

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**VALERIA LONGANEZI**

**Efetividade do Programa de Tratamento do  
Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São  
Paulo**

**São Paulo - SP**  
**2016**

Valeria Longanezi

Efetividade do Programa de Tratamento do  
Tabagismo oferecido pelo SUS  
no estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Valeria Longanezi

Efetividade do Programa de Tratamento do  
Tabagismo oferecido pelo SUS  
no estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Cecília  
Goi Porto Alves

São Paulo  
2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Longanezi, Valeria

Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo/Valeria Longanezi. São Paulo, 2016. 100p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Maria Cecília Goi Porto Alves

1.Hábito de fumar 2.Abandono do uso de tabaco 3.Programa Nacional de Controle do Tabagismo 4.Sistema Único de Saúde. I.Título.

## DEDICATÓRIA

À energia suprema comandante das leis do universo.

À minha mãe, fonte de espiritualidade, equilíbrio e incentivo em todos os momentos da minha vida,

Ao meu pai, que sempre apoiou e favoreceu os meus estudos,

A todos aqueles que acreditaram na minha capacidade de desenvolver um trabalho colaborador para o bem da Saúde Pública.

## AGRADECIMENTOS

Ao mestre divino.

À oportunidade cedida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

À paciência e dedicação da minha orientadora, Professora Doutora Maria Cecília.

À generosa ajuda da Professora Doutora Maria Salum nos ajustes de importantes detalhes do trabalho.

Ao apoio do diretor do CRATOD, Professor Doutor Marcelo Ribeiro de Araújo, para o desenvolvimento da minha pesquisa.

À colaboração científica de todo o elenco de professores do Instituto de Saúde, que estimularam o amadurecimento deste trabalho.

Ao carinho e atenção de Tânia e Valéria, que sempre atenderam às minhas necessidades com muita eficiência no Instituto de Saúde.

Ao empenho da equipe da farmácia, que durante os meus períodos de ausência exigidos pelo curso, colaborou para o perfeito andamento da rotina de atendimento dos pacientes do CRATOD.

À colaboração de Dona Maria José para a coleta de dados deste trabalho.

Às grandes amigas que conquistei durante as aulas do curso de mestrado.

**“Não tentar é um fracasso, recair forma parte da tentativa.”**

**(Anônimo)**

LONGANEZI, V. **Efetividade do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

## **RESUMO**

**Introdução.** O tabagismo é reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública. Representa grande fator de risco para doenças crônicas responsáveis por altos índices de mortalidade, diminuição da qualidade de vida, e sobrecarga nos sistemas de saúde com aumento dos gastos públicos para o tratamento e reabilitação das pessoas afetadas. O tratamento é uma das estratégias que o Programa Nacional de Controle de Tabagismo utiliza para promover a redução da prevalência de fumantes no Brasil. A resposta clínica é obtida quando no mínimo 30% dos tabagistas mantêm a abstinência após doze meses do início da terapia cognitivo-comportamental associada ao uso de medicamentos quando necessário. (MS, 2004).

**Objetivos.** Foi objetivo deste trabalho, avaliar a efetividade do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Métodos.** Realizou-se uma pesquisa quantitativa composta por um estudo ecológico e um estudo de coorte. O primeiro estudo envolveu os municípios que realizaram atendimento a tabagistas no estado de São Paulo entre o primeiro trimestre de 2012 e o primeiro trimestre de 2015. Foram analisados a cobertura do programa no estado de São Paulo e os indicadores de abandono da terapia, uso de medicamentos e cessação do hábito de fumar, referentes à quarta semana de tratamento, registrados pelos municípios do estado de São Paulo nas planilhas trimestrais enviadas ao Ministério da Saúde. O segundo estudo abrangeu 200 pacientes atendidos pelos grupos de tratamento do tabagismo realizados no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas da SES-SP entre o primeiro trimestre de 2012 e o primeiro trimestre de 2014. Foram verificados o índice de cessação e a manutenção dos resultados do tratamento em um período maior: após doze meses de seu início. **Resultados.** No estudo ecológico, os indicadores gerados no primeiro mês

de tratamento revelaram que em média 44,03% dos pacientes haviam cessado o hábito de fumar, 30,69% não estavam presentes na quarta sessão para avaliação dos resultados e 77,47% dos pacientes que iniciaram o tratamento necessitaram de apoio medicamentoso para auxiliar a cessação. O estudo de coorte revelou que, no final da quarta semana de tratamento, 44,6% dos pacientes haviam cessado o hábito de fumar e, após doze meses do início do tratamento, 27,3% dos participantes estavam abstinentes. **Conclusões.** Os indicadores do programa de tabagismo têm colaborado fortemente para a redução da prevalência de fumantes no estado de São Paulo nos últimos anos, mas os resultados indicam que a oferta de serviços credenciados ainda é tímida frente à demanda existente. O programa apresenta altos índices de cessação quando considerada a quarta sessão de tratamento. Após doze meses, a frequência de pacientes sem fumar fica próximo do percentual adotado como critério de eficiência. **Potencial de Aplicabilidade.** O método utilizado no estudo permite avaliar a efetividade do programa de tratamento em médio e longo prazo em diversas unidades de saúde, municípios e estados brasileiros. O trabalho possibilita estimular os gestores municipais à análise sobre a abrangência da oferta de tratamento e de sua representação atual na cobertura da demanda de fumantes que necessitam de ajuda especializada para cessar o hábito de fumar.

Descritores: Hábito de fumar, abandono do uso de tabaco, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Sistema Único de Saúde.

LONGANEZI, V. **Effectiveness of smoking cessation program offered by the SUS in the state of São Paulo.** [Masters dissertation]. Professional Master's Program in Public Health CRH/SES-SP. São Paulo: State Department of Health; 2016.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Smoking is recognized worldwide as a public health problem. It is major risk factor for chronic diseases responsible for high mortality rates, decreased quality of life and burden on health systems with increased public spending for the treatment and rehabilitation of people affected. Treatment is one of the strategies that the National Programme for Tobacco Control uses to promote the reduction of the prevalence of smokers in Brazil. A clinical response is obtained when at least 30% of smokers maintain abstinence after twelve months of onset of cognitive behavioral therapy associated with medication use when needed. (MS 2004). **Objectives.** This study aimed to evaluate the effectiveness of smoking cessation program offered by the National Health System in the state of São Paulo. **Methods.** We conducted a quantitative survey consisting of an ecological study and a cohort study. The first study involved municipalities who performed service to smokers in the state of São Paulo from the first quarter of 2012 and the first quarter of 2015. We analyzed the program's coverage in the state of São Paulo and the abandonment of therapy, use of medications and cessation of smoking indicators, referring to the fourth week of treatment, recorded by the municipalities of São Paulo in the quarterly spreadsheets sent to the Ministry of Health. The second study included 200 patients treated for smoking cessation groups conducted in the Reference Center Alcohol, Tobacco and Other Drugs SES-SP from the first quarter of 2012 and the first quarter of 2014. We checked the cessation rate and the maintenance of treatment results in a longer period: after twelve months of its start. **Results.** In the ecological study, the indicators generated in the first month of treatment revealed that on average 44,03% of patients stopped smoking, 30,69% were not present at the fourth session to evaluate the results and 77,47 % of patients who started treatment needed medical

support to aid cessation. The cohort study showed that at the end of the fourth week of treatment, 44,6% of patients had stopped smoking and after twelve months of the start of treatment, 27,3% of participants were abstinent. **Conclusions.** Indicators of smoking program has greatly contributed to reduce the prevalence of smoking in state of São Paulo in recent years, but the results indicate that provision of accredited services is still modest front of the existing demand. The program features high cessation rates when considered the fourth treatment session. After twelve months, the frequency of patients without smoking is very close to the percentage adopted as a criterion of efficiency. **Potential Applicability.** The method used in the study evaluates the effectiveness of the treatment program in the medium and long term in various health units, municipalities and states. The research encourage municipal managers to the analysis on the scope of the provision of treatment and its current representation in smokers demand covarege they need expert help to stop smoking.

**Key words:** smoking, tobacco use cessation, National Program of Tobacco Control, Unified Health System.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	11
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	15
1- INTRODUÇÃO.....	16
1.1- O tabagismo.....	16
1.2- Epidemiologia.....	17
1.3- O controle do tabagismo no mundo e no Brasil.....	23
1.4- A cessação do hábito de fumar.....	25
1.5- O tratamento do tabagismo.....	31
1.5.1- Abordagem cognitivo-comportamental.....	33
1.5.2- Apoio medicamentoso e métodos alternativos.....	34
1.6- O tratamento no Sistema Único de Saúde.....	36
1.6.1- Diretrizes do programa de tratamento.....	38
1.6.2- Avaliação da resposta ao tratamento.....	40
1.6.3- Adesão de unidades, aquisição e distribuição de medicamentos e informações de resultados do PNCT.....	41
1.6.3.1- Adesão e credenciamento de unidades.....	41
1.6.3.2- Aquisição e distribuição de medicamentos.....	43
1.6.3.3- Informação dos resultados do tratamento.....	46
1.7- O CRATOD.....	47
2- JUSTIFICATIVA.....	51
3- OBJETIVOS.....	52
3.1- Objetivo geral.....	52
3.2- Objetivos específicos.....	52
4- MÉTODOS.....	53

4.1- Método fase 1.....	53
4.2- Método fase 2.....	55
5- RESULTADOS.....	56
5.1- Resultados fase 1.....	56
5.2- Resultados fase 2.....	65
6- DISCUSSÃO.....	73
6.1- Discussão fase 1.....	73
6.2- Discussão fase 2.....	77
7- CONCLUSÃO.....	80
8- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	83
9- ANEXOS E APÊNDICES.....	84
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACT:** Aliança Contra o Tabagismo.

**APVP:** Anos Potenciais de Vida Perdidos.

**BRATS:** Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde.

**CID:** Classificação Internacional de Doenças.

**CQCT:** Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

**CRATOD:** Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

**DRS:** Diretório Regional de Saúde.

**GATS:** Global Adult Tobacco Survey.

**INCA:** Instituto Nacional de Câncer.

**ISA:** Inquérito de Saúde.

**ISACamp:** Inquérito de Saúde de Campinas.

**OMS:** Organização Mundial de Saúde.

**OPAS:** Organização Pan Americana de Saúde.

**ONPCT:** Observatório Nacional da Política de Controle do Tabaco.

**PETab:** Pesquisa Especial de Tabagismo.

**PMS:** Pesquisa Mundial de Saúde.

**PNAD:** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.

**PNSN:** Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição.

**SBPT:** Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

**SES/SP:** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**SMS/SP:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

**SUS:** Sistema Único de Saúde.

**UFRJ:** Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**VIGITEL:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

**WHO:** World Health Organization.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O TABAGISMO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina. É considerado uma doença crônica e está incluído na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (OMS, 1997).

É diagnosticado como tabagista, o indivíduo que tenha fumado mais de cem cigarros em toda a sua vida e fuma atualmente (OPAS, 1995), estando caracterizada a dependência quando há perda de controle, compulsão de uso e tolerância da substância (REICHERT 2008).

Estudos evidenciam que o tabagismo provoca cerca de 50 tipos de doenças, dentre as quais doença coronariana, infarto agudo do miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, câncer de pulmão, outros tipos de câncer e doenças vasculares são agravos que estão relacionados com os maiores percentuais de causa de morte entre a população fumante (WHO, 1993).

No século XX, cem milhões de mortes foram causadas pelo tabagismo, de acordo com dados do documento lançado pela diretoria geral da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015) e atualmente, cerca de seis milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo (WHO, 2010), considerado a terceira causa de morte evitável no mundo.

A previsão é que as mortes relacionadas ao uso de tabaco subirão para mais de um bilhão no século XXI, o que significa um número dez vezes maior do que o ocorrido no século passado (ACT 2015). Seguindo esta tendência, serão mais de oito milhões de mortes por ano em 2030, das quais 80% ocorrerão nos países em desenvolvimento e metade dos óbitos atingirão indivíduos em idade produtiva entre 35 e 69 anos (ACT 2015).

No Brasil, calcula-se que cerca de 200 mil mortes que ocorrem por ano são decorrentes de doenças associadas ao tabagismo (OPAS 2002). Segundo o Relatório

Final da Carga das Doenças Tabaco Relacionadas, em 2003 foi estimado um total de 24.222 óbitos associados ao consumo de derivados do tabaco em 16 capitais brasileiras, tendo sido as quatro principais causas de morte: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença isquêmica do coração, câncer de pulmão e doenças cardiovasculares (DCV) (PINTO, 2010).

Ainda em 2003, o tabagismo foi responsável por 279.990 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em homens e 139.945 em mulheres, sendo as doenças cardiovasculares (DCV) as principais causas de APVP. Esse fato indica que o tabagismo representa prejuízos às condições sociais e econômicas de usuários e familiares, pois a incapacitação causada pelas doenças associadas ao tabaco gera perda de produtividade e exclui muitos chefes de família do mercado de trabalho (PINTO 2010).

Além das mortes precoces, menor qualidade de vida do fumante e outros malefícios associados ao tabagismo, o desenvolvimento das doenças decorrentes do uso do tabaco acarreta sobrecarga no sistema de saúde e aumento dos gastos públicos direcionados ao tratamento e reabilitação das pessoas afetadas gerando uma perda mundial de 500 bilhões de dólares por ano, de acordo com estimativas recentes (PINTO 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, o sistema público de saúde gasta com o tratamento de fumantes mais do que arrecada com os impostos do cigarro, cujo preço está na sexta colocação entre os mais baratos no mundo.

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA

A OMS estima que um terço da população mundial adulta seja tabagista, o que corresponde a 1 bilhão e 200 milhões de pessoas. Cerca de dois terços da população fumante do mundo vive em dez países: China, Índia, Brasil, Estados Unidos, Japão, Rússia, Alemanha, Turquia, Indonésia e Bangladesh (ACT 2015).

Pesquisa sobre o uso de tabaco em adultos, realizada pelo GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY, entre 2008 e 2010, em 14 países incluindo o Brasil, permitiu verificar que o percentual de fumantes variou de 16% no México a 43% em Bangladesh. O Brasil apresentou a prevalência de 18%, representando o segundo

menor percentual entre todos esses países (WHO 2011). Uma nova edição dessa pesquisa passou a incluir 22 nações em novembro de 2014 e a prevalência do uso de tabaco observada em pessoas de 15 anos ou mais variou de 4% na Nigéria a 39% na Federação Russa.

Os homens fumam mais que as mulheres, pois aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo são fumantes. Nos países em desenvolvimento, os tabagistas representam 48% da população masculina e 7% da população feminina. Nos países desenvolvidos, o tabagismo também é mais prevalente no sexo masculino, porém a participação das mulheres mais do que triplica, resultando em 42% de homens e 24% de mulheres que mantêm o hábito de fumar (INCA 2014).

A OMS destaca que apenas 5% da população mundial vive em países onde a publicidade e a promoção ao tabagismo são totalmente proibidas, que 6% da população mundial vivem em 15 países onde os alertas nas embalagens de cigarros são obrigatórios e que 5% da população mundial vivem em países que disponibilizam serviços exclusivos ao tratamento do fumante (OMS 2015).

Segundo o INCA, Centro Colaborador da OMS para o Controle do Tabaco no Brasil, o tabagismo é uma doença pediátrica com grande potencial de causar dependência. A idade média de iniciação é aos 15 anos e um percentual acima de 50% dos iniciantes continua com o hábito de fumar por pelo menos 30 anos durante a vida (INCA 2011). As pessoas que não fumam também adoecem, pois o tabagismo passivo, gerado pela exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados, provoca risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão, 25% maior de desenvolver doenças cardiovasculares, além de asma, pneumonia, sinusite, entre outras. (INCA 2007).

No Brasil, desde a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo pelo Ministério da Saúde, em 1989, tem sido observada uma constante redução da prevalência de fumantes. Naquele ano, a PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) apontava 34,8% como o percentual de tabagismo na população acima de 18 anos. Em 2003, a PMS (Pesquisa Mundial de Saúde) registrou redução deste percentual para 22,4% e em 2008, a PETAB (Pesquisa Especial sobre Tabagismo) registrou uma nova diminuição para 18,5%. Em 2010, entre 19 países da região das

Américas, o Brasil estava na 11<sup>a</sup> posição em relação à prevalência de fumantes atuais de tabaco, com o índice de 17,6% (OMS 2015). Mais recentemente, em 2013, a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) indicou um novo índice de 14,7% de tabagistas na população acima de 18 anos.

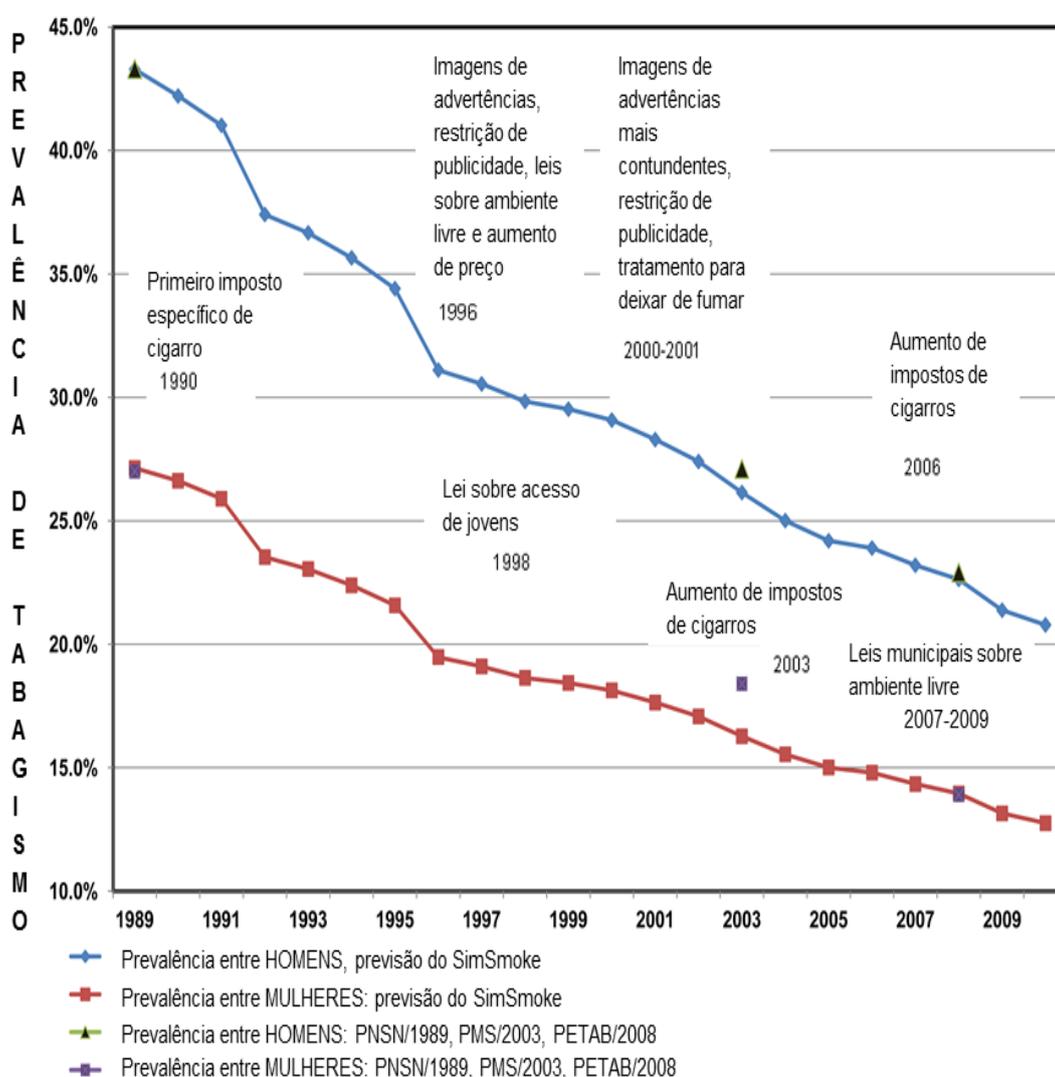
Uma importante redução dos percentuais de tabagistas também tem sido verificada anualmente pela pesquisa de inquérito telefônico VIGITEL. Em 2006, os percentuais registrados de fumantes nesta faixa etária eram de 15,7%, indicando prevalência de 19,5% nos homens e 12,4% nas mulheres (VIGITEL 2006). Dados mais recentes de 2014 revelaram nova queda no percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil para 10,8%, sendo 12,8% entre homens e 9% entre mulheres (VIGITEL 2014).

Vários fatores contribuíram para a redução dos referidos índices no Brasil. Entre eles, podem-se mencionar a criação do primeiro imposto específico sobre cigarros em 1990, a publicação de imagens de advertências nas embalagens, restrição de publicidade, leis sobre ambiente livre, aumento de preço em 1996 e a lei sobre o acesso de jovens em 1998. Esta última foi especialmente adotada como medida de prevenção à iniciação do consumo de tabaco por crianças e adolescentes, tendo sido posteriormente apoiada pela obrigatoriedade de impressão da mensagem “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003” nas embalagens de produtos derivados do tabaco. Entre os anos de 2000 e 2001, outras ações como a publicação de imagens mais expressivas, maiores restrições de publicidade e a oferta de tratamento pelo SUS também colaboraram para a redução da prevalência. Entre as medidas mais recentes, citam-se o aumento dos impostos de cigarros realizado em 2003 e 2006, assim como a criação de leis municipais sobre ambiente livre de tabaco entre 2007 e 2009.

Um trabalho publicado em 2012 na PLOS Medicine, mostra que a redução de cerca de 50% na taxa de prevalência de tabagismo ocorrida no Brasil nos últimos 20 anos, deve-se à implementação de fortes políticas públicas de controle do tabaco (LEVY et al, 2012). O estudo verificou o efeito das políticas sobre a prevalência e mortalidade associada, e seus resultados indicaram que o Brasil oferece um dos mais importantes resultados de sucesso, em termos de saúde pública na redução de mortes devido ao tabagismo, servindo como modelo para outros países de baixa e média

renda. Estão copiadas abaixo figuras constantes nesse estudo. A Figura 1 ilustra a queda da prevalência em homens e mulheres, no Brasil, entre 1989 e 2010 e indica as principais ações legislativas de controle do tabagismo adotadas nesse período e a figura 2 mostra a descrição de cada política aplicada e o potencial de efeito na redução da prevalência do tabagismo.

Figura 1 - Queda da Prevalência de Fumantes adultos e as Ações de Controle do Tabagismo.



FONTE: PLOS Medicine, 2012, adaptado pela Secretaria-Executiva da CONICQ.

Figura 2 - Política, descrição e efeitos.

POLÍTICA	DESCRIÇÃO	POTENCIAL DE EFEITO(%)
<b>Política de impostos</b>		
Preços reais de 1989-2010 e alterações fiscais a partir de 2010.	Índice de preços do cigarro ajustado pela inflação, impostos medidos em termos absolutos.	Cada aumento de preços de 10% promove 6% de redução do tabagismo nas idades de 15-17 anos; 4% de redução nas idades de 18-24 anos, 2% de redução nas idades de 25-34 anos, e redução de 1% nas idades acima de 35 anos.
<b>Políticas de ambiente livre de tabaco</b>		
Ambiente de trabalho	Proibição em todas as áreas.	9,0% de redução do tabagismo.
Restaurantes	Proibição em todas as áreas internas.	3,0% de redução do tabagismo.
Bar e pubs	Proibição em todas as áreas internas.	1,5% de redução do tabagismo.
Outros lugares	Proibição em pelo menos três áreas: shoppings, lojas de varejo, transporte público ou elevadores.	1,0% de redução do tabagismo.
Execução de leis e publicidade	Responsabilidade governamental pela execução e exigência de cumprimento das leis.	Efeitos enfraquecidos em até 50% se nenhuma medida for aplicada.
<b>Campanhas populacionais de mídia</b>		
Campanha com alto grau de divulgação	Campanha fortemente divulgada na televisão (por pelo menos 2 meses do ano) e utilizando pelo menos um outro meio de comunicação.	3,25% de redução do tabagismo (atingindo o dobro, quando acompanhada por outras políticas).
Campanha com moderado grau de divulgação	Campanha divulgada esporadicamente na televisão e utilizando pelo menos um outro meio de comunicação e um programa local.	1,8% de redução do tabagismo (atingindo o dobro quando acompanhada por outras políticas).
Campanha com baixo grau de divulgação	Campanha apenas divulgada esporadicamente em jornais ou em outro tipo de mídia.	0,5% de redução do tabagismo (atingindo o dobro quando acompanhada por outras políticas).
<b>Proibições de propaganda e comercialização</b>		
Proibição de comercialização abrangente	Proibições aplicadas à televisão, rádio, impressos, painéis de lojas, patrocínios e amostras grátis.	10% de redução na prevalência, 12% de redução na taxa de iniciação e 6% de aumento na taxa de cessação.
Proibição total de publicidade	Proibição aplicada a todas as mídias: televisão, rádio, impressos.	6% de redução na taxa de prevalência, 8% de redução na taxa de iniciação e 4% de aumento na taxa de cessação.
Proibição branda de publicidade	Proibição aplicada a algumas mídias, como televisão, rádio, impressos ou patrocínios.	2% de redução nas taxas de prevalência e iniciação.
Execução de leis e publicidade	Governo designado a executar e fiscalizar o cumprimento das leis	Efeitos enfraquecidos em até 50% se nenhuma medida for aplicada.
Advertências nas embalagens (políticas mutuamente exclusivas)		
Fortes	Advertências em tamanho grande, negrito e gráficas.	4% de redução nas taxas de prevalência e iniciação, 10% na taxa de cessação.
<b>Programas de tratamento para a cessação do tabagismo</b>		
Oferta de tratamento e reembolso completo do tratamento farmacológico, apoio por telefone e intervenções breves	Disponibilidade de Terapia de Reposição de Nicotina e bupropiona, ampla rede de oferta de tratamento, apoio por telefone, 100% de intervenções breves com acompanhamento.	6,5% de redução na taxa de prevalência e 55% de aumento na taxa de cessação.
<b>Restrição de acesso aos jovens</b>		
Fortemente divulgada e cumprida	Fiscalização regular, penalidades pesadas, forte publicidade, proibição de pontos de auto atendimento e venda em máquinas eletrônicas	30% de redução nas taxas de prevalência e iniciação em menores de 16 anos; 20% de redução dessas taxas na faixa etária de 16-17 anos de idade.
Moderadamente cumprida	Fiscalização esporádica, penalidades potentes e pouca publicidade	15% de redução nas taxas de prevalência e iniciação em menores de 16 anos, 10% de redução dessas taxas na faixa etária de 16-17 anos de idade.

Fonte: LEVY et al, 2012.

Apesar da redução dos índices de tabagismo no Brasil, pesquisas mostram que o aumento da renda de pessoas residentes em regiões menos desenvolvidas tem favorecido o crescimento do consumo pela população de menor nível de escolaridade, em resposta às estratégias das indústrias produtoras de tabaco. Esse fato pode estar relacionado ao menor alcance das políticas de controle do tabagismo nessas regiões, gerando menor impacto na redução da prevalência de fumantes na população com dificuldades de acesso às ações educativas.

Segundo a PNS 2013, a prevalência de tabagismo em adultos maiores de 18 anos no Brasil predomina em pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (20,2%), com idade entre 40 e 59 anos (19,4%) e de cor ou raça preta (17,8%).

Homens que residem em áreas menos industrializadas, principalmente da região sul do país, são os que fumam mais. De acordo com o IBGE, o ambiente rural é a área de domicílio que concentra a maior proporção de fumantes, registrando o índice de 16,7% nos adultos, sendo maior no sexo masculino (22,4%), do que no feminino, (10,7%) (PNS 2013).

A maior prevalência de fumantes com 18 anos ou mais ainda localiza-se no sul do Brasil (16,1%) de acordo com a PNS 2013, o que provavelmente se deve à grande concentração de fumicultores e à localização do maior polo industrial de cigarros nessa região do país. A região sudeste apresentou o segundo maior índice, com 15,0% de fumantes na mesma faixa etária (IBGE 2013). Em 2008, São Paulo apresentava um percentual de 16,7% de adultos fumantes, o que representava uma posição intermediária perante os percentuais dos demais estados, que variaram de 13,1% em Sergipe a 22,1% no Acre. (PETAB 2008).

Entre as capitais brasileiras, São Paulo é a segunda maior na prevalência de tabagismo no Brasil, com o percentual de 14,9%. Perde apenas para Porto Alegre, com o percentual de 16,5%, por provavelmente, essa ser a capital do estado líder na produção e influência da indústria de tabaco (VIGITEL 2013).

Vale ressaltar que apesar de o tabagismo ser considerado uma doença pediátrica, sua prevalência aumenta com a idade, conforme mostrado por inquérito de saúde realizado na cidade de São Paulo em 2008. A pesquisa ISA-Capital revelou que a faixa etária de 40 a 49 anos foi a que apresentou o maior índice de fumantes e

que a prevalência diminui após os 50 anos e mais acentuadamente depois de 60 anos (SMS/SP 2011).

Esse inquérito também apontou que vontade própria é uma das razões que mais levam as pessoas a deixar de fumar, conforme resposta dada por 43,0% dos entrevistados. Entre as pessoas que referiram razões relacionadas à saúde, verificou-se que 37,1% achavam que fazia mal à saúde, 18,7% tiveram algum problema de saúde e 6,0% por gravidez.

### 1.3 O CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNDO E NO BRASIL

O reconhecimento do tabagismo como problema mundial levou 192 países membros da Assembleia Mundial de Saúde, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a negociarem e adotarem o primeiro tratado internacional de saúde pública para a articulação de ações multissetoriais em resposta à globalização da epidemia.

Denominado como Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), esse tratado tem como objetivo principal:

“proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco” (OMS, 2011).

Para a execução dessas medidas, países membros da Convenção-Quadro utilizam um conjunto de políticas e intervenções denominado MPOWER, para o controle da epidemia mundial causada pelo uso de tabaco. O MPOWER foi lançado pela OMS em 2008, e a sigla representa um pacote de seis medidas relacionadas às seguintes estratégias: M (Monitor) - monitorar o tabagismo em nível nacional; P (Protect) - proteger a população contra a fumaça do tabaco; O (Offer) - oferecer

ajuda para cessação do fumo; W (Warn) - advertir sobre os perigos do tabaco; E (Enforce) - fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio; e R (Raise) - aumentar os impostos sobre o tabaco (OMS 2008).

O Relatório sobre a Epidemia Global de Tabagismo lançado pela OMS em 07 de julho de 2015 nas Filipinas, abordou questões relacionadas ao aumento de impostos sobre os produtos de tabaco e sobre a implementação das medidas mais efetivas para o controle do tabaco em todos os países membros da organização (ENSP, 2015). As conclusões desse relatório destacam que o aumento de impostos é a medida do MPOWER menos adotada desde 2008 pelos governantes. Em 2014, 11 países haviam aumentado seus impostos de maneira a representar 75% do preço de varejo dos cigarros, tendo sido essa medida já adotada de forma similar por 22 países em 2008.

Outras conclusões apresentadas no relatório indicaram que 40% da população mundial (2,8 milhões de pessoas) é, atualmente, coberta por pelo menos uma medida do pacote MPOWER, o que triplicou o número de pessoas cobertas desde 2007. O Brasil está na lista dos sete países de baixa e média renda que implementaram pelo menos quatro do total dessas medidas (OPAS 2015).

A adesão do Brasil à Convenção-Quadro foi ratificada pelo Congresso Nacional em novembro de 2005, conforme o decreto nº 5.658 de 02/01/2006. Entretanto, desde 1989, o Ministério da Saúde já articulava - através do INCA (Instituto Nacional de Câncer) e com apoio da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan Americana da Saúde - as ações nacionais de controle do tabagismo. Essas ações têm o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relativa ao consumo do tabaco por meio de estratégias que visam prevenir a iniciação ao tabagismo, proteger a população da exposição ambiental à fumaça de tabaco, regular os produtos de tabaco, promover ações educativas, mobilizar políticas e iniciativas legislativas e econômicas, além de apoiar a cessação do hábito de fumar.

Em 2015, após dez anos de adesão ao tratado, o Brasil celebrou a trajetória e os avanços do controle do tabagismo no país, como a redução da prevalência alcançada nos últimos 20 anos, o crescimento da conscientização da população e o reconhecimento das medidas já adotadas relacionadas à lei antifumo, à proibição da

publicidade e à elevação dos preços dos produtos de tabaco (ACTBR 2015). Segundo a OMS, para a continuidade do avanço conquistado, o Brasil deve colocar em prática a ratificação do Protocolo para a Eliminação do Mercado Ilegal de Produtos de Tabaco (ACTBR 2015).

O empenho do Brasil no controle do tabagismo foi reconhecido internacionalmente pela Bloomberg Philanthropies e por isso recebeu o “Prêmio Bloomberg para o Controle Global do Tabaco”, durante a 16ª Conferência Mundial Sobre Tabaco ou Saúde, realizado em 2015, em Abu Dhabi, capital dos Emirados Árabes. A premiação foi justificada pela atuação do Ministério da Saúde e do IBGE no monitoramento epidemiológico do uso do tabaco e na implantação de políticas públicas que contribuíram para a redução da prevalência do tabagismo no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente a política para o controle do tabagismo do Brasil está apoiada em quatro grandes pilares. São eles: taxaço do preço do cigarro, proibição de toda e qualquer forma de propaganda, eliminação de todas as áreas reservadas ao uso do tabaco (fumódromos) e oferta de um programa de tratamento ligado ao SUS, incluindo o apoio medicamentoso nos casos necessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015).

#### 1.4 A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR

A grande maioria dos fumantes que faz uso do cigarro regularmente se torna dependente da nicotina. O 4º Manual Diagnóstico Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana refere sete critérios para a dependência de substâncias psicoativas, que são aplicáveis à nicotina. Esses critérios estão relacionados a: uso excessivo por períodos prolongados; persistência para a redução ou cessação de consumo; gasto de tempo para obtenção da substância; prejuízo de atividades cotidianas devido ao consumo; persistência de uso, mesmo com ciência dos danos físicos e psíquicos causados pela substância; desenvolvimento do fenômeno de tolerância, necessitando de doses maiores para a produção de efeitos; e sintomas de abstinência, que no caso da nicotina, podem ocorrer sob a forma de irritabilidade,

inquietação, insônia, aumento de apetite, alterações da pressão arterial, entre outros de frequência e intensidade variada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003).

De acordo com LARANJEIRA e GIGLIOTTI, 2002, mais do que a busca pelos efeitos benéficos da nicotina, o alívio dos sintomas de abstinência é um importante fator que leva o indivíduo a manter o tabagismo e, de modo semelhante, o desejo de fumar pode ser estimulado por situações ambientais, independentemente de necessidades fisiológicas. Entretanto, vale ressaltar que a dependência de nicotina também envolve múltiplos fatores genéticos, pois, de acordo com estudos realizados entre gêmeos, o componente genético parece ser mais relevante do que os fatores ambientais na iniciação ao tabagismo e no desenvolvimento da dependência de nicotina (JONES e BENOWITZ, 2002).

Segundo o consenso do Ministério da Saúde, manual de diretrizes elaborado para auxiliar os profissionais de saúde na abordagem e tratamento do fumante, a dependência de nicotina está relacionada a três componentes básicos, que são a dependência física, a dependência psicológica e o condicionamento (BRASIL, 2001). A dependência física é responsável pelos diversos sintomas que podem ocorrer na fase inicial de cessação do tabagismo; a dependência psicológica está relacionada à imagem que o cigarro representa na superação de sentimentos de solidão, frustrações, pressões sociais, entre outros; e o condicionamento representa o desejo de fumar que ocorre diante da sua associação aos hábitos da rotina diária, como, por exemplo, tomar café, trabalhar, dirigir, consumir bebidas alcoólicas e outras situações (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Uma das maiores dificuldades em cessar o tabagismo está relacionada à síndrome de abstinência enfrentada por quem ingressa num programa de tratamento ou decide parar de fumar por iniciativa própria. Contudo, um estudo publicado em 2008 sobre as diretrizes para a cessação do tabagismo, cita que, além da abstinência, os fatores que dificultam a cessação estão associados à baixa motivação do indivíduo, grau de dependência à nicotina, características de personalidade, doenças psiquiátricas e eventual aumento do peso corporal (REICHERT et al, 2008). As referências apontadas nesse estudo indicam que, quanto maior o grau de dependência, maior é a dificuldade para atingir a cessação, e a ausência de motivação

praticamente elimina as expectativas de alcance da abstinência (MÜLLER e ROLLNICK, 2001).

Aproximadamente 70% dos fumantes apresentam algum sintoma relacionado à síndrome de abstinência (REICHERT et al, 2008) e essa pode variar em intensidade e frequência sob a forma de dor de cabeça, tontura, irritabilidade, alteração do sono, dificuldade de concentração, fissura, tosse, indisposição gástrica e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001). Os sintomas ocorrem devido à falta de nicotina no organismo, causada pela cessação do hábito de fumar e, quando se manifestam, tendem a desaparecer nas primeiras duas semanas após o início da abstinência ou podem perdurar por até quatro semanas ou mais. A fissura é o sintoma mais intenso e de difícil controle. É caracterizada pela grande vontade de fumar, que não dura mais que o período de cinco minutos, mas que costuma prevalecer por tempo maior que os outros sintomas relatados.

De acordo com CINCIPRINI (1997), aproximadamente 80% dos fumantes querem deixar de fumar, 3% conseguem a cada ano e 85% desses cessam o hábito sem ajuda profissional. Esse e outros pesquisadores afirmam que a oferta de tratamento para o tabagismo poderia aumentar as taxas de abstinência após um ano a partir da cessação para 20 a 30% das pessoas (SMALL e KENNEDY, 2001).

Os fumantes que procuram os serviços de tratamento do tabagismo são desde pessoas aparentemente saudáveis até aquelas que já apresentam ou apresentaram sinais e sintomas de doenças relacionadas ao tabaco ou outras comorbidades. Em alguns casos, o tabagista já é portador de grave enfermidade ou de doença avançada e busca os serviços de saúde para reconquistar a saúde ou qualidade de vida.

As tentativas mais frequentes de cessar o tabagismo ocorrem em quase metade da população fumante, com predominância nas mulheres e indivíduos na faixa economicamente ativa, residentes em centros urbanos, com baixo nível de escolaridade e renda financeira menos privilegiada (PETAB 2008).

Um indicador importante de controle do tabagismo é o índice de cessação, que é calculado pela proporção de ex-fumantes em relação ao grupo de pessoas que já fumaram (VIGITEL 2006/2007). No Brasil, atualmente, o índice de ex-fumantes é maior que a proporção de fumantes (VIGITEL 2012). Para o entendimento do

cálculo dessa proporção, as diretrizes para a cessação do tabagismo definem como ex-fumante o indivíduo que fumou no mínimo cem cigarros na vida e atualmente não fuma e como fumante aquele que fumou no mínimo cem cigarros na vida e atualmente fuma diariamente ou ocasionalmente (alguns dias) (REICHIERT J et al, 2008).

Em 2013, a PNS apontou que 51,1% dos fumantes e ex-fumantes tentaram cessar o tabagismo nos últimos dozes meses anteriores à data da entrevista, sendo maior esse percentual no sexo feminino. Dentre as mulheres, 55,9% realizaram tentativas em parar de fumar, enquanto entre os homens, 47,9% tentaram cessar o hábito. Em 2012, o Vigitel indicou que, entre os homens, a frequência daqueles que declararam ter abandonado o hábito de fumar tendeu a aumentar com a idade, atingindo um percentual de 50,3% após os 65 anos. Entre as mulheres, o maior índice (33,7%) foi registrado na faixa entre 55 e 64 anos, reduzindo-se na faixa etária de 65 anos ou mais (23,0%).

Vários são os benefícios obtidos com a cessação do tabagismo, que podem ser verificados de acordo com o tempo decorrido após o último cigarro tragado. Entre eles, está incluída a normalização da pulsação, da pressão arterial, do nível de oxigênio sanguíneo e do funcionamento dos pulmões, que ocorre até 24 horas após a cessação. Percepções de olfato e degustação são melhoradas após dois dias, atividades do aparelho respiratório e circulatório são facilitadas após três semanas; após um ano, o risco de morte por infarto do miocárdio é reduzido à metade; e, após dez anos, o risco de infarto será comparável ao das pessoas que nunca fumaram (INCA 2015).

Para comprovar os benefícios de cessação do tabagismo em mulheres, uma pesquisa realizada na Inglaterra confirmou que a expectativa de vida das mulheres tabagistas aumenta consideravelmente após a cessação do hábito de fumar. Entre as mulheres britânicas, dois terços de todas as mortes em tabagistas de 50 a 70 anos de idade são causados pelo hábito de fumar, o que leva as fumantes a perderem pelo menos 10 anos de sua expectativa de vida. Estudo de PIRIE et al (2012) revelou que os riscos de continuar com o hábito em torno dos quarenta anos de idade são dez vezes maiores que os riscos daquelas que param de fumar nessa idade. Cessar o tabagismo antes dos 40 anos evita mais que 90% das mortes causadas pelo uso do

tabaco e a cessação antes dos 30 anos de idade evita mais que 97% das mortes causadas pelo mesmo motivo, quando comparadas às mortes causadas pelo fumo em pessoas que continuam a fumar nessas idades (PIRIE et al, 2012). De maneira semelhante, nos Estados Unidos, uma revisão de estudos sobre os benefícios da cessação do tabagismo mostrou que indivíduos que pararam de fumar antes dos 50 anos apresentaram uma redução de 50% no risco de morte por todas as causas nos 16 anos subsequentes, tornando-se comparável à mortalidade de não fumantes aos 64 anos (BRATS 2010).

Diversos estudos indicam que uma elevada porcentagem dos indivíduos que volta a fumar o faz no período de seis meses após a cessação (BRANDON et al, 1990; HUGHERS et al, 2004). As diretrizes clínicas da Sociedade Brasileira de Pneumologia de Tisiologia apontam que a recaída é um fenômeno natural do ciclo de qualquer dependência e também de ocorrência comum nos primeiros seis meses após a cessação (REICHERT et al, 2008). Com a recaída, o retorno a um padrão regular do uso de tabaco é restabelecido e, por isso, a maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva.

Os lapsos também são fenômenos comuns de ocorrer durante os períodos iniciais da abstinência, sendo caracterizados por deslizos que levam ao retorno do uso da nicotina em padrões menores de consumo e em condições temporárias. Por não resultarem necessariamente em recaída, esses são vistos como ocorrência mais comum do processo de recuperação e como oportunidade de aprendizado para os tabagistas melhorarem suas estratégias para não retornar a fumar (REICHERT et al, 2008).

A cessação do hábito de fumar é um processo contínuo e complexo que envolve fatores individuais, situacionais, fisiológicos e socioculturais e que pode ser favorecido pela prática regular de exercícios físicos. Associada ou não a um programa de tratamento, a prática física reduz a fissura causada pela falta de nicotina e o ganho de peso de comum ocorrência em quem está deixando de fumar. Estudos mostram que a atividade física na cessação do tabagismo tem efeito direto na redução da síndrome de abstinência, pois a produção de endorfinas ocorrida durante os exercícios funciona como alternativa ao uso do tabaco para o sistema de recompensa cerebral, responsável pelo prazer do ato de fumar (RUSSEL 1983; DISHMAN 2009;

LEELARUNGRAYUB 2010). Além de outros benefícios comprovados (GARBER 2011), a prática física é uma conduta já recomendada por profissionais da saúde há muito tempo e é reconhecida como adjuvante ao tratamento do tabagismo por funcionar como estratégia na proteção contra eventos de depressão, importante causa de recaídas (VICKERS, 2003; WILLIAMS 2008). A atividade física também diminui o desejo de fumar por ser uma alternativa de distração, influencia a função cognitiva dos fumantes e o controle da pressão arterial.

A cessação do tabagismo prolonga e melhora a qualidade de vida das pessoas. Uma vez que a falta de apoio profissional nesse processo leva a um índice de sucesso muito pequeno entre os fumantes que desejam parar de fumar, (cerca de 3%), é importante que a oferta de tratamento seja valorizada por favorecer o aumento dos índices de cessação para 20 a 30% em um ano (BRASIL, 2001), promovendo redução de custos com internações e medicamentos financiados pelo sistema público de saúde.

Tendo em vista os argumentos apresentados, é importante que o controle do tabagismo faça parte das políticas públicas de saúde. Assim sendo, as ações para esse controle fazem parte do Plano de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, cujo objetivo é reduzir a frequência de fumantes em diferentes grupos, incluindo adolescentes e adultos. As metas globais propostas pela OMS para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis indicam 30% como meta de redução relativa da prevalência do consumo de tabaco atual em adultos e adolescentes. O Plano de Doenças Crônicas não Transmissíveis do Brasil propõe como meta a redução da prevalência de tabagismo em adultos de 15,1%, registrada em 2011, para 9,1% em 2022 (CARVALHO e SILVA, 2013).

Dentre os métodos existentes para promover a cessação do tabagismo, a abordagem cognitivo comportamental e o uso de medicamentos são aqueles que, segundo a literatura, apresentam evidências científicas de eficácia (BRASIL, 2001).

De acordo com o estudo de LARANJEIRA e GIGLIOTTI, 2002, os métodos de tratamento podem ser classificados de acordo os critérios de como influenciam a mudança de comportamento do tabagista com o objetivo de atingir a cessação do hábito de fumar. Segundo os autores, os métodos indiretos empregam

estratégias que são direcionadas para a saúde pública, com foco na comunidade. Envolvem menores custos e como conseguem atingir um número maior de fumantes, produzem taxas populacionais de abstinência mais altas, reduzindo a morbidade e a mortalidade. São exemplos: as campanhas educacionais, a elaboração de normas sociais como a proibição do fumo em ambientes fechados e a aplicação de altos impostos sobre o cigarro.

Os métodos diretos são mais custosos, pois envolvem o contato com o tabagista, contando com estratégias relacionadas ao apoio psicoterápico e medicamentoso quando necessário. Também promovem importantes resultados na redução da prevalência de fumantes e, conseqüentemente, nos índices de morbidade e mortalidade. Ainda de acordo com o estudo de LARANJEIRA e GIGLIOTTI, 2002, o aconselhamento médico empregado nas consultas representa uma importante estratégia para unir as perspectivas de saúde pública e a clínica, pois a abordagem terapêutica pode estimular a cessação da dependência do tabagista.

## 1.5 O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Diretrizes clínicas nacionais e internacionais, voltadas à abordagem terapêutica de fumantes, podem ser encontradas como referência em alguns trabalhos de pesquisa e publicações, como as descritas por: The Royal Australian College of General Practitioners (2011); US Department of Health and Human Services (2008); West et al (2000); Serlin DC et al (2012); Instituto Nacional de Câncer (2001); Marques (2001); e Reichert (2008). Uma das referências mais citadas sobre as evidências clínicas para o tratamento do tabagismo é o trabalho realizado por Fiore et al, (2008), que, após atualização de sua primeira versão, resultou no Guia Americano denominado “Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update”. Esse guia contém estratégias destinadas à ajuda profissional no tratamento da dependência de nicotina, com base em uma revisão sistemática de mais de 8.700 artigos de pesquisa publicados entre 1975 e 2007 e em uma meta-análise de onze temas específicos, que resultaram em dez diretrizes.

As diretrizes do guia americano estão relacionadas às seguintes medidas: reconhecimento do tabagismo como doença crônica, cujo tratamento é uma das

intervenções que podem aumentar as taxas de abstinência em longo prazo; identificação e documentário dos casos existentes, direcionando tratamento e cuidados ao tabagista; orientação da população para a cessação do hábito de fumar; direcionamento de abordagem breve a todos os tabagistas; aconselhamento telefônico individual ou em grupo; disponibilização de medicamentos eficazes para o tratamento do tabagismo nos casos necessários; incentivo da associação entre abordagem terapêutica e terapia medicamentosa como melhor estratégia para todos os casos necessários; promoção e garantia de aconselhamento “quitline” por telefone, como medida de amplo alcance da população; indicação de tratamentos motivacionais aos usuários que não apresentam interesse em parar de fumar; e disponibilização da oferta de tratamento da dependência de tabaco como estratégia para a redução de custos direcionados ao tratamento de comorbidades (FIORE et al, 2008).

Um exemplo nacional de guia de diretrizes para a cessação do tabagismo é o elaborado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia em 2008, que, de forma reduzida e mais objetiva, considera a avaliação e o tratamento como os dois grandes itens do conteúdo de orientações. O guia apresenta métodos de abordagem para os casos associados à redução de danos, recaídas, tabagismo passivo, tabagismo na classe médica e uso de tabaco em ambientes específicos.

O “Consenso sobre o Tratamento da Dependência de Nicotina” elaborado por Marques et al (2001) também merece ser citado. O guia aponta que grupos de autoajuda e que psicoterapia individual ou em grupo, com sessões de aconselhamento, são coadjuvantes eficazes no tratamento do tabagista, sendo especialmente significativos quando a dependência é acompanhada de outras afecções, como depressão e ansiedade. Nesses casos, o aconselhamento é uma estratégia para o tabagista aprender a identificar e controlar as situações em que o hábito de fumar é estimulado por um comportamento ou circunstâncias emocionais.

No Brasil, o tratamento do tabagismo está vinculado ao Sistema Único de Saúde e utiliza como referência o “Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante” do Ministério da Saúde, guia de diretrizes elaboradas por diferentes sociedades científicas e conselhos profissionais da área de saúde brasileira em 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001). O modelo de tratamento proposto pelo guia se

baseia na abordagem cognitivo-comportamental em grupo ou individual e tem como objetivo auxiliar o fumante a desenvolver habilidades para cessar o hábito de fumar, oferecendo apoio medicamentoso, quando necessário.

### 1.5.1 Abordagem Cognitivo-Comportamental

A abordagem comportamental combina intervenções cognitivas que envolvem o treinamento de estratégias para a identificação de situações de risco de recaída e estratégias de enfrentamento, como automonitoração, controle de estímulos, técnicas de relaxamento, entre outras atitudes que promovem a mudança de comportamento com relação à dependência.

Como apontado por vários guias de diretrizes clínicas, a abordagem cognitivo-comportamental é parte fundamental do tratamento do tabagismo, sendo a base para a cessação do hábito de fumar. A farmacoterapia pode ser utilizada como apoio em algumas situações bem definidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Uma revisão sistemática com 41 estudos e mais de 20.000 participantes teve o objetivo de avaliar o efeito da associação entre apoio comportamental e o uso de medicação para promover a cessação do tabagismo e manutenção da abstinência num período de pelo menos seis meses, em comparação com uma intervenção usual ou mínima empregada de forma isolada. Os autores concluíram que as intervenções que combinam farmacoterapia e abordagem comportamental aumentam o sucesso na cessação do tabagismo, quando comparadas com as terapêuticas aplicadas isoladamente (LINDSAY e LANCASTER, 2012).

O modelo brasileiro de tratamento recomenda sessões estruturadas com periodicidade semanal no primeiro mês, que visa à cessação do hábito de fumar e posteriormente, sessões com periodicidade quinzenal até completar a abordagem intensiva no intervalo de três meses. Finalmente, as sessões deverão ter periodicidade mensal até completar um ano de terapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Estudos mostram que qualquer tempo dedicado à duração da abordagem comportamental colabora para o aumento da taxa de abstinência. Segundo Fiori (2000), quanto maior o tempo total da abordagem ao tabagista, maior a taxa de

abstinência alcançada, porém um tempo superior a 90 minutos destinados à técnica, não promove qualquer efeito adicional na abstinência do tabagismo.

A conceituação dos estágios de mudança descritos por Prochaska e Di Clemente (1982) é fundamental para avaliar o grau de motivação responsável pela mudança comportamental do indivíduo e é importante que essa avaliação seja preliminar ao ingresso nas sessões de terapia cognitivo-comportamental.

De acordo com os autores, a intensidade, a duração e o tipo de intervenção devem-se adequar ao estágio de mudança do paciente, que compreende cinco fases denominadas como: (i) estágio pré-contemplativo, fase em que o indivíduo não apresenta interesse em parar de fumar nos próximos seis meses e comumente subestima os malefícios da dependência; (ii) estágio contemplativo, momento em que o indivíduo pretende parar de fumar nos próximos seis meses, mas apresenta dúvidas na opinião quanto cessar o hábito e comumente não o faz; (iii) preparação para ação, fase em que pretende seriamente cessar o tabagismo no curso do próximo mês e começa intuitivamente a usar técnicas comportamentais para atingir a cessação, como adiar o momento do primeiro cigarro do dia, diminuir o número de cigarros fumados, entre outras – nessa fase, costuma tentar parar de fumar, pelo menos uma vez no ano que se segue; (iv) ação, estágio em que o indivíduo cessa o tabagismo, tomando a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento, e (v) manutenção: estágio em que o indivíduo utiliza técnicas de adaptação ao meio sem tabaco. Nesse estágio, aprende estratégias para a prevenção da recaída e consolida os ganhos obtidos na fase da ação, podendo ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída (PROCHASKA e DI CLEMENTE, 1982).

### 1.5.2 Apoio Medicamentoso e Métodos Alternativos

As referências nacionais e internacionais sobre o apoio medicamentosos no tratamento do fumante apontam duas categorias farmacológicas com eficácia comprovada na cessação de fumar: os medicamentos nicotínicos e os não nicotínicos. Os medicamentos nicotínicos, também denominados Terapia de Reposição Nicotínica (TRN), consistem no tratamento de primeira linha para o auxílio da cessação do tabagismo, por apresentarem boa eficácia na redução do desconforto

causado pela retirada da nicotina, durante a cessação do hábito de fumar, com ocorrência mínima de efeitos colaterais. O tratamento inclui cinco formas de apresentação de produtos com nicotina, que são: goma de mascar, pastilha, sistema transdérmico, spray nasal e vaporizador oral.

Vários estudos mostram que melhores resultados são obtidos para a cessação do hábito de fumar quando a farmacoterapia é associada ao aconselhamento comportamental. Entretanto algumas evidências têm mostrado que a Terapia de Reposição Nicotínica pode aumentar as taxas de cessação com ou sem aconselhamento (STEAD et al, 2012). Segundo o guia de diretrizes australianas (ZWAR et al, 2011), geralmente não é recomendado o uso regular de TRN por mais de doze meses de tratamento. Contudo, o relato de uso prolongado dessa terapia não tem indicado efeitos prejudiciais, colaborando para a manutenção da abstinência e sendo uma conduta segura quando comparada ao ato de fumar (ANTHONISEN et al, 2005).

Cloridrato de bupropiona e tartrato de vareniclina são fármacos não nicotínicos reconhecidos como primeira linha de tratamento para o tabagismo (ZWAR et al, 2011), que reduzem a compulsão pelo uso de cigarros (BALFOUR 2001). Os medicamentos não nicotínicos são apresentados como terapia farmacológica de segunda linha no tratamento do tabagismo e incluem fármacos que somente devem ser empregados nos casos de insucesso das medicações de primeira linha devido a ocorrência frequente de efeitos colaterais. Entre esses, podem ser citados nortriptilina e clonidina (REICHERT et al, 2008).

Há uma série de medicamentos que podem ajudar as pessoas a parar de fumar e, por isso, inúmeros estudos são efetuados constantemente para avaliar sua eficácia no tratamento e o surgimento de efeitos adversos. Uma revisão com 12 estudos realizados entre 2008 e 2012, 267 ensaios e mais de 101.000 fumantes possibilitou analisar os benefícios e riscos desses e de outros fármacos no tratamento do tabagismo durante pelo menos seis meses a partir do início do tratamento (CAHILL et al, 2013). Os resultados levaram às seguintes conclusões: TRN, bupropiona e vareniclina melhoram as chances de parar de fumar com um baixo risco de danos; a combinação de TRN é tão eficaz como a vareniclina e mais eficaz do que o emprego isolado das diferentes formas de TRN; cytisine tem potencial como um

tratamento seguro, eficaz e acessível; e nortriptilina melhora as chances de parar de fumar, com pouca evidência de eventos danosos. Os resultados também indicaram que nenhum dos tratamentos parece ter uma incidência de eventos adversos que indiquem a limitação de sua utilização e que mais pesquisas são necessárias para a comprovação de segurança da vareniclina e do potencial da cytisine como tratamento eficaz e acessível.

A realização de mais estudos para a comparação de TRN versus placebo demonstra ser desnecessária para a comprovação de sua eficácia. Os estudos com outros medicamentos e substâncias ainda não aprovados para o tratamento do tabagismo mostraram incidência de efeitos colaterais e adversos, não apresentaram resultados evidentes de eficácia, não pareceram colaborar para a cessação e outros foram retirados do mercado.

Dos métodos ainda sem eficácia conhecida, alguns estão em fase de teste, podendo ser utilizados como estratégias adicionais e incorporados à conduta terapêutica, desde que sejam observadas as contraindicações e o consentimento dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001). Dentre eles, estão: dispositivos Over The Counter (OTC) ou isentos de prescrição, como inaladores livres de fumaça, filtros de nicotina, extratos de tabaco em gel; materiais de auto ajuda e aconselhamento breve; aconselhamento individual e em grupo; tratamento via internet; atividade física orientada; acupuntura, hipnoterapia, terapia a laser, eletroestimulação e avaliação de risco biomédico; e tratamento por telefone (REICHERT et al, 2008).

Trabalhos revisados para determinar a eficácia da utilização de acupuntura, terapia a laser e eletroestimulação na cessação do tabagismo verificaram que, embora técnicas combinadas sugiram possíveis efeitos em curto prazo, não existe comprovação livre de viés sobre a manutenção da abstinência por seis meses ou mais. Ainda de acordo com a revisão dos autores, os resultados mostraram que a eletroestimulação não apresenta eficácia para a cessação e que as técnicas de acupuntura, acupressão e estimulação a laser se justificam por serem intervenções populares e seguras, quando aplicadas corretamente, mas susceptíveis de serem menos eficazes do que intervenções baseadas em evidências (WHITEL et al, 2014).

## 1.6 O TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS

Como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, em 2002, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS nº 1.575/02, que criou Centros de Referência e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a abordagem e tratamento do fumante. Isso representou um grande avanço para o PNCT, porém restringiu o tratamento às unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados, dificultando o acesso dos pacientes aos serviços de saúde credenciados para esse fim.

Diante desse quadro e da necessidade crescente de tratar o tabagista, o Ministério da Saúde resolveu, por meio da Portaria nº 1.798 de 12/09/2003, criar um grupo de trabalho, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) para realizar a revisão, atualização e aperfeiçoamento da portaria nº 1.575/02. A conclusão desse trabalho gerou a publicação da portaria GM/MS 1.035/04, cuja revogação em 2009 fez vigorar a portaria GM/MS nº 2.048/09, regulamentada pela portaria SAS/MS nº442/04.

A nova portaria regulamentada ampliou a abordagem e o tratamento do tabagismo para a Atenção Básica e para equipamentos de Média Complexidade, garantindo medicamentos e materiais de apoio financiados pelo Ministério da Saúde para as unidades credenciadas no programa.

Mais recentemente, em 2013, a portaria nº 571 atualizou as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e definiu que a identificação e o acolhimento ao fumante devem ser realizados em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica (PORTARIA GM/MS Nº 571, 2013).

A atualização das diretrizes promoveu adequações no sistema de adesão das unidades da rede básica ao programa de tratamento, na programação de medicamentos e adequações nas responsabilidades dos envolvidos. A coordenação nacional e a referência técnica do PNCT continuaram sob a responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o compromisso de articular a organização e manutenção do programa nos estados brasileiros.

Com essa estratégia, o Ministério da Saúde anunciou a ampliação do tratamento do fumante, previsto pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo no Sistema Único de Saúde, com o objetivo de incentivar, de maneira mais intensiva e abrangente, o abandono do uso do tabaco e de reduzir os gastos no tratamento de doenças causadas pelo hábito de fumar.

Segundo informe do Ministério, em 2012, foram gastos R\$ 12 milhões no tratamento de doenças causadas pelo cigarro. Posteriormente, foram estimados R\$ 12 milhões só na primeira parte do programa, referente aos medicamentos e a projeção era de que o valor poderia chegar a R\$ 60 milhões, conforme fosse transcorrendo a adesão das unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

A habilitação dos serviços da Atenção Básica passou a ocorrer por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do Ministério da Saúde, que já assistia 30 mil unidades em 5,1 mil municípios do país. Com esta ferramenta, todas as unidades puderam optar por oferecer tratamento ao tabagista, seguindo os pré-requisitos de credenciamento já estabelecidos pela portaria antiga.

No Brasil em 2012, 175 mil pessoas foram atendidas em unidades credenciadas ao PNCT de 1.159 municípios e em 2013, 3 mil unidades e serviços do SUS ofereciam o tratamento. Ao longo dos anos, mais de 600 mil pessoas aderiram ao programa, de acordo com fonte do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

### 1.6.1 Diretrizes do Programa de Tratamento do SUS

O tratamento do fumante ofertado pelo SUS obedece ao Guia de Diretrizes do Consenso elaborado em 2001 pelo Ministério da Saúde e inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário terapia medicamentosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Os medicamentos são adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos estados, Distrito Federal, capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica. Os municípios com menos de 500 mil habitantes recebem os medicamentos por meio da Secretaria Estadual de Saúde para abastecimento das unidades que realizam o tratamento do

tabagismo. O Ministério da Saúde disponibiliza como apoio medicamentoso ao tratamento: terapia de reposição de nicotina nas apresentações de adesivos transdérmicos de 7mg, 14mg e 21mg, goma de mascar (2mg) e pastilha (2mg); e bupropiona na apresentação de comprimido de 150mg (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001). Em 2014, a pastilha de nicotina teve a sua produção mundial interrompida e por esse motivo, deixou de fazer parte do programa.

As sessões terapêuticas são realizadas semanalmente, em grupos de apoio ou em sessões individuais. Nessas sessões, são fornecidas informações sobre os riscos do tabagismo, os benefícios de parar de fumar e as estratégias para que o indivíduo aprenda como controlar sua dependência e mudar o seu comportamento em relação ao hábito de fumar (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001). O protocolo clínico do programa indica que as sessões em grupo devem ser formadas por dez a quinze participantes, coordenadas por um ou dois profissionais de nível superior, seguindo o cronograma de quatro encontros semanais, dois encontros quinzenais com os mesmos participantes e uma reunião mensal com a participação de todos os grupos, visando à prevenção da recaída, até completar um ano de tratamento.

Ao ingressar no programa de tratamento de uma unidade credenciada, o fumante deve passar por uma consulta de avaliação clínica do relato de sua história em relação ao tabagismo, avaliação do seu grau de motivação, nível de dependência, existência de comorbidades e indicação de apoio medicamentoso, se necessário.

O tratamento medicamentoso é dirigido para os fumantes sem contra indicações clínicas e que apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, assim classificados quando uma das seguintes situações ocorre (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001):

- fumam vinte ou mais cigarros por dia;
- fumam o primeiro cigarro até trinta minutos após acordar e fumam no mínimo dez cigarros por dia;
- apresentam grau de dependência à nicotina igual ou maior do que 5, obtido pelo teste de Fagerström, que é um questionário de oito questões dirigido ao tabagista quanto ao seu hábito de fumar, cujo resultado baseado numa escala de 0 a 10 pontos, classifica sua dependência como muito baixa (0 – 2 pontos), baixa (3 – 4 pontos), média (5 pontos), elevada (6 – 7 pontos) e muito elevada (8 – 10 pontos);

- necessitam de apoio, a critério do profissional;
- apresentaram tentativas anteriores de cessação sem sucesso, tendo passado apenas por sessões de abordagem cognitivo-comportamental.

Obedecendo a esses critérios, o medicamento é prescrito de acordo com a necessidade do paciente, seguindo esquema de farmacoterapia única ou combinada, dependendo da avaliação individual do fumante.

A resposta clínica ocorre quando o paciente deixa de fumar. Essa informação deve ser enviada de forma consolidada trimestralmente ao Ministério da Saúde, que considera a quarta semana de tratamento como referência para o cálculo dos indicadores de cessação do tabagismo, do uso de medicamentos e abandono do tratamento por parte do paciente.

### 1.6.2 Avaliação da Resposta ao Tratamento

Embora o Ministério da Saúde utilize como padrão de referência o período de quatro sessões semanais para a coleta e cálculo dos indicadores do tratamento realizado, suas diretrizes terapêuticas indicam que um programa de cessação de fumar é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após doze meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001). O guia de diretrizes indica também que o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas.

Sobre a avaliação dos resultados, um artigo publicado na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia indica que na prática diária, o principal dado que o médico utiliza para avaliar a redução ou abandono do fumo é a informação do próprio paciente. Nos estudos clínicos, porém, é indispensável uma medida objetiva e confiável para saber se o indivíduo realmente parou de fumar (BALBANI e MONTOVANI, 2005). Ainda de acordo com o artigo, o método mais usado em pesquisas clínicas de eficácia do abandono do fumo, é a dosagem da cotinina no sangue, saliva ou urina. A medida de monóxido de carbono (CO) no ar exalado é outra técnica, que utiliza o aparelho monoxímetro para a verificação da síntese de CO através das enzimas heme-oxigenases, em quantidade proporcional ao processo inflamatório local. De acordo com essa metodologia, tabagistas geralmente

apresentam níveis elevados de CO no ar exalado. Cerca de 24 horas após parar de fumar, os níveis de CO exalado já começam a declinar, indicando o início da recuperação da função pulmonar. Nos não fumantes a concentração de CO exalado é inferior a 10 ppm (partes por milhão) (BALBANI e MONTOVANI, 2002).

Alguns profissionais utilizam o monoxímetro, não apenas como avaliação clínica objetiva, mas também como estímulo ao paciente durante o programa de tratamento para alcançar a cessação do tabagismo.

Outras referências para a comparação dos parâmetros de avaliação de resposta ao tratamento sugerem uma análise da manutenção da abstinência após um período mínimo de seis meses, considerando que grande parte dos indivíduos que voltam a fumar retorna ao hábito dentro desse período, após a cessação (BRANDON et al, 1990 e HUGHES et al, 2004). O National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2008) indica, como meta para os serviços de tratamento do tabagismo, considerar uma taxa de cessação de no mínimo 35% dos indivíduos na quarta semana, com validação de resultado efetuada através do teste de monoximetria (SANTOS 2011).

### 1.6.3 Adesão de Unidades, Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Informações de Resultados do PNCT

#### 1.6.3.1 Adesão e Credenciamento de Unidades

Em 2013, a atualização das diretrizes de cuidado ao tabagista, promovida pela portaria nº 571 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013), foi acompanhada de algumas adequações no sistema de ingresso de unidades e serviços no programa de tratamento do fumante, no sistema de programação e estimativas de atendimento e no sistema de informações dos indicadores de atendimento trimestral registrado no período. Para promover essas adequações, o Ministério da Saúde implantou três ferramentas, já utilizadas por outros programas do SUS para melhorar o gerenciamento das informações da rede de atendimento do tabagista, que são o Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o FORMSUS e o E-SUS.

Como o tratamento do tabagista passou a ser priorizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade do sistema de saúde, o Ministério da Saúde definiu que a adesão dessas unidades deve ser realizada por meio do PMAQ. Esse sistema tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbito nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O programa está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. São elas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. O gestor municipal de saúde é o agente responsável pelo acesso ao sistema, apontando a opção de ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida de seu município, bem como pela indicação das unidades e equipes que o farão. Ao ingressar no Programa de Tratamento do Tabagismo, o município e suas equipes de Atenção Básica assumem o compromisso de organizar e implantar as ações para o cuidado da pessoa tabagista, assim como de promover a capacitação dos profissionais de saúde e a elaboração de um cronograma dos grupos de tratamento, de acordo com a capacidade instalada de cada instituição.

A adesão de novas unidades da Atenção Especializada ao Programa do Tabagismo continuou seguindo aos critérios já estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.035/04 e dispensou a utilização do sistema PMAQ, que é ferramenta específica da rede de Atenção Básica.

Todas as unidades da Atenção Básica e Especializada que desejam oferecer o tratamento do fumante devem seguir os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (Anexo I da Portaria SAS/MS/Nº 442/2004), que embora tenha sido revogada em 2013, teve suas exigências mantidas pelo INCA.

A habilitação para esse serviço exige o cadastramento da unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, para tal, o serviço deve cumprir os seguintes requisitos: ser unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar,

integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico; não permitir fumar no interior da unidade, o que já é definido pela lei antifumo; contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo; dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo; e garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja na própria unidade de atendimento ou em uma unidade de referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar. Além disso, deve contar com a indicação de um coordenador municipal (gestor) e de um farmacêutico responsável pelo recebimento, guarda e distribuição dos medicamentos do programa para as unidades de atendimento.

No estado de São Paulo, o CRATOD é reconhecido como referência na capacitação profissional. Alguns grandes municípios, como São Paulo, Ribeirão Preto, Campinas, entre outros, já se prepararam para promover suas próprias capacitações, seguindo os moldes estabelecidos pela coordenação estadual e nacional. A capacitação profissional e o credenciamento da unidade no Programa de Tabagismo são os primeiros passos para o recebimento trimestral dos medicamentos e materiais de apoio que fazem parte do tratamento do fumante. A continuidade do recebimento dos medicamentos está vinculada ao envio periódico de informações para a Coordenação Estadual do Programa, sobre os atendimentos realizados pelas unidades de saúde.

#### 1.6.3.2 Aquisição e Distribuição de Medicamentos

A programação para a aquisição dos medicamentos do tabagismo é realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF), com base nas informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Departamento de Atenção Básica (DAB), dos estados e municípios cadastrados no PNCT, e desde que atendam as normativas da Portaria nº 571/2013.

O cálculo da programação é realizado mediante informações repassadas pelos municípios e validadas pela coordenação estadual, por meio do formulário FormSUS, de forma complementar aos dados obtidos através do PMAQ. Assim como o PMAQ, o FormSUS é um sistema de informações “on-line”, porém sua habilitação para preenchimento é trimestral e segue o cronograma do Ministério da Saúde. O formulário deve ser preenchido conjuntamente, pelo coordenador municipal e farmacêutico responsável pelo gerenciamento de estoque dos medicamentos a serem destinados às unidades de tratamento credenciadas.

As informações solicitadas pelo FormSUS têm sido constantemente aprimoradas desde a criação do sistema, de maneira a contemplar o máximo de critérios para a aquisição de quantitativos compatíveis com a demanda de atendimento dos municípios. O formulário, na sua versão mais atual, solicita informações do coordenador municipal sobre o estado e município de origem das unidades credenciadas, número de equipes de Atenção Básica e Especializada que realizaram o atendimento do tabagismo e número de tabagistas que foram tratados com medicamentos nos dois níveis de atenção no último trimestre. Também é solicitada a previsão do número de equipes de Atenção Básica e Especializada que realizarão atendimento no próximo trimestre, bem como do número de tabagistas que deverão ser tratados com medicamentos no município nesse período.

A gestão da assistência farmacêutica municipal é responsável por informações no formulário que indicam se o município recebeu medicamentos do PNCT no último trimestre e se o município utiliza o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, denominado Hórus, para a gestão dos medicamentos do programa, qual a posição de estoque municipal e consumo médio mensal de cada medicamento que faz parte do PNCT. Essas informações servem de base para o cálculo dos quantitativos de medicamentos a serem enviados trimestralmente aos municípios que fazem parte da rede de atendimento do tabagista, pois associam eventuais sobras de estoque do trimestre anterior com a previsão de atendimento para o próximo período.

O formSUS também solicita como informações o nome, telefone e e-mail do responsável pelo seu preenchimento, de maneira a facilitar a sua localização nos casos de erros ou inconsistências de informações. Após o fechamento de cada ciclo

do formSUS, um relatório com as informações dos municípios é emitido para a coordenação estadual, que tem a função de analisar, corrigir se necessário, e validar o preenchimento efetuado, procedendo o seu envio para o Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a fim de auxiliar estados e municípios na distribuição dos medicamentos, antes do envio de cada pauta ou remessa, as programações municipais são disponibilizadas aos gestores responsáveis, considerando para cada tratamento, os quantitativos expostos na Figura 3.

Figura 3 – Esquema para a Programação de Municipal de Medicamentos.

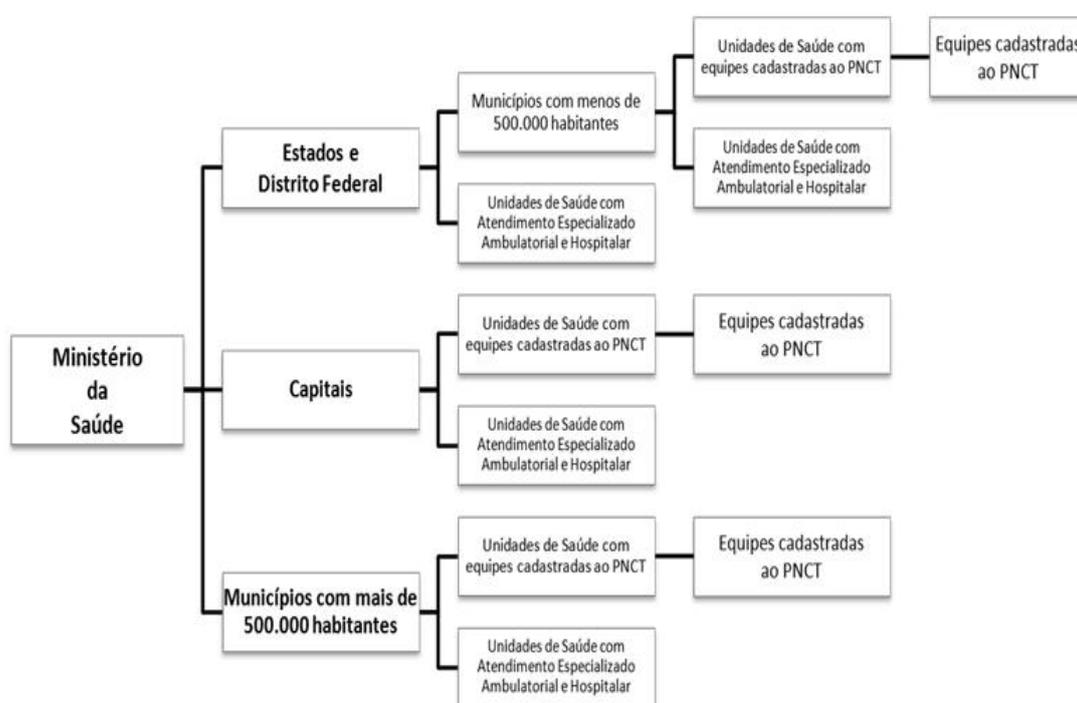
<b>Medicamento</b>	<b>Quantitativo 1 tratamento</b>	<b>Fator de Embalagem</b>	<b>Quantidade de Caixas</b>
Adesivo de nicotina 7mg	28	7	4
Adesivo de nicotina 14mg	28	7	4
Adesivo de nicotina 21mg	28	7	4
Cloridrato de bupropiona 150mg	180	60	3
Goma de nicotina 2mg	90	30	3
Pastilha de nicotina 4mg	108	36	3
Fonte: <a href="http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf">http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf</a>			

Para o gerenciamento dos medicamentos, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica Hórus ou sistemas próprios de gestão, para os municípios que já os possuem. As assistências farmacêuticas estaduais que possuem sistemas próprios são orientadas a repassar, trimestralmente, informações referentes às entradas, saídas, dispensações e posição de estoque dos medicamentos nos almoxarifados dos estados. As SES e SMS que utilizam o sistema Hórus não precisam enviar tais relatórios, visto que todos os dados necessários podem ser extraídos desse sistema, devendo somente alimentá-lo com todas as movimentações de medicamentos para o tabagismo.

Considerando que a aquisição dos medicamentos tem como base a programação nacional, realizada de maneira ascendente, mas consolidada de forma centralizada, a responsabilidade pelo fluxo de distribuição dos medicamentos é compartilhada pelas três esferas de gestão (Figura 4). A gestão federal é responsável pela aquisição, recebimento e armazenamento dos medicamentos que fazem parte do

programa, bem como pela distribuição aos estados, distrito federal e capitais que possuem uma população maior de 500 mil habitantes. Cabem à gestão estadual e ao distrito federal, o recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos aos municípios com menos de 500 mil habitantes e cabem à gestão municipal o recebimento, armazenamento e distribuição às unidades de saúde cadastradas no PNCT que realizam o atendimento do fumante.

Figura 4 - Fluxograma de distribuição dos medicamentos do tabagismo.



Fonte: INCA 2014.

### 1.6.3.3 Informação dos Resultados do Tratamento

As unidades e equipes de Atenção Básica que ofertam o tratamento do tabagista devem apresentar os indicadores de tratamento registrados no período, por meio do sistema E-SUS, enviando o consolidado das Fichas de Atividade Coletiva para as respectivas gestões (municipal ou estadual). As unidades de saúde da Atenção Especializada (AE) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam os dados de atendimento e indicadores trimestrais por meio de planilhas formatadas e

padronizadas pelo INCA, cuja transmissão segue para a coordenação municipal, regional, estadual e nacional, obedecendo a esta ordem hierárquica.

## 1.7 O CRATOD

O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) é unidade de tratamento e Coordenação Estadual do Programa de Controle de Tabagismo. O atendimento ao tabagista teve início em 2000 e o seu credenciamento pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) ocorreu em 2005. A prestação de serviços é regionalizada e abrange a região administrada pela Subprefeitura da Sé, que engloba os distritos da Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Sé e Santa Cecília, com sistema de porta aberta.

Além de ser credenciado para o tratamento do tabagismo e de outros tipos de dependência química, o CRATOD, como sede da Coordenação Estadual do Programa de Controle de Tabagismo em São Paulo tem sido reconhecido como referência na Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante, para os profissionais do Sistema Único de Saúde, objetivando a ampliação da rede de tratamento no estado de São Paulo.

Até o ano de 2014, a coordenação estadual do programa realizou 58 cursos de capacitações, tendo atingido 426 municípios, 1.306 unidades e 4.446 profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (CRATOD 2014).

Como unidade de saúde credenciada no Programa de Tabagismo, o tratamento do fumante no CRATOD é realizado por uma equipe multiprofissional capacitada composta por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, dentista, fisioterapeuta, assistente social e farmacêutico, fornecendo apoio grupal e apoio medicamentoso ao tabagista.

As pessoas que buscam o atendimento são entrevistadas para uma anamnese da sua história tabágica, da determinação do nível de dependência à nicotina. É avaliado seu grau de motivação, são identificadas comorbidades clínicas ou psiquiátricas existentes e as razões que as levaram a decidir cessar o tabagismo. Tal como indicado pelo manual de Abordagem e Tratamento do Fumante do Ministério

da Saúde, o grau de dependência de nicotina do paciente é avaliado pelo Teste de Fagerström (Figura 5).

Figura 5 – Teste de Fagerström.

Teste de Fagerstrom	
1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?	
Após 60 minutos: 0 ponto	Entre 31 e 60 minutos: 1 ponto
Entre 6 e 30 minutos: 2 pontos	Nos primeiros 5 minutos: 3 pontos
2. Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	
Qualquer um: 0 ponto	O primeiro da manhã: 1 ponto
4. Quantos cigarro você fuma por dia?	
Menos que 10: 0 ponto	Entre 11 e 20: 1 ponto
Entre 21 e 30: 2 pontos	Mais que 31: 3 pontos
5. Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
6. Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
Pontuação: 0 a 4: Dependência leve	
5 a 7: Dependência moderada	
8 a 10: Dependência grave	

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001.

Posteriormente, essas pessoas são encaminhadas para sessões grupais de motivação realizadas semanalmente com a presença de vários profissionais da equipe. O tempo de frequência nas reuniões pode variar de duas a seis semanas, dependendo do nível motivacional de cada paciente. Nessa etapa do programa, o objetivo é conhecer e ouvir o fumante com relação às suas dúvidas, expectativas, medos, história das tentativas de cessação anteriores, entre outros assuntos relacionados ao seu hábito de fumar.

Durante as sessões motivacionais, os profissionais oferecem informações relacionadas ao tabaco e ao tratamento, incentivando o indivíduo a prestar atenção aos momentos em que mais fuma e a refletir sobre o significado do cigarro em sua vida, além de incentivar a diminuição dos cigarros fumados e prepará-lo para marcar uma data para cessar o tabagismo. Nesse momento, todos os pacientes são agendados para uma consulta odontológica com o objetivo de verificar a existência de possíveis lesões (cancerígenas ou não) na cavidade oral provocadas pelo uso do cigarro. No

caso de lesões suspeitas, procede-se o encaminhamento do paciente para uma unidade especializada no diagnóstico e tratamento da lesão detectada. Na consulta odontológica, o profissional também avalia se a saúde bucal do paciente permite a prescrição de gomas e pastilhas de nicotina para o seu tratamento, caso necessário.

Ao sentir-se motivado e seguro para deixar de fumar, o tabagista é estimulado a marcar uma data para iniciar a cessação. Nesse momento, deixa de frequentar o grupo motivacional e é encaminhado para uma consulta médica de avaliação clínica, na qual haverá a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos de apoio conforme a necessidade individual, sendo o indivíduo orientado a frequentar oito sessões semanais de grupo terapêutico.

É importante ressaltar que o CRATOD se estruturou para aumentar o número de sessões semanais, por ter observado que, na prática do cotidiano de atendimento, quatro sessões não eram suficientes para promover a cessação do tabagismo para grande parte dos pacientes inscritos no programa. Após oito sessões semanais de terapia, o paciente passa a frequentar duas sessões quinzenais, seguidas de retornos mensais até completar um ano de tratamento.

Antes do início de cada sessão de grupo terapêutico, a equipe de enfermagem afere os sinais vitais e a massa corpórea de cada paciente, para o acompanhamento da variação de peso passível de ocorrer durante o tratamento. Nessa ocasião, os pacientes também são submetidos ao teste de monoximetria para avaliação do nível de monóxido de carbono nos pulmões em unidade de ppm (partes por milhões) e classificação correspondente a sua categoria como: fumante pesado (se acima de 20 ppm); fumante (se 11 a 20 ppm), fumante leve (se 7 a 10 ppm) ou não fumante (até 6 ppm) (CRATOD 2014).

Os grupos terapêuticos são realizados com o apoio de duas equipes em momentos diferentes, sendo um deles com o psicólogo, no qual cada participante é incentivado a relatar como foi sua semana, partilhando as dificuldades encontradas e suas conquistas em relação à evolução do tratamento. A partir de seus relatos, o profissional trabalha os aspectos emocionais, situações de risco, crenças e estratégias para enfrentamento da fissura.

Um segundo momento do grupo terapêutico é realizado com o apoio dos demais profissionais, incluindo a realização de exercícios de respiração e técnicas de

relaxamento promovidas pelo fisioterapeuta, além das orientações prestadas pelo nutricionista, equipe médica e de enfermagem com a prescrição de medicamentos quando indicados. Havendo a suspeita da existência de comorbidades clínicas ou psiquiátricas, uma consulta com o clínico geral ou psiquiatra poderá ser agendada.

Nessa etapa do tratamento, são introduzidas algumas estratégias, como a troca de informações entre os pacientes e o apoio do “kit fissura”, que foi desenvolvido pelo setor de nutrição da unidade e é apresentado aos pacientes como alternativa para enfrentamento da síndrome de abstinência, manifestada sob a forma de fissura. O kit é formado por uma embalagem contendo alimentos de sabor marcante e baixo teor calórico como cravo, canela, uva passa e diversos tipos de sementes a serem consumidas nos momentos de crise.

Outras estratégias abordadas são as recomendações e instruções dos manuais de tratamento padronizados pelo INCA/MS, dentre as quais estão agrupadas da seguinte forma:

**Sessão 1** – Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

**Sessão 2** – Os primeiros dias sem fumar.

**Sessão 3** – Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.

**Sessão 4** – Benefícios obtidos após parar de fumar.

Os pacientes que não conseguem parar de fumar têm o seu caso discutido pela equipe multidisciplinar e podem ser encaminhados para psicoterapia, permanecendo no grupo por mais tempo após avaliação da equipe.

Para os tabagistas usuários de outras drogas, o tratamento da dependência de tabaco é realizado simultaneamente ao tratamento de dependência de outras substâncias, desde o seu ingresso na unidade. Isso implicou mudanças de paradigmas da equipe, ao considerar que o tabagismo deveria ser o último tratamento a ser iniciado, em razão de seu perfil de difícil recuperação.

Paralelamente à oferta de tratamento, a equipe multiprofissional do CRATOD também desenvolve ações voltadas para a prevenção da iniciação do hábito de fumar, como estratégia do PNCT para promover a redução da prevalência de fumantes. O núcleo de Ação Comunitária da unidade promove atividades de sensibilização, aconselhamento, motivação e encaminhamento dos tabagistas quando faz abordagens em praças públicas e locais estratégicos da capital. Ainda seguindo as

ações do PNCT, estimula e participa ativamente da conscientização da população em relação aos malefícios do tabagismo ativo e passivo nas datas comemorativas: Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio); Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro).

Ao longo dos anos de liderança no apoio ao controle do tabagismo no estado de São Paulo, o CRATOD desenvolveu e participou de várias ações de destaque, que contribuíram para o crescimento do programa. A criação do Comitê Estadual para a Promoção de Ambiente Livre de Tabaco (CEPALT) foi uma das ações, cujo objetivo era a premiação com selo Ouro, dos locais que além de cumprirem a Lei Antifumo, também disponibilizavam ou encaminhavam para tratamento os funcionários fumantes.

O CRATOD fazia parte da secretaria executiva do CEPALT e ofereceu relevante apoio à aprovação da Lei Estadual nº 13.541 de 2009, atuando como órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por instituições governamentais, organizações da sociedade civil, associações de classe e universidades, em favor da instituição de ambientes livres de fumaça do tabaco. Em 2010, após o primeiro aniversário de assinatura da lei, o governo do estado de São Paulo foi premiado pelo CEPALT por ter sido pioneiro na apresentação da lei antifumo, reconhecida como efetiva por organizações de saúde pública nacionais e internacionais (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA 2010).

## **2 JUSTIFICATIVA**

Até o presente momento, não foram verificados estudos na literatura que demonstrassem a efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no estado de São Paulo, que está em constante crescimento desde a criação do Programa Nacional pelo Ministério da Saúde em 1989.

Conhecer os resultados atingidos pelos municípios que compõem a rede de tratamento ao tabagista no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo, no que se refere à cobertura, permite a proposição de melhorias no programa, incluindo aumento da oferta e facilitação do acesso ao tratamento.

Além disso, os indicadores de atendimento analisados pela Divisão de Tabagismo do Ministério da Saúde consideram os percentuais de cessação obtidos no período final de quatro semanas de tratamento para avaliação da efetividade do programa. Levanta-se, porém a hipótese de que este é um curto período a ser tomado como parâmetro de avaliação, considerando que as recaídas são frequentes nos primeiros seis meses após o início da abstinência. Estudos demonstram que a efetividade de um programa de tratamento é alcançada quando a taxa de cessação de fumar é igual ou superior a 30% após 12 meses de seu início (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

Nesse sentido, a realização de estudos com a proposta de analisar a abstinência por períodos maiores que um mês atende a necessidade permanente de aprimoramento do tratamento do fumante e serve como base de informação para o desenvolvimento de novos estudos e técnicas que contribuam para a redução da prevalência do tabagismo e para a consequente redução do desenvolvimento de doenças tabaco relacionadas e dos gastos públicos nessa área.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a efetividade do Programa Nacional de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1- Analisar as taxas de abandono da terapia e de cessação do hábito de fumar após quatro sessões estruturadas de tratamento oferecido pelo SUS nos municípios do estado de São Paulo segundo os parâmetros estabelecidos pela Divisão de Controle de Tabagismo do Ministério da Saúde.

3.2.2- Analisar o uso de medicamentos durante o tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS nos municípios do Estado de São Paulo.

3.2.3- Analisar a cobertura do Programa de Controle de Tabagismo no Estado de São Paulo.

3.2.4- Verificar a taxa de cessação do tabagismo em pacientes de um Centro de Referência da Atenção Especializada credenciado no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Estado de São Paulo, considerando períodos superiores a um mês do início do tratamento.

Os objetivos específicos serão alcançados por meio da realização de estudos distintos, referidos como fase 1 para os objetivos 3.2.1, 3.2.2 e 3.2.3 e fase 2, para o objetivo 3.2.4.

## **4 MÉTODOS**

O presente estudo consiste em duas partes, denominadas como fase 1 e fase 2, para as quais foram utilizadas os métodos descritos a seguir.

### **4.1 MÉTODO FASE 1**

Para a análise da efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no estado de São Paulo, foi realizado um estudo ecológico, cuja unidade de análise foi composta pelos municípios que possuem unidades credenciadas no Programa de Tabagismo e que realizaram o tratamento do fumante no período entre o 1º trimestre de 2012 e o 1º trimestre de 2015 (inclusive). Foram utilizadas as planilhas de dados trimestrais existentes na Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo.

Os dados que compõem as planilhas são gerados trimestralmente pelas unidades que realizam o tratamento do tabagista e indicam os números de: pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica, pacientes que participaram da primeira sessão, pacientes que participaram da quarta sessão e sua condição em relação ao hábito de fumar e ao uso de algum medicamento padronizado pelo programa para o tratamento do tabagismo. Além desses totais, compõem a planilha os percentuais de cessação do tabagismo, abandono da terapia e uso de medicamentos, registrados até a quarta semana de atendimento (Modelo 1).

Esses percentuais, denominados indicadores de atendimento, são calculados automaticamente pelas planilhas padronizadas no formato de documento do EXCEL pelo INCA/Ministério da Saúde da seguinte forma:

- percentual de abandono de tratamento: percentual de pacientes de todos os municípios que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada;
- percentual de pessoas que cessaram o tabagismo: percentual de pacientes da primeira sessão que estavam sem fumar na quarta sessão;
- percentual de pessoas que necessitaram de apoio medicamentoso: percentual de pacientes da primeira sessão que usaram pelo menos um dos medicamentos ofertados pelo programa e estavam presentes na quarta sessão estruturada.

A coordenação municipal do programa recebe estas informações de todas as unidades credenciadas em seu território de abrangência e, sob a forma de um consolidado, as transmite para a coordenação regional (Modelo 2). Da mesma forma, a coordenação regional consolida as informações de todos os municípios sob a sua jurisdição e repassa para a coordenação estadual em uma única planilha (Modelo 3). Por fim, a coordenação estadual consolida os indicadores registrados por toda a rede credenciada do SUS que oferece o tratamento do tabagista no estado e os encaminha ao INCA/MS para acompanhamento dos resultados registrados por todos os estados brasileiros (Modelo 4). Os modelos de planilhas para a consolidação das informações de unidades de tratamento, coordenações municipais, coordenações regionais e coordenações estaduais encontram-se no apêndice 1.

Das planilhas encaminhadas à coordenação estadual referentes aos anos de 2012 a 2015 foram extraídas as frequências de municípios e de unidades de saúde que realizaram o atendimento no período, bem como os números de pacientes que passaram por avaliação (atendidos na primeira consulta de avaliação clínica), que participaram da primeira sessão estruturada, que participaram da quarta sessão, que estavam sem fumar na quarta sessão e que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com o protocolo clínico do programa, no primeiro mês de terapia.

A partir desses dados foram calculados os seguintes indicadores:

- cobertura de municípios do estado de São Paulo com unidades credenciadas no Programa de Tabagismo;
- cobertura de unidades que realizaram o atendimento do fumante;
- cobertura da população: percentual de pacientes atendidos em relação à população estimada de fumantes que desejam cessar o hábito de fumar.

Foram também analisados os indicadores de atendimento referentes ao abandono do tratamento, cessação do tabagismo e uso de medicamentos para o conjunto de municípios do estado de São Paulo.

Para estimar o número de fumantes que desejam cessar o hábito de fumar foram considerados os percentuais da PNS, 2013, que indica que 14,8% da população de 18 anos ou mais são fumantes atuais de cigarro e 49,8% dessa população tentaram parar de fumar nos últimos doze meses. Também foram considerados os dados do Censo de 2010 para o número de habitantes do estado de São Paulo.

Optou-se por apresentar os dados por trimestre e os de cobertura por Departamento Regional de Saúde, para comparação dos indicadores no período e áreas propostos para a análise.

## 4.2 MÉTODO FASE 2

A segunda fase da pesquisa foi realizada por um estudo de coorte e a unidade de análise foi o paciente tabagista que iniciou o tratamento entre janeiro/2012 e janeiro/2014 (inclusive) no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, unidade da atenção especializada credenciada no Programa de Tabagismo.

A coorte foi composta por 200 pacientes participantes de dez grupos de tratamento realizados nesse período.

Os pacientes foram convidados a responder uma entrevista telefônica realizada entre maio e dezembro de 2015 para a verificação de sua condição de abstinência atual e após doze meses do início do tratamento, tempo de abstinência contínua e tempo que levou para cessar o tabagismo.

A entrevista telefônica baseou-se em um questionário formado por sete perguntas, cujas respostas foram coletadas e gravadas mediante a leitura de um

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) para a autorização prévia do entrevistado em participar do estudo.

O tempo de abstinência contínua dos entrevistados foi calculado com base na medida do tempo de abstinência tabágica mantida desde o primeiro dia da cessação até a data da pesquisa ou a data da recaída e classificado em: menos de um mês, entre um mês (inclusive) e menos de três meses, entre três meses (inclusive) e menos de seis meses; e seis meses ou mais. O tempo de cessação foi obtido pela medida do intervalo de tempo entre o início do tratamento até o momento da primeira cessação. A condição após um ano do início do tratamento foi classificada em: fumando e não fumando. Foram classificados como não fumantes os entrevistados que referiram ter cessado o tabagismo após o início do tratamento (em qualquer tempo) e ter mantido a abstinência dessa primeira cessação até os doze meses do início do tratamento.

Os dados para a construção do perfil sociodemográfico do tabagista atendido foram obtidos por meio do cadastro eletrônico de pacientes da unidade, prontuários e planilhas de coleta das informações de atendimento preenchidas pela equipe multiprofissional durante a realização dos grupos de tratamento. Desses instrumentos foram coletadas as variáveis: sexo, idade, escolaridade e estado civil dos participantes. Com os dados das planilhas também foi possível construir o perfil clínico do tabagista atendido com relação ao seu grau de dependência no início da terapia, comportamento em relação ao hábito de fumar, comparecimento às sessões e apoio medicamentoso empregado até a quarta sessão semanal de tratamento.

## **5 RESULTADOS**

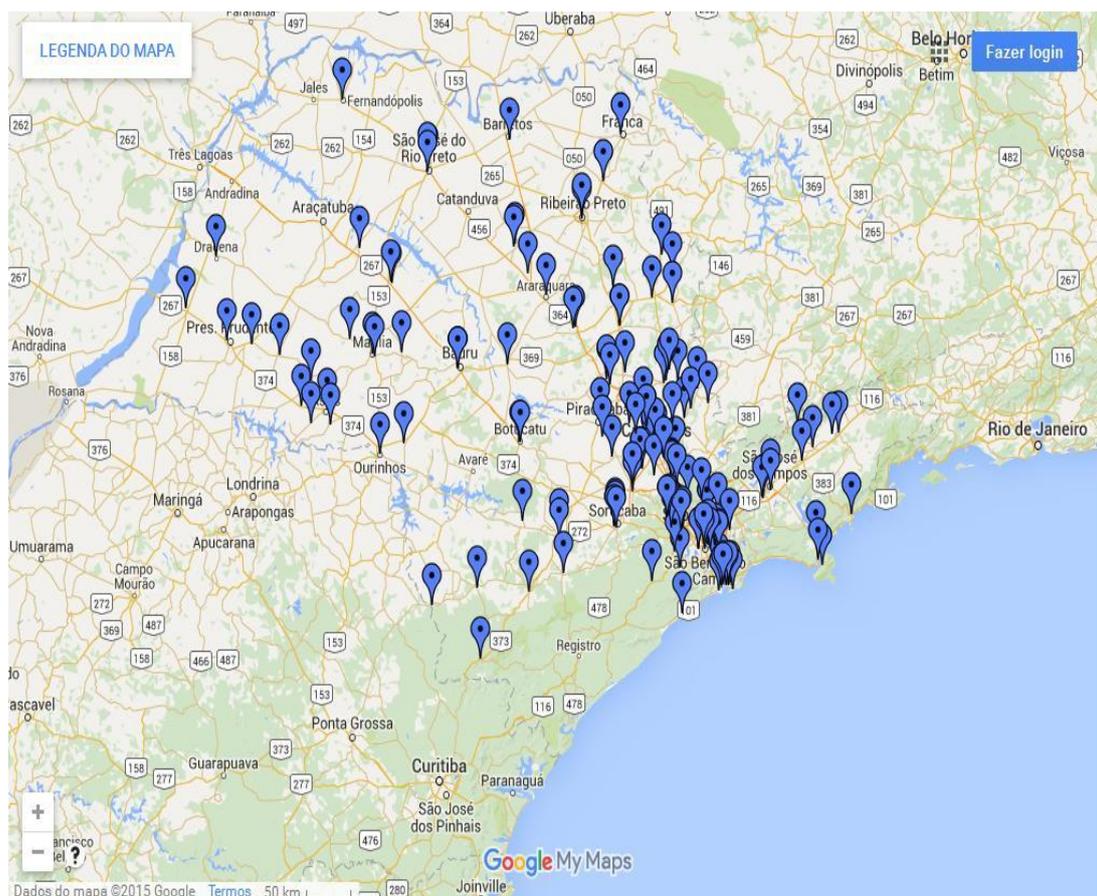
### **5.1 RESULTADOS FASE 1**

O programa de tratamento do tabagismo está implantado em unidades de saúde de 229 municípios do Estado de São Paulo, correspondentes a 35,5% do total de municípios. Entre os municípios com unidades credenciadas no programa, constam nove com população maior de 500 mil habitantes: São Paulo, Guarulhos,

Campinas, São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco, São José dos Campos, Ribeirão Preto e Sorocaba.

Na Figura 6 está ilustrada a distribuição dos 229 municípios.

Figura 6 – Municípios com unidades credenciadas no Programa de Tabagismo no ano de 2015.



Fonte: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD SES/SP

A tabela 1 mostra a expansão da cobertura de municípios que oferecem o tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo e o número de municípios credenciados entre os primeiros trimestres de 2012 e 2015 (inclusive), por Departamento Regional de Saúde. No período, houve um aumento do número de municípios credenciados de 113 para 229, o que representa um aumento da cobertura de 17,5% registrado no 1º trimestre de 2012 para 35,5% no 1º trimestre de 2015 no estado de São Paulo.

Pode-se observar que em 2015, as regionais de Araçatuba, Marília e Presidente Prudente foram aquelas que apresentaram o maior número de municípios credenciados para o atendimento do tabagista, porém o maior percentual de aumento cobertura do programa no estado foi registrado pelo Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, que atingiu 65,0% dos municípios no período analisado. A região de Registro não credenciou nenhum município no período analisado. Entre os que credenciaram, Ribeirão Preto foi a regional que apresentou o menor percentual de cobertura do Programa de Tabagismo no estado, tendo credenciado quatro municípios e atingido 15,4% de cobertura.

Tabela 1 - Frequência e cobertura de municípios credenciados no Programa de Tabagismo, por DRS, nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

DIRETÓRIO REGIONAL DE SAÚDE (DRS)	Nº DE MUNICÍPIOS POR DRS	1º TRIM 2012		1º TRIM 2013		1º TRIM 2014		1º TRIM 2015	
		Nº MUNICÍ PIOS	(%) COBER TURA	Nº MUNICÍ PIOS	(%) COBER TURA	Nº MUNICÍ PIOS	(%) COBER TURA	Nº MUNICÍ PIOS	(%) COBER TURA
DRS I - GRANDESÃO PAULO	39	13	33,3	16	41,0	19	48,7	22	56,4
DRS II - ARAÇATUBA	40	8	20,0	14	35,0	20	50,0	26	65,0
DRS III - ARARAQUARA	24	5	20,8	7	29,2	7	29,2	8	33,3
DRS IV - BAIXADA SANTISTA	9	2	22,2	2	22,2	2	22,2	2	22,2
DRS V - BARRETOS	18	1	5,6	1	5,6	4	22,2	8	44,4
DRS VI - BAURU	68	9	13,2	12	17,6	15	22,1	16	23,5
DRS VII - CAMPINAS	42	14	33,3	18	42,9	22	52,4	25	59,5
DRS VIII - FRANCA	22	3	13,6	4	18,2	4	18,2	6	27,3
DRS IX - MARÍLIA	62	16	25,8	18	29,0	20	32,3	26	41,9
DRS X - PIRACICABA	26	4	15,4	5	19,2	5	19,2	5	19,2
DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE	45	18	40,0	20	44,4	23	51,1	26	57,8
DRS XII - REGISTRO	15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	26	1	3,8	3	11,5	3	11,5	4	15,4
DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	20	6	30,0	7	35,0	8	40,0	12	60,0
DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	102	6	5,9	8	7,8	11	10,8	23	22,5
DRS XVI - SOROCABA	48	4	8,3	3	6,3	5	10,4	11	22,9
DRS XVII - TAUBATÉ	39	3	7,7	3	7,7	6	15,4	9	23,1
<b>TOTAL</b>	<b>645</b>	<b>113</b>	<b>17,5</b>	<b>141</b>	<b>21,9</b>	<b>174</b>	<b>27,0</b>	<b>229</b>	<b>35,5</b>

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo – CRATOD SES/SP

Com relação à cobertura de unidades credenciadas no Programa de Tabagismo no estado, no primeiro trimestre de 2012, a Tabela 2 mostra que de um total de 4.319 unidades cadastradas na rede da Atenção Básica registrado pelo sistema CNES DATASUS, 175 delas estavam credenciadas no programa, o que

representou uma cobertura de 4,05% de estabelecimentos classificados como Centro de Saúde ou Unidade Básica, habilitados para o tratamento do fumante.

Tabela 2 - Frequência e cobertura de unidades da Atenção Básica credenciadas no Programa de Tabagismo, por DRS, nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

DIRETÓRIO REGIONAL DE SAÚDE (DRS)	1º TRIMESTRE/2012			1º TRIMESTRE/2013			1º TRIMESTRE/2014			1º TRIMESTRE/2015		
	UNIDADES DA AB**	UNIDADES DA AB (PNCT)*	COBERT. (%)									
DRS I - GRANDE SÃO PAULO	1.121	71	6,33	1.156	84	7,27	1.145	106	9,26	1.148	141	12,3
DRS II - ARAÇATUBA	127	10	7,87	121	14	11,57	125	26	20,80	125	26	20,8
DRS III - ARARAQUARA	155	7	4,52	161	7	4,35	169	8	4,73	173	8	4,6
DRS IV - BAIXADA SANTISTA	150	2	1,33	152	4	2,63	151	6	3,97	155	7	4,5
DRS V - BARRETOS	85	1	1,18	87	1	1,15	89	14	15,73	95	18	18,9
DRS VI - BAURU	280	8	2,86	281	9	3,20	288	15	5,21	299	15	5,0
DRS VII - CAMPINAS	421	23	5,46	443	33	7,45	458	52	11,35	464	56	12,1
DRS VIII - FRANCA	112	0	0,00	115	0	0,00	119	2	1,68	121	6	5,0
DRS IX - MARÍLIA	249	17	6,83	265	17	6,42	265	23	8,68	273	24	8,8
DRS X - PIRACICABA	195	5	2,56	196	5	2,55	202	5	2,48	228	5	2,2
DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE	181	16	8,84	189	19	10,05	198	22	11,11	203	22	10,8
DRS XII - REGISTRO	68	0	0,00	71	0	0,00	73	0	0,00	80	0	0,0
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	163	1	0,61	175	3	1,71	176	5	2,84	188	5	2,7
DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	114	3	2,63	123	4	3,25	127	7	5,51	123	8	6,5
DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	279	6	2,15	291	11	3,78	290	26	8,97	295	30	10,2
DRS XVI - SOROCABA	312	0	0,00	316	1	0,32	329	7	2,13	337	10	3,0
DRS XVII - TAUBATÉ	307	5	1,63	318	6	1,89	315	7	2,22	313	7	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>4.319</b>	<b>175</b>	<b>4,05</b>	<b>4.460</b>	<b>218</b>	<b>4,89</b>	<b>4.519</b>	<b>331</b>	<b>7,32</b>	<b>4.620</b>	<b>388</b>	<b>8,40</b>

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo – CRATOD SES/SP\*

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencsp.def>\*\*

TabNet Win32 3.0 CNES Estabelecimento por nível de atenção – SP\*\*

Em 2012, a regional da Grande São Paulo foi a que registrou um maior número de unidades da Atenção Básica credenciadas no Programa de Tabagismo, cumprindo uma cobertura de 6,33% na sua região de abrangência. Entretanto, a região de Presidente Prudente, apesar de não ter registrado o maior número de unidades credenciadas, atingiu 8,84% de cobertura, o maior índice registrado no estado. Em 2013, a liderança na cobertura de unidades da Atenção Básica foi

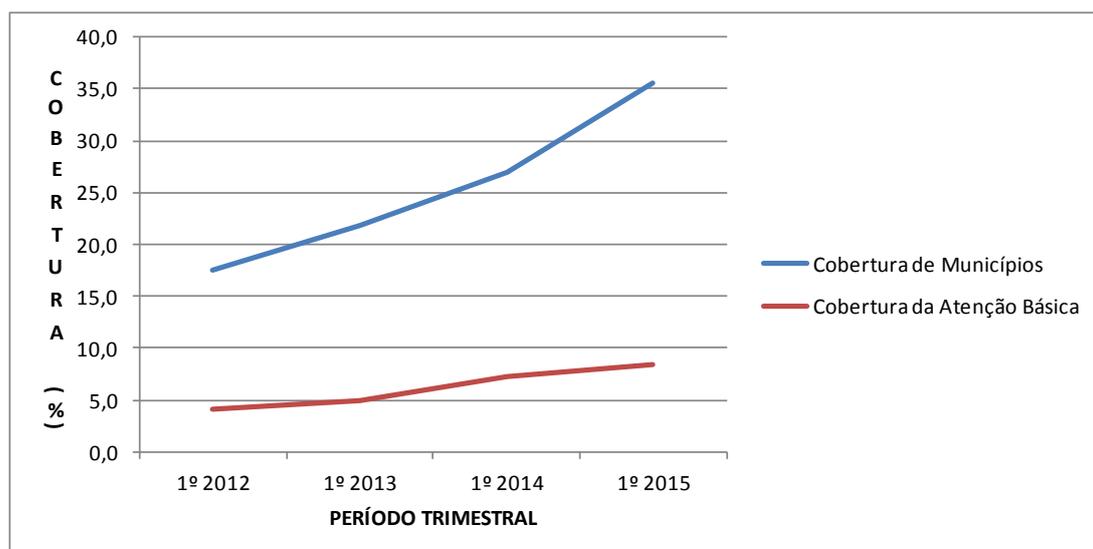
atingida pela DRS de Araçatuba, com o percentual de 11,57%, e em 2014, sua liderança foi mantida com o percentual de 20,80% de cobertura.

No primeiro trimestre de 2015, o número total de unidades credenciadas aumentou para 388, indicando uma cobertura de 8,40%. Esse índice revela crescimento de 4,35 pontos percentuais na cobertura de atendimento da Atenção Básica no estado de São Paulo. No período analisado, a Grande São Paulo contemplou o maior número de credenciamentos de unidades da Atenção Básica, tendo subido de 71 em 2012 para 141 em 2015. Apesar disso, é a terceira regional em percentual de cobertura por apresentar o maior número de estabelecimentos de saúde da Atenção Básica no estado.

Totalizando os credenciamentos realizados no período, o estado passou a contar com 530 unidades credenciadas em 229 municípios, das quais 73,21% eram da rede de Atenção Básica, 11,7% nos Centros de Atenção Psicossocial e 15,9% eram classificadas em diferentes níveis de especialização (hospital geral, hospital especializado, centro de especialidades, policlínica, unidade de apoio e diagnose, posto de saúde e consultório isolado).

Os totais das Tabelas 1 e 2 estão ilustrados na Figura 7.

Figura 7 - Cobertura de municípios e unidades da Atenção Básica credenciados no estado de São Paulo.



Os resultados mostrados na Tabela 3 e Figura 8 indicam que o número de fumantes atendidos em primeira consulta de avaliação clínica cresceu de 3.765 pacientes no primeiro trimestre de 2012 para 8.346 no mesmo período em 2015. Isso representou um aumento da cobertura de tabagistas atendidos de 0,49% em 2012 para 1,10% em 2015, o que significa que a cobertura de tabagistas submetidos ao tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde dobrou no período analisado.

Tabela 3 - Frequência e cobertura de tabagistas atendidos no Programa de Tabagismo, por DRS, nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

DIRETÓRIO REGIONAL DE SAÚDE (DRS)	Nº ESTIMADO DE TABAGISTAS QUE TENTARAM PARAR DE FUMAR POR TRIMESTRE *	1º TRIM2012		1º TRIM2013		1º TRIM2014		1º TRIM2015	
		Frequência de Tabagistas atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica **	(%) COBERTURA DE TABAGISTAS	Frequência de Tabagistas atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica **	(%) COBERTURA DE TABAGISTAS	Frequência de Tabagistas atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica **	(%) COBERTURA DE TABAGISTAS	Frequência de Tabagistas atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica **	(%) COBERTURA DE TABAGISTAS
DRS I - GRANDE SÃO PAULO	362.697	1.378	0,3799	1.647	0,454	2.073	0,5716	3.846	1,0604
DRS II - ARAÇATUBA	13.312	100	0,7512	150	1,127	219	1,6451	262	1,9682
DRS III - ARARAQUARA	16.957	27	0,1592	114	0,672	48	0,2831	119	0,7018
DRS IV - BAIXADA SANTISTA	30.663	0	0,0000	0	0,000	18	0,0587	72	0,2348
DRS V - BARRETOS	7.541	0	0,0000	28	0,371	120	1,5913	167	2,2145
DRS VI - BAURU	29.935	343	1,1458	198	0,661	350	1,1692	408	1,3629
DRS VII - CAMPINAS	74.292	735	0,9893	950	1,279	473	0,6367	1.123	1,5116
DRS VIII - FRANCA	11.973	38	0,3174	45	0,376	85	0,7099	210	1,7539
DRS IX - MARÍLIA	19.686	306	1,5544	42	0,213	120	0,6096	756	3,8402
DRS X - PIRACICABA	26.028	53	0,2036	153	0,588	114	0,4380	220	0,8452
DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE	13.307	391	2,9383	478	3,592	602	4,5239	0	0,0000
DRS XII - REGISTRO	5.336	0	0,0000	0	0,000	0	0,0000	0	0,0000
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	24.470	53	0,2166	88	0,360	205	0,8378	174	0,7111
DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	14.258	128	0,8978	203	1,424	145	1,0170	265	1,8586
DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	27.137	183	0,6743	240	0,884	199	0,7333	454	1,6730
DRS XVI - SOROCABA	41.330	30	0,0726	34	0,082	0	0,0000	270	0,6533
DRS XVII - TAUBATÉ	41.374	0	0,0000	24	0,058	0	0,0000	0	0,0000
<b>TOTAL</b>	<b>760.297</b>	<b>3.765</b>	<b>0,4952</b>	<b>4.394</b>	<b>0,5779</b>	<b>4.771</b>	<b>0,6275</b>	<b>8.346</b>	<b>1,0977</b>

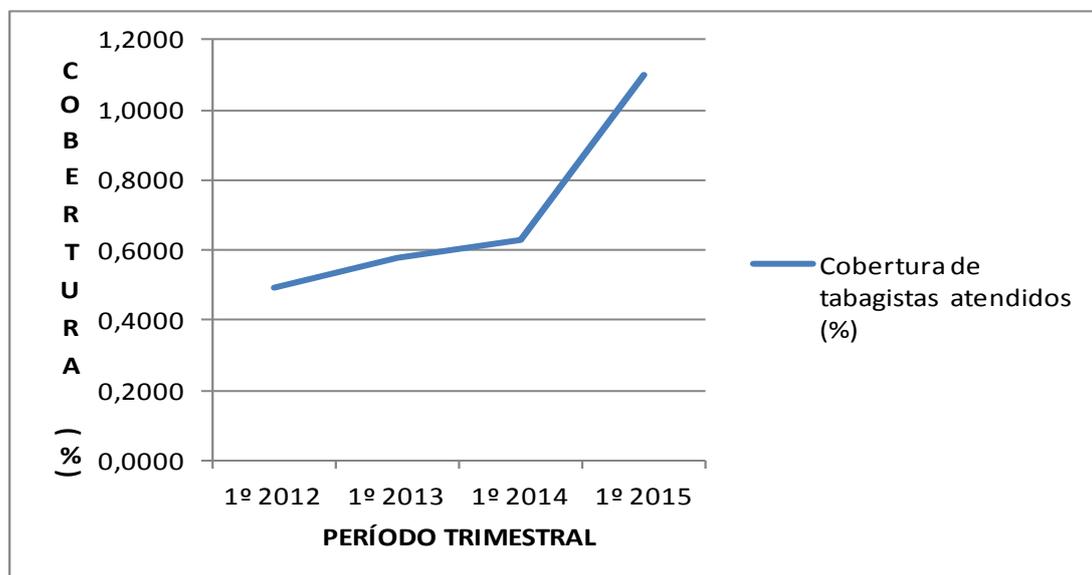
\*Fonte: PNS 2013

\*Fonte: IBGE 2010

\*Fonte: [http://www.cidades.ibge.gov.br/download/mapa\\_e\\_municipios.php?lang=&uf=sp](http://www.cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=sp)

\*\*Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo - CRATOD SES/SP

Figura 8 - Cobertura de tabagistas atendidos na primeira consulta de avaliação clínica do Programa de Tabagismo nos primeiros trimestres dos anos de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.



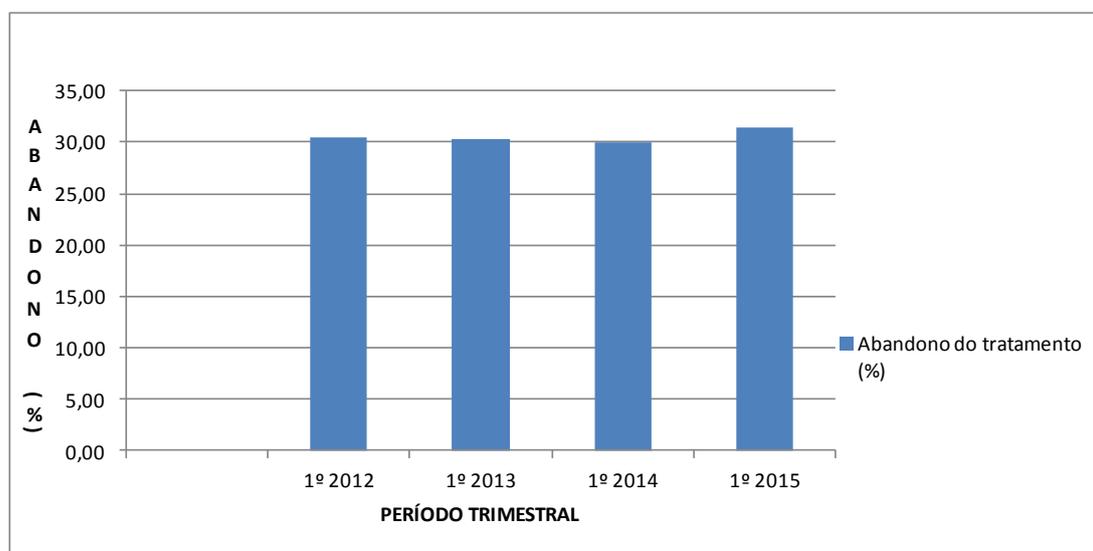
A Tabela 4 e a Figura 9 mostram o percentual de abandono do tratamento do tabagismo registrado até a quarta sessão estruturada em relação aos pacientes que estavam presentes na primeira sessão de atendimento. O número de participantes da primeira sessão subiu de 3.242 em 2012 para 7.369 em 2015, no estado de São Paulo. Os números de pacientes que participaram da quarta sessão aumentaram de 2.253 para 5.055 e os percentuais de pessoas que abandonaram o tratamento até a quarta semana apresentaram pequena variação no período, mantendo-se em torno de 30,69%.

Tabela 4 - Percentual de abandono do tratamento nos primeiros trimestres dos anos de 2012 a 2015, no Programa de Tabagismo. Estado de São Paulo.

PERÍODO TRIMESTRAL	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Abandono (%)
1º 2012	3.242	2.253	30,51
1º 2013	3.756	2.619	30,27
1º 2014	4.478	3.134	30,01
1º 2015	7.369	5.055	31,40
TOTAL	18.845	13.061	30,69

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo - CRATOD SES/SP

Figura 9 - Percentual de abandono do tratamento até a quarta sessão estruturada.



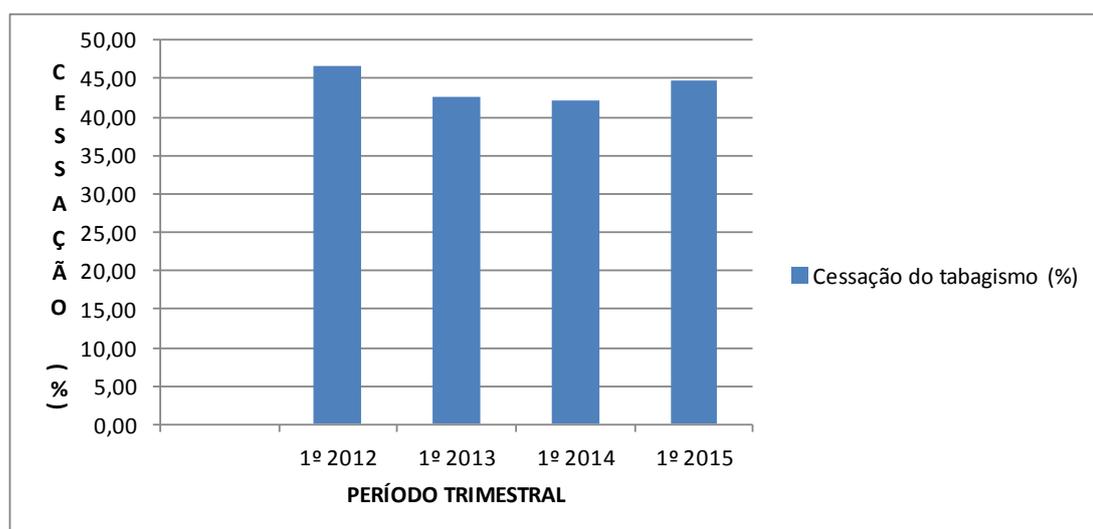
A Tabela 5 e a Figura 10 mostram que, dos pacientes que participaram da primeira sessão de tratamento no primeiro trimestre de 2012, 1.510 estavam sem fumar na quarta sessão, o que representou um índice de 46,58% de cessação do tabagismo dos pacientes tratados no estado de São Paulo. Em 2015, de 7.369 pacientes atendidos na primeira sessão, 3.297 estavam sem fumar na quarta sessão do tratamento, representando um percentual de 44,74% de cessação do hábito de fumar. No período analisado, o percentual médio de cessação encontrado na quarta sessão estruturada de atendimento foi de 44,03%.

Tabela 5 - Percentual de cessação do tabagismo nos primeiros trimestres dos anos de 2012 a 2015, no Programa de Tabagismo. Estado de São Paulo.

PERÍODO TRIMESTRAL	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Cessaçãõ (%)
1º 2012	3.242	1.510	46,58
1º 2013	3.756	1.603	42,68
1º 2014	4.478	1.887	42,14
1º 2015	7.369	3.297	44,74
TOTAL	18.845	8.297	44,03

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo - CRATOD SES/SP

Figura 10- Percentual de cessação do tabagismo até a quarta sessão estruturada.



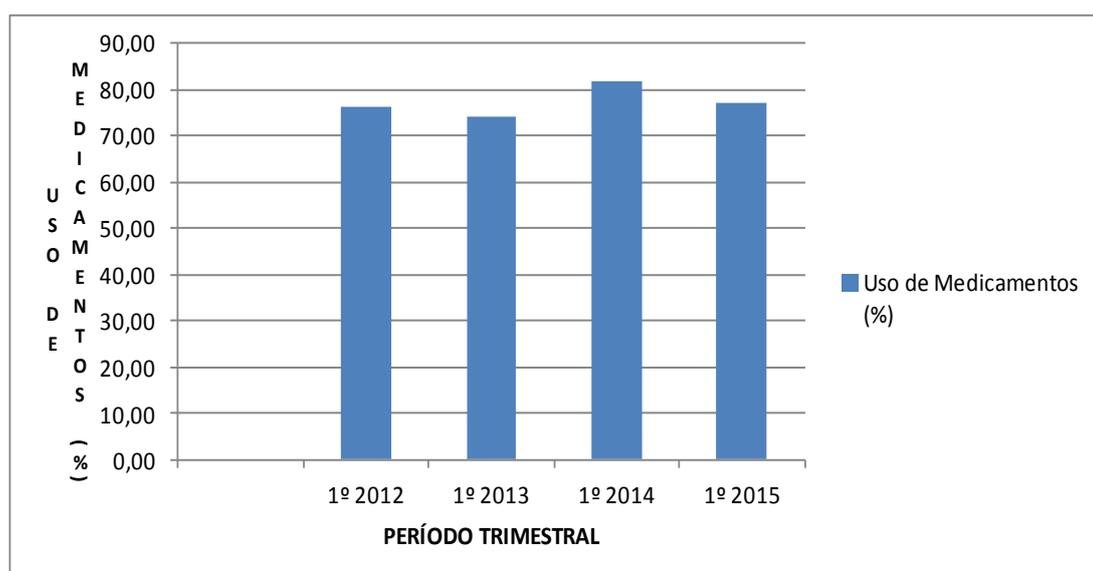
Em relação ao número de pacientes que necessitaram de medicamentos do programa durante as quatro sessões estruturadas para auxiliar a cessação do tabagismo, a Tabela 6 e a Figura 11 mostram que houve um aumento de 2.473 pacientes, registrado no primeiro trimestre de 2012, para 5.672 no mesmo período em 2015. Os percentuais encontrados variaram entre o mínimo de 74,12% e o máximo de 81,96%, levando a um índice médio de 77,47% de pessoas com necessidade do apoio medicamentoso como complemento à terapia cognitivo-comportamental.

Tabela 6 - Percentual de uso de medicamentos nos primeiros trimestres dos anos de 2012 a 2015, no Programa de Tabagismo. Estado de São Paulo.

PERÍODO TRIMESTRAL	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	Pacientes que utilizaram medicação (%)
1º 2012	3.242	2.473	76,28
1º 2013	3.756	2.784	74,12
1º 2014	4.478	3.670	81,96
1º 2015	7.369	5.672	76,97
TOTAL	18.845	14.599	77,47

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo - CRATOD SES/SP

Figura 11 - Percentual de uso de medicamentos até a quarta sessão estruturada.



## 5.2 RESULTADOS FASE 2

Dos 200 participantes incluídos na amostra, 110 foram entrevistados. Houve, portanto uma perda de 45% da amostra devido aos seguintes fatores: mudança de número de telefone, mudança de residência, ausência do participante no momento do contato, receio em passar informações e óbitos ocorridos.

A Tabela 7 apresenta o perfil sociodemográfico dos 200 participantes do programa de tratamento do tabagismo do CRATOD no período de janeiro de 2012 a

janeiro de 2014. Predominaram pacientes do sexo feminino (66,5%), de cor branca (67,5%) e com faixa etária entre 50 e 59 anos (32,5%). O nível de escolaridade de 40,2% dos participantes foi definido como médio completo e o estado civil de 36,0%, como solteiro.

Na comparação por sexo, observou-se que as mulheres eram mais velhas. Entre os homens, metade dos pacientes (50,8%) tinha mais de 50 anos e entre as mulheres esse percentual foi maior (68,4%). Em relação às demais características, não foram verificadas grandes diferenças nos percentuais encontrados entre homens e mulheres.

Tabela 7 - Perfil sociodemográfico dos tabagistas submetidos ao tratamento em grupo entre janeiro/2012 e dezembro/2013 no CRATOD-SES/SP.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	TOTAL (N= 200)		HOMENS (N= 67)		MULHERES (N=133)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	200	100,0	67	33,5	133	66,5
<b>Idade</b>						
até 29 anos	5	2,5	2	3,0	3	2,3
entre 30 e 39 anos	20	10,0	11	16,4	9	6,8
entre 40 e 49 anos	50	25,0	20	29,9	30	22,6
entre 50 e 59 anos	65	32,5	18	26,9	47	35,3
mais de 60 anos	60	30,0	16	23,9	44	33,1
<b>Cor/Raça *</b>						
branco	52	67,5	16	66,7	36	67,9
preto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
pardo	22	28,6	7	29,2	15	28,3
amarelo	2	2,6	1	4,2	1	1,9
indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
sem definição	1	1,3	0	0,0	1	1,9
<b>Escolaridade **</b>						
analfabeto	3	1,6	1	1,7	2	1,6
fundamental incompleto	46	25,0	12	20,3	34	27,2
fundamental completo	33	17,9	14	23,7	19	15,2
médio completo	74	40,2	22	37,3	52	41,6
superior completo	28	15,2	10	16,9	18	14,4
<b>Estado Civil **</b>						
solteiro	67	36,0	22	36,1	45	36,0
casado	52	28,0	18	29,5	34	27,2
separado	16	8,6	6	9,8	10	8,0
divorciado	31	16,7	13	21,3	18	14,4
viúvo	15	8,1	1	1,6	14	11,2
mora junto/amaziado/união estável/outros	5	2,7	1	1,6	4	3,2

\* Dados obtidos por entrevista telefônica em pacientes que cessaram o tabagismo por algum tempo.

\*\* Excluídos os pacientes que não apresentaram informação.

Fonte: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

Sobre o perfil clínico do primeiro mês de tratamento, a Tabela 8 mostra que a maioria dos pacientes (34,0%) apresentava nível de dependência à nicotina classificado como elevado e 32,0% como muito elevado. O percentual de homens com nível muito elevado foi de 34,3%, maior que o das mulheres, de 30,8%.

Quanto à necessidade de apoio medicamentoso à terapia cognitivo-comportamental, 90,0% dos pacientes que participaram da primeira consulta de avaliação clínica necessitaram de pelo menos um tipo de medicamento oferecido pelo Ministério da Saúde. Desses pacientes, a maioria utilizou adesivos de nicotina (86,0%), sendo maior o percentual de uso registrado entre os homens (89,6%) do que entre as mulheres (84,2%). O medicamento bupropiona foi o segundo medicamento mais utilizado pelos pacientes (37,5%), sendo observado o maior percentual de uso entre as mulheres, uma vez que 42,1% delas usaram essa terapia e somente 28,4% dos homens. A pastilha de nicotina foi o recurso medicamentoso menos utilizado durante as sessões, sendo consumido por 17,5% dos pacientes, com aproximadamente o mesmo percentual de uso entre homens e mulheres, que foram de 17,9% e 17,3%, respectivamente.

Dentre as combinações medicamentosas empregadas até a quarta sessão, a maioria dos pacientes utilizou adesivos de nicotina e bupropiona (29,0%), sendo observado maior percentual de uso entre as mulheres (33,1%) e menor entre os homens (20,9%). A segunda combinação mais utilizada foi de adesivos de nicotina e pastilhas, que foi verificada em 10,0% dos pacientes, sendo mais frequente entre os homens (13,4%) do que entre as mulheres (8,3%). As combinações menos frequentes foram de adesivos de nicotina, pastilhas e bupropiona, utilizadas por 5,5% dos pacientes e de pastilhas de nicotina e bupropiona, utilizada por apenas 1,0% dos pacientes, não sendo observada essa última entre os homens.

Quanto ao comparecimento nas sessões de terapia, foi verificado que, com o passar das semanas, o percentual de presença diminuiu de 92,0% registrado na primeira sessão para 61,5% na quarta sessão do programa, quando considerados todos os pacientes que passaram pela avaliação clínica. Observou-se que, na quarta sessão de tratamento, o percentual de presença registrado entre as mulheres foi maior que o dos homens, de 62,4% e 59,7% respectivamente, mostrando a taxa de abandono nessa fase predominou o sexo masculino.

Dos pacientes que participaram da primeira consulta de avaliação clínica, 41,0% estavam sem fumar na quarta sessão, sendo que homens e mulheres apresentaram aproximadamente os mesmos percentuais de abstinência, que foram e 40,3% e 41,4%, respectivamente.

Tabela 8 - Perfil clínico dos pacientes obtido no primeiro mês de tratamento.

PERFIL CLÍNICO - 1º MÊS DE TRATAMENTO	TOTAL (N= 200)		HOMENS (N= 67)		MULHERES (N=133)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Nível de dependência à nicotina*</b>						
0 a 2 - muito baixo	9	4,5	4	6,0	5	3,8
3 a 4 - baixo	31	15,5	9	13,4	22	16,5
5 - médio	28	14,0	8	11,9	20	15,0
6 a 7 - elevado	68	34,0	23	34,3	45	33,8
8 a 10 - muito elevado	64	32,0	23	34,3	41	30,8
<b>Comparecimento*</b>						
1ª consulta de avaliação clínica	200	100,0	67	100,0	133	100,0
1ª sessão	184	92,0	63	94,0	121	91,0
2ª sessão	156	78,0	53	79,1	103	77,4
3ª sessão	140	70,0	45	67,2	95	71,4
4ª sessão	123	61,5	40	59,7	83	62,4
<b>Situação na quarta sessão estruturada*</b>						
fumando	41	20,5	13	19,4	28	21,1
não fumando	82	41,0	27	40,3	55	41,4
não compareceu	77	38,5	27	40,3	50	37,6
<b>Necessidade de apoio medicamentoso*</b>						
Sim	180	90,0	62	92,5	118	88,7
Não	20	10,0	5	7,5	15	11,3
<b>Medicação utilizada em pelo menos uma sessão*</b>						
Adesivo de nicotina	172	86,0	60	89,6	112	84,2
Goma de nicotina	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pastilha de nicotina	35	17,5	12	17,9	23	17,3
Bupropiona	75	37,5	19	28,4	56	42,1
<b>Combinações de medicamentos*</b>						
Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina	20	10,0	9	13,4	11	8,3
Adesivo de nicotina + bupropiona	58	29,0	14	20,9	44	33,1
Pastilha de nicotina + bupropiona	2	1,0	0	0,0	2	1,5
Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina + bupropiona	11	5,5	3	4,5	8	6,0

\* Porcentagem obtida em relação aos pacientes que participaram da primeira sessão de avaliação clínica.

Fonte: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

A Tabela 9 apresenta os indicadores de tratamento por sexo, obtidos nas quatro sessões estruturadas do tratamento realizado no CRATOD entre janeiro de

2012 e janeiro de 2014, de acordo com o parâmetro do INCA/MS, que considera o número de pacientes que participaram da primeira sessão como referência para o cálculo trimestral dos percentuais de abandono do tratamento, cessação do tabagismo e uso de medicamentos.

Desse modo, os cálculos de acordo com os parâmetros do INCA/MS indicaram 33,1% como índice de abandono, 44,6% como índice de cessação e 97,8% como índice de uso de medicamentos registrados no primeiro mês de atendimento dos pacientes tratados. Na comparação por sexo pôde-se verificar na quarta sessão estruturada que os homens apresentaram um maior percentual de desistência do tratamento do que as mulheres e que em relação à cessação do tabagismo, as mulheres tiveram mais facilidade em atingir a abstinência do que os homens, pois entre elas 45,5% estavam abstinentes e entre eles, 42,9%. Sobre o uso de medicamentos até a quarta sessão, quase todos os pacientes necessitaram do apoio medicamentoso, sendo o percentual dos homens (98,4%) e o das mulheres (97,5%).

Tabela 9 - Indicadores das quatro sessões estruturadas por sexo dos pacientes que foram tratados no CRATOD entre janeiro de 2012 e janeiro de 2014.

	TOTAL (N=200)	HOMENS (N=67)	MULHERES (N=133)
<b>Pacientes</b>			
presentes na 1ª consulta de avaliação clínica	200	67	133
presentes na 1ª sessão estruturada	184	63	121
presentes na 4ª sessão estruturada	123	40	83
sem fumar na 4ª sessão	82	27	55
usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	180	62	118
<b>Indicadores (INCA/MS)*</b>			
abandono do tratamento (%)	33,1	36,5	31,4
cessação do tabagismo (%)	44,6	42,9	45,5
uso de medicação do programa (%)	97,8	98,4	97,5

\* Cálculo de indicadores em relação a número de pacientes que participaram da primeira sessão.  
Fonte: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

Os resultados obtidos por meio da entrevista telefônica permitiram fazer um levantamento da situação em relação ao hábito de fumar após um ano do início do tratamento dos tabagistas incluídos na amostra (Tabela 10). Dos 110 participantes

localizados para a entrevista telefônica, 78 conseguiram parar de fumar por algum tempo após o tratamento (70,9%) e 32 encerraram o questionário na primeira pergunta (29,1%), por não terem atingido qualquer tempo de abstinência após a terapia. Dos 78 pacientes que conseguiram parar de fumar por algum tempo com o tratamento realizado, 29 mantinham abstinência (37,2%) e 49 continuavam com o hábito de fumar (62,8%) no momento da entrevista.

Tabela 10 - Perfil clínico dos pacientes entrevistados.

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS	TOTAL (N= 110)	
	N	%
<b>Entrevistados que atingiram tempo de abstinência</b>	78	70,9
<b>Tempo para cessar o tabagismo (TC)*</b>		
TC < 1 mês	18	31,6
1 mês $\leq$ TC < 3 meses	19	33,3
3 meses $\leq$ TC < 6 meses	11	19,3
TC $\geq$ 6 meses	9	15,8
<b>Tempo de abstinência contínua (TA)</b>		
TA < 1 mês	17	21,8
1 mês $\leq$ TA < 3 meses	8	10,3
3 meses $\leq$ TA < 6 meses	12	15,4
TA $\geq$ 6 meses	41	52,6
<b>Condição após um ano do início do tratamento</b>		
Fumando	80	72,7
Não Fumando	30	27,3

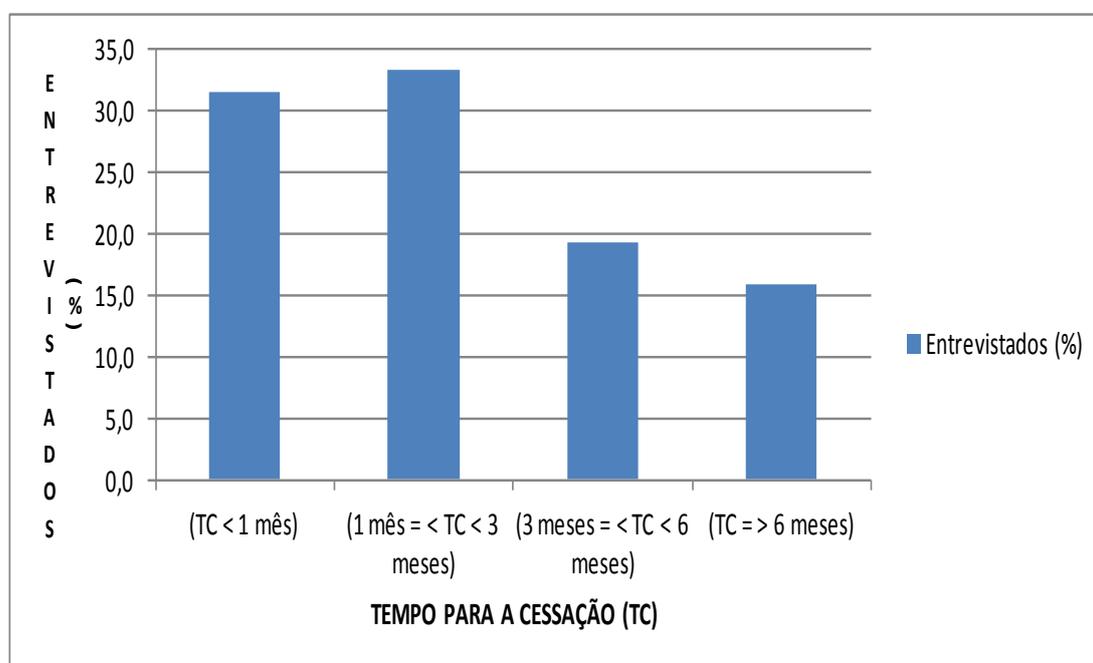
\* Excluídos os pacientes que não souberam informar o tempo que levaram para atingir a cessação.  
Fonte: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

A combinação entre as informações da data do início do tratamento, data da cessação e período de abstinência mantido após a primeira cessação permitiu determinar que, após doze meses do início do tratamento, 30 participantes estavam abstinentes (27,3%) e 80 mantiveram o hábito de fumar (72,7%). Ou seja, 27,3% dos pacientes pararam de fumar após o início do tratamento (em qualquer momento do primeiro ano) e se mantiveram abstinentes até o aniversário de doze meses desse início.

Com respeito ao tempo que os participantes levaram para cessar o tabagismo, a maioria levou menos de três meses para ficar abstinente, sendo 31,6% o

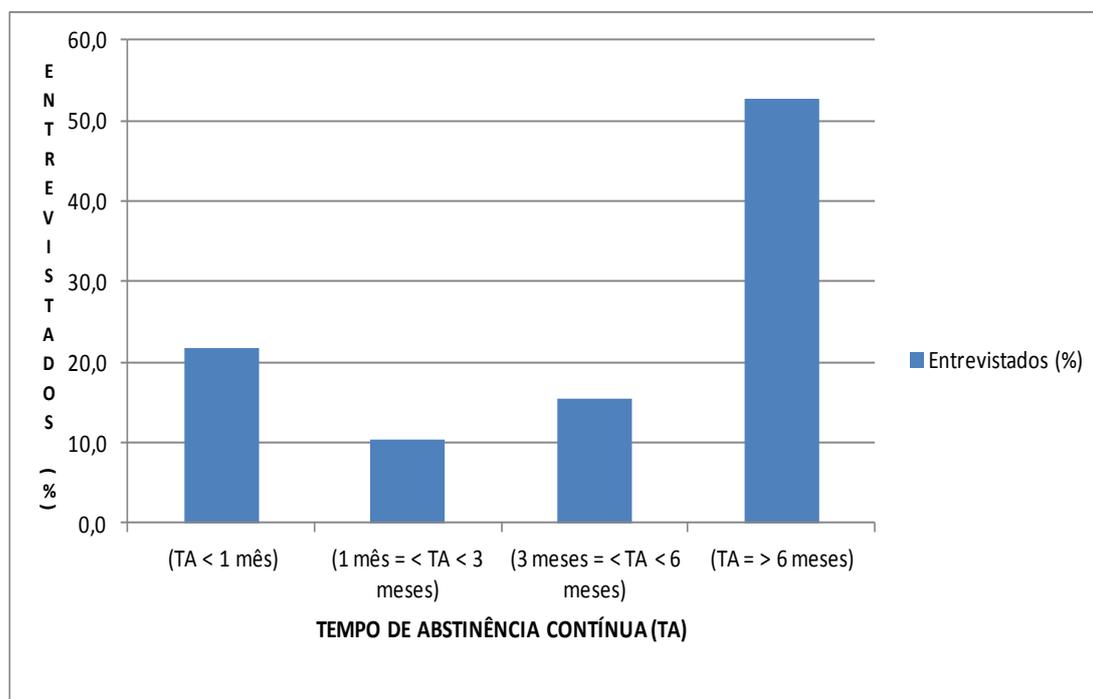
percentual de pessoas que demoraram menos de um mês e 33,3% o percentual daquelas que levaram entre um mês e menos de três meses; 19,3% levaram entre três meses e menos de seis meses e 15,8% levaram seis meses ou mais para alcançar a abstinência. Do total de entrevistados, foram excluídos aqueles que não souberam informar com precisão o tempo que levaram para atingir a cessação (21 participantes). A Figura 12 ilustra o tempo que os entrevistados levaram para atingir a primeira cessação.

Figura 12- Pacientes do CRATOD entrevistados, segundo tempo para a cessação do tabagismo.



A maioria dos entrevistados declarou ter mantido abstinência por seis meses ou mais, o que correspondeu a 41 participantes (52,6%). Menos de um mês foi o tempo que 17 participantes (21,8%) conseguiram ficar abstinentes. Entre três e menos de seis meses foi o tempo de abstinência mantido por 12 pacientes (15,4%) e 10,3% de participantes mantiveram a abstinência por período entre um mês e menos de três meses. A Figura 13 mostra o tempo de abstinência contínua após a primeira cessação obtida pelo tratamento iniciado no CRATOD.

Figura 13 – Pacientes do CRATOD entrevistados, segundo tempo de abstinência contínua.



A Tabela 11 mostra os desfechos do estudo gerados a partir da combinação entre o tempo de abstinência mantido após a primeira cessação e a condição em relação ao hábito de fumar após doze meses do início do tratamento. Desse modo, do total de 110 entrevistados, 30 participantes (27,3%) estavam sem fumar após doze meses e desses, quase todos mantiveram a abstinência por seis meses ou mais (26,4%), tendo apenas um deles (0,9%) permanecido abstinente por um período menor de seis meses. Também foi verificado que de 80 participantes (72,7%) que mantinham o hábito de fumar após doze meses do início da terapia, 49 não atingiram pelo menos um mês de abstinência ou nem conseguiram cessar o hábito após o tratamento realizado (44,5%).

Tabela 11 – Desfechos do tempo de abstinência após a primeira cessação e da situação em relação ao hábito de fumar doze meses após o início do tratamento.

TEMPO DE ABSTINÊNCIA	NÃO FUMANDO		FUMANDO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TA $\geq$ 6 meses	29	26,4	12	10,9	41	37,3
3 meses $\leq$ TA < 6 meses	1	0,9	11	10,0	12	10,9
1 mês $\leq$ TA < 3 meses	-	-	8	7,3	8	7,3
TA < 1 mês*	-	-	49	44,5	49	44,5
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>27,3</b>	<b>80</b>	<b>72,7</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

\*Incluem os pacientes que não conseguiram cessar o hábito de fumar.

Fonte: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 DISCUSSÃO FASE 1

Os resultados obtidos na fase 1 do estudo mostraram o aumento da cobertura de municípios que oferecem o tratamento do tabagista no estado de São Paulo no período de 2012 a 2015. Esse aumento coincidiu com a fase de implantação da Portaria 571 em 2013, que estimulou a adesão da rede da Atenção Básica para o tratamento do fumante. Associada a esta medida, a capacitação profissional e o credenciamento de novas unidades, promovidos pela Coordenação Estadual do Programa favoreceram o aumento do número de unidades que disponibilizam o serviço de atendimento ao tabagista.

O Departamento Regional da Grande São Paulo registrou o maior número de credenciamentos de unidades, o que foi facilitado pela iniciativa do município de São Paulo em criar recursos para promover a capacitação profissional em sua área de abrangência. Entretanto, não atingiu a maior cobertura de atendimento do estado devido à sua maior dimensão em número de estabelecimentos de saúde quando comparada às demais regiões.

Em decorrência do aumento da cobertura de municípios e unidades que oferecem o tratamento, os resultados revelaram que, em 2015, o número de fumantes atendidos pelo Programa de Tabagismo no estado de São Paulo aumentou em mais de 100% em relação ao ano de 2012. No entanto, frente à enorme demanda por atendimento no estado de São Paulo, o percentual da população tratada no Sistema Único de Saúde é ainda muito pequeno, correspondendo a cerca de 1% daquela que apresenta intenção em parar de fumar.

No primeiro trimestre de 2015, 388 unidades da Atenção Básica estavam credenciadas para atender uma demanda estimada em 760.297 tabagistas que tentaram parar de fumar nesse período no estado de São Paulo (PNS, 2013). Essa estimativa indica que cada unidade deveria atender em média 1.959 fumantes por trimestre para que o programa atingisse 100% da sua cobertura de atendimento.

Dados da pesquisa ISACamp 2008/2009 sugerem que novas estratégias poderiam ser direcionadas à pessoa que procura apoio para deixar de fumar, pois seus resultados indicaram dificuldades de acesso da população à ajuda profissional e principalmente, falta de conhecimento sobre os recursos terapêuticos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo. A pesquisa revelou que 67,1% dos adultos fumantes de Campinas manifestaram intenção em parar de fumar, sendo que 52,8% já haviam tentado cessar o hábito pelo menos uma vez. Entretanto, 74,1% desses relataram que não contaram com qualquer apoio durante as tentativas e 42,3% sugeriram que os serviços deveriam oferecer tratamento medicamentoso para quem deseja parar de fumar, um recurso que já era oferecido pelo programa (BASTOS 2015 – dados não publicados de tese de doutorado ainda não defendida de Tássia Fraga Bastos).

Entre 2012 e 2015, 44,03% dos fumantes que ingressaram no Programa de Tabagismo no estado de São Paulo conseguiram parar de fumar, em média, até a quarta semana estruturada. Em média, 30,69% abandonaram o tratamento até a quarta semana e 77,47% necessitaram de apoio medicamentoso para cessar o hábito em pelo menos uma das quatro sessões semanais do programa.

Uma apresentação de Aline Mesquita do INCA sobre os indicadores registrados por 16 estados brasileiros mostrou que, no quarto trimestre de 2007, os percentuais médios de cessação do tabagismo, abandono do tratamento e uso de

medicamentos obtidos até a quarta sessão foram 45,4%, 28,6% e 68,2% respectivamente. O estado de São Paulo registrou 34,9% de cessação, 32,5% de abandono e 80,2% de uso de medicamentos pelos pacientes submetidos ao tratamento (MESQUITA, comunicação pessoal).

Uma análise desses resultados com este estudo revela que o estado de São Paulo melhorou seus indicadores de tratamento com o passar dos anos, promovendo maiores percentuais de cessação, menores índices de abandono da terapia e menor necessidade de apoio medicamentoso até a quarta sessão de atendimento do tabagista.

Revisões de metanálises consideram como indicador de sucesso terapêutico, a abstinência por período mínimo de seis meses, provavelmente devido a frequente incidência de recaídas nesta fase inicial do tratamento (STEAD et al 2008). Também de acordo com outras referências, a oferta de tratamento promove de 20 a 30% de taxa de abstinência após um ano da cessação (CINCIPRINE 1997).

Há na literatura, outros critérios para avaliar os resultados de um programa de tratamento do tabagismo que sugerem utilizar, além da informação do próprio paciente em relação ao seu hábito de fumar, a dosagem de cotinina (substância gerada pelo metabolismo da nicotina) no sangue, saliva ou urina, bem como a medida do monóxido de carbono no ar exalado (REICHERT 2008). Nessa linha, o estudo de SANTOS (2011) refere o parâmetro do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2008), que sugere como indicador de eficiência do tratamento do tabagismo, um percentual mínimo de 35% a ser atingido na quarta semana, exigindo a validação do resultado obtido pelo monitoramento da medida de monóxido de carbono.

Com base nesses parâmetros, não seria possível avaliar, por meio dos índices de cessação registrados no primeiro mês de atendimento, a efetividade do programa de tratamento. A avaliação desse indicador na quarta semana estruturada do programa de tratamento revela ser um momento precoce para coleta de resultados, uma vez que as recaídas são frequentes nos primeiros seis meses de abstinência (NIDA 1993) e pelo fato de aproximadamente 2/3 de todos os lapsos iniciais ocorrerem nos três primeiros meses após a cessação (STEAD et al, 2005).

A respeito do percentual de abandono do tratamento, o resultado de 30,69% obtido como média no estado de São Paulo, é apenas um indicador da ausência do participante na quarta sessão semanal, o que pode não representar a desistência efetiva do programa, uma vez que o protocolo clínico prevê seu retorno para acompanhamento quinzenal e mensal até completar um ano de terapia. (BRASIL 2001).

Por meio deste indicador também é possível calcular a taxa de presença na quarta sessão, conforme considerado pelo estudo de SANTOS (2011), o qual obteve o percentual de 71,8% como média de permanência atingida em Minas Gerais. Entretanto, de acordo com a autora, a média encontrada no estado oculta a variação entre 0 e 100% de presença registrada pelos municípios analisados.

No estado de São Paulo, 69,3% é o percentual médio de pacientes da primeira sessão que estavam presentes na quarta sessão, o que impacta diretamente no indicador principal de sucesso do programa avaliado pelo Ministério da Saúde, que é a taxa de cessação obtida no primeiro mês de tratamento.

De maneira semelhante ao estudo de Minas Gerais, o percentual médio de pacientes ausentes na quarta sessão de tratamento obtido pelo estado de São Paulo oculta grande variação no percentual de abandono registrado pelas regionais e seus municípios. Os percentuais oscilaram entre o mínimo de 16,8% no DRS de Marília e o máximo de 53,8% no DRS de Franca no primeiro trimestre de 2015.

Em relação ao apoio medicamentoso oferecido pelo Ministério da Saúde, o uso de medicamentos registrado pelos municípios de São Paulo também foi realizado com frequência variada, com oscilação entre o percentual mínimo de 63,3% nos municípios do DRS de São José do Rio Preto e o máximo de 99,4% e 99,3%, respectivamente nos municípios das Regiões de Saúde de Ribeirão Preto e de Barretos, no primeiro trimestre de 2015.

O percentual médio de 77,47% de pacientes que necessitaram de apoio medicamentoso para auxiliar a cessação do tabagismo no estado de São Paulo foi superior ao registrado pelo estado de Minas Gerais em 2008, que foi de 57,8% (SANTOS 2011). Apesar de estar muito próximo do percentual de 80% citado pelo Ministério da Saúde como estimativa de pacientes que necessitam de tratamento farmacológico, o percentual obtido pode não representar a real proporção de

pacientes que necessitaram da terapia medicamentosa. Esse índice depende da disponibilização da oferta de medicamentos pelas unidades credenciadas, que enfrentam dificuldades transitórias no abastecimento contínuo e regular dos insumos financiados pelo Ministério da Saúde, bem como da adequada avaliação clínica para indicar a prescrição farmacológica de acordo com as necessidades do paciente.

Atrasos em processos licitatórios, falta ocasional de matérias primas para a produção mundial dos medicamentos, logística de distribuição deficiente, bem como falhas nas estimativas informadas pelos coordenadores e ausência de sistema informatizado para o gerenciamento de estoque em muitos municípios são alguns fatores limitantes que o Ministério da Saúde enfrenta para cumprir o pleno abastecimento da rede.

## 6.2 DISCUSSÃO FASE 2

O tratamento dos tabagistas inscritos no CRATOD revelou que, após um mês do início da terapia, a cessação do hábito de fumar foi alcançada por 44,6% dos pacientes, índice semelhante à média de 44,0% apresentada pelos municípios do estado de São Paulo na primeira fase deste estudo. Após um ano, o percentual de abstinência registrado entre os pacientes entrevistados foi de 27,3%.

Os índices apresentados podem ser comparados de forma parcial com os resultados de alguns estudos brasileiros sobre programas públicos de atendimento ao fumante, que foram indicados pelo artigo de MESQUITA (2013). Parcialmente, porque alguns desses estudos apresentam diferenças nos períodos de avaliação, número de sessões realizadas e medicamentos utilizados para a cessação do tabagismo. Apresentam-se a seguir alguns estudos relatados por Mesquita.

O estudo de Haggstram et al (2001, citado por Mesquita, 2013) com 169 fumantes em quinze meses de programa e utilizando quatro sessões adicionais de manutenção, constatou que de 124 pacientes que concluíram o tratamento, 61 (49,1%) estavam sem fumar no momento da avaliação, 17 (13,7%) diminuiram o número de cigarros e 46 (37,2%) continuavam a fumar, sendo que desses últimos, 30% fracassaram na primeira semana e 70% mantiveram abstinência por períodos variáveis de até 40 semanas (aproximadamente 9 meses). Azevedo et al (2009, citado

por Mesquita, 2013) avaliaram 171 pacientes, verificando 79,1% de abstinência após oito sessões semanais, porém o medicamento nortriptilina foi adicionado ao apoio medicamentoso oferecido pelo Ministério da Saúde. Após 25 meses, 62,0% dos indivíduos continuavam abstinentes. Meier et al. (2011, citado por Mesquita, 2013), utilizando a metodologia do INCA obtiveram 66,6% de cessação na quarta sessão de tratamento num estudo com 92 pacientes. A pesquisa de Salles et al. (2006, citado por Mesquita, 2013) com 320 pacientes, registrou 50,8% de cessação na quarta sessão de tratamento e após um ano, 17,8% foi o percentual de recaídas observado.

Outro estudo realizado pela UNESP de Botucatu com 159 indivíduos constatou 35,9% de abstinência após um ano do início da terapia entre 92 participantes que participaram do estudo (LUPPI et al, 2006) e a pesquisa de SANTOS (2011) verificou, em grupos de tratamento realizados em três municípios de Minas Gerais com 56, 99 e 155 participantes, respectivamente, os índices de 48,2%, 28,3% e 35,5% de sucesso total, definido como o fumante que parou de fumar por mais de seis meses e manteve-se nessa condição no período de mais de doze meses após ingresso no programa.

Em relação ao percentual de abandono do tratamento até a quarta sessão estruturada, o índice de 33,1% registrado pelo CRATOD encontra-se próximo à média de 30,7% apresentada pelos municípios do estado de São Paulo na primeira fase deste estudo e é comparável com o percentual de 33,0% registrado nas pesquisas relatadas por MESQUITA (2013). Haggstram et al (2001, citado por Mesquita, 2013) verificaram 26,6% de taxa de abandono em seu estudo, Meier et al (2011, citado por Mesquita, 2013) registraram 23,8%, e para Azevedo et al (2009, citado por Mesquita, 2013), o índice de abandono foi de 37,0%, considerando oito sessões. Tal comportamento de abandono verificado em um importante percentual de pacientes que iniciam o tratamento nas quatro sessões estruturadas do programa pode ser um indicativo de que o grau de motivação para cessar o hábito de fumar não foi satisfatoriamente desenvolvido pelo tabagista nas sessões motivacionais e que esse detalhe não foi percebido pela equipe profissional que o acompanha, levando a sua indicação precoce para o início da terapia cognitivo comportamental. Outra possível razão para a desistência do tratamento pode estar relacionada à limitação de escolha de horários para a frequência nos grupos de apoio, uma vez que esses ocorrem

semanalmente na unidade de saúde em período matutino ou vespertino com duração mínima de noventa minutos por sessão, o que muitas vezes exige o afastamento do indivíduo de suas atividades profissionais para o tratamento da sua dependência.

Em relação ao apoio medicamentoso, a metodologia de cálculo do INCA/MS mostrou que quase todos pacientes (97,8%) que participaram da primeira sessão de tratamento no CRATOD utilizaram medicamentos do programa para auxiliar a cessação, o que pode ser um sinal de superestimativa da necessidade de apoio farmacológico ao tabagista pelos profissionais de saúde. Esse alto percentual também indica que a unidade não enfrentou falhas no abastecimento realizado pelo Ministério da Saúde ou compensou possíveis faltas de estoque por meio de outros processos de aquisição, como verba para a compra de medicamentos financiada pelo estado ou município. No período analisado, foi verificada a indisponibilidade de gomas de nicotina 2mg para o tratamento do tabagista no CRATOD, porém essa deficiência foi compensada pela sua substituição à pastilha de 4mg como estratégia do Ministério da Saúde em resposta às dificuldades de aquisição.

Os percentuais de uso de medicamentos registrados mostraram que os adesivos foram os recursos terapêuticos mais utilizados pelos pacientes do CRATOD (86,0%) até a quarta sessão e que a combinação medicamentosa mais empregada foi a associação desses com bupropiona (29,0%). Esses percentuais, possivelmente, indicam que essa foi a melhor estratégia para atender ao perfil de pacientes que apresentaram dificuldades para controlar a síndrome da abstinência na fase inicial do tratamento e para atingir a cessação apoiando-se apenas nas sessões de terapia comportamental.

As mulheres utilizaram bupropiona com mais frequência que os homens, sendo que 42,1% delas necessitaram dessa terapia até a quarta sessão de atendimento e, entre os homens, 28,4% fizeram uso deste medicamento. Embora o mecanismo de ação na cessação ainda não seja totalmente conhecido no tratamento da dependência à nicotina, uma possibilidade de explicação para essa diferença pode estar relacionada à ocorrência mais frequente de sintomas da síndrome de abstinência entre as mulheres (PERKINS 2001). Outra possível explicação pode ser devido à ocorrência de um interessante efeito adverso do medicamento muito desejado entre as mulheres, que é a tendência à perda de peso, podendo reduzir o risco de ganho

ponderal conferido pela cessação tabágica (FIORE et al., 2008a; REICHERT et al., 2008).

Quanto ao tempo de cessação, entre os que referiram com clareza esse dado, 31,6% levaram menos de um mês do início do tratamento para deixar de fumar. Quanto ao tempo de abstinência mantida, mais da metade dos pacientes que atingiram a cessação (52,6%) conseguiu mantê-la por seis meses ou mais. Se considerarmos a meta de efetividade sugerida pelo Ministério da Saúde, na qual a taxa de cessação de fumar deve ser igual ou superior a 30% após doze meses do início da terapia (BRASIL 2004), o programa de tratamento do presente estudo estará bem próximo do índice proposto, pois 27,3% foi o percentual de pacientes tratados que estavam abstinentes após este período.

Como fator limitante do estudo, deve ser citado o alto percentual de perda (45,0%), uma vez que a não resposta pode introduzir vício nos resultados.

Também pôde ter contribuído como fator limitante para esse estudo o cálculo do tempo de abstinência contínua baseado no momento entre a primeira cessação até doze meses do início do tratamento, pois, desse modo não foi possível selecionar os participantes que possivelmente apresentaram recaídas e que novamente atingiram a abstinência por períodos que poderiam ser enquadrados na classificação adotada para o parâmetro de efetividade do programa.

## **7 CONCLUSÃO**

A primeira fase do estudo mostrou que o estado de São Paulo tem sido alvo de um expressivo aumento da oferta de tratamento de fumantes. Esse aumento é decorrente da criação, pelo Ministério da Saúde, de portaria que ampliou o acesso dos usuários ao tratamento e do papel da Coordenação Estadual na crescente capacitação de profissionais de saúde e habilitação de novas unidades para o atendimento do fumante no Sistema Único de Saúde.

Embora, na atualidade, o Brasil seja reconhecido internacionalmente pelos bons resultados obtidos na redução da prevalência de fumantes ao longo dos anos de atuação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, este estudo

mostra que o aumento da cobertura de serviços para promover o tratamento da população fumante ainda não é suficiente para cumprir o atendimento total da demanda de pessoas que desejam cessar o hábito no estado de São Paulo. Assim sendo, esse é um desafio a ser superado com esforços do Ministério da Saúde em parceria com a coordenação estadual e municípios.

Algumas medidas que se tornam necessárias para o aprimoramento do Programa de Tabagismo no estado de São Paulo incluem a análise da rede básica de saúde, prioritária para este tipo de suporte, considerando as dimensões físicas para o recebimento de uma demanda crescente de pacientes, recursos materiais e número de equipes capacitadas para promover o atendimento ao tabagista em todas as necessidades que compreendem a complexidade de sua dependência química.

Além da demanda crescente de pessoas que procuram ajuda profissional, há de se considerar que o tratamento especializado tem duração mínima de um ano e as unidades de saúde contam também com o atendimento de outras demandas além da população fumante.

Outra constatação deste estudo refere-se ao fato de que algumas regiões do estado apresentam baixo número de municípios com unidades credenciadas. Isso passa a ser um fator de deslocamento da demanda local de fumantes em busca de tratamento para outras regiões que já apresentam a sua própria demanda de atendimento, o que contribui para a sobrecarga dos serviços habilitados, bem como para a extrapolação de consumo dos medicamentos destinados ao programa de um município.

Os resultados obtidos na primeira fase deste estudo mostraram que os indicadores de tratamento registrados entre 2012 e 2015, no primeiro mês de atendimento do tabagista, melhoraram em relação ao ano de 2007, promovendo maiores taxas de abstinência, menores índices de abandono e menores índices de uso de medicamentos no estado de São Paulo. Entretanto, o primeiro mês de tratamento é considerado um momento precoce para avaliação dos resultados, como mostrado pela segunda fase dessa pesquisa e pelo achado de outros estudos encontrados na literatura. Essa conclusão pode servir como sugestão para a coleta dos indicadores de cessação do tabagismo em períodos após seis meses e até um ano do início do tratamento para avaliação do sucesso do tratamento oferecido por unidades

credenciadas. Também é importante considerar que o índice de abandono do tratamento ainda é elevado, o que sugere uma análise das razões que levam à desistência do usuário que se inscreve em um programa para deixar de fumar. A criação de horários alternativos em período noturno ou finais de semana para os tabagistas que não podem comparecer às sessões de tratamento semanais pode servir como estratégia para o aumento da adesão ao programa e redução dos percentuais de abandono verificados nesse estudo.

A segunda fase do estudo, que considerou um tempo maior para a avaliação da manutenção dos resultados registrados no primeiro mês de tratamento, permitiu concluir que um programa público de tratamento do tabagismo, composto por sessões de psicoterapia associadas à medicação, pode promover grandes taxas de cessação do hábito de fumar em curto prazo. Porém, confirmando a conclusão de outros estudos da mesma natureza, a ocorrência de recaídas após esse período contribui para a redução da taxa de abstinência em longo prazo.

Considerando a meta sugerida pelo Ministério da Saúde como 30% de taxa de abstinência após um ano do início do tratamento, o percentual de 27,3% encontrado no estudo de coorte, apesar de próximo à meta, sugere a necessidade de buscar alternativas que promovam o acréscimo do contingente de pessoas que consigam manter a abstinência, aumentando ainda mais a contribuição do programa para a redução da prevalência de fumantes no estado de São Paulo.

Por fim, fazendo referência ao potencial de aplicabilidade desta pesquisa, espera-se que os resultados obtidos cumpram o objetivo de sensibilizar os gestores para o desenvolvimento de estratégias que aumentem a oferta de tratamento e a divulgação dos serviços já existentes, no sentido de facilitar o acesso e a ação do tabagista em direção à cessação do hábito de fumar. Na parte que toca a técnica terapêutica, que os resultados obtidos em longos prazos sirvam de parâmetros para que o cuidado ao tabagista se prolongue a fim de manter a sua abstinência como sucesso do serviço oferecido.

## **8 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (número CAAE 42204015.9.0000.5469) de acordo com o Parecer Consubstanciado (Anexo 1) e atendeu as recomendações para a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e gravação das entrevistas realizadas (Anexo 2).

## 9 ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética. Página 84.

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  SP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no Estado de São Paulo.

**Pesquisador:** Valeria Longanezi

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42204015.9.0000.5469

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde CEPIS - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.002.354

**Data da Relatoria:** 09/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

O projeto é de mestrado profissionalizante, com uma pesquisa quantitativa a ser realizada em duas fases: um estudo ecológico e um estudo de coorte. O estudo ecológico compreenderá uma amostra aproximada de 150 municípios que realizaram o atendimento do tabagista entre os anos de 2012 e 2014. O estudo de coorte será direcionado aos pacientes atendidos pelos grupos de tabagismo do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas da SES-SP nesse mesmo período, cuja amostra compreenderá cerca de 200 pacientes. O cronograma de execução da pesquisa prevê coleta, digitação e análise de dados até o final do 2º semestre de 2015.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Avaliar a efetividade e a eficácia do Programa Nacional de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no Estado de São Paulo.

**Objetivos Secundários:** 1 - Analisar os indicadores de abandono da terapia, uso de medicamentos e cessação do hábito de fumar após quatro sessões estruturadas de tratamento oferecido pelo SUS nos

**Endereço:** Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar  
**Bairro:** Bela Vista **CEP:** 01.314-000  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -   
SP

Continuação do Parecer: 1.002.354

municípios do Estado de São Paulo, segundo os parâmetros estabelecidos pela Divisão de Controle de Tabagismo do Ministério da Saúde. 2 - Analisar os indicadores de cessação do tabagismo e de sucesso do tratamento em pacientes de um Centro de Referência da atenção especializada credenciado no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Estado de São Paulo, considerando períodos superiores a um mês do início do tratamento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos aos participantes.

Benefícios: os dados obtidos poderão contribuir para o conhecimento da oferta de tratamento do tabagismo na rede SUS do Estado de São Paulo, bem como os resultados de sua efetividade de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde. Também será possível conhecer a eficácia do tratamento oferecido por uma unidade de saúde num intervalo de tempo suficientemente maior para considerar as recidivas da doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem fundamentada e relevante para a saúde pública.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A nova versão do TCLE está redigida em forma de convite e em linguagem acessível, contendo objetivo e justificativa do projeto, tempo do questionário e o endereço do CEPIS. No entanto, aparece o fax do Instituto de Saúde e não o telefone do CEPIS, e falta a informação de que o contato do CEPIS é para esclarecer dúvidas sobre os procedimentos éticos da pesquisa. A pesquisadora se comprometeu a gravar as entrevistas, segundo orientação do Conep. Foi esclarecido que a pesquisadora tem autorização para utilizar os bancos de dados sob responsabilidade do CRATOD.

**Recomendações:**

O CEPIS recomenda fortemente que a pesquisadora substitua a expressão "Gostaria de ler para o(a) sr(a) algumas informações sobre a pesquisa" por algo como - "Lerei para o(a) sr(a) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - que informa e esclarece sobre a pesquisa de maneira que o(a) sr(a) possa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação na pesquisa".

O TCLE deve obrigatoriamente ser lido antes da entrevista e por isso o CEPIS recomenda que esteja posicionado na folha antes da mesma. Recomenda também que o fax do Instituto seja substituído

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



Continuação do Parecer: 1.002.354

pelo telefone do CEPIS - (11) 3116-8597, informando que o mesmo deve ser utilizado para sanar dúvidas sobre os procedimentos éticos da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram sanadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 27 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ligia Rivero Pupo**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Anexo 2 – Questionário e TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).  
Página 58.

## QUESTIONÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

1- Você conseguiu parar de fumar (por algum tempo) após o início do tratamento no CRATOD?

1. SIM ( )
2. NÃO ( ) o questionário será encerrado.

2- Quando você conseguiu parar?

Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

3- Por quanto tempo conseguiu ficar abstinente (sem fumar)?

\_\_\_\_\_ dias/meses.

4- Atualmente você está fumando?

1. SIM ( ) pular para a questão 6.
2. NÃO ( )

5- Desde quando está abstinente (sem fumar)?

Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_. (Encerrar)

6- Qual o maior período de abstinência que você teve desde o início do tratamento?

\_\_\_\_\_ dias/meses.

7- Como você define a cor da sua pele?

- 1- Branca; 2- Preta; 3- Parda; 4- Amarela; 5- Indígena

## APRESENTAÇÃO

Bom dia/Boa tarde/Boa noite, Sr(a) ..... . Meu nome é ..... e sou pesquisadora da Secretaria da Saúde. Estamos realizando uma pesquisa para avaliar o Programa de Controle do Tabagismo no Estado de São Paulo. Gostaria de convidar o(a) senhor(a) a responder 7 (sete) perguntas sobre o uso de cigarros após o tratamento que o(a) senhor(a) realizou no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (o CRATOD). Sua contribuição é muito importante para a pesquisa e pode ajudar a melhorar o tratamento oferecido pelo SUS.

Lerei para o(a) sr(a) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa e esclarece sobre a pesquisa, de maneira que o Sr (a) possa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre sua participação na pesquisa.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E E SCLARECIDO

A pesquisa chama-se “Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no Estado de São Paulo” e tem como objetivo estudar questões referentes ao uso de cigarro após o tratamento feito no SUS.

A entrevista será gravada, consiste de 7 (sete) perguntas referentes ao uso de cigarro e deve durar aproximadamente 5 (cinco) minutos. O(a) Sr(a) poderá interrompê-la a qualquer momento caso necessite de esclarecimentos ou desista de participar da pesquisa.

Se surgir alguma dúvida após a entrevista, o(a) Sr(a) poderá ligar para o CRATOD e falar com Valeria Longanezi, que é a pesquisadora responsável por esse estudo. O(A) Sr(a) quer anotar o contato dela no CRATOD? O telefone é: (11) 3329-4475 ou (11) 3329-4476 (de segunda à sexta-feira das 13:00h às 19:00h) e o e-mail é: [vlonganezi@gmail.com](mailto:vlonganezi@gmail.com).

O(A) Sr(a) pode também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) para esclarecer dúvidas sobre procedimentos éticos da pesquisa. O(A) Sr(a) que anotar os dados? Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo/SP; e-mail: [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br); tel (11) 3116-8597.

A participação do(a) Sr(a) nesta pesquisa é muito importante pois poderá ajudar a melhorar o tratamento oferecido pelo SUS. O(A) Sr(a) concorda em responder às perguntas?

Resposta do candidato a participar da pesquisa: ( ) SIM ( ) NÃO

Caso responda “SIM”, o entrevistador iniciará a entrevista.

Caso responda “NÃO”, perguntar se seria possível responder às perguntas em outro momento e agendar a entrevista. Em caso negativo, o contato telefônico será encerrado.



Modelo 4 – Planilha de consolidação de informações do tratamento do tabagismo – Estado. Fonte: INCA/MS – página 56.

Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Estado																			
Período de atendimento Escriva: 1 (de a març) 2 (abr a jun) 3 (jul a set) ou 4 (out a dez)	Ano	UF	Município (nome completo sem abreviações)	Número do CNES e nome da Unidade de Saúde que atendeu fumante		Dados do atendimento ocorrido no período						Indicadores de atendimento		Novas Unidades de Saúde		Consolidado do Estado			
				CNES do estabelecimento	Nome do Estabelecimento (utilizar o nome cadastrado no CNES)	Unidade realizou atendimento no período PREENCHER: 0 - Não; 1 - Sim	Nº de pacientes atendidos na 1ª sessão de avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 42/2010	Abandono (%)	Cesação (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)	US que iniciou atendimento no próximo período Preencher: 0 - Não; 1 - Sim	Estimativa de atendimento da US que não iniciou atendimento no próximo período (nº pessoas por trimestre)	Nº de US em atendimento	Nº de US que não iniciou atendimento - Novas US para atendimento	Nº de US em atendimento
Nome do Coordenador Estadual:																			
e-mail:																			
Telefone com DDD:																			

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACT+. Aliança de Controle do Tabagismo+Saúde. Dez anos de Convenção-Quadro. São Paulo; out 2015. [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: <http://www.actbr.org.br/comunicacao/boletim-act-nov2015b#n1>
- 2 ACT+. Aliança de Controle do Tabagismo+Saúde. Tabagismo em Números. [homepage na internet]. [acesso em 21 dez 2016]. Disponível em: <http://www.actbr.org.br/tabagismo/numeros>
- 3 American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
- 4 Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE; Lung Health Study Research Group. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005;142(4):233-9.
- 5 APM-Associação Paulista de Medicina. CEPALT comemora um ano da assinatura da lei antifumo em São Paulo [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=4190>
- 6 Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. Atlanta: CDC Foundation; 2015.
- 7 Azevedo RCS, Higa CM H, Assumpção ISMA, Frazzato CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Brasil*. 2009; 55(5):593-596.

- 8 Balbani APS, Montovani JC. Monóxido de carbono endógeno e as vias aéreas. *Rev Bras Alergia Immunopatol* 2002; 25:116-21.
- 9 Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract*. 2001; 55(1):53-7.
- 10 Boletim Vigitel Tabagismo. São Paulo: Coordenação de Vigilância em Saúde/PMS; 2006/2007. [acesso em 23 dez 2015]. Disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/tabaco\\_1261511277.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/tabaco_1261511277.pdf)
- 11 Brandon TH, Tiffany ST, Obremski KM, Baker TB. Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addict Behav* 1990; 15:105-14.
- 12 Brasil. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. *Diário Oficial União*. 3 jun 2006.
- 13 Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. [acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/epdf>
- 14 Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas. [homepage na internet]. CRATOD SES/SP. [acesso em 14 dez 2015]. Disponível em <https://www.google.com/maps/d/viewer?ll=-22.258597%2C-47.966309&spn=7.661663%2C11.634521&msa=0&mid=z7xJnrw1mDmE.kuY-LwXnxWTK>
- 15 Cinciprini PM. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Nat Cancer Inst*; 1997;89:1852-67.
- 16 CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Quantidade por DRS segundo mês de competência. Tipo de estabelec.: 02 Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde. Período: Out/2014. [acesso em 19 jul 2015]. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/tabnet.exe?Estabelecimento.def>
- 17 DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of process of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-42.

- 18 Dishman RK, O'Connor, PJ. Lesson in exercise neurobiology. The case for endorphins. *Ment Health Phys Activ*. 2009;2(1):4-9.
- 19 ENSP-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Informe ENSP. Lançado o Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo 2015 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/38099>
- 20 Estratégias Clínicas para a Cessação do Tabagismo. BRATS. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde*. 2010;5(12)1-12.
- 21 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MDS: Department of Health and Human Services, 2006. (AHCPR Publication N° 96-0692)
- 22 Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43:1334-59.
- 23 Haggstarm FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher C. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *J. Pneumologia*. 2001;2(5):265-261
- 24 Hughes JR, Kelly J, Naud S. [Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers]. *Addiction* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 11 dez 2015]; 99:29-38. USA. [Abstract PMID: 14678060 - PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678060>
- 25 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro [acesso em: 20 dez 2015]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- 26 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. [acesso em 15 dez 2015]. Disponível em: [http://www.cidades.ibge.gov.br/download/mapa\\_e\\_municipios.php?lang=&uf=sp](http://www.cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=sp)

- 27 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. [acesso em 15 dez 2015]. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355150>
- 28 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro; 2011.
- 29 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro; 2008.
- 30 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro: 2009.
- 31 INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do Tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância da OMS realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: 2011.76p.
- 32 INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT). Tratamento do Tabagismo. [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire\\_duvidas\\_pnct\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf)
- 33 INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Tabagismo: dados e números. [acesso em 30 nov 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>
- 34 INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Tratamento do Tabagismo. [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo)
- 35 INCA-Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Consenso 2001. Rio de Janeiro; 2001. p.13-38.
- 36 INCA-Instituto Nacional de Câncer. O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro; 2012. p.5-99.

- 37 INCA-Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo - PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: 2011.
- 38 INCA-Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo. Um Grave Problema de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2007. 24p.
- 39 Jones, RT, Benowitz, NL. Therapeutics for nicotine addiction. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C. Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress. Philadelphia: Willians & Wilkins; 2002. Chap 107, p.1533-1543.
- 40 Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência de nicotina. *Psiquiatr Med*. 2001/2002;34(4). [acesso em 27 dez 2015]. Disponível em: [http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1\\_02.htm](http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm)
- 41 Leelarungrayub D, Pratanaphon S, Pothongsunun P, Sriboonreung T, Tankai A, Bloomer RJ. Veronia Cinerea Less. Supplementation and strenuous exercise reduce smoking rate: relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers. *J Int Soc Sports Nutr* 2010; 7: 21.
- 42 Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a Middle Income Nation. *PLoS Med*. 2012. 9(11): e1001336. [acesso em 12 dez 2015]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001336>
- 43 Malta DC, Silva Jr JB da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na internet]. 2013 [acesso em 12 dez 2015]; 22(1):151-164. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt).
- 44 Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23-(4):200-14.
- 45 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006(3):e442.

- 46 Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. *Rev Espaço Saúde*. 2011;13(1), 35-44.
- 47 Mesquita A. Indicadores para Avaliação de Programa de Cessação de Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA; s.d. [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: [http://www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/documentos/Cursos/Curso%20de%20Aperfei\\_oamento%20de%20Tabagismo%202008\\_arquivos/M\\_dulo%208//Indicadores%20avaliacao%20-%20Aline%20Mesquita.pdf](http://www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/documentos/Cursos/Curso%20de%20Aperfei_oamento%20de%20Tabagismo%202008_arquivos/M_dulo%208//Indicadores%20avaliacao%20-%20Aline%20Mesquita.pdf)
- 48 Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Terapia Comport Cognitiva*. 2013;15(2):35-44.
- 49 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. [acesso em 9 set 2014]. Disponível em [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=35&VMun=&VComp=00&VTerc=00&VServico=119&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSUS=1](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=35&VMun=&VComp=00&VTerc=00&VServico=119&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSUS=1)
- 50 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2013.
- 51 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2014. 120p
- 52 Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. *Deixando de fumar sem mistérios*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. p. 1-50.
- 53 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial União*. 13 jun 2013; Seção 1.
- 54 Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição: perfil da população brasileira de 0 a 25 anos*. Brasília: INAN; 1990.
- 55 Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição: perfil da população brasileira de 0 a 25 anos*. Brasília: INAN; 1990.

- 56 Ministério da Saúde. Portal Brasil. [homepage na internet]. Controle ao tabagismo será ampliado na rede pública de saúde. [atualizado em 29 jul 2014; acesso em 20 dez 2015]. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/04/controle-ao-tabagismo-sera-ampliado-na-rede-publica-de-saude>
- 57 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e média complexidade do SUS. Diário Oficial União. 1 jun 2005; Seção 1:24.
- 58 Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [acesso em 30 nov 014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)
- 59 Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [acesso em 30 nov 014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)
- 60 Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 442/04, de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação a Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. Diário Oficial União. 17 ago 2004(158).
- 61 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. [acesso em 9 set 2014]. Disponível em [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=35&VMun=&VComp=00&VTerc=00&VServico=119&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSUS=1](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=35&VMun=&VComp=00&VTerc=00&VServico=119&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSUS=1)
- 62 Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. Deixando de fumar sem mistérios. Rio de Janeiro: INCA, 2004. p.1-50.
- 63 Müller W, Rolnick S, editores. Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 30-42.

- 64 National Institute on Drug Abuse. Relapse Prevention Package: examines two effective relapse prevention models, the Recovery Training and Self-Help (RTSH) program and the Cue Extinction model. Bethesda: 1993.
- 65 NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE public health guidance. [acesso em 30 nov 2014]. London; 2008. Disponível em: [www.nice.org.uk/PH10](http://www.nice.org.uk/PH10)
- 66 Observatório da Política Nacional de Controle de Tabaco. Rio de Janeiro INCA. [acesso em 20 nov 2014]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/prevalencia\\_de\\_tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia_de_tabagismo)
- 67 OMS-Organização Mundial da Saúde. MPOWER Um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. Genebra; 2008. 39p. [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343\\_Tabaco\\_ebook.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343_Tabaco_ebook.pdf)
- 68 OMS-Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10). 4.ed. São Paulo: Edusp; 1997.
- 69 OMS-Organização Mundial de Saúde. The World Health Report: reducing risks and, promoting Healthy Lifestyles. Geneva; 2002.
- 70 Perkins KA. Smoking cessation in women. Special considerations. CNS Drugs. 2001;15(5):391-411.
- 71 Pinto MT, Pichon A, Biz A, Schluckbier L, Araújo A. Relatório Final Carga das Doenças Tabaco Relacionadas para o Brasil: relatório final. [acesso em 26 dez2014]. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721\\_Relatorio\\_Carga\\_do\\_tabagismo\\_Brasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf)
- 72 Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. [Million Women Study Collaborators. The 21th century hazards of smoking and benefits os stopping: a prospective study o fone million women in the UK]. Lancet [periódico na internet]. 2013 [acesso em 11 dez 2015]; 381(9861):133-41. UK. [Abstract PMID:

- 23107252 - PubMed – indexed for MEDLINE] Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107252>
- 73 Reichert J, Araújo JA, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales, MPU, et al. Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-880.
- 74 Russel PO, Epstein LH, Erickson KT. Effects of acute exercise and cigarette smoking on autonomic and neuromuscular responses to a cognitive stressor. *Psychol Reports* 1983; 53: 199-206.
- 75 Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Freitas FM, Wakassa TB, et al. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco. *J Pneumol*. 2001;27 (5):231-236.
- 76 Santos, JDP. Avaliação da Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 77 Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim ISA - Capital 2008, Inquérito de Saúde / Primeiros Resultados. São Paulo: CEInfo; 2010. [acesso em 26/12/2014]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/PrimeirosResultados.pdf>
- 78 Serlin DC, Clay MA, Thomas LA, Harrison RV, Brower KJ, Standiford CJ, Greenberg GM, et al. Guidelines for Clinical Care Ambulatory. Update March, 2012. University of Michigan Health System. [acesso em 21 dez 2015]. Disponível em:  
<http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/smoking/smoking.pdf>
- 79 Small RE, Kennedy DT. Methods to facilitate smoking cessation: guidelines and treatment modalities. Coverage of APhA 2001 148th Annual Meeting Therapeutic Updates: part 2 [acesso em 10 maio 2003]. Disponível em:  
<http://www.medscape.com>
- 80 Stead LF, Bergson G, Lancaster T. [Physician advice for smoking cessation]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 05 dez 2015]; (2):CD000165. UK. [Abstract PMID: 18425860 – PubMed – indexed for MEDLINE]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425860>

- 81 Stead LF, Lancaster T. [Group behaviour therapy programmes for smoking cessation]. Cochrane database of Systematic Reviews [periódico na internet]. 2005 [acesso em 13 dez 2015]; 18 (2): CD001007. UK. [Abstract PMID: 15846610 – PubMed – indexed for MEDLINE]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846610>
- 82 Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. [Nicotine replacement therapy for smoking cessation]. Cochrane Database of Systematic Reviews [periódico na internet]. 2012 [acesso em 13 dez 2015]; 11:CD000146. UK. [Abstract PMID: 23152200 - PubMed – indexed for MEDLINE] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23152200>
- 83 Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [acesso em 14 jan 2016]. Disponível em <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>
- 84 Vickers KS, Patten CA, Lane K, Clark MM, Crogan IT, Schroeder DR, et al. Depressed versus nondepressed young adult tobacco: differences in coping style, weight concerns and exercise level. *Health Psychol.*2003; 22: 498-503.
- 85 Vigitel. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. [acesso em 30 nov 2014]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>
- 86 West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Educ Authority Thorax.* 2000;55(12):987-99.
- 87 White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbel J. [Acupuncture and related interventions for smoking cessation]. *Cochrane Database Syst Rev.* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 jan 2016]; (1):CD000009. UK. [Abstract PMID: 21249644 – PubMed – indexed for MEDLINE] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249644>
- 88 WHO-World Health Organization. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva; 2010a.
- 89 WHO-World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic. 2015: Raising taxes on tobacco. [homepage na internet]. [acesso em 23 dez 2015].

Disponível em

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1)

90 WHO-World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva; 2011. [acesso em 30 nov 2014]. Disponível em:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1)

91 Williams DM, Lewis BA, Dunsiger S, King TK, Jennings E, Marcus BH. Increasing fitness is associated with fewer depressive symptoms during successful smoking abstinence among women. *Int J Fitness* 2008;4:39-44.

92 Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, Caldwell B, Ferretter I. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.