

O Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

The smoking cessation treatment Program offered by the Unified Health System in the State of São Paulo

Valeria Longanezi¹, Maria Cecília Goi Porto Alves^{II}

Resumo

O artigo apresenta análise do tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo, entre 2012 e 2015, e discute algumas das estratégias adotadas pelo Programa de Tratamento do Tabagismo. Foram verificados altos índices de cessação quando considerada a quarta sessão de tratamento (média 44,03%). A cobertura de serviços para promover o tratamento da população fumante mostrou-se baixa (menos de 10% em 2015), frente ao contingente de pessoas que desejam cessar o hábito de fumar. Aumentá-la é um desafio a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde, coordenação estadual e municípios, que devem buscar estratégias que aumentem a oferta de atendimento e a divulgação dos serviços já existentes, no sentido de facilitar o acesso ao tratamento e a ação do tabagista em direção à cessação do hábito de fumar. Discussões realizadas com base nos resultados do estudo e sua utilização em cursos de capacitação para o tratamento do fumante têm contribuído para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância do cuidado ao tabagista e da redução da prevalência de fumantes.

Palavras-chave: Programa de Tabagismo, Cessação do Hábito de Fumar, Abandono do Tratamento do Tabagismo, Tratamento de Fumantes, Sistema Único de Saúde.

Abstract

The article presents an analysis of the smoking cessation treatment offered by SUS in the state of São Paulo, between 2012 and 2015, and discusses some of the strategies adopted by the Smoking cessation Treatment Program. High cessation rates were observed when considering the fourth treatment session (mean 44.03%). The coverage of services to promote the treatment of the smoking population has been low (less than 10% in 2015), against the contingent of people who wish to stop smoking. Increasing it is a challenge to be faced by the Ministry of Health, state coordination and municipalities, which must seek strategies that increase the supply of care and the dissemination of existing services, in order to facilitate access to treatment and action of smokers toward cessation of smoking. Discussion based on the results of the study and its use in training courses for the treatment of smokers have contributed to the awareness of health professionals about the importance of smoking care and reducing the prevalence of smokers.

Keywords: Smoking Cessation, Smoking Treatment, Single Health System.

¹ Valeria Longanezi (vlonganezi@gmail.com) é farmacêutica, responsável pela farmácia do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde e Especialista em Dependência Química pela Unifesp.

^{II} Maria Cecília Goi Porto Alves (ceciliagoi2@gmail.com) é pesquisadora do Instituto de Saúde (PqC VI), mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

Introdução e Objetivos

Esse artigo apresenta um recorte de pesquisa realizada em 2015 que analisou a efetividade do tratamento de fumantes oferecido no Estado de São Paulo pelo Sistema Único de Saúde. O enfoque é dado à abrangência que o programa de tratamento atingiu até o ano de 2015, no que se refere à cobertura do atendimento especializado para o contingente de pessoas que desejam parar de fumar e às mudanças ocorridas após o término do estudo.

O tabagismo é reconhecido atualmente pela Organização Mundial de Saúde como uma das maiores ameaças à saúde pública já enfrentadas mundialmente, sendo considerado uma importante causa de morte, doença e empobrecimento da população¹.

No Brasil, várias pesquisas evidenciam relevante queda na prevalência de tabagistas nas últimas décadas. Essa redução está associada a uma série de ações que foram normatizadas desde 1989, ano da criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujo objetivo é reduzir o consumo do tabaco por meio de estratégias ligadas à proibição de publicidade de cigarros, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo, além do desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento².

O tratamento do tabagismo é oferecido pelo Sistema Único de Saúde e as estratégias do tratamento são centradas em intervenções psicossociais baseadas em aconselhamento, materiais de autoajuda, abordagem cognitivo-comportamental, que representa a principal parte do tratamento, e terapia medicamentosa, empregada de forma auxiliar³.

Em 2017, a pesquisa Vigitel apontou o estado de São Paulo como a sede da segunda maior capital brasileira na prevalência de tabagismo e,

portanto, conhecer os resultados atingidos pelos municípios que compõem a rede de tratamento ao tabagista no Sistema Único de Saúde desse Estado pode contribuir na proposição de melhorias no programa⁴.

A identificação de falhas na sistemática do tratamento oferecido e a sugestão de possíveis mudanças na gestão dos serviços e nas práticas de cuidado ao tabagista devem conduzir ao aumento da cessação do hábito de fumar, contribuindo para a redução da prevalência de fumantes no Estado de São Paulo.

Considerando o exposto, esse estudo teve como objetivo geral avaliar o tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo.

Metodologia

Foi realizado um estudo ecológico, cuja unidade de análise foram os municípios do estado de São Paulo que possuíam unidades credenciadas no Programa de Tratamento do Tabagismo (PTT); e que realizaram o tratamento do fumante no período compreendido entre os primeiros trimestres de 2012 e de 2015 (inclusive).

Para esse conjunto de municípios, foram analisados os seguintes indicadores de atendimento: 1) abandono de tratamento: percentual de pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada; 2) cessação do tabagismo: percentual de pacientes da primeira sessão que estavam sem fumar na quarta sessão; 3) necessidade 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.

Os dados utilizados no cálculo desses indicadores foram obtidos por meio de planilhas existentes na Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo. Na ocasião do estudo, os dados

dessas planilhas foram gerados trimestralmente pelas unidades credenciadas que realizaram o tratamento do tabagista, e depois transmitidos para as coordenações municipal e regional para serem consolidados no nível estadual e encaminhados ao Ministério da Saúde, compondo a base nacional de dados do programa.

Foram também calculados os seguintes indicadores de cobertura: 1) municípios: percentual de municípios do Estado de São Paulo com unidades credenciadas no Programa de Tabagismo, em relação ao total de municípios existentes; 2) unidades: percentual de unidades de Atenção Básica que realizaram o atendimento do fumante, em relação ao total de unidades de Atenção Básica existentes; 3) pacientes: percentual de pacientes atendidos no PTT em relação à população estimada de fumantes que desejam cessar o hábito de fumar.

A frequência de municípios que realizaram atendimento no período e a frequência de unidades que realizaram o atendimento do fumante foram extraídas das planilhas de dados de 2012 a 2015 já descritas. O total de unidades de Atenção Básica existentes no Estado de São Paulo foi obtido no DataSUS e se refere às unidades cadastradas no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde⁵. Para estimar a população de fumantes, foram considerados os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 que indicaram que 14,8% da população de 18 anos ou mais eram fumantes atuais de cigarro e 49,8% dessa população tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses⁶. Esses percentuais foram aplicados à população de 18 anos ou mais do Censo de 2010 para o Estado de São Paulo⁷.

Optou-se por apresentar os dados dos primeiros trimestres de cada ano.

O presente estudo seguiu as normas da resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (número CAAE 42204015.9.0000.5469) de acordo com o Parecer Consubstanciado.

Resultados

No primeiro trimestre de 2015 o programa de tratamento do tabagismo estava implantado em unidades de saúde de 229 municípios do Estado de São Paulo. A cobertura de municípios que oferecem o tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde expandiu-se entre os primeiros trimestres de 2012 e 2015, passando de 17,5% para 35,5%.

De um total de 4.319 unidades cadastradas no CNES como sendo de Atenção Básica no primeiro trimestre de 2012, 4,0% estavam habilitadas para o tratamento do fumante. Esse percentual passou para 8,4% no primeiro trimestre de 2015, revelando crescimento de 4,4 pontos percentuais na cobertura de unidades de Atenção Básica participantes do Programa de Controle do Tabagismo.

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, significando que a cobertura de tabagistas submetidos ao tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde dobrou no período analisado, passando de 0,49% em 2012 para 1,10% em 2015 (Tabela 1).

Os percentuais de pessoas que abandonaram o tratamento até a quarta semana apresentaram pequena variação no período, mantendo-se em torno de 30,7% (Tabela 2). Da mesma forma, os índices de cessação do tabagismo dos pacientes tratados no Estado de São Paulo giraram em torno de 44,0%, média do período, e os percentuais de pacientes que necessitaram de medicamentos do programa durante as quatro sessões estruturadas para auxiliar a cessação do tabagismo estiveram em torno de 77,5%.

Discussão

Os dados desse estudo mostraram um aumento da oferta de tratamento de fumantes no Estado de São Paulo entre os primeiros trimestres

dos anos de 2012 a 2105. Houve crescimento próximo de 100%, tanto nos percentuais de cobertura de municípios com algum serviço credenciado, como nos de unidades de saúde credenciadas no SUS, e crescimento de 120% nos percentuais de tabagistas tratados.

Esse aumento pode ser creditado à estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de estimular a habilitação de serviços de Atenção Básica no tratamento do tabagista. Em 2002, haviam sido criados os Centros de Referência para a abordagem e tratamento do fumante. No entanto, a restrição do tratamento a unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados dificultava o acesso dos pacientes. O reconhecimento dessa dificuldade levou, em 2004, à inclusão da abordagem e do tratamento do tabagismo na rede de Atenção Básica e de média complexidade do SUS⁸. Em 2013, o Ministério da Saúde definiu que a identificação e o acolhimento ao fumante, embora realizados em todos os pontos de atenção do SUS, deveriam ser efetuados prioritariamente nos serviços de Atenção Básica. Tal medida, ao possibilitar a identificação, a abordagem e o tratamento do fumante no seu território, contribuiu para melhorar a saúde e a qualidade de vida do usuário, bem como para reduzir os custos envolvidos no tratamento para cessação do tabagismo no País⁹.

No entanto, apesar do crescimento observado, a cobertura de municípios pode ser considerada ainda baixa. O número pequeno de unidades credenciadas representa uma barreira de acesso à população que necessita de tratamento, pois tende a forçar o seu deslocamento para outros municípios que contam com serviço de atendimento ao fumante devidamente habilitado.

Uma provável justificativa para esse cenário pode estar associada às exigências que unidades de saúde integrantes do SUS ainda enfrentam para que sejam credenciadas no Programa do Tabagismo. Além de estarem incluídas no Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), essas unidades devem cumprir vários requisitos documentais, bem como promover capacitação dos profissionais e obedecer a critérios institucionais normatizados pelo Ministério da Saúde³.

Assim como observado para o número de municípios, o número de fumantes atendidos pelo Programa de Tabagismo no Estado de São Paulo mais que dobrou no ano de 2015 em relação a 2012, mas ainda representa um percentual de cobertura muito baixo. Frente à enorme demanda por atendimento no Estado, esse estudo mostrou que o percentual da população tratada no SUS é pequeno, correspondendo a cerca de 1% daquela parcela que apresenta intenção de parar de fumar.

Atualmente, o tratamento do fumante no SUS ainda segue o Guia de Diretrizes do Consenso elaborado em 2001, que foi validado em 2016 pela Portaria 761 do Ministério da Saúde, e inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa. O programa terapêutico indica quatro encontros semanais, dois 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 tratamento¹⁰.

Nesse estudo, o percentual de abandono do tratamento de 30,7%, observado como média no Estado de São Paulo, é apenas um indicador da ausência do participante na quarta sessão semanal e não representa necessariamente a desistência efetiva do programa, uma vez que o protocolo clínico prevê seu retorno para acompanhamento quinzenal e mensal até completar um ano de terapia¹⁰. O abandono do tratamento impacta negativamente sobre o cálculo da taxa de cessação, pois todos os pacientes desistentes da terapia são incluídos no grupo de pacientes sem sucesso na cessação do hábito de fumar.

É indispensável analisar as 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 é uma estratégia sugerida pelas autoras deste estudo para aumentar a adesão dos usuários ao programa e reduzir os percentuais de abandono verificados.

Em relação à terapia medicamentosa, o percentual médio de 77,5% de pacientes que necessitaram de apoio medicamentoso para auxiliar a cessação do tabagismo no Estado de São Paulo, apesar de estar muito próximo do percentual de 80% citado pelo Ministério da Saúde como estimativa de pacientes que precisam de tratamento farmacológico, pode não representar a real frequência de pacientes que necessitaram de medicamentos. Esse índice depende de uma avaliação clínica adequada dos protocolos do programa para que a indicação farmacológica seja empregada somente nos casos necessários, assim como decorre de disponibilidade contínua de estoque nas unidades credenciadas, que podem enfrentar dificuldades transitórias no cronograma de abastecimento dos insumos financiados pelo Ministério da Saúde.

O presente estudo também mostrou que, entre os primeiros trimestres de 2012 e 2015, 44,0% dos fumantes que ingressaram no Programa de Tabagismo no Estado de São Paulo conseguiram parar de fumar, em média, até a quarta semana estruturada. Porém, 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 igual ou superior a 30% após 12 meses¹⁰. Considera-se, dessa forma, que a quarta semana estruturada é um momento precoce para avaliação da cessação e, conseqüentemente, dos resultados de um programa de tratamento.

Estudos de revisão sistemática mostram que as recaídas ainda são frequentes nos primeiros seis meses de abstinência e que aproximadamente dois terços de todos os lapsos iniciais ocorrerem nos três primeiros meses após a cessação¹¹. Trabalhos com emprego de metanálise assinalam como indicador de sucesso terapêutico a abstinência por período mínimo de seis meses, provavelmente devido à frequente incidência de recaídas nessa fase inicial do tratamento¹². Um estudo de seguimento de dois anos mostrou que uma elevada porcentagem dos indivíduos que volta a fumar, o faz no período de seis meses após a cessação e uma revisão sistemática de estudos envolvendo fumantes que tentaram parar de fumar por conta própria indicou que apenas 3 a 5% alcançam a abstinência prolongada por 6 a 12 meses após a tentativa^{13,14}. Tais evidências conduzem à sugestão de calcular os indicadores de cessação do tabagismo considerando períodos maiores de tratamento (após seis meses ou até um ano do início do tratamento) para avaliação do sucesso do tratamento oferecido por unidades credenciadas.

Os indicadores de tratamento registrados entre 2012 e 2015, no primeiro mês de atendimento do tabagista (44,0% de cessação, 30,7% de abandono e 77,5% de uso de medicamentos pelos pacientes submetidos ao tratamento), significaram melhora em relação a resultados anteriores, observados em 2007 (34,9%, 32,5% e 80,2%, respectivamente). A comparação 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.

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, esse estudo mostrou que o aumento da cobertura de serviços para promover o tratamento da população fumante ainda é muito tímido frente ao contingente de pessoas que desejam cessar o hábito de fumar. Desse modo, o aumento da cobertura é um desafio a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde, coordenação estadual e municípios, que devem buscar estratégias que aumentem a oferta de tratamento, o acesso a ele e a divulgação dos serviços já existentes.

Considerações finais

A pesquisa realizada gerou informações relevantes quanto ao desempenho do Programa de Tratamento do Tabagismo entre os primeiros trimestres dos anos de 2012 e 2015 no Estado de São Paulo. Essas informações foram transmitidas para a coordenadoria estadual responsável pela gestão do programa por ocasião da defesa da dissertação relativa a esse trabalho e posteriormente, sob a forma de discussões, foram apresentadas para a equipe multidisciplinar do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, que continua até a data de publicação deste texto como sede da coordenação do programa.

Além da Coordenação Estadual do Programa do Tabagismo, constituíram o público-alvo da pesquisa os gestores e farmacêuticos responsáveis pelos programas municipais. Dessa forma, durante os cursos de capacitação dos profissionais (farmacêuticos e gestores municipais) a serem habilitados para tratar a população fumante de seus respectivos municípios, os resultados do estudo foram apresentados entre os anos de 2016 e 2017. Buscou-se sensibilizar as equipes quanto à importância do cuidado ao tabagista e da redução da prevalência de fumantes, reduzindo os custos e a sobrecarga dos serviços de saúde voltados para o tratamento das doenças associadas ao tabaco.

Após o término do trabalho, informações mais recentes da Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo mostraram que a habilitação de novas unidades para o tratamento especializado do fumante, continua em fase de expansão. No primeiro trimestre de 2016, o Estado de São Paulo atingiu o número de 970 unidades credenciadas em 278 municípios, e no primeiro trimestre de 2017, houve novo aumento da oferta de tratamento, totalizando 1.304 unidades em 302 municípios.

Essa expansão levou ao aumento do percentual de cobertura de unidades habilitadas, que subiu de 8,4% em 2015 para 21,1% em 2016, e 27,9% em 2017, considerando o primeiro trimestre desses anos para a composição dos índices. Associado a esse crescimento, houve também o aumento do percentual de cobertura de municípios que oferecem o tratamento do tabagismo, que subiu de 35,5%, registrado no primeiro trimestre de 2015, para 43,1% em 2016 e 46,8% em 2017, considerando de modo semelhante o primeiro trimestre desses anos para a análise realizada.

Em relação à estrutura das sessões de terapia, não ocorreram mudanças e a análise dos indicadores do atendimento (abandono do tratamento, cessação do hábito de fumar e uso de medicamentos quando necessário) ainda continua sendo realizada no final da quarta semana, obedecendo aos mesmos critérios estabelecidos em 2001, pelo Consenso do Ministério da Saúde³.

No final de 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu novas diretrizes que foram incorporadas pelo nível estadual na gestão das ações de programação, distribuição e dispensação de medicamentos. Os critérios de distribuição, antes realizados por meio de dados registrados pelos municípios no FormSUS, passaram para o sistema FarmaNet do Programa de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2018. Nesse sentido, foi definido que a programação do elenco farmacológico do

Programa de Controle do Tabagismo deve ser realizada pelo município de acordo com: o número de tabagistas a serem tratados; quantidade de medicamentos de acordo com a posologia; padrão de consumo; estoque existente na farmácia municipal; e número de meses de cobertura da programação, conforme cronogramas divulgados periodicamente pela Diretoria de Medicamentos Estratégicos (DMEST).

Ainda de acordo com as novas diretrizes, a programação dos municípios que estiverem ingressando no programa pela primeira vez deve considerar o número de pessoas de 18 anos ou mais de idade, fumantes, que procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e o padrão de consumo nacional.

Concluindo, constatou-se que o Estado de São Paulo tem continuamente aumentado sua contribuição na redução da prevalência de fumantes no país, de acordo com as diretrizes e recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Há de se reconhecer, no entanto, que nem todas as recomendações propostas pela pesquisa realizada em 2015 sobre a efetividade do programa de tabagismo foram acatadas.

Ainda assim, almeja-se que os resultados apresentados cumpram o objetivo permanente de sensibilizar os gestores para o desenvolvimento de novas estratégias que aumentem a oferta de atendimento e a divulgação dos serviços já existentes, no sentido de facilitar o acesso ao tratamento e a ação do tabagista em direção à cessação do hábito de fumar.

Referências

1. OPAS BRASIL – Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha Informativa - Tabaco. [internet] [acesso em 20 dez 2018]. Disponível em: <https://>

www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=0

2. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília(DF); 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro; 2001. 38p.

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília (DF); 2018. 130.: Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf

5. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.[internet]. [acesso em 13 dez 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencsp.def>

6. 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; 2014. [acesso em: 20 dez. 2015]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

7. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [internet]. [acesso em 20 dez. 2015]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>

8. Ministério da Saúde (BR). 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.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [acesso em 30 nov. 014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. [internet]. [acesso em 20 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/07/portaria761.pdf>

11. Stead LF, Lancaster T. Group Behavior Therapy Programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 2.

12. Stead LF, Perera R, Bullem C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Systematic Reviews. 2008; (1).

13. Brandon TH, Tiffany ST, Obremski KM, Baker TB. Post-cessation cigarette use: the process of relapse. Rev Addict Behav. 1990; 15:105-14.

14. Hughes JR, Kelly J, Naud S. [Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers]. Addiction [internet]. 2004 [acesso em 11 dez. 2015]; 99:29-38. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678060>

Tabela 1. Frequência e cobertura de municípios e unidades de saúde credenciadas e de pacientes no Programa de Tratamento do Tabagismo (PPT), nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

Nível Indicador	Dados	1º trim/2012	1º trim/2013	1º trim/2014	1º trim/2015
Municípios	Existentes	645	645	645	645
	Com PTT	113	141	174	229
	Cobertura	17,5%	21,9%	27,0%	35,5%
Unidades	Existentes	4.319	4.460	4.519	4.620
	Com PTT	175	218	331	388
	Cobertura	4,0%	4,9%	7,3%	8,4%
Pacientes	Potenciais*	760.297	760.297	760.297	760.297
	No PTT	3.765	4.394	4.771	8.346
	Cobertura	0,49	0,58	0,63	1,10

* número estimado de tabagistas que tentaram parar de fumar por trimestre (PNS 2013)

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

Tabela 2. Percentual de abandono, cessação e uso de medicamentos no Programa de Tabagismo, nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

Indicador	Dados	2012	2013	2014	2015
Abandono do tratamento	Participantes 1ª sessão	3.242	3.756	4.478	7.369
	Participantes 4ª sessão	2.253	2.619	3.134	5.055
	Percentual	30,5%	30,3%	30,0%	31,4%
Cessação do hábito de fumar	Participantes 1ª sessão	3.242	3.756	4.478	7.369
	Sem fumar 4ª sessão	1.510	1.603	1.887	3.297
	Percentual	46,6%	42,7%	42,1%	44,7%
Uso medicamentos	Participantes 1ª sessão	3.242	3.756	4.478	7.369
	Usaram medicamento	2.473	2.784	3.670	5.672
	Percentual	76,3%	74,1%	82,0%	77,0%

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