismo (USDHHS, 2004).

Em publicação de 2010, que considerou também a exposição passiva ao tabaco, o CDC sintetizou uma longa lista de consequências e doenças associadas pelo tabagismo, as quais podem ser observadas no Anexo B (USDHHS, 2010).

2.4. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA)

Dentre todas as doenças tabaco-relacionadas, uma considerável parcela está relacionada às condições sensíveis ao primeiro nível de atenção à saúde. As Internações por Condições sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA), adotadas por alguns autores como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), representam os agravos à saúde para os quais uma efetiva ação ainda na atenção primária diminuiria o risco de hospitalizações (ALFRADIQUE et al. 2009).

Para o melhor entendimento acerca da importância das ICSAA, é preciso considerar o contexto da APS num sistema de saúde. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), há evidências internacionais que apontam melhores e equitativos resultados de saúde nos sistemas em que a APS é fortalecida, além de refletirem em maior satisfação dos usuários e envolverem menores custos (OPAS, 2005).

Entendendo a importância da APS, nos últimos anos vem ocorrendo grandes mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) para adequar este nível de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF), denominada originalmente como Programa Saúde da Família (PSF), manifestou-se como uma forma de reorientação do modelo assistencial de saúde, buscando uma melhora na qualidade e acesso à APS em todo o país (ROSA e LABATE, 2005).

Entretanto, é comum surgirem alguns questionamentos acerca da real capacidade de transformação no sistema de saúde a partir do fortalecimento da APS. Não há consenso, por exemplo, se a APS está efetivamente representando a porta de entrada para o SUS, se os princípios que norteiam o sistema estão sendo observados no cotidiano dos serviços e se os resultados positivos no nível primário de atenção são decorrentes do aumento da oferta ou da qualidade dos serviços (ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008). Assim, apesar de alguns estudos apontarem resultados positivos da ESF em relação à atenção básica tradicional (NEDEL, 2008; ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008), a realização de pesquisas que apontem evidências sobre o impacto da ESF na saúde da população é um dos grandes desafios presentes na APS (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Neste sentido, com o intuito de orientar o processo de avaliação e monitoramento da APS, o MS propôs o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS 3.925/1998 e regulamentado pela Portaria GM/MS 476/1999 (BRASIL, 2003c). Segundo Mattos, Robaina e Siqueira (2008, p. 311), o Pacto de Indicadores da Atenção Básica pode ser entendido como:

um método de governo desenvolvido com os propósitos de contribuir para que os municípios assumissem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde pelo menos no que diz respeito à atenção básica e, ao mesmo tempo, construir e consolidar a atenção básica, mudando o modelo assistencial até então prevalente.

Desde então, anualmente é publicada a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores das três esferas de governo e as orientações para o processo de pactuação (BRASIL, 2003c). Como exemplo, na publicação *Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006* consta uma relação de indicadores principais e complementares gerais e relacionados à saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, eliminação da hanseníase e ao controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da tuberculose (BRASIL, 2006i).

Juntamente a estes indicadores, destaca-se o indicador ICSAA. Se ações efetivas e de qualidade na APS podem reduzir o risco de hospitalização por problemas de saúde sensíveis a este nível de atenção, as ICSAA podem ser consideradas como um indicador de qualidade e resolutividade da APS (BERMÚDEZ-TAMAYO et al., 2004).

Segundo Nedel e colaboradores (2011), para um agravo ser considerado uma ICSAA ele depende dos princípios da sensibilidade e da especificidade. O primeiro se refere à condição das ações tipicamente desenvolvidas na APS resultarem na redução das taxas de hospitalização por uma determinada causa ou até mesmo a não concretização da internação hospitalar. Já o princípio da especificidade determina que as causas de hospitalizações menos sensíveis ou não relacionadas às ações da APS não devem ser incluídas no indicador.

Neste sentido, as ICSAA podem sugerir a identificação de deficiências da oferta dos cuidados primários à saúde nas comunidades (NEDEL, 2008) e a avaliação da estrutura das instalações, do processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam neste nível de atenção e do impacto da atenção primária sobre a saúde da população (ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008).

Além disso, as ICSAA facilitam este tipo de análise em todo o mundo, permitindo a comparação das taxas e suas características entre regiões e municípios (NEDEL et al., 2011).

Esse indicador tem sido adotado em outros países com a mesma função de medir a efetividade da APS. As ICSAA tiveram início nos Estados Unidos na década de 1980, e atualmente são também adotadas pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), dentre eles a Espanha, que possui um sistema de saúde universal, territorializado e hierarquizado com base na APS, semelhante ao brasileiro. O aumento recente do número de publicações de estudos com boa qualidade metodológica reflete o interesse na utilização deste indicador e o amadurecimento na abordagem do tema (NEDEL, 2010).

A existência de diferentes listas nacionais e internacionais de ICSAA dificulta a comparação de resultados de estudos que utilizam listas diferentes (NEDEL, 2008). Neste sentido, em 2008, foi publicada pelo MS a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Anexo C), uma vez também considerada a necessidade da criação de uma relação de morbidades que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença em todo o país (BRASIL, 2008f). Além de possibilitar mais uma ferramenta de avaliação e desempenho da APS, esta lista busca aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde no país (ALFRADIQUE et al., 2009).

Para a criação desta lista, vários especialistas brasileiros foram consultados pelo MS. Além disso, houve o levantamento das listas brasileiras existentes até então (do Ceará, Curitiba e Minas Gerais), as quais são mais abrangentes por incluírem internações por condições relacionadas à saúde mental (SILVA, 2011).

É possível observar resultados relevantes em estudos que utilizaram este indicador. Em estudo que avaliou internações do SUS em Fortaleza/CE, 27,4% do total correspondeu a ICSAA. Se os partos do universo pesquisado não fossem considerados, este valor seria ainda mais elevado (33,8%) (MENDES, 2002 apud ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008). Este valor se aproxima dos 38,8% de ICSAA obtidos em pesquisa realizada em hospitais públicos e conveniados com o SUS em Montes Claros/MG (FERNANDES et al., 2009).

Apesar das ICSAA apresentarem como limitação a ausência de informações específicas que permitam apontar e interpretar as tendências deste tipo de

internação em relação às outras causas de hospitalização, Alfradique e colaboradores (2009) conseguiram observar que, no período de 2000 a 2006, as ICSAA no Brasil tiveram maior redução (15,8%) que as internações por outras causas (10,1%).

É importante considerar que a influência de particularidades de uma determinada população, como as características de morbidade, cultura de utilização dos serviços de saúde e acessibilidade aos hospitais, reflete numa validade relativa deste indicador para efeito de comparação (BERMÚDEZ-TAMAYO et al., 2004). Além disso, Fernandes e colaboradores (2009) observaram, de forma estatisticamente significativa, um maior número de ICSAA associados com a escolaridade de até quatro anos e com a falta de vínculo com a ESF.

Assim, são necessários alguns cuidados em relação ao uso das ICSAA como indicador. Não necessariamente taxas elevadas refletem a urgência de ações imediatas, mas sim podem alertar sobre a possibilidade de investigação mais precisa. É importante considerar também a necessidade de avaliar as taxas ajustadas por idade, cobertura de planos de saúde e regiões, além de excluir os partos do total de internações, já que não representam uma patologia e é particular de parte da população feminina (ALFRADIQUE et al. 2009).

Relacionando o tabagismo às condições sensíveis à atenção ambulatorial, dados nacionais de 2006 apontam que dos 28,5% das ICSAA, excluindo-se partos, algumas das internações mais frequentes estiveram relacionadas às doenças tabaco-relacionadas, como asma (9,7%), doenças das vias aéreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%) e doenças cerebrovasculares (6,5%) (ALFRADIQUE et al. 2009).

A forte presença das doenças tabaco-relacionadas entre as principais causas de ICSAA também pode ser notada pelo estudo de Pires (2008), que compilou dados sobre as causas de ICSAA no estado de Minas Gerais no período entre 2002 e 2005, tendo como referência a lista mineira de ICSAA (MINAS GERAIS, 2006). Pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma ocuparam, respectivamente, a primeira, segunda, quinta e sexta posições entre as causas mais comuns de hospitalizações no estado.

As ICSAA tabaco-relacionadas também foram destaque em um estudo que teve como base a lista mineira de ICSAA e objetivou construir um algoritmo para

captura de ICSAA em um registro integrado de saúde do município de Juiz de Fora/MG. Considerando as internações capturadas pelo algoritmo no período entre 2002 e 2005, foram observadas como principais causas de ICSAA as pneumonias bacterianas, que representaram 15,6% das hospitalizações entre os homens e 17,5% entre as mulheres. Também se destacaram entre as mulheres insuficiência cardíaca (8,77%), angina pectoris (4,39%) e asma (3,51%). Entre os homens, bronquite aguda (6,42%), doença pulmonar obstrutiva crônica (6,42%), asma (5,50%) e angina pectoris (5,50%) foram alguns dos principais motivos de hospitalizações (MORENO et. al, 2009).

Considerando que são necessários mais estudos que relacionem as ICSAA com a efetividade dos serviços na APS (FERNANDES et al., 2009) e a importância da realização de pesquisas que relacionem o tabagismo com as ICSAA, esta pesquisa tem a intenção de contribuir para a discussão acerca das hospitalizações evitáveis relacionadas às doenças tabaco-relacionadas.

Apesar de as políticas públicas direcionadas à APS e que abordam o controle do tabagismo nas suas variadas nuances apresentarem um vasto referencial teórico, elas ainda estão na primeira década de seus processos de consolidação. Dessa forma, o estabelecimento de uma linha de base que aborde a situação de implementação das ações desenvolvidas em diferentes localidades e os correspondentes perfis das ICSAA apresenta-se como uma proposta de estudo que permita o maior conhecimento sobre o desempenho destas políticas. Esta linha de base poderá subsidiar o posterior acompanhamento da implantação das ações em nível local, relacionando com a evolução histórica das ICSAA, no sentido de apontar o quão resolutivo estão sendo as estratégias adotadas para o controle do tabagismo.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Analisar a situação das políticas voltadas para o tabagismo no município de Juiz de Fora/MG

3.2. Objetivos Específicos

- Verificar as ações e diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da zona urbana do município.

- Estabelecer o perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas no ano de 2008, configurando uma linha de base para futuras avaliações.

4. Métodos

Segundo Gil (2007), as pesquisas podem ser classificadas em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas, sendo que as exploratórias apresentam o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema a fim de tomá-lo mais explícito ou construir hipóteses. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem um levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (SELLTIZ et al., 1967 apud GIL, 2007 p. 24).

Considerando o exposto, a presente pesquisa apresenta um caráter exploratório, pois tem o objetivo de explicitar a situação de implementação do PNCT e o perfil das ICSSA tabaco-relacionadas no município de Juiz de Fora.

4.1. Apresentação do cenário

O estudo proposto foi realizado no município de Juiz de Fora/MG, situado na Zona da Mata de Minas Gerais, que apresentava uma população no ano de 2010 de 516.247 habitantes, sendo 510.378 residentes na área urbana e 5.869 na área rural (IBGE, 2011).

De acordo com a Planilha de Regionalização da Rede Assistencial de Juiz de Fora do ano de 2011 (Apêndice A), o município em questão possui sete regiões administrativas urbanas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Nordeste, Sudeste e Centro), distribuídas em 12 regiões sanitárias, e uma região administrativa do campo. A zona urbana possui 44 áreas cobertas por UAPS (32 com Estratégia Saúde da Família-ESF; 10 com modelo tradicional e duas com Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e 19 áreas descobertas. Já a região administrativa do campo conta com 15 UAPS (seis com ESF e nove com modelo tradicional).

Segundo Dias (2012), que analisou a implementação do PNCT em Juiz de Fora, a criação da Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do

Tabagismo (CIPCT) pelo secretário municipal de saúde, em 1999, representou a primeira iniciativa do município no controle do tabagismo. Esta comissão foi composta por representantes de diferentes setores do município e coordenada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde, tendo como competências:

- 1– unir esforços dos diferentes setores representados na Comissão na luta anti-tabágica;
- 2– estimular o intercâmbio entre os diversos órgãos, serviços, ONGs etc, que desenvolvem ações com relação ao tabagismo no município;
- 3– elaborar e/ou divulgar material educativo, assim como promover atividades no município em comemoração as datas já estabelecidas como: “Dia mundial sem tabaco” (31/05) e “Dia nacional de combate ao fumo” (29/08);
- 4 – propor ações educativas e preventivas, levantando discussões críticas na comunidade escolar, empresas e outras, estimulando a realização de programas e campanhas locais anti-tabágica;
- 5 – propor aos setores competentes, de acordo com a demanda, a capacitação de equipes multiprofissionais para implantar ou implementar serviços de referência para tratamento do tabagista;
- 6 – catalogar as diversas alternativas de tratamento existentes no município;
- 7 – sugerir ao gestor do sistema de saúde e afins a discussão de políticas de controle e prevenção do tabagismo no município;
- 8 – divulgar no município a legislação já existente referente a restrição do uso do fumo em recintos fechados e públicos;
- 9 – propor junto a Câmara Municipal e outras Secretarias, medidas que tornem possível o cumprimento da legislação anti-tabágica já em vigor;
- 10 – estabelecer parcerias junto ao setor público e privado para financiar a confecção de material educativo (DIAS, 2012, p. 65)

Após a publicação das portarias nº 1035 e nº 442 do MS, a Secretaria Estadual de Saúde sugeriu a estruturação da Coordenação Municipal do PNCT, com o objetivo de ofertar o tratamento do tabagismo nas UAPS do município. Assim, em abril de 2005, foi criada a Coordenação Municipal de Controle do Tabagismo, denominada Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT) (DIAS, 2012).

Dentre outras ações, o SECOPTT possui as ações específicas de oferecer tratamento aos fumantes adscritos às áreas descobertas por UAPS no município; estruturar e fornecer a capacitação dos profissionais das UAPS para a Abordagem Intensiva do Fumante; receber, controlar e dispensar os manuais e medicamentos para as UAPS; controlar as planilhas com informação do tratamento no município e repassar para Coordenação Estadual; e estruturar as campanhas e atividades educativas e científicas nas datas pontuais (DIAS, 2012).

4.2. Ações e diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) desenvolvidas em Juiz de Fora/MG

Considerando que o emprego da mescla de abordagens quantitativas e qualitativas possibilita uma compreensão em maior profundidade sobre a dinâmica interna e os múltiplos aspectos dos serviços avaliados (TANAKA e MELO, 2004), este estudo lançou mão de abordagens quantitativas e qualitativas para atender ao primeiro objetivo específico.

A fim de realizar uma análise das diretrizes e ações do PNCT no âmbito de Juiz de Fora/MG, foram entrevistados o coordenador municipal do programa e profissionais de saúde das 44 UAPS da zona urbana do município.

Através do contato inicial por telefone com o gerente de saúde de cada UAPS, foi solicitada a indicação de um profissional de nível superior da unidade que tenha sido capacitado para a abordagem e tratamento do tabagismo e que pudesse fornecer informações sobre as ações realizadas pela UAPS relacionadas ao tabagismo. No caso das unidades que não apresentaram este profissional capacitado, o próprio gerente local foi o sujeito entrevistado. As entrevistas foram realizadas e registradas pelo pesquisador responsável no local e horário de trabalho dos entrevistados.

Segundo Manzini (2004 apud Belei et. al, 2008), existem três tipos de entrevistas: estruturada, semi-estruturada e não-estruturada. A entrevista estruturada contém perguntas fechadas e sem flexibilidade. Já a semi-estruturada é direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas. Por fim, a entrevista não-estruturada é aquela que “oferece ampla liberdade na formulação de perguntas e na intervenção da fala do entrevistado” (MANZINI, 2004 apud BELEI et. al, 2008, p.189).

Neste sentido, foram elaborados três instrumentos que abordaram as diretrizes e ações do PNCT. Um instrumento semi-estruturado foi destinado à entrevista do coordenador municipal do PNCT, contendo perguntas abertas norteadoras sobre a situação de implementação do programa no município (Apêndice B). Em relação aos profissionais capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo das UAPS urbanas e os gerentes locais de saúde, foi

aplicado um questionário predominantemente estruturado. O instrumento utilizado na entrevista dos profissionais capacitados teve o objetivo de obter informações as quais estão estreitamente relacionadas com os anexos da Portaria nº 442 do MS, incluindo a capacitação dos profissionais, credenciamento da unidade, tratamento oferecido, registro do usuário e avaliação das ações (Apêndice C). O instrumento utilizado na entrevista dos gerentes das UAPS consistiu em itens mais abrangentes sobre as ações desenvolvidas na unidade voltadas para o controle do tabagismo (Apêndice D). Esta iniciativa baseou-se no pressuposto de que a não capacitação para a abordagem do tabagismo é um fator desestimulante para a realização das ações de modo que respeite a complexidade das orientações do MS.

Considerando que é indicada a gravação das entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995), as repostas foram anotadas e gravadas no momento da entrevista mediante a autorização dos entrevistados.

Segundo Duarte (2004), para o preparo da análise da entrevista o conteúdo deve ser transcrito pelo entrevistador logo depois de colhido. Ainda segundo a autora, as entrevistas podem e devem ser editadas, exceto quando se pretende fazer análise do discurso, podendo ser criadas análises temáticas para a interpretação das entrevistas abertas ou semi-estruturadas através da segmentação da fala dos entrevistados em unidades de significação articuladas em categorias de análises.

Desta forma, após a obtenção dos dados da entrevista do coordenador municipal do PNCT, o conteúdo foi transcrito pelo pesquisador responsável e posteriormente editado, obedecendo a categorias de análise que organizaram a disposição dos resultados.

Em relação às entrevistas dos profissionais das UAPS, as respostas das perguntas dissertativas também foram transcritas e organizadas em categorias de análise, o que possibilitou, além da análise qualitativa do conteúdo, a análise estatística considerando a frequência relativa das categorias. Em relação às perguntas objetivas, foi realizada apenas a frequência relativa dos itens que as compõem. Os resultados destas entrevistas foram relacionados com as informações obtidas junto ao coordenador local do PNCT. É importante ressaltar que as

informações colhidas referiram-se à conjuntura das UAPS no momento das entrevistas.

4.3. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas

Para atender ao segundo objetivo específico, inicialmente foram identificadas as doenças tabaco-relacionadas tendo como base a lista de doenças contidas na base eletrônica de dados do CDC (Centers for disease Control and Prevention) (Anexo A). Esta decisão pode ser justificada pela instituição provedora da lista apresentar destaque internacional nas pesquisas relacionadas ao tabagismo e pela indicação dos códigos referentes à CID-10 de cada doença tabaco-relacionada.

Com a verificação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Anexo C), pode-se notar um conjunto considerável de doenças tabaco-relacionadas que se enquadram como causas de hospitalizações que apresentam uma estreita relação com as intervenções no primeiro nível de atenção à saúde. Estas doenças tabaco-relacionadas, que constam na lista brasileira, e seus respectivos códigos relativos à CID-10, estão estruturados no Apêndice D. Apesar de existirem outras listas que dispõem as ICSAA, inclusive a do estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), a lista nacional foi adotada no sentido de permitir futuras comparações dos dados obtidos nesta pesquisa com estudos de outros estados do Brasil.

Para análise das ICSAA tabaco-relacionadas, foi utilizada uma base de dados secundários com informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), referente ao município de Juiz de Fora/MG no ano de 2008, adotado pelo “Estudo da Atenção Primária à Saúde mediante o indicador: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial” (SILVA, 2011). Tal pesquisa foi vinculada ao projeto “Uso integrado das bases de dados epidemiológicos para serem utilizados em pesquisa”, o qual foi desenvolvido pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

A base de dados deste projeto contava com 74.098 registros de internação e após as exclusões necessárias para o estudo de Silva (2011), 36.791 registros foram considerados para análise. Inicialmente, foram excluídos os registros que não apresentaram Código de Endereçamento Postal (CEP) dentro dos limites da cidade de Juiz de Fora totalizando 18.284 (24,67%), uma vez que a população de interesse era a de pacientes residentes no município. É válido destacar que o município é considerado pólo da Zona da Mata de Minas Gerais no que se refere ao setor saúde, fato esse que explica o alto percentual de exclusão. Também foram retirados 4.571(6,17%) referentes às internações por partos (normal e cesáreo), as quais são tidas como um desfecho natural da gestação que afeta parte da população feminina e não representa uma patologia (ALFRADIQUE, 2009). Além disso, foram desconsiderados 118 (0,15%) registros da região sanitária de campo referente à área rural. Ainda foram excluídos 2.823 (3,80%) registros repetidos que apresentaram as mesmas datas de admissão e saída (glosa de Autorizações de Internação Hospitalar) e 7.226 (9,75%) registros de internações dentro de um mesmo período contínuo e com o mesmo diagnóstico principal, com o objetivo de se obter uma aproximação efetiva do número de internações com aquele diagnóstico. Entretanto, foram considerados os registros dos pacientes que apresentaram diferentes diagnósticos durante um período contínuo de internação.

Silva (2011) baseou-se na Planilha de Regionalização da Rede assistencial de Juiz de Fora do ano de 2009 (Anexo D), a qual apresenta a zona urbana com 42 áreas cobertas por UAPS (30 com Estratégia Saúde da Família- ESF; 10 com modelo tradicional e duas com Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Já a região administrativa do campo conta com 15 UAPS (seis com ESF e nove com modelo tradicional). Das 13 áreas descobertas constantes na planilha, três (Condomínio Santa Felicidade, Campo Grande e Condomínio Vivendas da Serra) foram agregadas às áreas descobertas próximas por não estarem disponibilizadas na malha digital do Laboratório de Estudos Estatísticos na Saúde (LEES/UFJF).

Após avaliar a base de dados por cerca de 10 meses, com o objetivo de melhorar a qualidade da variável “endereço dos pacientes” (rua, número, complemento, bairro e CEP) e identificar as múltiplas internações, a pesquisadora excluiu mais 4.285 registros que apresentaram erros de digitação ou impossibilidade de georreferenciamento dos endereços com base na malha digital utilizada. Dessa

forma, restaram 36.791 registros de internação, os quais foram a população de estudo da referida pesquisa e que também foi adotada no presente estudo. Os registros de internação foram dispostos no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) no qual foram feitas as análises estatísticas dos dados.

Tendo o objetivo de estabelecer o perfil das ICSAA tabaco-relacionadas no ano de 2008, foram inicialmente selecionadas do banco de dados as doenças que apresentam códigos coincidentes com as apresentadas pela Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, formando o grupo de ICSAA. A partir desta seleção, foram selecionadas somente as ICSAA com os códigos apresentados pela lista do CDC, como estruturado no Apêndice E. Dessa forma, foi obtido o conjunto de dados correspondentes às ICSAA tabaco-relacionadas. É importante observar que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e a lista de doenças tabaco-relacionadas elaborada pelo CDC apresentam as doenças com seus respectivos códigos da CID 10 ora dispostos em categorias com três caracteres (ex. C15), ora em subcategorias de quatro caracteres (ex. C92.0). Ainda há doenças representadas por um conjunto de códigos delimitados por uma categoria inicial e final (ex. C33-C34). Dessa forma, é importante esclarecer que nas seleções realizadas para obter o conjunto de ICSAA tabaco-relacionadas foram considerados os códigos de três e quatro caracteres indicados isoladamente ou pertencentes aos conjuntos de códigos delimitados por uma categoria inicial e final.

Após a realização desta seleção, foi feita a descrição estatística das doenças em questão, com a aplicação de técnicas descritivas exploratórias dos dados. Para tal, foi observada a distribuição das ICSAA tabaco-relacionadas considerando os seguintes aspectos: sexo, idade, grupos de doenças estabelecidas pelo CDC, regiões administrativas de Juiz de Fora, tipo de modelo assistencial adotado pelas unidades e UAPS.

É válido destacar que a análise dos dados considerou as 42 áreas urbanas cobertas e as 10 áreas descobertas de acordo com a Planilha de Regionalização da Rede assistencial de Juiz de Fora do ano de 2009 (Anexo D), como realizado no estudo de Silva (2011). No entanto, para a determinação do índice proporcional das ICSAA tabaco-relacionadas, foram considerados os valores populacionais atualizados das referidas áreas da planilha de 2011 (Apêndice A), a qual apresenta

em sua última coluna à direita a sinalização das 52 áreas apontadas pela planilha de 2009. Considerando que houve variações na composição das áreas cobertas e descobertas entre as duas planilhas e que não foi possível fazer todas as devidas correspondências populacionais, este fato configura-se como uma limitação deste trabalho.

4.4. Questões éticas envolvidas

Este projeto teve sua execução autorizada pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (Apêndice F), foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer 013/2011. Protocolo CEP / UFJF: 22730132011) e seguiu todas as normatizações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, antes da coleta de dados, os entrevistados foram individualmente esclarecidos sobre a pesquisa e se posicionaram sobre sua participação através de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice G) antes da aplicação dos questionários.

5. Resultados

Primeiramente, estarão dispostos os resultados decorrentes da entrevista realizada com o coordenador municipal do PNCT de Juiz de Fora. A entrevista foi realizada com a responsável pela coordenação municipal de controle do tabagismo, SECOPTT, assistente social há quatro anos no cargo. As passagens transcritas referentes às respostas serão identificadas pela sigla CM. O conteúdo da entrevista foi reproduzido sendo organizado segundo as seguintes categorias de análise: Início das ações; Implementação das ações de controle do tabagismo no município; Pontos fracos na implementação das ações; Pontos fortes na implementação das ações; e Articulação com as outras esferas de governo.

Em seguida, os dados colhidos a partir da aplicação dos questionários aos profissionais que atuam na atenção primária completarão a proposta de verificar as ações e diretrizes do PNCT nas UAPS da zona urbana do município. Algumas passagens das falas dos entrevistados serão dispostas no decorrer do texto. Para isso, os profissionais serão identificados por P1 a P44. Os resultados estarão dispostos de acordo com os seguintes tópicos: Apresentação das UAPS e dos entrevistados; Credenciamento das UAPS; Atendimento ao fumante; Registro do atendimento; Avaliação das ações de tratamento do tabagismo; Outras ações relacionadas ao controle do tabagismo.

Por fim, será exposta uma síntese referente às internações hospitalares do ano de 2008, estabelecendo o perfil das ICSSA tabaco-relacionadas. A partir do número total de registros do banco de dados, 36.791 hospitalizações, estarão dispostas as seleções das doenças tabaco-relacionadas, das ICSSA, além das ICSSA tabaco-relacionadas e sua distribuição considerando os seguintes aspectos: sexo, idade, grupos de doenças estabelecidas pelo CDC, regiões administrativas de Juiz de Fora, tipo de modelo assistencial adotado pelas unidades e UAPS.

5.1. Entrevista com o coordenador Municipal do PNCT

5.1.1. Início das ações no município

Por não ter participado da implementação das ações de controle do tabagismo no município, a entrevistada relatou que a descrição mais detalhada sobre o início das ações poderia ser obtida com outros membros da coordenação, o que já foi apresentado anteriormente na parte que apresenta o cenário desta pesquisa. Entretanto, a entrevistada alegou que profissionais interessados pelo tema e com a intenção de iniciar a oferta de tratamento ao fumante foram os responsáveis pelas primeiras ações no município, que consistiram em campanhas e na participação em eventos científicos. Segundo a respondente, este momento representou a fase anterior à criação do SECOPTT. A partir de 2005, com o estabelecimento do SECOPTT, iniciou-se o serviço estruturado, com a implementação do atendimento do fumante.

5.1.2. Implementação das ações de controle do tabagismo no município

A coordenadora municipal relatou que o serviço no nível municipal tem a intenção de implementar o PNCT, através de ações com cunho político, além das ações que envolvem o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde.

Segundo a entrevistada, as ações políticas podem ser evidenciadas pela criação de um projeto de lei municipal que propõe a proibição do fumo em locais fechados. Formulado pelo SECOPTT, este projeto foi apresentado a um vereador em 2008.

Entretanto, a respondente mencionou ter havido resistência da associação de bares e restaurantes do município e de uma fabricante de cigarros em relação à implementação da lei, uma vez que alertaram sobre a importância econômica do tabaco e a grande perda de empregos que a lei em discussão poderia acarretar.

A lei municipal em questão é a nº 11.813 de 29 de julho de 2009 (PJF, 2009), que proíbe o fumo em recintos coletivos públicos e privados no município de Juiz de Fora, assim como nas áreas fechadas de locais de trabalho, onde ocorrer o trânsito, a circulação, a convivência e a permanência de pessoas. Os únicos locais em que a lei não se aplica são os locais de culto religioso em que o uso de produtos fulmígenos faça parte do ritual, as residências, as vias públicas e as mesas de bares colocadas nas calçadas e vias públicas.

A coordenadora municipal relatou que as ações de prevenção e promoção são aquelas representadas pelas campanhas nas datas pontuais (31 de maio e 29 de agosto) e as palestras em instituições e empresas:

As campanhas são feitas nas unidades básicas de saúde, nas ruas do centro da cidade e no Pam Marechal. São feitas a abordagem breve e mínima do fumante e entregues folhetos explicativos sobre o tema. Em 2011 houve parceria com alunos de enfermagem da UFJF. Além disso, as campanhas são divulgadas por meio de rádio e TV (CM).

O citado Pam Marechal refere-se ao Departamento de Clínicas Especializadas da Secretaria Municipal de Saúde, referência na atenção secundária à saúde e localizado no centro de Juiz de Fora.

Por fim, a entrevistada relatou que as ações que envolvem o tratamento do fumante tem como base para sua concretização a capacitação de profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção à saúde, para o tratamento dos fumantes:

A capacitação dos profissionais é baseada na Portaria nº 1035, que visa facilitar o acesso do fumante ao tratamento e a abordagem cognitivo-comportamental dos fumantes [...] A abordagem cognitivo-comportamental consiste na abordagem intensiva e breve/mínima. A intensiva é para os de nível superior, sendo mais estruturada e inclui as sessões em grupo e terapia medicamentosa [...] Há prioridade na capacitação desta abordagem porque permite a oferta do tratamento do fumante com a intenção de descentralizar e implementar o atendimento ao fumante nas unidades básicas de saúde (CM).

[...] Essa capacitação é feita uma a duas vezes com 50 profissionais participantes, que é limitada pelo INCA. [...] Em 2011 a greve dos médicos da cidade prejudicou a adesão de profissionais, sendo ao todo 80 profissionais capacitados (CM).

Segundo a coordenadora, a capacitação da abordagem breve/mínima é destinada aos profissionais de nível médio, tendo o foco em motivar o fumante a parar de fumar. Ainda relatou que, até o momento, foram realizadas três capacitações deste tipo, sendo que já existem alguns ACS e técnicos de enfermagem capacitados em algumas unidades de saúde.

A coordenadora também descreveu a capacitação como um momento teórico e prático. A parte teórica, realizada durante doze horas, aborda o tema tabagismo e

como fazer os grupos de tratamento, o controle destes grupos, quais os instrumentos de avaliação do tratamento, as datas de envio de relatórios, a confecção de projeto sobre a sua área de abrangência e o número de grupos que serão realizadas no ano. Além disso, em quatro horas de atividades práticas ocorre o acompanhamento da implementação do primeiro grupo nas unidades pelo SECOPTT, sendo mostrada a parte prática do atendimento e os instrumentos de controle e avaliação do INCA:

Entretanto, isto só foi feito em três unidades, sendo que, nos outros casos, os profissionais vêm até ao SECOPTT para realizar este momento prático [...] É utilizado o material definido pelo INCA e MS, suficiente para no máximo 50 profissionais, o que limita a capacitação de residentes e outros profissionais [...] O material consiste no consenso de abordagem do fumante de 2008 e o manual do coordenador da sessão em grupo [...] São também acrescentados materiais próprios do SECOPTT a partir de atualizações em congressos (CM).

Segundo a coordenadora municipal do PNCT, inicialmente o tratamento só era oferecido na sede do SECOPTT, para onde as unidades de saúde encaminhavam os fumantes. Mas devido ao número reduzido de profissionais do serviço para a demanda, à Portaria nº 1035 do MS, que prevê a descentralização do atendimento do fumante para as UAPS, e à estruturação do SECOPTT em 2005 com as primeiras capacitações de profissionais de saúde, começou a ser ofertada a abordagem cognitivo-comportamental nas UAPS. Ainda alertou que isso se intensificou em 2006 e, em 2011, o SECOPTT atende restritamente os 42 bairros descobertos por UAPS.

A entrevistada enfatizou que, em todos os níveis de atenção, deve ocorrer a abordagem intensiva e breve/mínima. Entretanto, como há a intenção de facilitar o acesso do fumante ao tratamento, alegou que o foco é oferecê-lo no nível primário.

A descrição das ações na APS pode ser notada na passagem a seguir:

Na APS, há a orientação para que sejam divulgadas a realização das atividades de grupo nas unidades, em seguida para que seja aberta inscrição dos usuários que buscam o atendimento para os grupos, destinado para no máximo 15 usuários, sendo criada uma fila de espera. Assim, é feita uma primeira reunião de apresentação das atividades em grupo. [...] A partir dessa reunião, um novo momento é marcado para os usuários que desejam iniciar o tratamento em que são avaliados segundo a ficha de cadastro preconizado pelo PNCT. [...] Este método foi adotado devido à impossibilidade de avaliar todos os usuários que procuram a unidade.

A coordenadora enfatizou que a frequência das reuniões em grupo devem ser de acordo com a Portaria nº 442 do MS:

[...] semanais durante um mês, sendo sempre no mesmo dia e mesmo horário, duas quinzenais e, por fim, reuniões mensais até completar um ano [...] Como as unidades costumam apresentar dificuldade em manter as reuniões mensais, o SECOPTT oferece um suporte presencialmente, caso a unidade entre em contato (CM).

Apesar de reconhecer que grupos especiais como o de pacientes psiquiátricos, de idosos e de crianças e adolescentes teriam que receber um tratamento separado dos demais grupos, a coordenadora alega que este serviço não é ofertado no município por falta de estrutura:

Nestes casos, o atendimento individual deve ser realizado, assim como em qualquer caso de pacientes que apresentem algum impedimento para permanecerem no grupo (CM).

Lamentou que o PNCT, como qualquer outro programa do MS, é estruturado de forma ideal, prevendo que a rede SUS funcione perfeitamente em todos os níveis de atenção, o que não é a realidade do município.

Um ponto que foi bastante abordado pela entrevistada foi a questão dos medicamentos, cuja disponibilização para as UAPS exige o envio do projeto de credenciamento da unidade junto ao INCA e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que está sendo facilitado atualmente por um projeto único de todas as unidades feito pelo SECOPTT constando a presença de profissionais capacitados, inscrição dos usuários e iniciação aos grupos. Enfatizou que:

[...] sem essas condições não é e nunca foi repassado o medicamento. Nos casos em que algum usuário com a prescrição médica solicita no SECOPTT o medicamento, só é fornecido caso algum profissional que tenha sido capacitado e tenha sua unidade inscrita se comprometa em realizar a abordagem cognitivo-comportamental com aquele usuário (CM).

Segundo a entrevistada, são disponibilizados os adesivos 21mg, 14mg, 7mg, as pastilhas 4mg e o cloridrato de bupropiona 150mg. Entretanto, enfatizou que o MS disponibiliza o quantitativo para 75% dos pacientes dos grupos de fumantes, prevendo que os outros 25% não terão necessidade de uso, e que há a seguinte divisão do percentual do envio de cada medicação: 81% de adesivo; 16% de bupropiona e 3% de pastilha. “Na capacitação, propomos que não seja feita a associação de medicações para que possam ser contemplados 100% dos pacientes” (CM).

Em relação à goma de mascar relatou que:

[...] ainda é oferecida pelo MS, porém como possui uma série de fatores negativos (mastigação excessiva, amolecimento das gengivas, etc) e considerando o perfil odontológico da população fumante brasileira, optamos por solicitar a pastilha cuja aceitação é muito melhor pelos pacientes [...] O último recebimento de goma foi

fevereiro de 2010. Começamos a receber as pastilhas em setembro de 2010 [...] Esqueci de mencionar que as UAPS utilizam pouco a pastilha e a goma [...] algumas até preferem não receber. (CM).

Complementou que existem as medicações de segunda linha como, por exemplo, a nortriptilina, que está listada no consenso de 2008 e pode ser usada em substituição à bupropiona em caso de contra-indicação ou falta da mesma:

A bupropiona tem uma série de contra-indicações e muitas vezes os profissionais não se atentam para isso [...] O que ocorre nas unidades é que muitas vezes o uso da medicação, principalmente a bupropiona, é realizado como se fosse o principal do tratamento, quando na verdade a proposta do MS é a centralidade da abordagem cognitivo-comportamental (CM).

A coordenadora relatou que é pedido para serem realizadas campanhas em escolas, salas de espera e pesquisas com os dados colhidos na anamnese, mas reconhece que estas ações são muito difíceis de serem realizadas devido às outras demandas das unidades. Alegou que, em virtude disso:

[...] não ocorre mais o mutirão de saúde em todos os bairros nos fins de semana com palestras realizadas pelo SECOPTT. [...] O foco acaba sendo o atendimento ao fumante (CM).

Segundo a entrevistada, sem maiores detalhes, no nível secundário, através do serviço de controle de hipertensos, diabéticos e obesos (SCHIDO), e na atenção terciária, por meio de hospitais municipais, há a oferta das abordagens intensiva, breve e mínima realizadas de forma individual ou em grupo.

Ainda destacou que no município há Organizações não governamentais (ONGs) e instituições privadas que atendem dependentes químicos, inclusive tabagistas, no sentido de auxiliar no tratamento da dependência das outras drogas.

5.1.3. Pontos fracos na implementação das ações

Como pontos fracos na implementação das ações do PNCT no nível municipal, a coordenadora apontou a rede de apoio deficitária de referência e contra referência, principalmente na saúde mental, considerando-a como um “grande gargalo” (CM). Ainda apontou que há dificuldades em oferecer o tratamento para os fumantes com desordens psíquicas nas UAPS e para encaminhá-los para os dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, os quais quase sempre estão com as suas vagas ocupadas ou possuem profissionais que se recusam a

fazer a capacitação para tratamento do tabagismo pela complexidade e duração do tratamento.

A entrevistada também citou a dificuldade de relacionamento com a gestão federal em relação ao fornecimento de medicamentos e de material de apoio, o que repercute, por exemplo, na falta de materiais para as campanhas anuais nas datas comemorativas.

A desmotivação dos profissionais tanto para realizarem a capacitação quanto para a realizarem as ações nas unidades também foi um ponto abordado:

É comum os profissionais das unidades de saúde reclamarem que as outras demandas são muitas [...] Acredito que a difícil visualização da abordagem cognitivo-comportamental na capacitação e o fato do programa ter iniciado de forma centralizada no SECOPTT e só depois passar a exigir que as unidades sejam as responsáveis pelas ações, frustram os profissionais [...] A sub-secretaria de APS determinou que a capacitação fosse obrigatória neste ano [...] até porque tem uma forte pressão popular exercida na ouvidoria de saúde, que exige a oferta do tratamento nas unidades (CM).

A entrevistada relatou que as dificuldades em relação ao preenchimento das quatro planilhas de avaliação das ações, que deve ser realizado de forma trimestral, geram atrasos ou até mesmo o não envio das mesmas, colaborando para que muitos profissionais aleguem que seja inviável o cumprimento de tais atividades. Considera que o preenchimento adequado e envio das planilhas é fundamental, já que o seu não cumprimento, além de comprometer os indicadores sobre os fumantes que recebem atendimento no município, impossibilita a disponibilização de medicamentos para as unidades.

Ainda em relação aos medicamentos, a coordenadora alegou que o fato de existirem equipes capacitadas e não capacitadas em uma mesma UAPS faz com que usuários de um mesmo bairro recebam ou não o medicamento e que há casos de médicos que não foram capacitados para tratamento do tabagismo que prescrevem medicamentos para os usuários comprarem sem seguir o consenso preconizado pelo MS.

Segundo a entrevistada, a constante troca de gestores na SMS (secretariado da SMS, das subsecretarias da APS e da atenção secundária) e na Coordenação Estadual de Saúde do PNCT também é um ponto fraco na implementação das ações. Ainda acrescenta que:

[...] o fato de não ter uma verba própria para a implementação do programa no município desestimula o gestor municipal em encampar o programa. O financiamento é só destinado para os medicamentos e materiais de apoio (CM).

A coordenadora também mencionou as limitações do atendimento ao fumante na atenção terciária. Além dos medicamentos terem muitas contra-indicações, neste nível de atenção há dificuldade da abordagem intensiva, principalmente em grupo, devido ao difícil deslocamento do paciente do leito e ao indefinido período de internação. Entretanto, a entrevistada alertou que a abordagem neste nível é fundamental, pois o usuário tem o duplo sofrimento pelo motivo da sua internação e da impossibilidade de fumar.

Por fim, a entrevistada citou a carência de diálogo com a gestão estadual e federal e, conseqüentemente, do envio de materiais de estudo e de reciclagem do tratamento:

Os dados estatísticos e burocráticos de controle do tabagismo são mais levados em consideração pelo INCA do que a capacitação de profissionais e as ações [...] São mais preconizados os aspectos quantitativos e não os qualitativos do programa (CM).

5.1.4. Pontos fortes na implementação das ações

Como ponto forte, a coordenadora citou o acompanhamento do SECOPTT na implementação das ações nas UAPS, como já exposto antes. Com isso, ela observou que a unidade geralmente fica mais envolvida com as ações, havendo um maior comprometimento dos profissionais com as ações e conseqüente enriquecimento do trabalho.

Outro ponto forte citado pela entrevistada é que a partir de 2011 o medicamento será entregue no almoxarifado central, sendo posteriormente entregue nas unidades de saúde. Antes, os profissionais tinham que ir ao SECOPTT para receber os medicamentos, o que gerava um desgaste por parte dos profissionais.

5.1.5. Articulação com as outras esferas de governo

Segundo a entrevistada, os relatórios avaliativos das UAPS são enviados para a Gerência Regional de Saúde (GRS), que corresponde à macro-região do

município, sendo repassado posteriormente para o Programa de Prevenção Primária do Câncer (PREVPRI), que corresponde a todo estado, e que por sua vez é repassado para o INCA. Esta hierarquização também se refere ao fluxo de informações de atendimento e de indicadores. Apenas quando há a necessidade da discussão de alguns pontos, como as datas de entrega dos relatórios dos grupos, é tentado um contato direto com a esfera estadual e federal: “[...] nas datas pontuais, o INCA acompanha o desenvolvimento das ações, mas no resto não [...] até porque não há financiamento próprio” (CM).

Entretanto, observa que esse fato confere uma maior autonomia para realização das ações municipais, contanto que não envolva a questão dos medicamentos.

A entrevistada alegou que as determinações prevalentes sobre o PNCT são do INCA, o que torna a articulação restritamente burocrática, apesar de haver o interesse do nível municipal em articular com os outros níveis de governo sobre o planejamento das ações. Acrescenta que sente falta da promoção, para as coordenações municipais, de congressos e encontros para a troca de informações e de experiências.

5.2. Entrevista com os profissionais de saúde

5.2.1. Apresentação das UAPS e dos entrevistados

Como já mencionado nos métodos deste estudo, foi entrevistado um profissional de saúde de cada uma das 44 UAPS da zona urbana de Juiz de Fora/MG.

Na Tabela 1 está disposto o quantitativo de unidades de acordo com as respectivas regiões onde se localizam no município.

Tabela 1: Quantitativo de UAPS segundo as regiões administrativas urbanas correspondentes

Região Administrativa Urbana	Quantitativo de UAPS
Norte	12
Sul	6
Leste	8
Nordeste	5
Central	3
Sudeste	7
Oeste	3
Total	44

Segundo o relato dos entrevistados sobre o modelo assistencial das UAPS nas quais trabalham, 32 unidades apresentam a ESF (72,7%), 10 o modelo tradicional (22,7%), uma o PACS (2,3%) e outra uma mescla entre o modelo tradicional e PACS (2,3%).

É válido destacar que a citação sobre a unidade que apresenta a mescla entre o modelo tradicional e PACS não confere com as informações contidas na Planilha de Regionalização da Rede assistencial de Juiz de Fora do ano de 2011 (Apêndice A), a qual aponta 32 unidades com ESF, 10 com o modelo tradicional, e duas com o PACS.

Entre os 44 entrevistados, 40 foram mulheres (90,9%) e quatro entrevistados foram do sexo masculino (9,1%). Entre as mulheres, 25 são enfermeiras (62,5%), 10

assistentes sociais (25%), três médicas (7,5%), uma dentista (2,5%) e uma auxiliar de enfermagem (2,5%). Entre os homens, dois são médicos e dois enfermeiros.

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais entrevistados nas suas respectivas UAPS, a média foi de aproximadamente 9,4 anos, com o mínimo de 3 meses e o máximo de 29 anos de atuação profissional.

O número de profissionais capacitados associado ao quantitativo de unidades correspondentes está disposto na tabela 2.

Tabela 2: Quantitativo de profissionais capacitados e de UAPS correspondentes

Número de profissionais capacitados	Número de UAPS	%
0	2	4,5
1	3	6,8
2	10	22,7
3	10	22,7
4	6	13,6
5	7	15,9
6	5	11,4
7	1	2,3
Total	44	100

É válido constar que entre as duas unidades que não apresentam profissionais capacitados, uma delas apresentava profissionais em capacitação no momento da entrevista.

5.2.2. Credenciamento das UAPS

Segundo os entrevistados, em todas as 44 UAPS não é permitido fumar dentro da unidade, assim como é coibido este hábito dentro das mesmas caso o evento ocorra. Entretanto, um profissional relatou que apesar das determinações estabelecidas, alguns profissionais da sua unidade insistem em fumar dentro do recinto de trabalho. É importante destacar que de forma espontânea, alguns entrevistados relataram que o fato de existirem profissionais fumantes nas unidades dificulta a efetivação da oferta de atendimento aos usuários fumantes.

Todas as unidades apresentam locais para atendimento individual, os quais são adequados para o atendimento ao fumante. Em relação às sessões em grupo,

33 UAPS (75%) apresentam espaço dentro da própria unidade, cinco (11,4%) apresentam espaço fora da unidade e outras seis (13,6%) lançam mão de espaços dentro e fora da unidade para a realização de atividades em grupo.

Alguns respondentes referiram que os espaços dentro da unidade são locais improvisados e não os mais adequados para tais atividades, como observado no comentário a seguir: “Temos uma sala maior que é improvisada, mas que tem muita interferência por ter várias funções” (P25).

No caso dos locais situados fora das unidades para a realização das atividades em grupo, foram citadas as sociedades pró-melhoramento dos bairros, igrejas e escolas.

Todo fumante que demonstra interesse em parar de fumar é cadastrado na unidade para esta demanda em 34 unidades (77,3%). Quatro unidades (9,1%) não cadastram os fumantes para o tratamento específico e outras quatro (9,1%) não realizam este cadastramento, mas encaminham os fumantes para outras unidades que oferecem o serviço. Dois entrevistados (4,5%) relataram nunca ter ocorrido o fato de fumantes procurarem a UAPS para tratamento do tabagismo.

Das 34 unidades que cadastram os usuários para atendimento ao fumante, 14 (47,1%) utilizam a ficha de cadastramento segundo o modelo do PNCT, mas apenas para aqueles usuários que iniciam o tratamento. Em seis destas unidades, as fichas são anexadas ao prontuário do usuário e em oito as fichas ficam reunidas em uma pasta destinada às sessões em grupo com os fumantes.

5.2.3. Atendimento ao fumante

De todas as UAPS da zona urbana do município, 18 (40,9%) oferecem atendimento específico ao fumante segundo o modelo preconizado pelo PNCT, sendo que 12 adotam a ESF, e seis o modelo tradicional. Nestas unidades, segundo os entrevistados, sempre é observada a motivação do usuário em deixar de fumar, o nível de dependência física à nicotina, a indicação e/ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso e a existência de co-morbidades psiquiátricas. Cinco profissionais (11,4%) relataram também observar outros pontos na consulta inicial

do fumante. O motivo da procura do tratamento, quem o indicou, o contexto psicossocial do usuário e o fato de existirem outros fumantes em sua família foram os pontos citados.

Todas as 18 unidades oferecem a abordagem cognitivo-comportamental, lançando mão de material de apoio durante as sessões em grupo. 17 entrevistados alegaram que são utilizados os manuais oferecidos pelo MS destinados aos participantes e ao coordenador dos grupos. Apesar de mencionar o manual destinado aos participantes, um profissional relatou que o manual destinado ao coordenador não é utilizado na UAPS onde atua. O uso de outros materiais durante as sessões foi citado em 17 unidades. O “álbum seriado”, cedido pelo SECOPTT, que consiste em vários cartazes com ilustrações e informações foi um dos materiais citados. Foi comumente mencionado a utilização de vídeos educativos, folhetos, adesivos e cartazes confeccionados pelas próprias unidades ou fornecidos pela prefeitura, governo estadual, INCA e a universidade federal do município: “[...] a gente montou cartazes com as figuras que vem atrás dos maços de cigarro. Muita gente fala que quando pega o maço nem olha... se olhar se sente mal” (P39).

Para contribuir com as sessões em grupo, os profissionais citaram o uso de música, a realização de dinâmicas de descontração e de relaxamento, além da presença de profissionais de saúde externos à unidade e de usuários que já realizaram tratamento e tiveram sucesso em parar de fumar:

[...] nas sessões de manutenção procuramos trazer nutricionistas, angiologistas... psicólogos. [...] Acredito que esta fase é a mais importante, que é a prevenção da recaída.
[...] eu sempre gosto de trazer alguém que já parou de fumar sem medicamento... elas gostam de dar depoimentos nos grupos (P40).

“[...] usamos dinâmicas de grupo que fazemos por nossa conta... de conciliação... de entrosamento do grupo” (P24).

“[...] gravei uns CDs de música pra relaxamento pra usar nas sessões de relaxamento que tem no manual do coordenador e do participante” (P18).

Exercícios cognitivos comportamentais a partir da experiência profissional com o tratamento, mencionados por um médico, e técnicas de problematização, citadas por duas assistentes sociais também foram lembradas como alternativas utilizadas durante a abordagem cognitivo-comportamental:

[...] eu, como assistente social, utilizo técnicas de grupo também, que vai de acordo com o tema que a sessão tá pedindo. A técnica sensibiliza muito para que a pessoa

possa refletir com relação à parada... com relação de como ela coloca o cigarro...
Pra muitas pessoas, o cigarro é um amigo, um companheiro (P23).

Quando perguntados sobre qual a frequência mais comum das sessões com os fumantes que participam da abordagem em grupo, oito entrevistados (44,4% dos 18 profissionais) alegaram que inicialmente são quatro sessões semanais, seguidas por duas quinzenais e, por fim, uma reunião mensal até completar um ano, como preconizado pelo PNCT. Nas outras 10 unidades há variações no intervalo dos encontros e no período total de tratamento.

Segundo os entrevistados, em 11 das 18 unidades (61,1%) o usuário é sempre encaminhado para uma abordagem individual caso apresente algum impedimento em permanecer na abordagem em grupo. Quatro profissionais (22,2%) relataram que isso nem sempre ocorre em seus locais de trabalho e um (5,6%) alegou que isso não ocorre devido à falta de disponibilidade de profissionais de saúde e horários para atender os usuários individualmente. Por fim, dois profissionais (11,1%) relataram que até o momento não ocorreu nenhum impedimento com os usuários participantes dos grupos que tivesse exigido a abordagem individual.

Assim como a abordagem comportamental, todas as 18 UAPS que atendem o fumante segundo o PNCT oferecem tratamento medicamentoso. Em relação ao perfil do usuário que recebe este tratamento, somente um profissional alegou que os medicamentos são oferecidos para qualquer fumante. Destes 18 entrevistados, três (16,7%) citaram que sempre é fornecido apoio medicamentoso para os fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia e para os fumantes pesados, aqueles que fumam 20 ou mais cigarros por dia. Os outros 15 (83,3%) relataram que isso nem sempre ocorre.

Em relação aos fumantes que já tentaram parar de fumar, dois profissionais (11,1%) responderam que estes fumantes sempre recebem a terapia medicamentosa, enquanto que 16 (89,9%) alegaram que nem sempre isso é verdadeiro em suas respectivas UAPS.

Dois profissionais (11,1%) disseram não haver outro perfil dos mencionados anteriormente, enquanto que 16 entrevistados (88,9%) responderam que este fato é dependente da avaliação médica.

Na maioria da UAPS que oferecem atendimento ao fumante segundo o PNCT (15 unidades - 83,3%), todo o usuário que apresenta indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso é sempre acompanhado em consultas individuais subsequentes, pelo mesmo profissional de saúde que o prescreveu. Em três unidades (16,7%) isso nem sempre acontece.

Todos os 18 profissionais relataram que nas UAPS onde atuam são disponibilizados o adesivo transdérmico. A goma de mascar foi mencionada por sete profissionais (38,9%) e o cloridrato de bupropiona por 17 entrevistados (94,4%). Seis profissionais (33,3%) relataram que nas suas unidades são utilizados outros medicamentos diferentes dos citados anteriormente, como pastilhas e antidepressivos, de acordo com a avaliação médica.

5.2.4. Registro do atendimento aos usuários

Em relação ao registro do atendimento dos usuários, em 14 das 18 unidades de saúde (77,8%) há um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Segundo um entrevistado (5,6%), o registro é feito de maneira individual, mas em um caderno que consta a evolução de todos os participantes dos atendimentos em grupo. Por fim, três profissionais (16,7%) relataram que a evolução é feita de maneira geral para os integrantes dos grupos e individualmente no prontuário dos usuários apenas as evoluções referentes às consultas individuais.

5.2.5. Avaliação das ações de tratamento do tabagismo

Apesar de todas as unidades formularem algum relatório sobre a abordagem e tratamento do tabagismo e enviarem para o SECOPTT, a frequência do cumprimento deste fato variou entre elas, o que está exposto com a tabela 3.

Tabela 3: Frequência de envio do relatório do tratamento do tabagismo para o SECOPTT

Frequência	Número de UAPS
Mensal	3
Trimestral	11
Ao fim de cada grupo	3
Outra	1
Total	18

5.2.6. Outras ações relacionadas ao controle do tabagismo

Independentemente de ser ofertado o atendimento ao fumante segundo o modelo preconizado pelo PNCT, todos os 44 profissionais de saúde foram questionados se suas UAPS executam alguma ação relacionada ao controle do tabagismo que não seja restrita às recomendações da Portaria nº 442 do MS, as quais são repassadas nas capacitações coordenadas pelo SECOPTT. 40 entrevistados (90,9%) disseram que desenvolvem algum tipo de ação, sendo que em 18 UAPS há ações específicas para o fumante e em 39 há ações não específicas para o usuário com o hábito de fumar.

Entre as 18 unidades que oferecem ações específicas ao fumante, foi citada a abordagem breve/mínima individual por 11 entrevistados (61,1%), e em grupo por dois (11,1%). A prescrição de medicamentos para o usuário foi mencionada por cinco profissionais (27,8%), sendo que apenas um relatou que no período que foi realizada a entrevista também estava sendo fornecido os medicamentos remanescentes da época que a unidade ainda oferecia tratamento em grupo. As

orientações aos fumantes sobre os riscos do tabagismo em seus domicílios e na própria UAPS foram citadas por um (5,6%) e sete (38,9%) respondentes, respectivamente. Por fim, uma unidade oferece a abordagem fisioterapêutica para os fumantes integrantes das sessões em grupo que se interessam em recebê-la.

Na tabela 4, estão dispostas as frequências das ações que fazem referência ao tema tabagismo, não específicas ao fumante, citadas pelos 39 entrevistados.

Tabela 4: Ações não específicas ao fumante

Ações	Sim	%	Não	%
Salas de espera	26	66,7	13	33,3
Grupos	22	56,4	17	43,6
Palestras	1	2,6	38	97,4
Consultas na UAPS	24	61,5	15	38,5
Abordagem em escolas	3	7,7	36	92,3
Abordagem em associações	1	2,6	38	97,4
Divulgação das ações realizadas pela equipe da unidade em eventos científicos	1	2,6	38	97,4
Visitas domiciliares	6	15,4	33	84,6
Busca ativa por fumantes	1	2,6	38	97,4

Citadas como uma prática comum nas UAPS em que o tema tabagismo é abordado junto aos usuários independente da condição de serem fumantes, em geral, as salas de espera foram concebidas como espaços onde é feita a sensibilização dos usuários sobre os danos do tabagismo para a saúde e a importância de preveni-los e de tratá-los. Muitos entrevistados mencionaram que estes momentos são comumente trabalhados nas datas comemorativas do controle do tabagismo (31 de maio: Dia Mundial sem Tabaco e 29 de agosto: Dia Nacional de Combate ao Fumo).

As atividades em grupo apresentaram-se como oportunidades em que o tema tabagismo é eventualmente abordado. Foram citados os grupos de “hipertensos”, “diabéticos”, “direitos reprodutivos”, “gestantes”, “desnutridos”, “caminhada”, “saúde mental”, “saúde da mulher”, “climatério” e “pré-natal”.

Da mesma forma, foram frequentes as menções sobre a abordagem do tema tabagismo nas consultas individuais cotidianas realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem nas próprias unidades. De forma geral, os entrevistados que citaram esta prática foram sucintos ao se referirem a ela. Entretanto, pôde ser notada a preocupação pelos profissionais em aproveitar estes momentos como uma oportunidade para orientar os usuários fumantes acerca do abandono do hábito de fumar e os não fumantes sobre a importância de não iniciar o hábito, alertando sobre os prejuízos do cigarro e sua condição de fator de risco para várias doenças.

De forma não tão frequente entre os entrevistados foram citadas as visitas domiciliares como momentos de abordagem de questões relacionadas ao tabagismo. Os diferentes profissionais das unidades, incluindo os ACS, foram citados como os envolvidos nestas ações. Uma entrevistada descreveu o que é abordado nestes momentos com maior riqueza de detalhes:

A gente procura, nas visitas, sensibilizar sobre os prejuízos do fumo e buscar alternativas para quem diz que não tem condições em parar de fumar [...] A gente busca estabelecer na casa um lugar para fumar... para não prejudicar o restante da família, como fumar do lado de fora da casa [...] Também orientamos a pessoa a contabilizar quantos cigarros por dia a pessoa fuma (P13).

As atividades nas escolas foram citadas no sentido do trabalho da educação continuada sobre o tema, na formação de grupos de discussão de estudantes e da abordagem das drogas de um modo geral. Assim como foi reduzido o número de unidades que alegaram desenvolver esse tipo de ações, também não houve um maior detalhamento sobre o desenvolvimento das mesmas.

A única UAPS que citou a abordagem do controle do tabagismo em associações se referiu ao trabalho com adolescentes de um projeto social do bairro e com a associação local de moradores de rua, sendo este último considerado pela entrevistada um espaço importante para encaminhar usuários interessados para o tratamento do tabagismo na UAPS:

Vamos até a associação de moradores de rua e discutimos sobre o tabagismo [...] direcionamos os interessados para participarem do grupo de tratamento [...] Em breve, deve sair na unidade um grupo de tratamento só deles (P46).

A realização de palestras também foi citada por um único entrevistado, sendo estas ações direcionadas para idosos desenvolvidas em um clube próximo à UAPS. Da mesma forma, só houve uma menção sobre a divulgação das ações desenvolvidas pela equipe da unidade em eventos científicos, havendo, neste caso,

a participação em congressos realizados em outras cidades e em seminários locais. Por fim, somente um respondente citou a busca ativa de fumantes, sendo esta prática realizada pelos ACS a partir de suas visitas domiciliares mensais.

5.3. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas

O estabelecimento de um perfil das ICSAA tabaco relacionadas apresenta-se como um complemento à verificação das ações e diretrizes do PNCT nas UAPS para a configuração de uma linha de base que poderá subsidiar profissionais e gestores para o acompanhamento da implantação das ações em nível local relacionando à evolução histórica das ICSAA no município. Desta forma, não se pretende estabelecer uma relação imediata entre as localidades onde são desempenhadas ou não ações de controle do tabagismo e o quantitativo de ICSAA tabaco-relacionadas correspondentes, mas sim estruturar dados que possam permitir o estabelecimento desta relação futuramente.

Das 36791 internações no município de Juiz de Fora em 2008, 7746 (22,1%) foram por doenças tabaco-relacionadas. A disposição destas doenças, de acordo com os grupos estabelecidos pelo CDC, está contida na tabela 5.

Tabela 5: Doenças tabaco relacionadas segundo os grupos estabelecidos pelo CDC

Doenças tabaco-relacionadas	Frequência	%
Não	29045	78,9
Câncer	772	2,1
Doenças Cardiovasculares	4480	12,2
Doenças Respiratórias	2148	5,8
Condições Perinatais	346	0,9
Total	36791	100

De todas as internações, 6516 (17,7%) foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Dentre estas internações, 2921 internações (44,8% de todas as ICSAA) apresentaram códigos da CID 10 de doenças tabaco-relacionadas.

Dentre as 2921 ICSAA tabaco-relacionadas, 1277 (43,7%) corresponderam ao sexo feminino e 1644 (56,3%) ao sexo masculino.

Em relação à idade, as ICSAA tabaco-relacionadas estiveram associadas majoritariamente a indivíduos com faixas etárias mais avançadas (50 a 64 anos e 65 anos ou mais), como disposto na tabela 6.

Tabela 6: ICSAA tabaco-relacionadas segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ICSAA tabaco-relacionadas				Total	%
	Não	%	Sim	%		
Até 4 anos	3027	8,9	104	3,6	3131	8,5
5 a 14 anos	1910	5,6	23	0,8	1933	5,3
15 a 24 anos	3693	10,9	8	0,3	3701	10,1
25 a 34 anos	4927	14,5	51	1,7	4978	13,5
35 a 49 anos	7687	22,7	384	13,1	8071	21,9
50 a 64 anos	6575	19,4	1036	35,5	7611	20,7
65 anos ou mais	6051	17,9	1315	45,0	7366	20,0
Total	33870	100,0	2921	100,0	36791	100,0

Em relação aos grupos de doenças tabaco-relacionadas estabelecidas pelo CDC, 2383 (81,6%) ICSAA relacionadas ao tabaco apresentaram códigos da CID 10 referentes às doenças cardiovasculares e 538 (18,4%) às doenças respiratórias. Não houve registros de ICSAA tabaco-relacionadas referentes a câncer e condições perinatais.

A disposição das ICSAA tabaco-relacionadas de acordo com as regiões administrativas de Juiz de Fora apresenta-se na tabela 7.

Tabela 7: Frequência de ICSAA tabaco-relacionadas segundo as regiões administrativas

REGIÃO ADMINISTRATIVA	ICSAA tabaco-relacionadas				Total	
	Não	%	Sim	%		
CENTRO	3602	10,6	318	10,9	3920	10,7
LESTE	7347	21,7	692	23,7	8039	21,9
NORTE	7880	23,3	654	22,4	8534	23,2
NORDESTE	3919	11,6	314	10,7	4233	11,5
OESTE	2178	6,4	154	5,3	2332	6,3
SUL	4553	13,4	393	13,5	4946	13,4
SUDESTE	4391	13,0	396	13,6	4787	13,0
Total	33870	100,0	2921	100,0	36791	100,0

A fim de estabelecer uma relação entre as diferentes regiões administrativas do município, na tabela 8 estão dispostas as ICSAA tabaco-relacionadas, segundo as regiões, com as respectivas populações e índices proporcionais.

Tabela 8: Índice proporcional das ICSAA tabaco-relacionadas segundo as regiões administrativas

Região	ICSAA tabaco-relacionadas	População	Índice proporcional x 1000
CENTRO	318	115409	2,8
LESTE	692	91363	7,6
NORTE	654	115484	5,7
NORDESTE	314	59613	5,3
OESTE	154	42855	3,6
SUL	393	61490	6,4
SUDESTE	396	61428	6,4
Total	2921	547642	5,3

Pode-se observar que a região leste apresenta tanto o maior número de ICSAA tabaco-relacionadas quanto o maior índice proporcional quando consideradas as populações correspondentes. Apesar de a região norte apresentar o segundo maior número de ICSAA tabaco-relacionadas, o fato de apresentar a maior população entre as sete regiões administrativas do município a torna a quarta região com maior índice proporcional de ICSAA tabaco-relacionadas.

Em relação ao tipo de cobertura assistencial das áreas de origem dos usuários que foram hospitalizados, o total de áreas cobertas pela ESF apresentou mais da metade das ICSAA tabaco-relacionadas, como pode ser observado na tabela 9. A tabela 10 apresenta as populações correspondentes aos modelos assistenciais e os respectivos índices proporcionais de ICSAA tabaco-relacionadas.

Tabela 9: Frequência de ICSAA tabaco-relacionadas segundo tipo de cobertura assistencial das UAPS

Modelos Assistenciais	ICSAA tabaco-relacionadas				Total	
	Não	%	Sim	%		
Área Descoberta	5082	15,0	468	16,0	5550	15,1
Tradicional	8101	23,9	734	25,1	8835	24,0
ESF	18888	55,8	1594	54,6	20482	55,7
PAC	1799	5,3	125	4,3	1924	5,2
Total	33870	100,0	2921	100,0	36791	100,0

Tabela 10: Índice proporcional das ICSAA tabaco-relacionadas segundo os modelos assistenciais.

Modelos Assistenciais	ICSAA tabaco-relacionadas	População	Índice Proporcional x 1000
Área Descoberta	468	116.874	4,0
Tradicional	734	133.161	5,5
ESF	1594	26.3298	6,1
PAC	125	34.309	3,6
Total	2921	547642	5,3

Nota: De acordo com o apêndice A, a população da área 44 foi considerada como área coberta por ESF.

Os três maiores percentuais referentes ao total das ICSAA tabaco-relacionadas registradas no município estiveram relacionados a duas áreas descobertas (área 50 com 5,17% e área 45 com 5%) e ao bairro Ipiranga (área coberta pela UAPS 34, com 5%). A tabela 11 apresenta a frequência das ICSAA

tabaco-relacionadas correspondentes às áreas da zona urbana do município de Juiz de Fora.

Tabela 11: Frequência de ICSSA tabaco-relacionadas segundo áreas cobertas e descobertas

UAPS/ Área descoberta	ICSSA tabaco-relacionadas						Total	
	Áreas	Não		Sim				
		freq	%	freq	%	freq	%	
Esplanada	1	321	0,95	30	1,03	351	0,95	
Monte Castelo	2	685	2,02	53	1,81	738	2,01	
Industrial	3	519	1,53	36	1,23	555	1,51	
Jardim Natal	4	672	1,98	63	2,16	735	2,00	
Milho Branco	5	595	1,76	33	1,13	628	1,71	
Jóquei Clube I	6	513	1,51	62	2,12	575	1,56	
Jóquei Clube II	7	314	0,93	32	1,10	346	0,94	
São Judas Tadeu	8	322	0,95	14	0,48	336	0,91	
Santa Cruz	9	940	2,78	70	2,40	1010	2,75	
Vila Esperança	10	164	0,48	9	0,31	173	0,47	
Barreira do Triunfo	11	155	0,46	11	0,38	166	0,45	
Nossa S. das Graças	12	1045	3,09	101	3,46	1146	3,11	
Bandeirantes	13	630	1,86	51	1,75	681	1,85	
Parque Guarani	14	644	1,90	46	1,57	690	1,88	
Gramma	15	1040	3,07	85	2,91	1125	3,06	
Filgueiras	16	329	0,97	22	0,75	351	0,95	
Linhares	17	1323	3,91	132	4,52	1455	3,95	
São Sebastiao	18	803	2,37	69	2,36	872	2,37	
São Benedito	19	848	2,50	80	2,74	928	2,52	
Santa Rita	20	567	1,67	62	2,12	629	1,71	
Marumbi	21	717	2,12	49	1,68	766	2,08	
Progresso	22	924	2,73	71	2,43	995	2,70	
Nossa S. Aparecida	23	612	1,81	63	2,16	675	1,83	
Alto Grajaú	24	505	1,49	41	1,40	546	1,48	
Centro Sul	25	642	1,90	61	2,09	703	1,91	
Dom Bosco	26	569	1,68	55	1,88	624	1,70	
Santa Cecília	27	562	1,66	42	1,44	604	1,64	
Santos Dumont	28	506	1,49	23	0,79	529	1,44	
São Pedro	29	1298	3,83	102	3,49	1400	3,81	
Borboleta	30	389	1,15	33	1,13	422	1,15	
Cruzeiro do Sul	31	180	0,53	17	0,58	197	0,54	
Santa Luzia	32	1428	4,22	128	4,38	1556	4,23	
Santa Efigênia*	33	903	2,67	77	2,64	980	2,66	
Ipiranga	34	1551	4,58	146	5,00	1697	4,61	
Teixeiras	35	504	1,49	25	0,86	529	1,44	
Retiro	36	445	1,31	44	1,51	489	1,33	
Jardim Esperança	37	272	0,80	24	0,82	296	0,80	
Santo Antonio	38	903	2,67	97	3,32	1000	2,72	

Nossa S. de Lourdes	39	581	1,72	52	1,78	633	1,72
Jardim da Lua	40	157	0,46	7	0,24	164	0,45
Vila Olavo Costa	41	948	2,80	82	2,81	1030	2,80
Furtado de Menezes	42	455	1,34	31	1,06	486	1,32
Área Descoberta	43	93	0,27	9	0,31	102	0,28
Área Descoberta**	44	671	1,98	48	1,64	719	1,95
Área Descoberta	45	1446	4,27	146	5,00	1592	4,33
Área Descoberta	46	149	0,44	6	0,21	155	0,42
Área Descoberta	47	92	0,27	3	0,10	95	0,26
Área Descoberta	48	395	1,17	44	1,51	439	1,19
Área Descoberta	49	724	2,14	85	2,91	809	2,20
Área Descoberta	50	1717	5,07	151	5,17	1868	5,08
Área Descoberta	51	297	0,88	29	0,99	326	0,89
Área Descoberta	52	806	2,38	69	2,36	875	2,38
Total		33870	100,00	2921	100	36791	100,00

Nota: *área dividida na planilha de 2011 em relação à planilha de 2009, apresentado as UAPS de Santa Efigênia e Sagrado Coração de Jesus.

A população considerada corresponde aos bairros Santa Efigênia e Sagrado Coração de Jesus.

**área dividida na planilha de 2011 em relação à planilha de 2009, apresentando a UAPS de Nova Era II. A população considerada corresponde aos bairros Santa Lucia, Nova Era I (Parte), Residencial Bela Vista e Nova Era II.

Na tabela 12 estão dispostas as ICSAA tabaco-relacionadas segundo as áreas com os respectivos índices proporcionais.

Tabela 12: Índice proporcional das ICSAA tabaco-relacionadas segundo as áreas cobertas e descobertas do município de Juiz de Fora.

UAPS/ Área descoberta	Área	ICSAA tabaco-relacionadas	População	Índice Proporcional x 1000
Esplanada	1	30	7586	4,0
Monte Castelo	2	53	8.432	6,3
Industrial	3	36	6711	5,4
Jardim Natal	4	63	6.735	9,4
Milho Branco	5	33	8.256	4,0
Jóquei Clube I	6	62	7.872	7,9
Jóquei Clube II	7	32	10891	2,9
São Judas Tadeu	8	14	6.261	2,2
Santa Cruz	9	70	10.804	6,5
Vila Esperança	10	9	8617	1,0
Barreira do Triunfo	11	11	3569	3,1
Nossa S. das Graças	12	101	19820	5,1
Bandeirantes	13	51	9032	5,6

Parque Guarani	14	46	6878	6,7
Gramma	15	85	8790	9,7
Filgueiras	16	22	5144	4,3
Linhares	17	132	13449	9,8
São Sebastião	18	69	8521	8,1
São Benedito	19	80	9680	8,3
Santa Rita	20	62	5090	12,2
Marumbi	21	49	9023	5,4
Progresso	22	71	9417	7,5
Nossa S. Aparecida	23	63	6475	9,7
Alto Grajaú	24	41	7343	5,6
Centro Sul	25	61	37666	1,6
Dom Bosco	26	55	13560	4,1
Santa Cecília	27	42	9220	4,6
Santos Dumont	28	23	13.056	1,8
São Pedro	29	102	21.253	4,8
Borboleta	30	33	8546	3,9
Cruzeiro do Sul	31	17	6565	2,6
Santa Luzia	32	128	14569	8,8
Santa Efigênia*	33	77	14675	5,2
Ipiranga	34	146	14549	10,0
Teixeiras	35	25	11132	2,2
Retiro	36	44	5563	7,9
Jardim Esperança	37	24	5228	4,6
Santo Antonio	38	97	9172	10,6
Nossa S. de Lourdes	39	52	9368	5,6
Jardim da Lua	40	7	3545	2,0
Vila Olavo Costa	41	82	9086	9,0
Furtado de Menezes	42	31	6604	4,7
Área Descoberta	43	9	5003	1,8
Área Descoberta**	44	48	13015	3,7
Área Descoberta	45	146	11732	12,4
Área Descoberta	46	6	1.610	3,7
Área Descoberta	47	3	8339	0,4
Área Descoberta	48	44	8295	5,3
Área Descoberta	49	85	14070	6,0
Área Descoberta	50	151	54963	2,7
Área Descoberta	51	29	8202	3,5
Área Descoberta	52	69	4.660	14,8
Total		2921	547642	5,3

Nota: *área dividida na planilha de 2011 em relação à planilha de 2009, apresentado as UAPS de Santa Efigênia e Sagrado Coração de Jesus.

A população considerada corresponde aos bairros Santa Efigênia e Sagrado Coração de Jesus.

** área dividida na planilha de 2011 em relação à planilha de 2009, apresentando a UAPS de Nova Era II. A população considerada corresponde aos bairros Santa Lucia, Nova Era I (Parte), Residencial Bela Vista e Nova Era II.

É válido destacar que exceto as duas áreas descobertas (área 52 e área 45) com os dois maiores índices proporcionais, as 17 áreas subsequentes com os maiores valores correspondem a áreas cobertas por UAPS (Santa Rita, Santo Antonio, Ipiranga, Linhares, Nossa S. Aparecida, Grama, Jardim Natal, Vila Olavo Costa, Santa Luzia, São Benedito, São Sebastião, Retiro, Jóquei Clube I, Progresso, Parque Guarani, Santa Cruz, Monte Castelo).

6. Discussão

6.1. Reflexões sobre o controle do tabagismo segundo a coordenação municipal do PNCT

De maneira geral, a partir da entrevista com a coordenadora do SECOPTT, pode-se perceber esforços para o desenvolvimento de ações de controle do tabagismo principalmente no que se refere ao atendimento ao fumante nas UAPS. No entanto, outros pontos também merecem ser destacados.

O fato de Juiz de Fora ter em vigência uma lei, desde 2009, que proíbe o fumo em áreas fechadas de recintos coletivos públicos e privados, evidencia a postura ativa que a gestão municipal de saúde apresenta frente ao controle do tabagismo. O maior rigor desta lei pode ser evidenciado quando comparado à lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996 do MS, que dentre outros pontos proíbe o tabagismo em recintos coletivos, mas o permite em áreas destinadas exclusivamente ao fumo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente, conhecidas como fumódromos (BRASIL, 1996). Segundo Bialous e colaboradores (2010), esta lei é inadequada face à necessidade de proteção à exposição à fumaça ambiental do tabaco, sendo o progresso da adequação da lei ao conhecimento científico cerceado pela “forte oposição da indústria do tabaco e seus aliados das associações de bares, restaurantes, hotéis e similares” (BIALOUS et al., 2010, p. 288). Como também relatado pela coordenadora municipal, os autores constatam que esta oposição é sustentada pelo fato dos ambientes 100% livres da fumaça do tabaco levarem a uma queda no consumo de cigarros e à perda dos lucros por parte dos fabricantes, sendo necessário o comprometimento por parte dos estados e municípios para a consolidação das propostas das políticas públicas que visam ao combate dos prejuízos do tabagismo:

Muitas vezes, a influência de grupos de interesse contrários à saúde pública é muito forte no âmbito federal, sendo então preferível continuar avançando em estados e municípios. O sucesso alcançado nos municípios e estados, apesar da oposição organizada das companhias de cigarro e de seus aliados, que buscaram parcerias com vários níveis de governo para promover suas iniciativas, mostra que, quando há comprometimento sério com a saúde pública e com a divulgação de informações aos formadores de opinião e legisladores sobre o envolvimento, direto ou indireto, dos

fabricantes de cigarro nessa questão de saúde pública, é possível atingir objetivos (BIALOUS et al., 2010, p. 288).

No entanto, é possível notar avanços no nível federal relacionados aos ambientes livres do tabaco. Em 14 de dezembro de 2011 foi publicada a lei nº 12.546, a qual proíbe o uso de produtos derivados do tabaco (cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno) inclusive nas áreas que eram antes destinadas exclusivamente aos fumantes. Além disso, esta lei veda a propaganda dos produtos mencionados em todo o território nacional, permitindo apenas a sua exposição nos locais de venda de forma que respeite as diversas exigências relacionadas às advertências nas embalagens e aos preços a serem cobrados (BRASIL. CASA CIVIL, 2011b).

Uma questão pertinente a esta discussão está relacionada ao cultivo do tabaco, que tem o seu aspecto econômico bastante discutido no âmbito das políticas públicas, da sociedade civil e das propriedades locais. O valor agregado do cultivo do tabaco apresenta-se para muitos agentes rurais como uma dificuldade em substituir esta prática por outro cultivo que permita a mesma rentabilidade (TROIAN, 2010). Assim, forma-se mais um argumento a favor da indústria do tabaco.

Não há dúvidas de que a indústria e os agentes de distribuição do tabaco apresentam interesses concorrentes com os das políticas de saúde (CUNHA FILHO; MARQUES; FARIA, 2010). Dessa forma, a maior autonomia gestora conferida aos diferentes entes federados a partir de políticas descentralizadas, que vem sendo institucionalizadas com o constante processo de reforma sanitária, apresenta-se como uma grande ferramenta para o progresso do efetivo controle do tabagismo.

Apesar de não ter sido mencionada pelos profissionais de saúde entrevistados, a realização de campanhas foi citada pela coordenadora municipal ao referir-se às ações de prevenção e promoção da saúde. Pôde ser notada a menção da parceria com o ensino nesta intervenção, apontando para a articulação entre serviço, ensino e gestão.

Lucchesei, Vera e Pereira (2010, p. 562) consideram que um dos desafios do SUS consiste “na formação de profissionais de saúde competentes diante das situações reais, postas pelos serviços e pela gestão em saúde”. Para tal, são necessárias parcerias que podem se dar através de convênios interinstitucionais envolvendo os gestores e de:

uma retroalimentação nos moldes de parceria intersetorial, em que o ensino, minimamente se responsabilize com o desenvolvimento de um processo ensino-aprendizagem significativo para o aluno, criativo e comprometido com as necessidades locorregionais de saúde, e incentive a autonomia e auto-gestão do próprio aprender (LUCCHESI, VERA E PEREIRA, 2010, p. 565).

Dessa forma, a partir do envolvimento de alunos em ações de controle do tabagismo que articulam atores dos serviços e da gestão há a otimização da formação dos acadêmicos envolvidos no sentido de prepará-los adequadamente para atuarem futuramente no desenvolvimento de ações de saúde pública relacionadas ao controle do tabaco.

Em relação à capacitação de profissionais de saúde para o tratamento do tabagismo, apesar da coordenadora municipal citar que esta ação visa a todos os envolvidos nos três níveis de atenção à saúde, ficou evidente que a prioridade é a capacitação dos profissionais que atuam na APS e que possuem ensino superior. Assim, observa-se a valorização da APS no controle do tabagismo, sobretudo no atendimento ao fumante em sessões de grupo, podendo ser este tipo de ação considerado o “carro-chefe” na luta contra o tabagismo no município.

A prioridade na capacitação de profissionais que atuam na APS pode ser justificada pela essência coordenadora deste nível de atenção à saúde frente aos demais níveis e o caráter abrangente dos serviços ofertados. Neste sentido, a unidade de atenção primária é destacada por Gomes e Silva (2011) como um espaço que deve apresentar:

um elenco de serviços internos e/ou externos com capacidade para atender a qualquer problema ou doença, identificados através de uma relação abrangente de atividades: a promoção da saúde, a prevenção e recuperação e a reabilitação, quer seja na própria unidade ou em outro serviço (GOMES e SILVA, 2011, p.901).

Assim, a partir do entendimento do serviço neste nível de atenção como porta de entrada para o sistema de saúde e que permite maior facilidade de acesso às demandas do usuário, concentrar as ações de tratamento do tabagismo na APS surge como uma possibilidade de obtenção de maior quantidade de usuários beneficiados e, conseqüentemente, maior efetividade na cessação do hábito de fumar.

A ênfase municipal na capacitação dos profissionais de ensino superior e que atuam na APS também guarda relações com as orientações do MS, o que pode ser evidenciado pelo artigo 2º da Portaria nº 1035 do MS:

Determinar que as unidades de saúde credenciadas que compõem a rede hierarquizada e efetuarão a abordagem e o tratamento do tabagismo deverão ter em seu quadro de servidores, pelo menos, 1 (um) profissional de saúde, de nível universitário, capacitado para a abordagem e o tratamento do tabagismo (BRASIL, 2004d, p.1).

De forma complementar ao descrito acima, na Portaria nº 442 do MS está exposto, de forma mais detalhada, o tipo de profissional cuja capacitação deve ser priorizada:

Os profissionais de saúde de nível universitário que realizarão a abordagem e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde do SUS deverão, obrigatoriamente serem capacitados para tal, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde.

a - as capacitações deverão ter como público-alvo os profissionais de saúde prioritariamente das unidades básicas (modelo tradicional e saúde da família)... (BRASIL, 2004e, p.4).

Para a melhor compreensão da proposta do MS, é preciso ter de forma clara a concepção sobre a abordagem e tratamento do tabagismo. O consenso de abordagem e tratamento do fumante de 2001 (BRASIL, 2001), que serviu como base para a formulação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Portaria nº 442, classifica a abordagem cognitiva comportamental em seis tipos:

- 1- **Abordagem breve/mínima:** envolve perguntar e avaliar, aconselhar e preparar (PAAP). No entanto, não há o acompanhamento do fumante, podendo ser realizada em três minutos e por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina;
- 2- **Abordagem básica:** consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar (PAAPA). Configura-se de forma similar ao tipo citado anteriormente, mas é mais recomendada porque prevê o acompanhamento do usuário na fase de abstinência;
- 3- **Abordagem específica/intensiva:** é realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar, podendo ser feita individualmente ou em grupo;
- 4- **Abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaíram após uma abordagem básica/mínima:** envolve inicialmente a abordagem básica e, se necessário, deve encaminhar o fumante para a abordagem específica/intensiva;

- 5- **Abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar:** devem ser realizadas intervenções motivacionais por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina;
- 6- **Abordagem do não-fumante:** direcionado para a pessoa que convive com fumantes, sendo esclarecida sobre os riscos do tabagismo. As crianças devem ser abordadas utilizando linguagem apropriada.

A partir da leitura da Portaria nº 442 do MS, que se configura como um documento base para a consolidação do PNCT, pode-se notar que a abordagem e tratamento do tabagismo enfatizados referem-se à abordagem específica/intensiva. A referência aos outros tipos de abordagem e capacitação das mesmas não se dá de forma explícita, o que só é referendado no documento “Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco: modelo lógico e avaliação”, ao apontar a seguinte ação relacionada ao *Programa Cessação de Fumar*:

Capacitação de profissionais de saúde para apoio a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar (Abordagem Mínima – carga horária de 4 horas; Abordagem Intensiva ou Formal – carga horária de 20 horas) (BRASIL, 2003a, p. 13).

Apesar de a abordagem intensiva permitir o acompanhamento do fumante, ela pode limitar o número de usuários beneficiados e, conseqüentemente, o acesso dos fumantes ao tratamento. As abordagens básica e breve/mínima, que podem ser realizadas de forma rotineira e por qualquer profissional de saúde, representam uma alternativa para ampliar o acesso do fumante ao tratamento.

A ampliação da capacitação dos profissionais de saúde sem ensino superior para o tratamento do tabagismo poderia representar uma ferramenta a mais na abordagem de usuários fumantes, considerando o desafio do PNCT em ampliar o acesso do fumantes ao tratamento. Este argumento torna-se ainda mais relevante ao ser considerado o potencial dos ACS, que se fazem presentes em grande número nas unidades e exercem um papel mediador, manifestado tanto em relação à população, no sentido de facilitar o acesso ao serviço, quanto em relação aos demais profissionais, representando a melhor estratégia para que as propostas dos serviços sejam absorvidas pela comunidade (BORNSTEIN e STOTZ, 2008).

A partir do relato da coordenadora municipal, pode-se observar que foram enfatizadas as ações concebidas por ela como sendo destinadas ao tratamento do fumante. Foi breve a menção às ações de prevenção de agravos e promoção à

saúde. Em relação a isso, é preciso considerar que os conceitos de prevenção de doenças e de promoção da saúde não se distinguem claramente na prática do setor saúde (CZERESNIA, 2003).

Sustentando esta relação de sentidos, Leavell e Clarck (1976) apud Czeresnia (2003) estabeleceram a prevenção como a ação antecipada que busca impedir o progresso da doença, sendo dividida em prevenção primária, secundária e terciária. Nesta classificação, a promoção da saúde apresenta-se como um dos dois níveis de prevenção primária, sendo o outro nível a proteção específica.

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a promoção da saúde é definida como:

uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006b, p.10).

Como práticas de prevenção e promoção citadas pela coordenadora municipal e previstas na PNPS como umas das ações específicas de prevenção e controle do tabagismo estão a realização de ações educativas de sensibilização e o estabelecimento de articulações com a mídia para a divulgação de ações.

É importante destacar que outras ações desenvolvidas no município, mas não mencionadas pela entrevistada como ações de promoção da saúde, são consideradas como tais pela PNPS. Entre estas ações estão a preocupação em sistematizar ações educativas e em mobilizar ações legislativas e econômicas que criem um contexto desfavorável ao tabagismo.

Entretanto, é necessário destacar que não houve grande referência a outras ações de promoção da saúde que são apontadas pela PNPS e pelo PNCT, como o incentivo de ações em ambientes de trabalho capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo e a articulação com o setor educação no sentido de estimular a promoção da saúde no ambiente escolar, respectivamente. A implantação destas ações representa um grande desafio, uma vez que nesse processo:

explicita-se a complexidade da operacionalização da intersetorialidade, pois sua aplicação implica a superação das hierarquias institucionais e das relações de poder existentes entre as corporações profissionais, setores, políticas e segmentos sociais (SILVA e RODRIGUES, 2010, p.768).

Outro ponto que merece destaque é a declaração da entrevistada sobre a restrição da oferta do atendimento aos fumantes que procuram o tratamento nas UAPS. Apesar da Portaria nº 442 do MS citar em relação ao usuário que:

- a) deve ser cadastrado na unidade de saúde todo fumante que demonstre interesse em parar de fumar;
- b) o cadastramento deverá ser feito por meio do preenchimento da ficha de cadastro cujo modelo será entregue por ocasião da capacitação dos profissionais da unidade (BRASIL, 2004e, p.5).

a coordenadora municipal relatou que nos serviços há um limite do número de inscritos nos grupos de tratamento realizados nas UAPS e o fato da avaliação, segundo a ficha de cadastramento recomendada pelo PNCT, ser destinada somente aos usuários que comparecem no segundo encontro.

Neste sentido, a partir da entrevista da coordenadora municipal do PNCT e de relatos espontâneos de grande parte dos profissionais entrevistados, ficou clara a frustração diante da discrepância de realidades entre as propostas pertencentes às diversas políticas constituintes da APS e os complexos cenários do cotidiano dos serviços.

Diante disso, é preciso considerar as dificuldades encontradas pela APS para lidar com a variedade de responsabilidades que possui e de demandas que convive cotidianamente. Assim, o primeiro nível de atenção deve dispor de uma rede articulada de cuidados organizada de modo ágil e eficiente, devendo organizar os serviços e atividades oferecidos de acordo com as necessidades prioritárias definidas localmente (VILLELA et al., 2009).

Apesar de o aumento da demanda usuária poder ser um indicativo de que a atuação dos profissionais está sendo reconhecida e requerida pela comunidade assistida (NORONHA E LIMA FILHO, 2011), a polissemia de funções assumidas pela APS sobrecarrega os profissionais inseridos neste nível de atenção à saúde, dificultando a implementação e continuidade de ações mais complexas e que busquem resultados no longo prazo, como o tratamento do fumante. Daí a necessidade do fortalecimento da organização institucional no nível municipal envolvendo uma estreita articulação entre gestão, serviços e população.

As dificuldades pertencentes às peculiaridades da saúde mental, referência e contra-referência, mencionadas pela entrevistada como pontos fracos na implementação das ações no município, não são uma particularidade no controle do tabagismo. Cunha e Vieira-Da-Silva (2010) consideram como um grande desafio

para gestores e profissionais a institucionalização de um sistema de referência e contra-referência, em que a APS seja formalizada como porta de entrada aos demais níveis do sistema. Segundo as autoras, a clareza nas rotinas de atendimento e de encaminhamentos dos usuários na rede poderia favorecer a acessibilidade.

Na saúde mental, a articulação entre APS e atenção secundária envolve, majoritariamente, os CAPS, que atendem os portadores de transtorno mental de forma especializada. Entretanto, é necessário que os diversos níveis de atenção à saúde sejam co-responsáveis juntamente com a comunidade na formação de uma rede precisa para responder as demandas da saúde mental (LUCCHESI et al., 2009).

Dessa forma, mais do que aprimorar a articulação entre UAPS e CAPS para favorecer o tratamento de usuários fumantes que necessitam de atenção especializada, deve-se amadurecer a iniciativa de tornar os profissionais que atuam na APS competentes para a abordagem de tais usuários, como propõem Jucá, Nunes e Barreto (2009, p. 181):

É urgente que desenvolvamos algumas estratégias que possam auxiliar as equipes de PSF a entrarem na rede de cuidados, inclusive, em saúde mental. Cursos de capacitação seriam úteis no sentido de facilitar a transmissão de conhecimentos importantes acerca da reforma psiquiátrica e do próprio sofrimento mental, o que auxiliaria esses profissionais a desenvolverem um idioma comum que lhes possibilitasse compartilhar algumas percepções. No entanto, formas de ajuda mais permanentes como um supervisor ou uma equipe de profissionais a quem o PSF pudesse recorrer para melhor pensar como trabalhar as situações referentes ao sofrimento mental (que poderia ser a de um CAPS), identificando inclusive qual o momento em que o encaminhamento para um serviço especializado se faria necessário, fariam uma grande diferença.

Outra questão destacada pela coordenadora municipal do PNCT como ponto fraco na implementação de ações de controle do tabagismo foi a desmotivação dos profissionais da APS em aderirem às capacitações e a consequente dificuldade de efetivação em seus locais de trabalho. Este fato pode estar atrelado ao ainda predominante modelo biomédico na formação profissional, que acarreta uma dissonância entre o perfil dos profissionais formados e as exigências dos serviços no contexto da Saúde Coletiva que, particularmente na APS, perpassam pela subjetividade dos usuários e integralidade das ações.

Nascimento e Oliveira (2010) citam que a transformação das práticas e da formação é um desafio a ser superado na medida em que implica mudanças de

paradigmas incorporados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Além disso, sugerem que:

Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010, p. 95).

Além destas questões, pode-se considerar como pertinente para a discussão do descompasso de interesses entre a gestão e serviços o desafio do planejamento intra-organizacional de superar o escasso envolvimento dos profissionais de saúde na definição de metas e objetivos propostos, e o conseqüente distanciamento entre o plano estabelecido pela gestão e os resultados alcançados (VIEIRA, 2009). De fato, este maior envolvimento não foi relatado tanto pela coordenadora municipal do PNCT, quanto pelos profissionais das unidades de saúde, sendo a articulação restrita às capacitações e às questões referentes às planilhas de avaliação do tratamento.

Entretanto, esforços iniciais para a superação desse desafio foram relatados pela coordenadora municipal ao citar a oferta de apoio às UAPS na fase inicial de implantação do tratamento, além do fato de citar a facilitação da disponibilização dos medicamentos para as unidades a partir da identificação das dificuldades e do descontentamento dos profissionais com o modelo até então empregado. Assim, cria-se um cenário cooperativo em que aumentam as possibilidades de concretização dos resultados almejados na fase de planejamento das ações a partir da maior colaboração e empenho dos profissionais de saúde.

No caso do município estudado, o que pode ser notado como estratégia para que haja a consolidação da capacitação dos profissionais como um mecanismo que resulte de fato na oferta de tratamento para os fumantes é a cobrança, por parte da gestão, pelo cumprimento das ações nas UAPS. Entretanto, é importante considerar que dependendo da demanda estabelecida e das conseqüentes necessidades identificadas em cada comunidade, as mesmas ações cobradas pela gestão deveriam ser desenvolvidas nos serviços de modo espontâneo e a partir da iniciativa dos profissionais de saúde envolvidos localmente. Assim, é ressaltada a importância dos serviços serem dotados de figuras ativas, profissionais e usuários, tanto na proposição quanto na implementação de ações, sem portarem-se com passividade aguardando determinações da gestão. É válido ressaltar que a sobrecarga de ações

sob responsabilidade dos profissionais da APS pode configurar-se como um obstáculo para a adoção de um comportamento ativo por estes indivíduos, sendo fundamental a aproximação entre usuários, serviço e gestão para a otimização do entendimento acerca do desenvolvimento ou não das ações destinadas ao controle do tabagismo em cada localidade.

As dificuldades relatadas pela coordenadora municipal em manter os profissionais sensibilizados para o preenchimento das planilhas de avaliação das ações e cumprimento dos prazos do seu envio para o SECOPTT, além do fato de ocorrer a prescrição de medicamentos por parte dos profissionais sem o consentimento da gestão, podem também estar associados à desarticulação entre a coordenação municipal e os profissionais das UAPS. Assim, é válido destacar que deve haver um diálogo permanente entre os atores envolvidos sobre a pertinência das intervenções realizadas em cada localidade.

Ainda neste contexto, é importante considerar que a aquisição de conhecimento por parte dos usuários sobre o papel dos serviços na promoção da Saúde Coletiva e a resultante maior participação popular na configuração das ações em saúde relacionam-se à demanda direcionada aos estabelecimentos de saúde, que costuma legitimar a qualidade da atenção oferecida pelos profissionais (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). Efeitos deste processo puderam ser evidenciados pelo fato da entrevistada citar a exigência popular, através da ouvidoria de saúde, pelo atendimento ao fumante nas UAPS. Este espaço configura-se como um canal de vocalização da saúde como direito de cidadania, uma vez que:

tem como finalidade receber as reclamações de qualquer cidadão, as denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos relativos à saúde, bem como qualquer ato de improbidade administrativa, praticados por servidores públicos, apurar a veracidade dos fatos e providenciar as medidas cabíveis (VÁZQUES et al., 2005, p. 142).

A citação da troca frequente de atores que ocupam cargos na gestão em saúde do município foi relacionada a prejuízos na implementação, continuidade e, conseqüentemente, na resolutividade das ações de controle do tabagismo. Segundo Paim e Teixeira (2007), a identificação dos problemas relativos à configuração institucional e ao processo de Gestão do SUS varia com os atores em situação, dotados de diferentes referenciais teóricos, interesses e projetos políticos. Assim, a rotatividade de pessoas que ocupam estes cargos pode repercutir na

focalização em ações e desafios diferentes das que estavam sendo executadas por seus antecessores. Arelada a este cenário está a questão do financiamento, sendo considerado pela coordenadora municipal um atrativo fundamental para a decisão de implantar ou não ações em saúde que envolvam o controle do tabagismo no município.

Neste sentido, é importante ressaltar que o Banco Mundial considera as políticas preventivas como as de maior custo-efetividade no setor saúde, sendo importantes para a economia de um país. Em relação ao controle do tabagismo, para implementar um conjunto de ações de saúde pública é necessário, em média, quatro dólares per capita nos países de baixa renda e sete dólares nos países de renda média (BRASIL, 2010a).

No entanto, o fato de que, somente a partir da segunda metade da década de 90, novas regras e incentivos terem sido introduzidos no financiamento da saúde para que os entes federados ampliassem o percentual de recursos destinados à saúde e assumissem a oferta da atenção básica e de programas específicos (VAZQUEZ, 2011) e considerando a declaração da coordenadora municipal do PNCT, que para o município somente são assegurados os medicamentos e material de apoio para a realização de campanhas e de tratamento em grupos, pode-se supor que os ajustes do financiamento no SUS ainda são insuficientes para assegurar incentivos para os diversos programas de forma satisfatória.

Assim, cria-se uma dificuldade a mais para a efetivação das ações do PNCT, sobretudo na APS, que se vê diante de outros programas munidos de financiamento e que, conseqüentemente, recebem uma atenção maior por parte de profissionais de saúde e gestores devido à necessidade de contrapartida e prestação de contas para os demais entes federados.

Aliada a esta condição, soma-se a relatada falta de apoio da esfera federal para a capacitação dos profissionais de saúde para o tratamento do tabagismo no município, sendo o diálogo restrito aos dados provenientes das planilhas de avaliação com ênfase no controle do tratamento medicamentoso. Apesar do Pacto de Gestão defender uma descentralização compartilhada (Brasil, 2006a), Viana e Machado (2009, p. 816) consideram que ainda:

permanece o desafio de construção de uma lógica de coordenação federativa que valorize os canais institucionais existentes e favoreça o alcance dos objetivos da política de saúde de combate às desigualdades e promoção da cidadania nacional,

possibilitando, ao mesmo tempo, certa flexibilidade para a implementação de políticas de acordo com diferentes realidades territoriais e sociais.

Dessa forma, pode-se constatar que a coordenação municipal do PNCT apresenta grandes limitações de articulação com os demais níveis de governo, apesar de apontar para o desejo de avançar nesta questão.

6.2. Interfaces entre as percepções de profissionais da saúde, coordenação municipal e diretrizes nacionais do PNCT

A partir das entrevistas com os profissionais de saúde das UAPS foi possível estabelecer um panorama geral do que vem sendo desenvolvido de fato nos serviços da APS de Juiz de Fora no que tange ao controle do tabagismo. A consideração das diretrizes nacionais do PNCT e do posicionamento da gestão municipal frente ao programa para a análise dos relatos dos profissionais apresenta-se como uma alternativa para que seja conferida riqueza à discussão.

6.2.1. Capacitação dos profissionais

Como ponto inicial é válido ressaltar que das 44 UAPS que tiveram seus profissionais de saúde entrevistados, 42 apresentavam profissionais capacitados para a abordagem e o tratamento do fumante segundo o PNCT. No entanto, menos da metade das UAPS apresentavam mais de quatro profissionais capacitados e apenas 18 entrevistados relataram que em seus locais de trabalho há a oferta do atendimento ao fumante.

O fato de quase todas as UAPS apresentarem profissionais capacitados sugere esforços da coordenação municipal na capacitação dos profissionais da APS, embora isto não esteja relacionado proporcionalmente, na maioria das UAPS, a um número representativo de profissionais capacitados e ao acesso dos fumantes ao atendimento. Assim, sugere-se que o comprometimento dos profissionais de saúde e a estruturação das equipes das unidades portam-se como fatores determinantes para a concretização da oferta do atendimento ao fumante.

Neste contexto, não foi investigado se as unidades que apresentam profissionais capacitados e não oferecem atendimento ao fumante em algum momento desenvolveram esta prática. Assim, a não investigação sobre a oferta de tratamento para os fumantes em momentos anteriores às entrevistas e os motivos da não continuidade das ações configuram-se como uma limitação deste trabalho.

6.2.2. O tabagismo entre os profissionais de saúde

Outra questão que merece ser abordada nesta discussão refere-se ao fato dos profissionais envolvidos serem fumantes ou não. O *Programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro*, parte do *Programa Saúde e Coerência* do PNCT, defende as unidades de saúde como vitrine de hábitos de vida saudáveis, devendo ser livres da poluição tabagística e com profissionais que sejam modelo de comportamento. Assim, preconiza a capacitação de profissionais de saúde para, inicialmente, o apoio à cessação dos funcionários fumantes e para, posteriormente, a prestação de atendimento à população (BRASIL, 2003a). Entretanto, as portarias nº 1035 e nº 442 do MS não enfatizam esta sequência, sendo destacada a ampliação da oferta de tratamento ao usuário que pretende parar de fumar. É importante considerar que a partir dos relatos da coordenadora municipal do PNCT foram frequentes as citações destes documentos, sugerindo um maior peso atribuído a eles como ferramentas de subsídio para a definição do planejamento das ações de controle do tabagismo em Juiz de Fora. Além disso, a articulação mais restrita ao controle de dados referentes ao atendimento prestado ao usuário nas UAPS entre a gestão municipal e demais entes federados pode contribuir para que o foco das ações no município seja justamente na prestação de atendimento ao usuário.

Diante disso, a permanência de profissionais fumantes nas equipes das UAPS, evidenciada pelos relatos de alguns profissionais, apresenta-se como um grande obstáculo para a efetivação das ações de controle de tabagismo nas unidades. Assim, a proposta de intensificação do apoio à cessação dos profissionais de saúde, fato que inclusive representou uma das primeiras ações de combate ao tabagismo no município, pode apresentar-se como uma ação estratégica para a consolidação do objetivo de garantia e ampliação do acesso do usuário ao tratamento do tabagismo.

6.2.3. Estrutura das unidades

A partir da entrevista dos profissionais de saúde, pode-se observar que é variável a adequação da estrutura física das UAPS para a realização do tratamento dos fumantes em grupo. Neste contexto, o MS define que as unidades básicas de saúde devem apresentar espaços:

adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados e também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem (BRASIL, 2008g, p.35).

Nas UAPS, a sala de reuniões é concebida como o espaço destinado a atividades educativas em grupo, devendo ser disposta de forma que os usuários não necessitem transitar nas demais dependências da unidade (BRASIL, 2008g). Entretanto, é preciso considerar que o documento em questão, que estabelece de forma mais criteriosa orientações a respeito da estrutura física das unidades básicas de saúde, somente foi publicado em 2006 (BRASIL, 2006j) e reeditado em 2008. A própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007b) não faz referência a espaços para atividades em grupo na composição da infra-estrutura das unidades.

Nesse sentido, pode-se considerar a estrutura adequada do estabelecimento de saúde como elemento fundamental para a realização das atividades pertinentes a ele. Caso ela esteja não adequada, pode-se esperar que haja desestímulo para a execução do trabalho, ações ineficientes ou, até mesmo, a sua não realização.

A busca pela parceria com estabelecimentos de outros setores, como as sociedades pró-melhoramento dos bairros, igrejas e escolas, demonstrou-se como uma alternativa para o fato de muitas unidades não apresentarem espaço adequado para a realização dos grupos de tratamento do tabagismo. Apesar de esta aproximação poder resultar em benefícios para a comunidade, não é satisfatório que ela ocorra estritamente pelo fato de haver fragilidades na infra-estrutura das unidades de saúde.

A intersectorialidade deve ser entendida como uma característica do processo de trabalho das equipes saúde da família, cujas ações buscam a promoção da saúde por meio de parcerias, integrando projetos sociais e setores afins. Além disso,

as ações intersetoriais devem ser estabelecidas de acordo com prioridades locais e coordenadas pela gestão municipal (BRASIL, 2007b).

Na perspectiva da APS no âmbito municipal, Giovanella e colaboradores (2009) consideram que a atuação intersetorial configura-se por meio da ação comunitária no território, da articulação na secretaria de saúde e da articulação de políticas municipais. É neste sentido que a parceria com outros setores na própria comunidade pode-se configurar como ferramenta para a criação de uma dinâmica de atenção que resulte em maior adesão e participação ativa dos usuários e profissionais no desenvolvimento das ações de apoio à cessação ao fumo, possibilitando o surgimento de outras estratégias de ação que se apresentam limitadas quando a abordagem do usuário se restringe às unidades de saúdes.

6.2.4. Cadastramento dos usuários nas unidades

No que se refere ao cadastramento dos fumantes nas UAPS, chama a atenção o fato de quatro unidades encaminharem os usuários que buscam o apoio para a cessação do hábito de fumar para outras unidades do primeiro nível de atenção à saúde. Se, por um lado, esta prática pode sugerir a configuração de uma rede de apoio entre as unidades, por outro olhar, esta dinâmica pode saturar as unidades que oferecem o atendimento e sustentar a isenção de responsabilidade da unidade que não oferece o serviço sobre a necessidade do desenvolvimento de ações de tratamento do tabagismo. Além disso, é ferido o fundamento da APS em desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita (BRASIL, 2007b), uma vez que a acessibilidade e a longitudinalidade tornam-se comprometidas quando o usuário é atendido em uma unidade que não tem responsabilidade territorial pela comunidade onde reside.

Neste sentido, Starfield (2002) considera que a acessibilidade deve ser universal, não se restringindo ao grau de necessidade, e a longitudinalidade deve consistir em uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde, o que dificilmente é estabelecido quando o

usuário recorre a um estabelecimento de saúde que não seja próximo a sua residência e com uma demanda específica a ser atendida.

Outro ponto que também é digno de discussão é o fato de dois entrevistados relatarem não ter sido feito o cadastramento de usuários para o tratamento do tabagismo pelo fato das UAPS não terem sido solicitadas por usuários para tal demanda. A PNAB apresenta como atribuição de todos os profissionais da ESF a realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local (BRASIL, 2007b). Mesmo se as duas unidades em questão não adotassem o modelo ESF, é importante considerar que, para a determinação de situações de importância local é fundamental uma postura ativa da equipe perante a comunidade. Esta postura pode se consolidar através da investigação epidemiológica, a qual permite um maior conhecimento sobre a demanda inicial e, conseqüentemente, possibilita melhor planejamento das ações a serem ofertadas (SANTOS, 2007). Assim, é importante destacar que as ações de controle do tabagismo tornam-se muito limitadas caso a determinação de sua implementação se dê somente a partir das solicitações dos usuários às UAPS.

Em relação às UAPS que realizam o cadastramento dos usuários para o tratamento do tabagismo, é válido destacar que nem a metade das unidades utilizam a ficha de cadastramento padrão do PNCT e que as UAPS as quais a adotam somente a direcionam para os usuários que iniciam o tratamento. Além disso, nem todas as unidades que utilizam a ficha de cadastramento a anexam no prontuário do usuário/família na unidade, como recomendado pela Portaria nº 442 do MS (BRASIL, 2004e). Isso pode sugerir uma diferente atribuição de importância para a sistematização das informações acerca do usuário entre gestão e serviços, indicando uma possível falta de diálogo sobre o que consideram como necessários e fundamentais para o desenvolvimento de ações no controle de tabagismo.

Como exposto pelo próprio relato da coordenadora municipal do PNCT, há o entendimento sobre a impossibilidade do cadastramento de todos os usuários que solicitam atendimento seguindo a ficha de cadastramento padrão do PNCT, sendo orientado durante as capacitações que seja feito este tipo de cadastramento apenas para os usuários que iniciam o tratamento. Assim, em relação ao cadastramento dos usuários que solicitam atendimento nas unidades, além do descompasso entre o

abordado na capacitação e o que é reproduzido nas unidades, é possível perceber uma diferença das recomendações da esfera federal, representado pela Portaria nº 442, e o que é passado pela coordenação municipal nas capacitações dos profissionais para o tratamento do tabagismo.

No entanto, diante destes conflitos, é necessário considerar a importância da participação do usuário na tomada de decisão dos serviços para a construção da promoção da saúde, que necessita de um esforço conjunto dos profissionais e gestores através de um amplo plano de educação em saúde para que seja configurado nas pessoas habilidades para o cuidado da comunidade (MACHADO; VIEIRA E SILVA, 2010). Neste sentido, o fumante necessita ter consciência da responsabilidade sobre a sua saúde (ECHER; BARRETO, 2008) e a responsabilização pela busca de alternativas para a solução das suas demandas pode apresentar-se como ferramenta para a minimização das dificuldades encontradas nos serviços ofertados, como a observada limitação do cadastramento adequado de usuários fumantes nas UAPS e a consequente restrição de participantes nos grupos de tratamento do tabagismo. No entanto é importante deixar claro que esta proposta não tem a intenção de isentar o direito de cidadania do fumante de exigir acesso a serviços de qualidade.

Na abordagem do fumante é preciso considerar o fato dos profissionais de saúde lidarem com a complexidade da decisão do usuário em iniciar o tratamento e as comuns desistências, acarretando na necessidade de repetidas intervenções (MARTINS, 2009). Desta forma, o estreitamento do envolvimento entre comunidade, profissionais e gestores para o fortalecimento da responsabilização dos indivíduos sobre o seu próprio cuidado aponta para o compartilhamento de responsabilidades que muitas vezes são exigidas demasiadamente pelos usuários nos serviços.

6.2.5. Consulta inicial e material de apoio para as sessões de abordagem cognitivo-comportamental

Apesar das limitações apontadas sobre o cadastramento dos fumantes nas unidades para tratamento, merece destaque o fato dos aspectos avaliados na

consulta inicial dos usuários, nas UAPS que oferecem atendimento ao fumante, guardarem fidelidade com o proposto pela Portaria nº 442 do MS. Isto juntamente com os relatos de alguns profissionais sobre a observação de outros pontos a princípio não dispostos na capacitação para o tratamento, como o contexto psicossocial do fumante, sugere uma dinâmica de coordenação das ações pela gestão sem que os profissionais vejam a sua liberdade de atuação limitada frente às dimensões que definirem como pertinentes para a abordagem junto ao usuário.

Isso também pode ser notado pela criatividade dos profissionais das UAPS ao adotarem materiais de apoio e estratégias nas atividades em grupo que não se restringem aos manuais mencionados na Portaria nº 442 do MS.

É importante destacar a citação sobre a troca de experiências entre os participantes dos grupos de tratamento a partir da participação de ex-integrantes dos grupos, os quais apresentam a possibilidade de exporem suas vivências de acordo com as particularidades de cada contexto e localidade. Neste sentido, MARTINS (2009) em estudo que buscou identificar fatores relacionados à mudança de comportamento de fumar entre usuários participantes de grupos de tratamento em unidades de saúde do Distrito Federal, verificou que a troca de experiências entre os participantes do grupo, justamente por vivenciarem dificuldades parecidas, foi reconhecida positivamente como uma modalidade de atendimento ao fumante.

Em relação à configuração de um material confeccionado pela coordenação municipal do PNCT e o seu fornecimento para as UAPS, além de constituir-se em uma alternativa a mais para a abordagem dos usuários nos grupos, demonstra a preocupação da gestão municipal em subsidiar e facilitar o trabalho dos profissionais na instrumentalização do atendimento, representando uma oportunidade de maior harmonia e aproximação entre e serviços.

6.2.6. Frequência dos atendimentos em grupo

A partir da entrevista dos profissionais, pode-se notar que a recomendação do MS acerca da frequência de realização dos grupos de atendimento ao fumante é cumprida em menos da metade das unidades que oferecem o serviço. Considerando

que o tratamento do tabagismo é um processo que pode envolver várias tentativas e recaídas, sendo de três a cinco a média de tentativas da maioria dos ex-fumantes antes de parar definitivamente (BRASIL, 2001), é importante que a disposição das sessões da abordagem individual ou em grupo respeite o exposto na Portaria nº 442 do MS e repassado pelo SECOPTT nas capacitações, que determina a configuração das reuniões como semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo mês e, por fim, mensais até completar um ano.

É possível que ocorram intercorrências com os usuários que estão recebendo o atendimento e até mesmo com as unidades de saúde e os profissionais envolvidos, o que pode afetar na continuidade das ações e na sua resolutividade. No entanto, a partir do momento em que é assumido o compromisso em dispensar o apoio ao usuário à complexa tarefa de cessação do hábito de fumar, é necessário a presença de um criterioso plano para o desenvolvimento das ações, que inclusive preveja eventos desfavoráveis, para que elas não sejam em vão e acabem se portando como fonte desestimuladora para o empreendimento de futuras ações com o mesmo propósito ou que requeiram esforços parecidos. Um maior diálogo entre os serviços e a coordenação municipal nesse sentido pode ser firmado para que haja a evidência do grau de comprometimento de cada parte para a implementação do serviço.

6.2.7. atendimentos individuais

Considerando que a Portaria nº 442 do MS menciona que a abordagem cognitivo-comportamental pode ser realizada individualmente ou em forma de grupo de apoio (BRASIL, 2004e) e que a concentração dos esforços de atendimento ao fumante nas UAPS do município de Juiz de Fora se dá através de sessões em grupo, é importante considerar a condição do usuário que apresente alguma impossibilidade em participar dos grupos ou em permanecer nos mesmos, caso já tenha iniciado o tratamento. Apesar da coordenadora municipal do PNCT expor que há a orientação para que as unidades ofereçam atendimento individual ao fumante caso seja necessário, o fato de cinco profissionais relatarem que isso não é

totalmente respeitado pode ser um indício da falta de articulação mais estreita entre serviço e gestão no sentido de ambos estarem sensibilizados sobre a necessidade de implantação das ações pactuadas. A partir dos relatos dos profissionais e da coordenadora municipal, pode-se perceber que a articulação existente no que se refere as ações de controle do tabagismo no município se faz mais presente nos momentos da capacitação e no contato para a resolução de medidas burocráticas, como a questão dos medicamentos e das planilhas de avaliação.

Dessa forma, a tímida relação entre serviço e gestão pode refletir nos momentos em que sejam necessários maiores esforços dos profissionais para que as barreiras da rotina dos serviços sejam superadas, como nos casos em que é exigida maior disponibilidade dos profissionais para o atendimento individual ao fumante.

6.2.8. Apoio medicamentoso

A terapia medicamentosa também apresenta interfaces que merecem ser discutidas, sendo importante ressaltar que esta modalidade de tratamento deve ser utilizada como um apoio para alguns pacientes que desejam parar de fumar, tendo a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental (BRASIL, 2001). Neste contexto, os resultados preliminares de um estudo que buscou verificar a efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e do uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina sugerem tanto que o uso do adesivo associado à abordagem cognitivo-comportamental aumenta a proporção de abstinência em indivíduos que desejam parar de fumar quanto que a abordagem cognitivo-comportamental isoladamente também é uma opção efetiva para o tratamento do fumante (OTERO et al., 2006).

No entanto, um profissional entrevistado relatou que o apoio medicamentoso é oferecido em sua UAPS de trabalho para qualquer tipo de fumante. Mesmo este fato sendo a minoria em relação às outras UAPS que oferecem o tratamento, é preciso considerar que a farmacoterapia não deve assumir o papel de destaque no tratamento do tabagismo.

Shimizu e Reis (2011), em estudo que verificou as limitações da mudança do modelo de atenção à saúde na APS do Distrito Federal, observaram que a dificuldade de se trabalhar ações de educação em saúde com famílias que apresentavam resistência em mudar hábitos não saudáveis resultou na adoção da medicação como tratamento. Entretanto, é importante refletir, no caso do tabagismo, se a oferta indiscriminada do apoio medicamentoso nos serviços consistirá em uma medida eficaz na cessação do fumo ou se resumirá em uma prática, possivelmente a mais provável, de cumprimento de determinações da gestão para a oferta do atendimento sem a consideração das particularidades de cada usuário, que certamente não serão atendidas integralmente pela sua restrita medicalização.

Apesar de a Portaria nº 442 do MS apontar casos definidos de usuários com grau elevado de dependência à nicotina que devem receber o apoio medicamentoso, contanto que não apresentem contra-indicações clínicas, deve-se destacar que esta orientação pode apresentar aplicação de forma limitada nos serviços. A complexidade de cada usuário e as contra-indicações que cada medicamento apresenta torna a avaliação do emprego do apoio medicamentoso dependente de uma avaliação individual e baseada no contexto de cada usuário. Este fato pode ser evidenciado pelo fato da maioria dos entrevistados terem respondido que a tomada de decisão sobre o uso de medicamentos é dependente da avaliação médica, independente da classificação restrita à dependência à nicotina. A argumentação de que esta constatação foi determinada pelo fato da maioria dos entrevistados não serem médicos, sugerindo assim que os mesmos tenham informações limitadas sobre os critérios para a eleição da terapia medicamentosa, não é sustentada quando analisados os relatos dos médicos entrevistados, que mencionaram a complexidade da avaliação do usuário para a eleição ou não do tratamento medicamentoso.

É válido destacar que a grande maioria dos profissionais de saúde das UAPS relataram que é sempre o mesmo profissional que acompanha o fumante que faz uso do apoio medicamentoso nas consultas individuais. Além de esta observação constar na Portaria nº 442 do MS, Echer e Barreto (2008) observaram a importância de uma equipe multidisciplinar, incluindo profissionais de saúde e familiares, para a criação de condições técnicas e afetivas que fortaleçam a motivação do fumante em mudar o seu comportamento. Assim, subentende-se que, para a manutenção de uma

relação afetiva, é necessário a configuração do vínculo entre profissional e usuário, que deve ser considerada como fundamental para todos os momentos do tratamento e para qualquer fumante, e não somente para aqueles que necessitam lançar mão de medicamentos no que se refere às consultas individuais para o suporte medicamentoso.

Confrontando os relatos dos profissionais de saúde e da coordenadora municipal do PNCT acerca dos medicamentos analisados é interessante fazer algumas observações. A preponderância do fornecimento do adesivo transdérmico pelo INCA para o município, relatada pela coordenadora, foi evidenciada a partir da entrevista dos profissionais pelo fato de todas as UAPS que oferecem atendimento ao fumante disponibilizarem tal medicamento. No entanto, o relato de seis profissionais sobre a utilização da goma de mascar gera estranheza ao observar a informação fornecida pela coordenadora de que este tipo de medicamento não é mais fornecido para as unidades há mais de um ano da realização das entrevistas desta pesquisa. Cabe saber se os profissionais entrevistados mencionaram o uso da goma de mascar baseado na lembrança de grupos de tratamento anteriores ou se o medicamento foi estocado nas unidades e ainda é utilizado devido ao seu fornecimento para os usuários ser de forma esporádica.

A declaração da coordenadora municipal do PNCT sobre a utilização, muitas vezes indiscriminada, do cloridrato de bupropiona, apesar de ser enviada em menor quantidade pelo INCA, sugere uma relação com o fato de quase todos os profissionais das UAPS que oferecem tratamento ao fumante terem citado a disponibilização deste medicamento nas unidades.

É preciso salientar que o uso de medicamentos é um recurso adicional à abordagem comportamental nos casos em que esta é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina (REICHERT et al., 2008). Como mesmo alertou a coordenadora, o cloridrato de bupropiona apresenta uma série de efeitos adversos, sendo os mais comuns insônia, cefaléia, boca seca, tonturas e aumento da pressão arterial. Além disso, hipertensão arterial sistêmica não controlada, epilepsia e o uso concomitante de corticosteróides sistêmicos e insulina são algumas das suas contra-indicações (REICHERT et al., 2008).

Assim, apesar dos medicamentos se destacarem no tratamento do tabagismo, seja pelo controle criterioso da esfera municipal e federal sobre o seu

fornecimento, seja pela já conhecida alta demanda da população por este tipo de tratamento (GARNELO e WRIGHT, 2001), é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da rigorosidade na avaliação da necessidade de sua adoção em complementação à abordagem cognitivo-comportamental e, caso sejam de fato necessários, na eleição do tipo a ser adotado.

6.2.9. Registro do atendimento ao fumante

Sobre o registro do atendimento dos usuários, merece destaque o fato de 77,8% das unidades que oferecem atendimento ao fumante adotarem prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução relacionadas ao tratamento do tabagismo. Mais do que respeitar as diretrizes da Portaria nº 442 do MS, é importante considerar que o prontuário consiste em uma ferramenta que pode subsidiar os processos de gestão, o ensino, a pesquisa em saúde e a avaliação de políticas públicas. Além disso, quando estruturado de forma padronizada, apresenta-se como fundamental para a configuração da atenção à saúde e organização dos serviços de modo que respeite a integralidade do cuidado, com equidade e acesso universal (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

No entanto, fica a dúvida se a proposta de sistematização das informações em prontuários individuais sobre o tratamento de fumantes surte algum produto que não se restrinja ao seu registro em si. Estudos que avaliem a qualidade do registro dos usuários em questão podem ser considerados como alternativa para contribuir para a avaliação do serviço oferecido.

6.2.10. Relatório sobre abordagem e tratamento do tabagismo

Outro ponto que evidencia certa coerência entre o observado nos serviços e o orientado pela gestão municipal se refere à formulação de relatório sobre a abordagem e tratamento do tabagismo em cada UAPS. Apesar da Portaria nº 442 do

MS não fazer referência sobre as datas de entrega dos relatórios, o fato de pouco mais da metade das 18 unidades que oferecem atendimento ao fumante atenderem à solicitação da coordenação municipal do programa em enviar os relatórios de forma trimestral para o SECOPTT, demonstra, de certo modo, um esforço das UAPS em cumprir a determinação.

No entanto, é importante relacionar a argumentação da coordenadora municipal sobre a dificuldade de preenchimento dos relatórios por parte dos profissionais da APS e a exigência da esfera federal sobre os mesmos.

Segundo o Ministério da Saúde:

A avaliação será baseada nos relatórios enviados pelos Estados e Distrito Federal à Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo. Os relatórios deverão conter as seguintes informações:

a - Da unidade de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde

- N^o de pacientes atendidos na 1^a consulta de avaliação clínica

- N^o de participantes na 1^a sessão

- N^o de participantes na 4^a sessão

- N^o de participantes na 4^a sessão que pararam de fumar

- N^o de participantes que necessitaram de adesivo transdérmico de nicotina

- N^o de participantes que necessitaram de goma de mascar de nicotina

- N^o de participantes que necessitaram de cloridrato de bupropiona.

b - Da Secretaria Municipal de Saúde-SMS a Secretaria de Estado da Saúde-SES

- Consolidado das informações das unidades de saúde

- N^o de unidades de saúde com profissionais capacitados

- N^o de unidades de saúde com profissionais capacitados que estão realizando atendimento

c - Da SES para o Instituto Nacional de Câncer-INCA/MS

- Consolidado das informações das unidades de saúde por município

- N^o de unidades com profissionais capacitados por município

- N^o de unidades com profissionais capacitados que estão realizando atendimento por município

As informações estarão dispostas em planilhas elaboradas pela Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS. (BRASIL, 2004e, p.7).

Baseado no exposto, pode-se supor que haja a necessidade de grande disponibilidade de tempo dos profissionais responsáveis para a realização de tal tarefa. No entanto, considerando as diversas demandas da APS, a complexidade do cuidado neste nível de atenção, os desafios da superação da precarização do trabalho e da busca da valorização dos profissionais de saúde do SUS (BRASIL, 2009e), além da sobrecarga de trabalho sofrida por estes profissionais (ROCHA et al., 2008), torna-se esperada a dificuldade no preenchimento das planilhas de avaliação das ações conforme as exigências de conteúdo e prazo. Assim, é importante que esta tarefa seja considerada no planejamento das ações de cada UAPS, recebendo um grau de importância tal qual as sessões de tratamento junto ao usuário.

Cabe também destacar a menção de alguns profissionais sobre o envio do relatório para a coordenação municipal de forma mensal e ao fim de cada grupo, com uma frequência variável. Como o relatório deve conter informações detalhadas sobre os atendimentos individuais e em grupo, a formulação do relatório e o seu envio de forma mensal demonstram-se improváveis para o atendimento dos seus requisitos. Da mesma forma, o relato de que o envio do relatório se dá ao final de cada grupo pode sugerir a não realização dos grupos de forma ininterrupta, com grupos sequenciais. No entanto, uma investigação mais detalhada mereceria ser realizada para verificação da qualidade das informações fornecidas.

6.2.11. Outras ações de controle do tabagismo

Por fim, é válido comentar alguns pontos sobre as ações relacionadas ao controle do tabagismo que se diferem àquelas preconizadas pelo PNCT para o atendimento ao fumante. De forma geral, pode-se identificar o desenvolvimento de ações vinculadas à lógica da APS como um todo, diferentemente das recomendações específicas do PNCT para o atendimento ao fumante.

A maior prevalência de relatos sobre a realização de orientações em sala de espera e atividades em grupo acerca dos riscos do tabagismo pode ser considerada como esperada, uma vez que estes espaços, principalmente as ações em grupo, configuram-se como boas oportunidades para o esclarecimento de informações sobre as doenças, para a troca de conhecimentos e experiências (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011). No entanto é importante chamar a atenção para o tipo e a denominação dos grupos citados.

A abordagem do tema em grupos de “hipertensos” e “diabéticos” pode ter como explicação o acúmulo de orientações que a APS apresenta para a prevenção e o tratamento de agravos neste grupo de indivíduos. Como já abordado na introdução deste trabalho, os Cadernos de Atenção Básica apresentam publicações que fazem referência ao tabagismo no controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2006e) e diabetes melitus (BRASIL, 2006f). É válido destacar que, apesar do tabagismo não apresentar relação de causa para estas doenças, está relacionado a

várias doenças cardiovasculares, segundo observado na lista dos códigos CID 10 de doenças tabaco-relacionadas do CDC (Anexo A).

A maior diversidade de grupos citados relacionados à saúde da mulher, (“direitos reprodutivos”, “gestantes”, “saúde da mulher”, “climatério” e “pré-natal”), além do grupo de “desnutridos”, que inevitavelmente apresenta a figura da mãe como peça fundamental nos encontros, pode ter como um dos motivos a riscos que o tabagismo oferece particularmente para as mulheres, como o fato do estrogênio ser contra-indicado quando o hábito de fumar se faz presente, além dos perigos deste hábito durante a gravidez e na amamentação, os quais também são abordados em uma publicação específica dos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2010e).

Em relação à denominação dos grupos, pode-se sugerir a marcante presença do modelo assistencial tradicional em alguns deles devido à citação de doenças ou acometimentos como suas identificações, como no caso dos grupos de “hipertensos”, “diabéticos” e “desnutridos”. Não focalizar as patologias como forma de denominação dos grupos, como no caso dos citados grupos de “caminhada” e “saúde mental”, tende a valorizar a importância das ações de promoção de saúde (PORTES et al., 2011).

Juntamente com as atividades de grupo e atividades em sala de espera, a abordagem do tema tabagismo nas consultas individuais cotidianas, nas próprias unidades, foi uma das ações mais citadas pelos entrevistados. Isto pode ser justificado pelo conhecimento bastante difundido sobre os malefícios do tabagismo associado à complexidade da APS em si, que dentre outras atribuições, aponta para a necessidade de que os profissionais de saúde envolvidos neste nível de atenção garantam:

a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2007b, p.44).

No entanto, mesmo havendo a orientação da PNAB de que o cuidado em saúde deve também ser realizado, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2007b), as menções sobre ações que extrapolam o âmbito da unidade de saúde foram menos citadas, como a busca ativa por fumantes e a abordagem do tema em visitas domiciliares, associações e escolas. Como já

comentado, a sobrecarga de trabalho vivenciada por muitos profissionais e o desafio da implementação e continuidade de ações intersetoriais podem configurar-se como motivos para tal situação.

Como alternativa para a ampliação do acesso ao atendimento daqueles fumantes que não costumam ser recrutados pelos serviços de saúde para esta demanda, pode-se sugerir a busca ativa por fumantes em seus domicílios. Segundo Szkilo (2008), os fumantes com menor grau de dependência da nicotina, que representam 90% da população dos fumantes, e os pertencentes às camadas mais baixas da sociedade são os menos captados pelos programas de controle do tabagismo. Dessa forma, diferentes estratégias de captação de fumantes para as intervenções existentes devem ser elaboradas para motivar, de forma heterogênea, o maior número possível de indivíduos elegíveis (SZKLO; OTERO, 2008).

Especificamente em relação às escolas, através do *Programa Saber Saúde*, o PNCT “prevê a inserção no currículo escolar de estratégias para promoção de estilos de vida saudável, incluindo o tabagismo” (BRASIL, 2003a, p.12). Considerando a escola como um canal comunitário com ampla interação com a comunidade (BRASIL, 2003a), a articulação dos profissionais de saúde da APS com os atores envolvidos neste espaço torna-se fundamental para a ampliação da abrangência da abordagem do controle do tabagismo no território de cada UAPS.

Por fim, é válido ressaltar a menção de um profissional entrevistado sobre a divulgação das ações realizadas pela equipe da unidade em eventos científicos. Pode-se supor que esta prática valorize a articulação entre ensino e serviço, beneficiando ambas as partes no sentido de possibilitar a agregação entre conhecimento científico e as particularidades do complexo cenário dos serviços.

6.3. Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: algumas considerações sobre aplicabilidade e limitações

O estabelecimento do perfil das ICSAA tabaco relacionadas, apesar de ter sido um objetivo secundário neste estudo, apresentou o papel de portar-se como uma proposta metodológica para avaliações futuras do desempenho das ações de controle do tabagismo na APS e, a partir disso, para o apontamento de alternativas para a superação das possíveis dificuldades encontradas nos serviços.

No entanto, considerando que os efeitos resolutivos da APS são sentidos em longo prazo (STARFIELD, 2002) aliado aos fatos da ESF vir sendo consolidada a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006 e do PNCT ter suas ações desempenhadas com maior solidez a partir dos anos 2000 (CAVALCANTE, 2005), torna-se limitado o julgamento imediato de que as ações na APS voltadas para o controle do tabagismo e o modo como estão sendo desenvolvidas estejam diretamente relacionados com as taxas de ICSAA observadas. Este julgamento também se torna limitado pelo fato de muitas doenças tabaco-relacionadas serem crônicas e multicausais, o que poderia justificar a maior frequência de ICSAA na população acima de 65 anos (USDHHS, 2010).

Além disso, a não disponibilização de uma base de dados de ICSAA atualizada, que pudesse associar a população de cada área do município com o número de ICSAA, compromete a utilização das taxas dispostas nos resultados como valores validados para o ano de 2011. No entanto, é importante ressaltar que os resultados apontados demonstram um significativo número de ICSAA em 2008 (17,7%), sendo que deste montante 44,8% correspondem a internações tabaco-relacionadas.

Outra consideração digna de maior reflexão refere-se à aplicabilidade dos valores observados referentes às ICSAA. Oliveira, Simões e Andrade (2009), a partir da análise da relação entre as ICSAA e os serviços de APS oferecidos pelos municípios de Minas Gerais em 2004, concluíram que os serviços da APS dos municípios não são efetivos em relação à prevenção de agravos. Diante disso, os autores consideraram que tal cenário reforça a necessidade de reformulações na APS no que tange à capacitação técnica dos profissionais, ao processo de educação permanente e aos incentivos de remuneração segundo metas pré-estabelecidas.

Também apontaram necessidades de mudança nos investimentos na infra-estrutura das unidades básicas de saúde, na disponibilidade de recursos materiais e nos sistemas de referência e contra-referência e de apoio diagnóstico e terapêutico.

Dessa forma, as ICSAA configuram-se como um indicador que pode auxiliar no monitoramento das ações implementadas na atenção básica, sendo importantes para o apoio dos gestores e profissionais de saúde tanto para a organização e planejamento dos serviços de saúde, quanto nos processos de organização da assistência em todos os níveis de saúde (PIRES, 2008). Assim, há a viabilização de ferramentas para o:

monitoramento e a avaliação dos serviços existentes, a organização de políticas de qualificação e capacitação profissional, a criação de condições estratégicas para a coordenação dos serviços e a oferta de um cuidado integral, de qualidade e humanizado. (PIRES, 2008, p. 147).

No entanto, é preciso ter de forma clara as limitações do indicador ICSAA. Apesar de avaliar o impacto das políticas e programas de saúde, este indicador não avalia a qualidade das ações em saúde para a sua adaptação à condição do usuário (NEDEL et al., 2011). Assim, é preciso considerar a particularidade de cada UAPS e comunidade adstrita, podendo uma mesma iniciativa tomada para a melhoria da resolutividade dos serviços não ser aplicável e eficaz em diferentes locais.

Outra limitação da utilização das ICSAA como instrumento de monitoramento da APS refere-se à qualidade dos dados trabalhados para a construção deste indicador, exigindo que:

os dados sobre altas hospitalares sejam completos, que os diagnósticos registrados sejam confiáveis, que as condições selecionadas como sensíveis à atenção ambulatorial sejam válidas e que os denominadores utilizados no cálculo dos coeficientes sejam a população efetivamente exposta ao risco de internação (LEITE, 2009, p. 98).

Neste sentido, na interpretação de uma eventual queda de ICSAA deve ser observado se ela não está associada à diminuição da oferta de leitos ou à migração de pacientes, que necessitam de atendimentos mais especializados, para outros municípios de maior porte, como observado no estudo de Souza e Costa (2011). Os mesmos autores ainda alertam sobre a questão da existência de leitos hospitalares ociosos, os quais tenderiam a manter hospitalizações para justificar as suas existências mesmo tendo como causas de internação demandas que poderiam ser resolvidas na APS.

7. Considerações Finais

De maneira geral, os resultados evidenciaram que o controle do tabagismo apresenta um forte arcabouço organizativo na gestão municipal, apresentando ações desempenhadas de forma contínua desde a criação, em 2005, do SECOPTT, o qual se configura como a coordenação municipal do PNCT de Juiz de Fora. O fato de o tema tabagismo, na última década, estabelecer-se frequentemente nos diferentes espaços da mídia e ser alvo de leis, projetos, programas e políticas que visam à redução dos prejuízos do tabaco favorece o planejamento e o desempenho de ações relacionadas, ainda que existam muitos desafios a serem superados.

O foco no atendimento ao fumante, evidenciado pela concentração de esforços na capacitação dos profissionais de saúde na APS, sugere a preocupação da gestão municipal em seguir as diretrizes nacionais do PNCT referentes à cessação do tabagismo, as quais estão predominantemente reunidas, e de forma detalhada, nas portarias nº 442 e nº 1035 do MS.

Há de se valorizar a configuração de um cenário que organize a capacitação de profissionais de saúde de forma periódica. Porém, fragilidades dessa estratégia foram evidentes de acordo com os relatos dos entrevistados. A não uniformidade da capacitação dos profissionais pertencentes dentro de uma mesma UAPS ameaça os princípios da equidade e da universalidade, além de sobrecarregar os profissionais das equipes Saúde da Família que foram capacitados, caso passem a ofertar atendimento aos usuários não adscritos à sua área de atuação.

Além disso, é importante ressaltar alguns desvios das diretrizes nacionais do PNCT nas recomendações da coordenação municipal destinada aos profissionais de saúde. Não cadastrar todos os fumantes no momento em que procuram as unidades, segundo a ficha preconizada, pode resultar em um falso desempenho do programa. Isto se torna relevante, uma vez que as informações perdidas dos usuários que não foram cadastrados comprometem a avaliação e o planejamento das ações destinadas ao fumante, podendo levar a uma avaliação errônea do desempenho municipal no que tange às ações desenvolvidas.

Outra questão refere-se à orientação para que sejam evitadas associações medicamentosas visando à contemplação de todos os usuários que apresentam

indicação de apoio medicamentoso, o que pode ter um impacto negativo sobre os indivíduos que necessitariam de tal abordagem, sobretudo aqueles que não tiveram sucesso em tentativas anteriores na cessação do hábito de fumar.

A concretização do atendimento ao fumante a partir da capacitação dos profissionais de saúde esbarra em diversas limitações que provavelmente não se restringem ao município estudado. A inadequada estruturação das unidades, as particularidades de cada localidade, o variado grau de comprometimento dos profissionais em implementarem o atendimento e a disposição, em segundo plano, da capacitação dos profissionais sem nível superior podem ser alguns dos motivos para apenas 18 UAPS ofertarem atendimento ao fumante apesar de 42 unidades apresentarem profissionais capacitados para tal abordagem.

Além disso, questões como a alta rotatividade de profissionais nas unidades e a carência de mecanismos que permitam aos profissionais implementarem e darem continuidade aos atendimentos em meio às demais atribuições que possuem, configuram-se como obstáculos ao desafio de efetivar a capacitação dos profissionais na oferta do atendimento ao fumante de forma contínua e resolutive.

A falta de um financiamento específico das ações voltadas para o controle do tabagismo foi apontada pela coordenadora municipal do PNCT como um fator limitador para a implementação das ações. No entanto, é necessário refletir se o financiamento específico de ações e programas de fato garante resultados mais efetivos e se as ações de controle do tabagismo não poderiam ser agregadas em programas que apresentam interfaces com o tabagismo e recebem financiamento próprio.

A saturação de responsabilidades acumuladas na APS, sendo atribuída a ela a resposta para problemas inespecíficos e comuns de saúde responsáveis pela maior parte das necessidades de saúde da população (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010) e as dificuldades com o preenchimento das planilhas de controle dos atendimentos aos fumantes foram os principais fatores identificados como impeditivos para a efetivação no serviço dos conhecimentos adquiridos na capacitação dos profissionais acerca da abordagem do fumante. A articulação da coordenação municipal do PNCT com os demais setores da APS para o planejamento das ações de controle do tabagismo de modo que sejam otimizados os momentos da abordagem do usuário e diminuída a sobrecarga dos profissionais

de saúde, assim como a consulta aos próprios profissionais acerca da viabilidade da implementação das ações sugeridas nas capacitações e de estratégias para a superação das dificuldades existentes, são alternativas para a otimização da oferta do atendimento ao fumante nos serviços.

Nesse sentido, o empenho da coordenação municipal do PNCT no desenvolvimento de ações de controle do tabagismo de forma articulada com outros departamentos da APS e setores não saúde, sobretudo nas ações de promoção da saúde e de prevenção do hábito de fumar, porta-se como um fator potencial para a concretização de avanços do controle do tabagismo no município. No entanto, é importante ressaltar que tal medida é de grande complexidade e pode exigir esforços não previstos, os quais esta pesquisa não tem a intenção de discutir a fundo.

Apesar de o PNCT e de outros documentos preconizarem ações de promoção da saúde e da prevenção do hábito de fumar, não foi percebido no referencial teórico consultado um considerável acúmulo e detalhamento de conteúdo acerca destas ações. Pode-se sugerir que este fato repercute, inevitavelmente, na priorização do desenvolvimento de ações de cessação do tabagismo no que tange às iniciativas de controle do tabagismo em todo o país, como pôde ser notado no município de Juiz de Fora. É importante esclarecer que a maior concentração de informações acerca da abordagem do fumante no referencial bibliográfico consultado resultou em uma maior expectativa sobre a evidência de achados relacionados a este tipo de ação e influenciou na elaboração dos questionários aplicados aos profissionais de saúde da APS, sendo predominantemente compostos por aspectos relacionados ao tratamento do fumante segundo o modelo preconizado pelo PNCT.

Em síntese, a partir da verificação das diretrizes do PNCT e as ações desenvolvidas no município pela coordenação municipal do programa e nas UAPS, pode-se visualizar um conjunto de ações de controle do tabagismo com o grande desafio de configurar-se, de fato, na efetivação do PNCT em nível municipal. O relevante impacto do tabagismo na saúde da população local, mediante a análise estatística das ICSSA tabaco-relacionadas, aponta para a importância da superação das limitações e obstáculos presentes.

Espera-se que os resultados e discussão deste trabalho sirvam como instrumento de sensibilização das instituições governamentais, principalmente a secretaria municipal de saúde, e como ferramentas de apoio para profissionais de

saúde e a coordenação municipal do PNCT na formulação e implementação de ações estratégicas de saúde no que tange ao tabagismo.

8. Referências

ADAMI, S. et. al. The effect of age, weight, and lifestyle factors on calcaneal quantitative ultrasound: the ESOPO study. **Osteoporosis international**, V 14, N. 3, p.198-207, 2003.

ALDRIGHI, José Mendes et al. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, Feb. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302005000100020. Acesso em: 22 Nov. 2010.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000600016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 Nov. 2010.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Aug. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000800002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 Nov. 2010.

ANDERSON, Robert N et al. Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates. **Natl Vital Stat Rep**, v. 49, n. 2, p.1-32, maio. 2001.

ARAUJO, Alberto José de et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol**, São Paulo, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Nov. 2010.

BEHR J, NOWAK D. Tobacco smoke and respiratory disease. **Eur Respir Mon**, v.7, n.1, p. 161-79. 2002.

BELEI, R. A. et. al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. 2008. **Cadernos de Educação**, n.30, p. 187-199, jan/jun. 2008.

BERMÚDEZ-TAMAYO, Clara et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Aten Primaria**, v.33, n.6, p. 305-11. 2004.

BIALOUS, Stella Aguinaga et al . A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 4, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892010000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000400007>.

BORNSTEIN VJ, STOTZ EN. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Entre a Mediação Convencedora e a Transformadora. **Trab. Educ. Saúde**. v. 6, n. 3, p. 457-480. nov. 2008/ fev. 2009.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996 do MS. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, 15 de julho de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **DECRETO Nº 7.508**. Brasília, DF, 28 jun. 2011a.

_____. Lei n.º 12.546 de 14 de dezembro de 2011 do MS. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis n.º 11.774, de 17 de setembro de 2008, n.º 11.033, de 21 de dezembro de 2004, n.º 11.196, de 21 de novembro de 2005, n.º 10.865, de 30 de abril de 2004, n.º 11.508, de 20 de julho de 2007, n.º 7.291, de 19 de dezembro de 1984, n.º 11.491, de 20 de junho de 2007, n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e n.º 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória n.º 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei n.º 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei n.º 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Brasília, 14 de dezembro de 2011b; 190º da Independência e 123º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre tabagismo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, Contapp, 1998. 71p.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso. 2001**. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/parar/consenso.htm. Acesso em: 20 Nov. 2010.

_____. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Fumo. Portaria 1575/GM do MS. **Diário Oficial da União** 170, Brasília, DF, 03 set. 2002.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco: modelo lógico e avaliação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 48 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 2, jun. 2003c. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292003000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000200013>.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ação global para o controle do tabaco**: por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil: 1º tratado internacional de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Por que aprovar a Convenção-Quadro para o controle do tabaco?** Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

_____. **Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas**. 2ª edição revista e ampliada. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF. 2004c.

_____. PORTARIA Nº 1035/GM. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 maio. 2004d.

_____. PORTARIA Nº 442. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 ago. 2004e.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria nº2439/GM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 dez. 2005b.

_____. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto PORTARIA Nº 399/GM. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 fev. 2006a. 23p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Série Pactos pela Saúde 2006**, v.7, Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. 60p.

_____. Institui o programa "Ministério da Saúde Livre do Tabaco", PORTARIA Nº 300/GM. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 09 fev. 2006c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

(**Cadernos de Atenção Básica**; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 56 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. (**Cadernos de Atenção Básica**; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 58 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 64 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. (**Cadernos de Atenção Básica**; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. 132p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 19). Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 192 p.

_____. Portaria MS nº 493 de 13/03/2006 - Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 mar. 2006i.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. (Série A. Normas e manuais técnicos). Brasília, 2006j. 72 p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **A Anvisa na redução do tabagismo**. Brasília: Anvisa. Julho 2007a.

_____. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. (Série E. Legislação de Saúde) (**Série Pactos pela Saúde 2006**. v. 4). 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 68 p.

_____. Institui Comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº1680/GM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 julho. 2007c.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Manual de Orientações Dia Mundial Sem Tabaco 2008**: (31 de maio). Rio de Janeiro: INCA, 2008a. 32p.

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. **Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.72 p.

_____. Pacto pela Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de

monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 mar. 2008c.

_____. Mais Saúde: Direito de todos/2008-2011. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**. 2.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2008d. 100p.

_____. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008e.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abril 2008f. N. 75. 70p.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. (Série A. Normas e manuais técnicos). 2 ed. Brasília, 2008g. 52 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. NASF. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.160 p.

_____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **O Plano Nacional de Saúde: PNS 2008/2009-2011**. Brasília, DF, 02 dez. 2009b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 23). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.112 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos de Atenção Básica** ; n. 24). Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 96 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e. 416p

_____. Instituto Nacional do Câncer; CANADÁ. Universidade de Waterloo. **Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco: ITC Brasil-Resumo**. Out 2009. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/ITC_Brasil_resumo.pdf.pdf. Acesso em: 10 dez 2010.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Global adult tobacco survey Brazil 2008** /Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010a. 208p

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009** : uma análise da situação de saúde e da agenda

nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 368p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.150p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica, n. 25**). Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. 160 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica, n. 26**). Brasília: Ministério da Saúde, 2010e. 300 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Apresentação do Vigitel 2010 - 18.04.2011. 2011a. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12460. Acesso em: 20 abr 2011.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. 58p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. 2011c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php. Acesso em 29 abril 2011.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011d. 118p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Decreto nº 5.658. **Divisão de Atos Internacionais**. 02 jan. 2006. Disponível em:
http://www2.mre.gov.br/dai/m_5658_2006.htm. Acesso em: 18 nov 2010.

CARVALHO, C.R.S. **O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS**. 2009. 187f. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, Márcia Regina Pizzo de; MATSUO, Tiemi; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, Feb. 2010 . Available from
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132010000100012&script=sci_abstract&tlng=pt. access on 22 Nov. 2010. doi: 10.1590/S1806-37132010000100012.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, Oct. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500006. Acesso em: 28 Nov. 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (SAMMEC): Adult SAMMEC and Maternal and Child Health (MCH) SAMMEC software, 2007.** Disponível em: <http://apps.nccd.cdc.gov/sammecc/index.asp>. Acesso em: 10 Nov. 2010.

_____. **About CDC.** 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/about/>. Acesso em: 7 Nov. 2010.

_____. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 57, n. 45, p. 1226-8, Nov 2008.

CENTRO INTERNACIONAL DE RECURSOS. **Brasil:** Prejuízos do tabagismo. Abril 2010. Disponível em: http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/pt/Brazil_tob_burden_pt.pdf. Acesso em: 19 jun 2011.

CORREA, Paulo César Rodrigues Pinto; BARRETO, Sandhi Maria; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 1, mar. 2008. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742008000100005&lng=pt&nrm=iso. acessos em 05 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000100005>.

CORRÊA, Paulo; BARRETO Sandhi M; PASSOS Valéria MA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. **BMC Public Health**, v.9, n. 206, p. 1-13. Jun 2009.

CRAIG, Wandy Y; PALOMAKI, Glenn E; HADDOW, James E. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. **BMJ**, v. 298, p. 784-788, Mar. 1989.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010. Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000400015&lng=en&nrm=iso. access on 17 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>.

CUNHA FILHO, Hilson; MARQUES, Rita Fonseca e FARIA, Paula Lobato de. Dificuldades políticas, éticas e jurídicas na criação e aplicação da legislação sobre álcool e tabaco: contributo para o desenvolvimento da investigação em Direito da Saúde Pública. **Rev. Port. Sau. Pub. [online]**. dez. 2010, vol.28, no.2 [citado 11 Outubro 2011], p.205-218. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08709025201000200012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-9025.

CZERESNIA, D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. **Fórum de Saúde Suplementar**. Julho 2003. 35p. Acesso em 13 out 2011. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>

DIAS, H. M. **Programa municipal de controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na atenção básica**". 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2012. Trabalho não publicado.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativa. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

ECHER, Isabel Cristina; BARRETO, Sérgio Saldanha Menna. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300018>.

ELIAS, Evelyn; MAGAJEWSKI, Flávio. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400011&script=sci_arttext Acesso em: 22 Nov. 2010.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al . Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000600003. Acesso em: 22 Nov. 2010.

GARNELO, Luiza; WRIGHT, Robin. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, mar. 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200003>.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, Ligia et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

GOMES, Francisco Maglionio; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700021&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700021>.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, May 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300026&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300026>.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**: Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro. ISBN 978-85-240-4102-0 (CD-ROM). 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 20 dez 2010.

IBGE **Cidades**. Disponível em: <http://.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>. Acesso: 20 maio 2011.

IGLESIAS, Roberto et al. **Controle do tabagismo no Brasil**: Documento de Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP). Washington, DC: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial/Departamento de Saúde, Nutrição e População. Agosto, 2007.

JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100023&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100023>.

KUHNEN, Mirian et al . Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2009000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 20 June 2011. doi: 10.1590/S1415-790X2009000400011.

LAYDNER, Humberto Kern et al. Disfunção erétil: um marcador precoce de doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 66, n. 10, p. 331-4. out. 2009.

LEITE, Simone Paiva. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família de municípios de médio porte de Minas Gerais**: possibilidades e limites da utilização de dados secundários. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2009.

LUCCHESI R, VERA I, PEREIRA WR. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**.v. 12, n.3, p.562-6. 2010.

LUCCHESI, Roselma et al . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000900017&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900017>.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; SILVA, Raimunda Magalhães da. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, July 2010. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000400027&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400027>.

MAFFACCIOLLI, Rosana; LOPES, Marta Julia Marques. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, suppl.1, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700029&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700029>.

MARTINS, K.C. **"Eu queria, mas não conseguia..."** : aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. 2009. Dissertação (Mestado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo; ROBAINA, Jaqueline Rodrigues; SIQUEIRA, Natalia Netto. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; MATTOS, Ruben Araujo. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 295-312.

MENEZES, Ana MB et al . Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, Apr. 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 Nov. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SES/MG nº 1093, de 29/12/2006**. Estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial. Minas Gerais, 2006.

MORENO A.B et al. **Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial**: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v.17, n 2, p. 409-16. 2009.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n.1, 2010, p. 92-96.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, mar. 2010. Disponível em:
http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742010000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 nov. 2010.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700046&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700046>.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, Dec. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102008000600010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 22 Nov. 2010.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; LIMA FILHO, Domingos Leite. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300011>.

OLIVEIRA, AC; SIMÕES, RF; ANDRADE, MV. **A relação entre a atenção primária em saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009. 26p. (Texto para discussão; 363).

OLIVEIRA, AF; VALENTE, JG; LEITE, IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000200020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 dez. 2011. Epub 15-Fev-2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000001>.

OPAS/OMS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

_____. **Tabaco e Pobreza: um ciclo vicioso**. Informativos. Brasília, 29 maio 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/MOSTRANT.CFM?CODIGODEST=213>. Acesso em: 20 jun 2011.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Montevideu, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atlas do tabaco: Parte três: O comércio do tabaco**. 32- O futuro. 2002. Disponível em: [_http://www.who.int/tobacco/en/atlas16.pdf](http://www.who.int/tobacco/en/atlas16.pdf). Acesso em 24 out. 2010.

_____. **Recomendações políticas para a cessação do tabagismo e tratamento da dependência do tabaco: ferramentas para a saúde pública**. 2003. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/. Acesso em: 15 dez 2010.

_____. **CID-10**. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 22 dez 2010.

_____. **The global burden of disease: 2004 updat**. 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Acesso em: 22 abr. 2011.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. 2009a. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html. Acesso em 12 jan. 2011.

_____. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>. Acesso em 2 jan. 2011.

_____. **World Health Statistics 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>. Acesso em 20 dez. 2010.

OTERO, Ubirani Barros et al . Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Feb. 2006.

Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200021>.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Séries. Saúde no Brasil. The Lancet. Londres, maio 2011. p. 11-31.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, 2007. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000700005&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>.

PINTO, Márcia; UGA, Maria Alicia Domínguez. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600016. Acesso em: 22 Nov. 2010.

PIRES, V. A. T. N. **Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG. 2008.

PORTES LH et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev. APS**. v. 14, n.1, p.111-119. 2011.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Lei n. 11.813 , de 29 de julho de 2009. Proíbe o fumo nos recintos coletivos no município de Juiz de Fora e dá outras providências. Projeto n.º 068, de autoria do Vereador José Laerte. Secretaria de administração e recursos humanos. Atos do governo. Publicação: 30 de julho de 2009.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300024>.

REICHERT, Jonatas et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 10, Oct. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180637132008001000014&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Nov. 2010.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al . Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, suppl.1, 2011. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300012&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300012>.

RODRIGUEZ-ROIZIN, Roberto et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). **Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (UPDATED 2009)**. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute, 2009. Disponível em: <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=2003>. Acesso em 13 dez 2010.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016. Acesso em 22 Nov. 2010.

SALTMAN RB, RICO A, BOERMA WGW, organizadores. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

SANTOS, F.A.Z. et al Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioter Pesq.** v. 14, n. 3, p. 50-4. 2007.

SCHMIDT, M.I.et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Séries. Saúde no Brasil. **The Lancet**. Londres, maio 2011. p.61-74.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, Feb. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101995000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Aug. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S003489101995000100010>.

SHIMIZU, Helena Eri; REIS, Leonardo da Silva. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000900014&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900014>

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, Oct. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000500011&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>.

SILVA, JA. **Um Estudo da Atenção Primária à Saúde mediante o indicador ICSAA** - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

SZKLO, André Salem; OTERO, Ubirani Barros. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100018>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005. Acesso em: 22 Nov. 2010.

_____. Tabagismo: Parte 2. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000300006&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Nov. 2010.

_____. Tabagismo - Parte 3. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000400005&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Nov. 2010.

SOUZA, Leonardo Lemos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000400017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STELLMAN SD, GARFINKEL L. Smoking habits and tar levels in a new American Cancer Society prospective study of 1.2 million men and women. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 76, n. 6, p. 1057–63, Jun 1986.

SUEHARA, Letícia Yumi; SIMONE, Karine; MAIA, Marcus. Avaliação do envelhecimento facial relacionado ao tabagismo. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de

Janeiro, v.81, n. 1, Feb. 2006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000100004.
Acesso em: 22 Nov. 2010.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números. **RADIS: comunicação em saúde**, n. 23, p. 14-33. 2004.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação de programas e serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa, In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEMPORAO, José Gomes. Saúde Pública e controle do tabagismo no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, June 2005. Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000300001&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Nov. 2010.

TROIAN, Alessandra. A percepção de agricultores e de outros agentes rurais acerca das dimensões ambiental, social e econômica no cultivo de tabaco no município de Arvorezinha (RS). Dissertação (Mestrado em Extensão Rural). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2010.

U.S. Department of Health and Human Services. **The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004, 941p.

_____. **How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, suppl.1, 2008. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300021&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, June 2011. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000600017&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600017>

VAZQUEZ, María Luisa et al . Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, suppl, 2005.

Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500017>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009. Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300016>.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 . Available

from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800030&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.

VILLELA, Wilza Vieira et al . Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009 . Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600014>

WUNSCH FILHO, Victor et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, June 2010. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415790X2010000200001&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Nov. 2010.

9. APÊNDICES

Apêndice A- Planilha de Regionalização da Rede Assistencial Juiz de Fora- 2011

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2011											
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)											
Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
7	Fábrica										
	Esplanada	1	10	R Bias Fortes, 74	3690-7741		Tradicional	7.586		1 - COB	
	São Dimas										
	Monte Castelo	1	30	R Oswaldo Mascarenhas, S/N	3690-7858	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira	2.891 2.920 2.621		2 - COB	
	Carlos Chagas										
	Jardim Cachoeira										
	Loteamento Parque das Águas			Fazenda Santa Cândida, Jardim Cachoeira				2.166			
	Cerâmica										
	São João									3 - COB	
	Industrial	1	8	R João Gualberto , 110	3690-7800		Tradicional	6.711			
	Francisco Bernardino (parte)										
	Jardim Natal	1	21	R Tenente Lucas Drumont, 370	3690-7801	2	Jardim Natal Francisco Bernardino	3.403 3.332		4 - COB	
	Francisco Bernardino (parte)							601			
	Encosta do Sol							2.800			
	Fontesville I							692			
	Fontesville II							449			
	Fazendinhas Pedra Bonita							392			
	Vivendas das Fontes							69			
	Milho Branco	1	32	R Nicolau Schuery, S/N	3690-7905	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2.672 2.853 2.731		5 - COB	
	Alto Milho Branco										
	Amazônia										
	Condomínio Santa Felicidade				R. C, nº 100				597		
	Jóquei Clube I	1	21	R Antônio Armando Pereira, 140	3690-7903	2	Vila Bejani Barbosa Lage	3.597 4.275		6 - COB	
	Barbosa Lage										
	Condomínio Belo Vale I				Av. J.K. (perto FACIT)				792		
	Condomínio Belo Vale II				Av. J.K. (perto FACIT)				660		
	Santa Maria										
	Santa Amélia										
	Parque das Torres										
	Dom Pedro I / Joquei Club II	1	43	R Antônio Guimarães Peralva, 130	3690-7904	4	Parque das Torres Santa Amélia Cidade do Sol Santa Maria	2.627 3.170 2.598 2.496		7 - COB	
Jóquei Clube III											
Cidade do Sol											
Remonta											
Represa e Adjacências											
Santa Lúcia								2.400			
Nova Era I (Parte)								600			
Residencial Bela Vista				R. Pedro Antônio da Conceição, Nova Era				721			

Região Administrativa Norte (1)

8

Nova Era II	1	32	R. Guimarães Júnior, nº 850	3690-7827	3	Nova Era II Jardim Santa Isabel Jardim dos Alfeneiros	3032 3101 3161		44 - Desc*
Nova Era I (Parte)									
Jardim Santa Isabel									
Jardim dos Alfeneiros									
Condomínio Residencial Monte Verde			Av.Dr. Simeão de Faria,nº440				730		
São Judas Tadeu	1	20	R Ernesto Pancini, 446	3690-7909	2	Alto São Judas Tadeu São Francisco de Paula	2975 3286		8 - COB
Loteamento São Francisco de Paula									
Loteamento Verbo Divino									
Santa Cruz	1	41	R. Antonio Mourão Guimaraes, 245	3690-7908	4	Vila Mello Reis Vila Paraíso Simeão de Faria Santa Cruz	2560 2546 2959 2739		9- COB
Loteamento Santa Clara									
Loteamento São Damião II									
Loteamento São Damião I									
Vila Paraíso									
Vila Melo Reis									
Vila Esperança I	1	31	R Nova , S/n	3690-7896	3	Vila Esperança I Vila Esperança II Nova Benfica	2.965 2.611 3.041		10-COB
Vila Esperança II									
Nova Benfica									
Benfica							11732	Norte	
Bairro Araújo									45- Desc
Ponte Preta									
Residencial Migeul Marinho			Av. J.K. (próximo Bairro Ponte Preta)				1204		
Barreira do Triunfo	1	12	R Antônio Pereira de Souza, S/N	3690-7999	1	Aldeia	3.569		11 - COB
Vila São Cristovão									
Aldeia									
Nautico									
Recanto do Sol									
Pedra Branca									
Novo Triunfo									
Campo Grande									
Contendas									
* Hospital Militar - Fábrica									
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, aposentadorias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente às UAPS que trabalham com o ESF									

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA – 2011												
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)												
	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Nordeste (2)	5	Centenário (Parte)							1.610		46 - Desc	
		Centenário (Parte)									12- COB	
		Santa Terezinha										
		Nossa Senhora das Graças	1	17	R Queluz, 72	3690-7906		Tradicional	19.820			
		Eldorado										
		Alto Eldorado										
		Vista Alegre										
		Tupi										
		Quintas da Avenida									47 - Desc	
		Bom Clima							8.339			
	Vale dos Bandeirantes	1	20	R Laurindo Noceli, 100	3690-7901	3	Vale dos Bandeirantes Tapera Serra Pelada	3.273 2.945 2.814		13- COB		
	Vivendas da Serra							1.934				
	6	Parque Guarani	1	23	R Sofia Rafael Zacarias, 685	3690-7907	2	Parque Guarani Granjas Betânia	3.330 3.548		14- COB	14- COB
		Granjas Betânia										
		Recanto dos Lagos										15- COB
		Muçunge da Grama	1	10	Pc Aureo Gomes Carneiro, S/N	3690-7902		Tradicional	8.790			
		Vila Montanhesa										
		Parque Independência										
		Vila São José										
		Nova Suíça									16- COB	
Água São Luis												
Vila dos Sonhos												
Granjas Triunfo												
Filgueiras	1	20	R Orlando Riani, 2200	3277-5353	2	Filgueiras Vale dos Sonhos	2.500 2.644					
* Hospital Dr. João Penido - FHEMIG - Grama Hospital Ana Nery - Filgueiras												
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, aposentadorias e demissões, portanto												

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2011											
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)											
Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Leste (3)	Botanagua/ Cesário Alvin							3.167		48 - Desc	
	Santos Anjos							5.128			
	Vitorino Braga										
	Loteamento Jardim das Flores										
	Bom Jardim									17 - COB	
	Linhares	1	48	R Odilon Braga S/N	3690-7747	5	Linhares Bom Jardim Peões Bom Jardim II Yung	2.688 2.695 2.746 2.578 2.742			
	Peões										
	Fazenda Yung										
	Bosque dos Pinheiros										
	Jardim do Sol									18 - COB	
	São Bernardo										
	São Sebastião	1	30	R Prof. Joaquim Queiroz, 25	3690-7760	3	São Bernardo Santa Cândida São Sebastião	2.624 3.038 2.859			
	Santa Cândida										
	São Benedito	1	30	R José Zacarias dos Santos , 57	3690-7757	3	ABC Vila Alpina Bonsucesso	3.299 3.429 2.952		19 - COB	
	Vila Alpina										
	Manoel Honório								8.334		49 - Desc
	Ladeira										
	Bairú								5.736		
	Santa Rita	1	21	R José Vicente, 390	3690-7132	2	Santa Rita I Santa Rita II	2.533 2.557		20 - COB	
	Marumbi / V.R. Abreu	1	29	R Barão do Retiro, 1472	3690-7802	3	Margem da Leopoldina Bonfim Marumbi	2.739 3.303 2.981		21 - COB	
	Margem da Leopoldina										
	Bonfim										
	Progresso /Borborema	1	30	R Jorge Knopp, 119	3690-7805	3	Progresso I Santa Paula Progresso II	2.533 3.345 3.539		22 - COB	
	Santa Paula										
Nossa Senhora Aparecida	1	20	R Nossa Senhora Aparecida, 120	3690-7414	2	Nª Sra Aparecida São Tarcísio	3.256 3.219		23 - COB		
São Tarcísio											
Grajaú / Alto Grajaú	1	22	R Leonel Jaguaribe, 178	3690-7101	2	Grajaú Alto Três Moinhos	3.607 3.736		24 - COB		
Três Moinhos											
* Hospital Dr. João Felício - Vitorino Braga											
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças , aposentadorias e demissões, portanto											

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2011											
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)											
	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc
Região Administrativa Centro (4)	10	Democrata							3.049		50- Desc
		Vale do Ipê							2.123		
		Mariano Procópio							3.113		
		Santa Catarina							2.307		
		Morro da Glória							3.519		
		Jardim Glória							4.095		
		Santa Helena							7.343		
		Paineiras (parte)							2.060		
		Centro (parte)							27.354		
		Paineiras (parte)									
		Centro (parte) Sul	1	16	Av .Rio Branco, 3132	3690-8506		Tradicional	37.666		
		São Mateus (parte)									
		Alto dos Passos									
		Bom Pastor / Guarúá									
		Boa Vista/ Cidade Jardim									
		Grambery									
		Dom Bosco	1	9	R João Manata, 93	3690-7740		Tradicional	13.560		26- COB
		Santa Cecília	1	29	R Gabriel Rodrigues, 900	3690-7752	3	Santa Cecília Mundo Novo São Mateus	3.358 2.715 3.147		27 - COB
São Mateus (parte)											
Mundo Novo											
<p>* Hospital Universitário - Santa Catarina Santa Casa de Misericórdia - Centro Hospital HTO - Centrocor - Casa de Saúde - Centro Hospital Monte Sinai - Dom Bosco HPS - Hospital Pronto Socorro Dr.º Mozart Teixeira - Centro Unidades Assistenciais de Referência</p>											
<p>OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças , aposentadorias e demissões, portanto</p>											

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA – 2011										
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)										
Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc
Região Administrativa Oeste (5)	Aeroporto									
	Jardim Marajoara (Parte Baixa)									
	Santos Dumont	1	12	R Álvaro José Rodrigues, 25	3690-7756	1	PACS Santos Dumont	Pop: 13.056 SIAB: 1.984		
	Novo Horizonte									
	Nova Califórnia									
	Residencial Paraíso			R. Nestor Vasconcellos Neto, Nova Califórnia				840		
	Parque Jardim da Serra									
	São Clemente									
	Marilândia									28 - COB
	Spinaville									
	Vinã Del Mar									
	Chácaras Passos Del Rey									
	Bosque Imperial									
	Parque Imperial									
	Granville									
	Serro Azul									
	Chalés do Imperador									
	Chalés do Algarve									
	Jardim Casablanca									
	Nossa Senhora de Fátima									
	Adolfo Vireque									
	São Lucas									
	Itatiaia									
	Portal da Torre									
	São Pedro	1	17	R João Lourenço Kelmer, 1433	3690-7688	1	PACS São Pedro	Pop: 21.253 SIAB: 3.288		
	Santana									
	Tupã									29 - COB
	Jardim Universitária/Martelos									
	Jardim das Azaléias									
	Parque São Pedro									
	Vila São Jorge									
	Caiçaras I									
	Caiçaras II									
Loteamento Nova Vida										
Colinas do Imperador										
Bosque do Imperador										
Jardim Marajoara (Parte Alta)										
Cruzeiro do Santo Antônio										
Recanto dos Brugger										
Loteamento Nova Germânia			Faz. Sta. Cândida, divisa São Pedro/Borboleta					1.152		
Borboleta	1	10	R Tenente Paula Maria Delage, 299	3690-7739				8.546		
Parque Flamboyants										
Loteamento Morada do Serro										
Residencial Pinheiros										
Loteamento Alto dos Pinheiros									30 - COB	
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, aposentadorias e demissões, portanto										

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2011													
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)													
	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc		
Região Administrativa Sul (6)	11	Graminha									31 - COB		
		Parque Samambaia											
		Parque das Bromélias											
		Cruzeiro do Sul	1	7	R. Pedro Celeste, 1	3690-7104				6.565		32 - COB	
		Santa Luzia	1	39	R Torreões, S/N	3690-7150	4	Santa Luzia São José Jardim de Alá Jardim América	3.971 3.370 3.236 3.992				
		Jardim América											
		Vila São José											
		Jardim de Alá											
		Vila São Francisco											
		Santa Efigênia	1	22	R José Ferreira, 13	3690-7754	2	Santa Efigênia Jardim Gaúcho	3365 3288				
		Jardim Gaúcho										33-COB*	
		Jardim Umuarama											
		Vale Verde											
		Sagrado Coração de Jesus	1	33	R. Marciano Pinto, 685	3690-8298	3	Vale Verde Cidade Nova Sagrado Coração de Jesus	2511 2532 2979				
		Residencial das Araucárias			R. Marciano Pinto, S. C. Jesus								
		Cidade Nova											
		Ipiranguinha											
		Ipiranga	1	14	R Etiene Loures, 85	3690-7743				14.549			
		Arco-Iris I											34 - COB
		Arco-Iris II											
		Previdenciários											
		São Geraldo											
		Condomínio Vivendas Belo Vale			R. Clóvis Seroa da Mota, São Geraldo					484			
		Bela Aurora (Parte)											
		Bela Aurora (Parte)											
		Teixeiras	1	30	R Custódio Furtado de Souza, 131	3690-7159	3	Bela Aurora Teixeiras Cascatinha	3.132 3.822 4.178			35 - COB	
		Salvaterra											
Cascatinha													
* Hospital São Camilo de Lelis - Santa Luzia													
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, aposentadorias e demissões, portanto													

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA – 2011												
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJT/SS/SSAPS/DAPS)												
	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Sudeste (7)	1	Retiro	1	21	R Sebastião Cardoso, 41	3690-7751	2	Santo Antônio Granjas Bethel	2.768 2.795		36 - COB	
		Granjas Bethel										
		Usina Quatro										
		Usina Dois										
		Jardim Esperança	1	25	R Padre João Micheleto, 35	3690-7744	2	Jardim Esperança Floresta	2.697 2.531		37 - COB	
		Floresta										
	Terras Altas								164			
	2	Santo Antônio	1	34	R Pedro Trogo, 285	3690-7755	3	Vila da Prata Arraial Alto Santo Antônio	3.005 3.299 2.868			38 - COB
		Jardim Serra Verde										
		Cantinho do Céu										
		Vila da Prata										
		Tiguera										39 - COB
		Bairro de Lourdes	1	10	R Dr. José Rafael de Souza Antunes, 409	3690-7556				9.368		
		JK (parte)										
		Jardim da Lua	1	14	R Natalino José de Paula, 230	3690-7801	1	Parque Burnier	3.545			40 - COB
		Parque Burnier										
		JK (parte)										51 - Desc
	Aracy											
	Costa Carvalho								8.202	Leste		
	12	Vila Ideal										41 - COB
		Solidariedade										
		Vila Olavo Costa	1	32	R Jacinto Marcelino, 16	3690-7761	3	Solidariedade Vila Ideal Horto	2.958 3.020 3.108			
		Furtado de Menezes	1	21	R Furtado de Menezes, 19A	3690-7109	2	Vila Furtado de Menezes Vila Ozanan	3.253 3.351			42 - COB
Vila Ozanan											52 - Desc	
Poço Rico									4.660			
Santa Tereza												
Tupinambás												
* Hospital Albert Sabin - Santa Tereza												
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças , aposentadorias e demissões, portanto												

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2011												
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)												
	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa do Campo (8)	Área Rural	Paula Lima	1	3	R. Vicente Gávio, S/nº.	3266-9094		Tradicional	1.536			
		Chapéu D' uvas	1	1	R. Jerônimo Vieira Tavares, S/nº.	3266-7045		Tradicional	716			
		Dias Tavares	1	1	R. Joaquim Murtinho, S/nº.	3223-3384		Tradicional	767			
		Igrejinha	1	12	R. A. S/nº.	3690-7864	1	PSF Igreja	2.501			
		Humaitá	1	11	R. Lindolfo Henrique de Aquino, S/nº.	3266-8068	1	PSF Humaitá	2.172			
		Cachoeirinha										
		Penido	1	1	R. Principal, S/nº.	3257-0915		Tradicional	522			
		Valadares	1	1	R. Principal, S/nº.	3266-1095		Tradicional	1.052			
		Rosário de Minas	1	1	R. Principal, S/nº.	3266-6031		Tradicional	865			
		Toledos	1	2	R. Principal, S/nº.	3215-8456		Tradicional	437			
		Pirapetinga	1		Sítio Bom Jardim	9988-0733						
		Torreões	1	15	R. Principal, S/nº.	3266-4117	1	PSF Torreões	2.624			
		Monte Verde	1		R. Principal, S/nº.	3266-2131						
		Sarandira	1	2	R. Santana, S/nº.	3266-3000		Tradicional	472			
		Caeté	1	2	R. Paula Lima, S/nº.	3266-5061		Tradicional	726			
				1	8			1	PSF Jacutinga	1.304		
			Unidade Móvel	Atende as seguintes localidades:				Pires Privilégio Palmital Buiéié Jacutinga				
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UAPS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, aposentadorias e demissões, portanto												
Fonte: Atualização de população à partir do SIAB/ Janeiro de 2011												
A população UBS/tradicional é área descoberta. Atualização por estimativa 1,8 % ao ano.												

Apêndice B- Questionário aplicado ao coordenador municipal do PNCT**1. Dados pessoais:**

1. Nome:
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Profissão: _____
4. Tempo de atuação na coordenação municipal do PNCT: _____

2. Quando foram iniciadas as ações antitabagismo em Juiz de Fora?**3. Em que consistem as ações antitabagismo no município?****4. Como foram e são implantadas as ações antitabagismo no município?****5. Quais as facilidades e dificuldades de implementação destas ações?****6. Há alguma articulação com a gestão estadual e federal para o desenvolvimento das ações voltadas para o tabagismo?**

Apêndice C- Questionário aplicado aos profissionais capacitados para abordagem e tratamento do tabagismo

1. Dados pessoais:

1. UAPS: _____
() Modelo tradicional () Saúde da Família () PACS
2. Nome: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
Profissão: () Enfermeiro () Médico () Assistente social ()
outro: _____
4. Tempo de atuação na UAPS: _____

2. Capacitação dos profissionais de saúde:

- Número de profissionais capacitados que atuam na UAPS
() nível médio () nível superior

3. Credenciamento

3.1. UAPS:

1. É permitido fumar dentro da unidade de saúde? () Sim () Não
2. Existe alguma determinação para coibir o hábito de fumar dentro da unidade?
() Sim () Não
3. Possui local para atendimento individual ao fumante? () Sim () Não
4. Possui local para sessões em grupo? () Sim () Não

3.2. Usuário:

1. Todo fumante que demonstra interesse em parar de fumar é cadastrado na unidade para esta demanda? () Sim, todos. () Sim, mas nem todos () Não
2. A ficha para cadastramento segue o modelo que foi entregue na capacitação dos profissionais da unidade? () Sim, para todos () Sim, mas não para todos () Não

Se “**sim**”, responder a questão abaixo.

- 2.1 A ficha é anexada ao prontuário do usuário/família na unidade?
() Sim, sempre. () Sim, mas nem sempre. () Não

4. Atendimento ao fumante:

1. A UAPS oferece atendimento específico ao fumante, segundo modelo preconizado pelo PNCT? () Sim () Não

Se “**sim**”, responder as questões abaixo e os itens 5 e 6.

2. Na consulta inicial do fumante são observados os seguintes pontos?
 - Motivação usuário em deixar de fumar.
() Sempre () Nem sempre () Nunca
 - Nível de dependência física à nicotina.
() Sempre () Nem sempre () Nunca
 - Indicação e/ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso.
() Sempre () Nem sempre () Nunca

- Existência de co-morbidades psiquiátricas.

() Sempre () Nem sempre () Nunca

- História clínica.

() Sempre () Nem sempre () Nunca

() Outros:_____.

3. A abordagem cognitivo-comportamental é oferecida?

() Sempre () Nem sempre () Nunca

Se “**Sempre**” ou “**Nem sempre**”, responder abaixo:

2.2 São utilizados materiais de apoio durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo? () Sempre () Nem sempre () Nunca

Se “**Sempre**” ou “**Nem sempre**”, responder abaixo:

2.2.1 Quais materiais de apoio são utilizados?

- Manual do coordenador – Deixando de fumar sem mistérios.

() Sim () Não

- Manual do participante – Deixando de fumar sem mistérios.

() Sim () Não

() Outros:_____.

2.2.2 Qual a frequência mais comum das sessões para o fumante que participa das sessões em grupo?

() Sessões semanais.

() Sessões quinzenais.

() Sessões mensais.

() 4 sessões semanais, seguidas por 2 quinzenais e, por fim, 1 reunião mensal até completar 1 ano.

Outra frequência: _____

2.2.3 Caso o usuário apresente algum impedimento em permanecer na abordagem em grupo, ele é encaminhado para uma abordagem individual? () Sim, sempre. () Sim, mas nem sempre. () Não

3. O tratamento medicamentoso é oferecido?

() Sim () Não

Se “**Sempre**” ou “**Nem sempre**”, responder abaixo:

3.1 Quais os usuários que recebem esse tratamento?

- Qualquer fumante.

() Sim () Não

- Fumantes pesados (fumam 20 ou mais cigarros por dia).

() Sempre () Nem sempre () Nunca

- Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia.

() Sempre () Nem sempre () Nunca

- Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente, mas não obtiveram êxito.

- () Sempre () Nem sempre () Nunca

Outros: _____

3.2 Todo o usuário que apresenta indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso é acompanhado em consultas individuais subsequentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu?

() Sempre () Nem sempre () Nunca

3.3 Quais os medicamentos utilizados para a cessação do tabagismo?

- Adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7 mg.

() Sim () Não

- Goma de mascar de nicotina 2mg.

() Sim () Não

- Cloridrato de bupropiona 150 mg.

() Sim () Não

() Outros: _____.

5. Registro do usuário:

A unidade de saúde possui um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento?

() Sim, para todos () Sim, apenas para alguns () Não

6. Avaliação:

É formulado algum relatório sobre a abordagem e tratamento do tabagismo e enviado para Secretaria Municipal de Saúde?

() Sim. Frequência: _____. () Não

7. Informações gerais:

Há mais alguma ação relacionada ao controle do tabagismo desenvolvida nesta UAPS que não foi citada anteriormente?

Apêndice D- Questionário aplicado aos gerentes das UAPS sem profissionais capacitados para abordagem e tratamento do tabagismo

1. Dados pessoais:

1. UAPS: _____
() Modelo tradicional () Saúde da Família () PACS
2. Nome: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
Profissão: () Enfermeiro () Médico () Assistente social ()
outro: _____
4. Tempo de atuação na UAPS: _____

2. Capacitação dos profissionais de saúde:

1. As Coordenações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (estadual ou municipal) ofereceram a capacitação para os profissionais a respeito da abordagem e tratamento do tabagismo? () Sim () Não
2. A UAPS procurou a Coordenação do Programa (municipal ou estadual) como interessada em aderir ao programa?
() Sim, mas não recebeu capacitação.
() Sim, mas os profissionais capacitados não trabalham mais na UAPS.
() Não

3. Credenciamento

3.1. UAPS:

1. É permitido fumar dentro da unidade de saúde? () Sim () Não
2. Existe alguma determinação para coibir o hábito de fumar dentro da unidade?
() Sim () Não
3. Possui local para atendimento individual ao fumante? () Sim () Não
4. Possui local para sessões em grupo? () Sim () Não

3.2. Usuário:

1. Todo fumante que demonstra interesse em parar de fumar é cadastrado na unidade? () Sim, todos. () Sim, nem todos. () Não

4. Atendimento ao fumante:

A UAPS oferece algum atendimento específico ao fumante? () Sim () Não

Se “sim”, responder a pergunta abaixo.

4.1 Qual o tipo de abordagem oferecida?

- Abordagem cognitivo-comportamental

() Sim, para todos () Sim, mas não para todos () Não

- Tratamento medicamentoso.

() Sim, para todos () Sim, mas somente para os que tem indicação () Não

5. Avaliação:

É formulado algum relatório sobre a abordagem e tratamento do tabagismo e enviado para Secretaria Municipal de Saúde?

() Sim. Frequência:_____. () Não

6. Informações gerais:

Há mais alguma ação relacionada ao tabagismo desenvolvida nesta UAPS que não foi citada anteriormente?

Apêndice E- Doenças tabaco-relacionadas que constam na lista brasileira de internações sensíveis à atenção primária e na lista do CDC

Grupo de acordo com a lista brasileira de ICSAA	Doenças	CID-10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,17	Febre reumática	I00 a I02
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
8	Doenças pulmonares	
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67, I69

Apêndice F- Autorização de realização da pesquisa pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Subsecretária de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada *Interações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial tabaco-relacionadas: Análise acerca das políticas voltadas para o tabagismo* nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município, a ser conduzida sob responsabilidade do pesquisador Leonardo Henriques Portes e coordenada pelo Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora. DECLARO que essa instituição apresenta a infra-estrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 18 de junho de 20 11.


Adriana Moreira de C. Barcelos
Subsecretária de Atenção Primária

Adriana Moreira de C. Barcelos
Subsecretária de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

Apêndice G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Coletiva

Pesquisador Responsável: Leonardo Henriques Portes
Endereço: Rua Jovino Ribeiro 78
CEP: 36050-220– Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 8845 0938
E-mail: leo.portes@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Ações voltadas para o tabagismo: análise de implementação e perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas no município de Juiz de Fora/MG”, como requisito da dissertação de mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, orientado pelo professor Dr. Luiz Cláudio Ribeiro, tendo como autor mestrando e fisioterapeuta Leonardo Henriques Portes. Neste estudo, visamos analisar o contexto de implementação das políticas voltadas para o tabagismo no município de Juiz de Fora/MG.

Este estudo buscará verificar as ações e diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da zona urbana do município e estabelecer o perfil das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas no ano de 2008. As ICSAA representam os agravos à saúde para os quais uma efetiva ação ainda na atenção primária diminuiria o risco de hospitalizações.

A pesquisa consistirá na aplicação de uma lista de verificação contendo questões objetivos e dissertativas sobre as ações e diretrizes do PNCT. Em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde urbanas do município será entrevistado um profissional de saúde com ensino superior e capacitado para a abordagem e tratamento do tabagismo ou o gerente local de saúde. Também será entrevistado o coordenador municipal do PNCT. De forma complementar, será feita uma análise estatística das ICSAA que tem o tabagismo como causa a partir de um banco de dados secundários que apresenta todas as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no município de Juiz de Fora de 2008.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os riscos oferecidos a você na participação desta pesquisa são mínimos e semelhantes aos que corremos quando saímos de casa todos os dias.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento, interromper a participação a qualquer momento ou negar-se a responder quaisquer questões ou a fornecer quaisquer informações que julgue prejudicial a sua integridade física, moral ou social. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo: “Ações voltadas para o tabagismo: análise de implementação e perfil das interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas no município de Juiz de Fora/MG”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Leonardo Henriques Portes

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

__Nome	Assinatura testemunha	Data
--------	-----------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

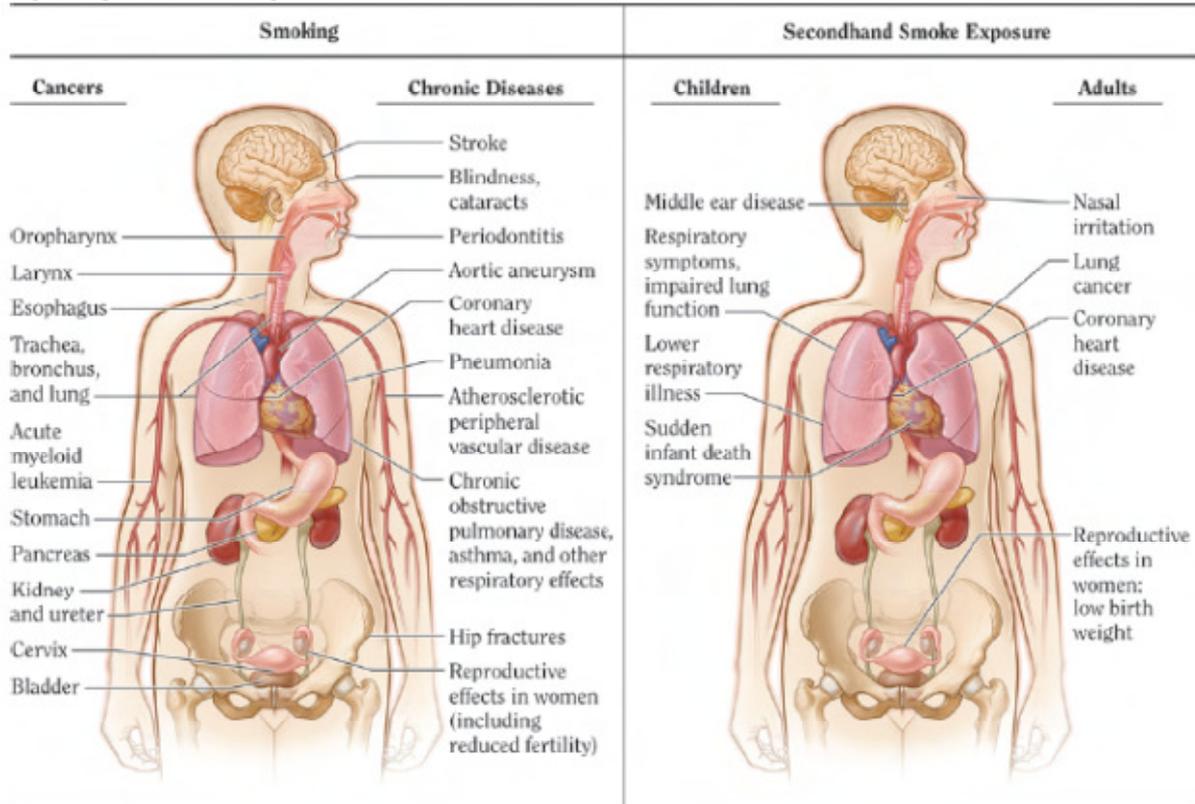
Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
 CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 CEP 36036.900
 FONE: (32) 2102 3788

10. ANEXOS

Anexo A- Doenças tabaco-relacionadas segundo o CDC

Doenças	CID-10
Câncer	
Lábio, cavidade oral e faringe	C00–C14
Esôfago	C15
Estômago	C16
Pâncreas	C25
Laringe	C32
Traquéia, pulmão e brônquios	C33–C34
Colo do útero	C53
Rim e pelve renal	C64–C65
Bexiga	C67
Leucemia mielóide aguda	C92.0
Cardiovasculares	
Doença isquêmica do coração	I20–I25
Outras doenças do coração	I00–I09, I26–I51
Cerebrovasculares	I60–I69
Aterosclerose	I70
Aneurisma Aórtico	I71
Outras doenças arteriais	I72–I78
Respiratórias	
Influenza e pneumonia	J10–J18
Bronquite e enfisema	J40–J42, J43
Obstrução crônica das vias aéreas	J44
Condições perinatais	
Prematuridade/ Baixo peso ao nascer	P07
Síndrome do desconforto respiratório – recém-nascido	P22
Outras condições respiratórias perinatais	P23–P28
Síndrome da morte súbita infantil (SMSI)	R95

Anexo B- As consequências na saúde relacionadas ao hábito de fumar e à exposição à fumaça do tabaco



Anexo C- Lista Brasileira de internações sensíveis à atenção primária de acordo com a CID-10

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	

8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3		N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72

17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3		P35.0

Anexo D- Planilha de Regionalização da Rede Assistencial Juiz de Fora- 2009

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2009											
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Norte (1)	Fábrica										
	Esplanada	1	8	R Bias Fortes, 74	3690-7741			7.178			
	São Dimas									1 - COB	
	Monte Castelo	1	29	R Oswaldo Mascarenhas, S/N	3690-7858	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira	2.837 2.832 2.606			
	Carlos Chagas										
	Jardim Cachoeira									2 - COB	
	Cerâmica										
	São João										
	Industrial	1	8	R João Gualberto, 110	3690-7800			6.475		3 - COB	
	Francisco Bernardino										
	Jardim Natal	1	19	R Tenente Lucas Drumont, 370	3690-7801	2	Jardim Natal Francisco Bernardino	3.474 3.308		4 - COB	
	Encosta do Sol							2.701			
	Fontesville										
	Pedra Bonita										
	Vivendas das Fontes									43 - Desc	
	Milho Branco	1	29	R Nicolau Schuery, S/N	3690-7905	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2.661 2.719 2.684			
	Alto Milho Branco										
	Amazônia									5 - COB	
	Condomínio Santa Felicidade										
	Jóquei Clube I	1	21	R Antônio Armando Pereira, 140	3690-7903	2	Vila Bejani Barbosa Lage	3.602 4.229			
	Barbosa Lage									6 - COB	
	Santa Maria										
	Santa Amélia										
	Parque das Torres										
	Dom Pedro I / Jockey Club II	1	32	R Antônio Guimarães Peralva, 130	3690-7904	4	Parque das Torres Santa Amélia Cidade do Sol Santa Maria	2.509 3.240 2.602 2.241			
	Jóquei Clube III										
	Cidade do Sol										
	Remonta										
	Represa e Adjacências									7 - COB	
	Nova Era								8.000		
	Nova Era I										
	Nova Era II										
	Jardim Santa Isabel										
	Jardim dos Alfineiros										
	Santa Lúcia									44 - Desc	
	São Judas Tadeu	1	19	R Ernesto Pancini, 446	3690-7909	2	Alto São Judas Tadeu São Francisco de Paula	2.828 3.163			
	Loteamento São Francisco de Paula									8 - COB	
	Santa Cruz	1	40	R Antônio Mourão Guimarães, 245	3690-7908	4	Vila Mello Reis Vila Paraíso Simeão de Faria Santa Cruz	2.520 2.538 2.997 2.702			
	Loteamento Santa Clara										
	Loteamento São Damião II										
	Loteamento São Damião I										
	Vila Paraíso										
	Vila Mello Reis									9 - COB	
	Vila Esperança I	1	27	R. Nova, S/N	3690-7896	3	Vila Esperança I Vila Esperança II Nova Benfica	2.921 2.624 2.979			
	Vila Esperança II										
Nova Benfica									10 - COB		
Benfica								11.177	Norte		
Bairro Araújo											
Ponte Preta									45 - Desc		
Barreira do Triunfo	1	11	R Antônio Pereira de Souza, S/N	3690-7999	1	Aldeia	3.336				
São Cristovão											
Aldeia											
Nautico											
Novo Triunfo									11 - COB		
Campo Grande											
* Hospital Militar - Fábrica											

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.

Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados

Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL												
JUIZ DE FORA - 2009												
	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Nordeste (2)	5	Centenário							1.554		46 - Desc	
		Santa Terezinha										
		Nossa Senhora das Graças	1	27	R Queluz, 72	3690-7906				19.125		
		Eldorado										
		Alto Eldorado										
		Vista Alegre										
		Tupi										12 - COB
		Quintas da Avenida										
		Bom Clima								8.047		47 - Desc
		Vale dos Bandeirantes	1	27	R Laurindo Noceli, 100	3690-7901	3	Vale dos Bandeirantes Tapera Serra Pelada	3.153 2.908 2.854			13 - COB
	Vivendas da Serra											
	6	Parque Guarani	1	27	R Sofia Rafael Zacarias, 685	3690-7907	2	Parque Guarani Granjas Betânia	3.226 3.389			
		Granjas Betânia										14 - COB
		Recanto dos Lagos										
		Muçunge da Grama	1	7	Pc Aureo Gomes Carneiro, S/N	3690-7902				8.481		
		Vila Montanhosa										
		Parque Independência										
		Vila São José										
		Nova Suíça										15 - COB
		Água São Luis										
		Vila dos Sonhos										
		Granjas Triunfo										
		Filgueiras	1	18	R Orlando Riani, 2200	3277-5353	2	Filgueiras Vale dos Sonhos	2.359 2.563			16 - COB
* Hospital Dr. João Penido - FHEMIG - Grama Hospital Ana Nery - Filgueiras												
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de pr												

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL											
JUIZ DE FORA - 2009											
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Leste (3)	Botanagua/ Cesário Alvin							3.056			
	Santos Anjos							4.947			
	Vitorino Braga										48 - Desc
	Bom Jardim										
	Linhares	1	45	R Odilon Braga S/N	3690-7747	5	Linhares Bom Jardim Peões Bom Jardim II Yung	2.699 2.634 2.729 2.615 2.774			
	Peões										
	Fazenda Yung										17 - COB
	Jardim do Sol										
	São Bernardo										
	São Sebastião	1	10	R Prof. Joaquim Queiroz, 25	3690-7760	3	São Bernardo Santa Cândida São Sebastião	3.119 2.980 2.888			
	Santa Cândida										18 - COB
	São Benedito	1	28	R José Zacarias dos Santos , 57	3690-7757	3	ABC Vila Alpina Bonsucesso	3.297 3.429 2.952			
	Vila Alpina										19 - COB
	Manoel Honório								8.042		
	Ladeira										
	Bairú								5.535		49 - Desc
	Santa Rita	1	20	R José Vicente, 390	3690-7132	2	Santa Rita I Santa Rita II	2.749 2.733			20 - COB
	Marumbi / V.R. Abreu	1	28	R Barão do Retiro, 1472	3690-7802	3	Margem da Leopoldina Bonfim Marumbi	2.893 3.435 2.981			
	Margem da Leopoldina										
	Bonfim										21 - COB
	Progresso /Borborema	1	27	R Jorge Knopp, 119	3690-7805	3	Progressol Santa Paula Progresso II	3.334 3.190 3.773			
	Santa Paula										22 - COB
	Nossa Senhora Aparecida	1	19	R Nossa Senhora Aparecida, 120	3690-7414	2	Nossa Senhora Aparecida São Tarcísio	3.153 3.180			
	São Tarcísio										23 - COB
Grajaú / Alto Grajaú	1	26	R Leonel Jaguaribe, 178	3690-7101	2	Grajaú Alto Três Moinhos	3.932 3.897				
Três Moinhos										24 - COB	
* Hospital Dr. João Felício - Vitorino Braga											
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças , férias e demissões, portanto o nº de p											

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL												
JUIZ DE FORA - 2009												
	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Centro (4)	10	Democrata							2.942			
		Vale do Ipê							2.048			
		Mariano Procópio								3.004		
		Santa Catarina								2.226		
		Morro da Glória								3.396		
		Jardim Glória								3.952		
		Santa Helena								7.085		
		Paineiras (parcial)								1.988		
		Centro (parcial)								26.395		50- Desc
		Paineiras (parcial)										
		Centro (parcial) Sul	1			Av .Rio Branco, 3132	3690-8506			36.643		
		São Mateus (parcial)										
		Alto dos Passos										
		Bom Pastor / Guarua										
		Boa Vista/ Cidade Jardim										
		Grambery										25 - COB
		Dom Bosco	1	13		R João Manata, 93	3690-7740			12.856		26- COB
		Santa Cecília	1	28		R Gabriel Rodrigues, 900	3690-7752	3	Santa Cecília Mundo Novo São Mateus	3.210 3.210 2.767		
São Mateus (parcial)												
Mundo Novo										27 - COB		
<p>* Hospital Universitário - Santa Catarina Santa Casa de Misericórdia - Centro Hospital HTO - Centrocor - Casa de Saúde - Centro Hospital Monte Sinai - Dom Bosco HPS - Hospital Pronto Socorro Dr.º Mozart Teixeira - Centro</p> <p>Unidades Assitênciais de Referênc</p>												
<p>OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças , férias e demissões, portanto o nº de pr</p>												

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL											
JUIZ DE FORA - 2009											
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Oeste (5)	Aeroporto										
	Jardim Guadalajara										
	Santos Dumont	1	14	R Álvaro José Rodrigues, 25	3690-7756	1	PACS Santos Dumont	Pop: 7.024 SIAB: 2.022			
	Novo Horizonte										
	Nova Califórnia										
	Parque Jardim da Serra										
	São Clemente										
	Mariândia										
	Spinaville										
	Vinã Del Mar										
	Chácaras Passos Del Rey										28 - COB
	Bosque Imperial										
	Parque Imperial										
	Granville										
	Serro Azul										
	Chalés do Imperador										
	Jardim Casablanca										
	Nossa Senhora de Fátima										
	Adolfo Vireque										
	São Lucas										
	Itatiaia										
	Portal da Torre										
	São Pedro	1	21	R João Lourenço Kelmer, 1433	3690-7688	1	PACS São Pedro	Pop: 12.685 SIAB: 3.294			
	Santana										
	Tupã										
	Jardim Universitária/Martelos										
	Mandala										
	Parque São Pedro										
	Caícaras										
	Colinas do Imperador										
Bosque do Imperador											
Cruzeiro do Santo Antônio											
Recanto dos Brugger										29 - COB	
Borboleta	1	12	R Tenente Paula Maria Delage, 299	3690-7739				5.843			
Parque Flamboyants											
Loteamento Morada do Serro											
Residencial Pinheiros											
Loteamento Alto dos Pinheiros										30 - COB	
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.										Os Rec. Human	

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL											
JUIZ DE FORA - 2009											
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc	
Região Administrativa Sul (6)	Graminha										
	Parque Samambaia										
	Parque das Bromélias										
	Cruzeiro do Sul	1	12	R. Pedro Celeste, 1	3690-7104			6.335			31 - COB
	Santa Luzia	1	44	R Torreões, S/N	3690-7150	4	Santa Luzia São José Jardim de Alá Jardim América	3.915 2.767 3.268 3.942			
	Jardim América										
	Vila São José										
	Jardim de Alá										32 - COB
	Vila São Francisco										
	Santa Efigênia	1	30	R José Ferreira, 13	3690-7754	3	Santa Efigênia Sagrado Coração de Jesus Jardim Gaúcho	4.226 3.902 4.000			
	Jardim Umuarama										
	Vale Verde										
	Jardim Gaúcho										
	Sagrado Coração de Jesus										33 - COB
	Ipiranguinha										
	Ipiranga	1	15	R Etiene Loures, 85	3690-7743			14.039			
	Arco-Iris										
	Previdenciários										
	São Geraldo										34 - COB
	Bela Aurora										
Teixeiras	1	27	R Custódio Furtado de Souza, 131	3690-7159	3	Bela Aurora Teixeiras Cascatinha	3.455 3.779 3.975				
Salvaterra											
Cascatinha										35 - COB	
* Hospital São Camilo de Lelis - Santa Luzia											
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de pr											

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2009											
	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc
Região Administrativa Sudeste (7)	1	Retiro	1	18	R Sebastião Cardoso, 41	3690-7751	2	Santo Antônio Granjas Bethel	2.927 2.950		
		Granjas Bethel									
		Usina Quatro									
		Usina Dois									36 - COB
		Jardim Esperança	1	22	R Padre João Micheleto, 35	3690-7744	2	Jardim Esperança Floresta	2.697 2.474		
	Floresta									37 - COB	
	2	Santo Antônio	1	30	R Pedro Trogo, 285	3690-7755	3	Vila da Prata Arraial Alto Santo Antônio	2.967 3.220 2.757		
		Jardim Serra Verde									
		Cantinho do Céu									
		Vila da Prata									38 - COB
		Tiguera									
		Bairro de Lourdes	1	12	R Dr. José Rafael de Souza Antunes	3690-7556			9.039		
		JK (parcial)									39 - COB
		Jardim da Lua	1	11	R Natalino José de Paula, 230	3690-7801	1	Parque Burnier	3.482		
		Parque Burnier									40 - COB
		JK (parcial)									
	Aracy										
	Costa Carvalho								7.915	Leste	51 - Desc
	12	Vila Ideal									
		Solidariedade									
		Vila Olavo Costa	1	30	R Jacinto Marcelino, 16	3690-7761	3	Solidariedade Vila Ideal Horto	3.529 3.396 3.283		41 - COB
		Furtado de Menezes	1	22	R Furtado de Menezes, 19A	3690-7109	2	Vila Furtado de Menezes Vila Ozanan	3.204 3.434		
		Vila Ozanan									42 - COB
Poço Rico								4.497			
Santa Tereza											
Tupinambás									52 - Desc		
* Hospital Albert Sabin - Santa Tereza											

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.
Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de pr

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL													
JUIZ DE FORA - 2009													
	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc		
Região Administrativa do Campo (8)	Zona Rural	Paula Lima	1						1.482				
		Chapéu D' uvas	1						691				
		Dias Tavares	1						740				
		Igrejinha	1	9			3690-7864	1	PSF Igrejinha	2.310			
		Humaitá	1					1		2119			
		Cachoeirinha											
		Penido	1							504			
		Valadares	1							1015			
		Rosário de Minas	1							835			
		Toledo	1							421			
		Pirapetinga	1										
		Torreões	1	12					1	PSF Torreões	2.556		
		Monte Verde	1										
		Sarandira	1							456			
		Caeté	1							700			
		Unidade Móvel	1	8					1	PSF Jacutinga	1.263		
Atende as seguintes localidades:							Pires						
							Privilégio						
							Palmital						
							Buié						
							Jacutinga						
OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.													
Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças , férias e demissões, portanto o nº de pr													