

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2019

Divisão de Agravos Não Transmissíveis

Análise Situacional do Programa Estadual de Controle do Tabagismo.

Rio de Janeiro, 31 de maio de 2019.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TABAGISMO

Os processos de transição na área da saúde envolvem contextos demográficos, epidemiológicos, nutricionais e urbanos. As transições nos seus diferentes contextos definem várias mudanças como o envelhecimento da população, crescimento do sedentarismo, consumo de alimentos ultraprocessados, aumento da exposição a ambientes poluídos e ao sol, incremento do estresse com a saturação urbana, adoecimento e morte por crescimento das causas externas, e por expressão da violência social em suas diferentes formas.

O aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população deve-se principalmente a exposição precoce e prolongada aos fatores citados. Desde a infância e a adolescência podemos estar expostos a modos de vida inadequados à saúde, adquirindo e mantendo um curso prolongado de condutas nocivas. O estilo de vida lesivo representa um aumento dos fatores de risco, principalmente os comportamentais, que elevam exponencialmente a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, e suas implicações promovem uma ascensão continuada dos custos para a Saúde Pública.

Coletivamente, câncer, diabetes, doenças pulmonares e cardiovasculares matam 41 milhões de pessoas a cada ano, respondendo por 71% de todas as mortes no mundo. Desse número, 15 milhões de mortes ocorrem em indivíduos com idades entre 30 e 70 anos (OMS, 2018).

É importante considerar nas mortes prematuras pelas DCNTs o quanto essas doenças interferem na qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade gerando relevantes impactos econômicos, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Então, enfrentá-las constitui um dos principais desafios para o desenvolvimento no século XXI (OPAS, 2011).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos (SIM, 2015). Cabe ressaltar que, a hipertensão arterial sistêmica é a principal causa de morte prematura no estado do Rio de Janeiro (APVP, 2008).

A *Organização Pan Americana da Saúde* - OPAS chama atenção para uma ação urgente em relação ao tratamento das DCNTs e para o necessário compromisso político de alto nível no enfrentamento dessa epidemia, principais causas de morte e de problemas de saúde no mundo (OMS, 2018). Segundo o Ministério da Saúde o câncer, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias crônicas possuem o TABAGISMO como fator de risco comum. É um fator comportamental que representa a principal causa de morte evitável no mundo, junto à exposição passiva ao tabaco.

No estado do Rio de Janeiro as DCNTs também se constituem em um desafio e estima-se elevadas taxas de mortalidade. Em 2018, a taxa de mortalidade por 100.000 habitantes pelas quatro principais doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e câncer), apresentou um valor de 391,33 quando a meta a ser alcançada era reduzir para 360,20.

Quanto ao percentual relativo à mortalidade por grupos de cuidados entre as quatro DCNTs, pode-se observar como se distribuem no estado.

Figura 1: Percentual de mortalidade pelas quatro principais DCNTs segundo grupos de cuidado no estado do Rio de Janeiro



Fonte: SIM, 2018.

O tabagismo é tido como uma doença epidêmica e pediátrica, que causa dependência física, psicológica e comportamental equivalente ao que ocorre com outras drogas como álcool. A dependência, no caso, se dá pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco.

Os fumantes inalam mais de 4.720 substâncias tóxicas — como monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína —, além de 43 substâncias cancerígenas tais como: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas. Essas substâncias tóxicas são conhecidas como irritativas, podendo provocar irritação na garganta, nos olhos, e no nariz além de paralisia nos cílios dos brônquios. O tabagismo, portanto, é causa de aproximadamente 50 doenças, muitas delas incapacitantes e fatais, como já descritas.

A nicotina presente no cigarro, por exemplo, ao ser inalada produz alterações no Sistema Nervoso Central, modificando assim o estado emocional e comportamental dos indivíduos. Ao atingir o cérebro entre 7 a 19 segundos, libera várias substâncias (neurotransmissores) responsáveis por estimular a sensação de prazer que, o indivíduo que já é fumante, tem ao fumar. Com a inalação contínua da nicotina, o cérebro se adapta e passa a precisar de doses cada vez maiores para manter o nível de satisfação que tinha no início. Esse efeito é chamado de "tolerância à droga". Com o passar do tempo, o fumante passa a ter necessidade de consumir cada vez mais cigarros. Com a dependência, cresce também o risco de se contrair as DCNTs, que podem levar à invalidez e à morte.

A partir da industrialização do cigarro, principalmente, e das ações intensivas de *marketing*, o cigarro comum tornou-se um problema para os sistemas nacionais de saúde como se pode observar na figura a seguir.

Figura 2: Causas atribuíveis e número de mortes atribuíveis ao Tabaco segundo Documento Técnico nº 21 do Instituto de Efectividad Clínica y Sanitária, 2017



Fonte: Documento técnico IECS N° 21: Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz AN, Alcaraz A, Rodríguez B, Augustovski F, Pichon-Riviere A.. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco.

A situação das DCNTs mobilizou uma reunião de chefes de Estado na ONU para tratar desse cenário categorizado como uma crise em função de seu potencial impacto sobre a economia e o desenvolvimento. Dados da Organização Mundial de Saúde revelam que o tabagismo responde por 63% dos óbitos associados às DCNTs, sendo responsável também por 85% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O tabaco responde por 30% de todos os casos de câncer globalmente, e a carga econômica anual das doenças tabaco relacionada excede os gastos anuais com saúde em países de baixa e média renda.

Dados da OMS de 2017 sobre a epidemia mundial de tabagismo revelam um aumento no número de países que implementaram políticas de controle do tabaco. O Brasil foi um dos países que obteve avanços no combate à epidemia do tabaco nos últimos anos em função da implementação de um programa de controle do tabagismo.

A atuação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) ocorre por meio de ações e medidas legislativas, executivas e administrativas efetivas nas áreas da educação e assistência à saúde, baseadas na Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde. A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública e seus artigos tem abrangência multissetorial. Foi promulgada em 2006 no Brasil. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo virou uma política de Estado, e com este status torna-se uma obrigação legal, e não um programa de governo.

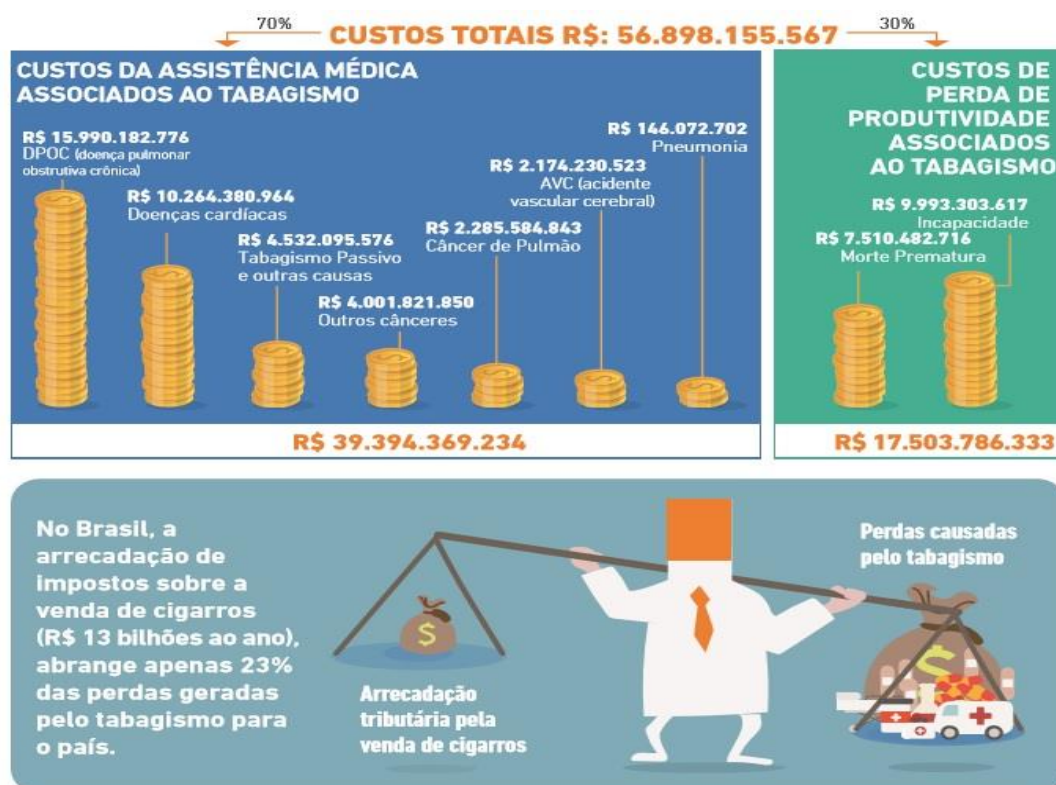
Segundo a CQCT o “controle do tabaco” é um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo tabaco, com o objetivo de melhorar a saúde da população, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição à fumaça de produtos de tabaco.

No ano de 2015, o tabagismo foi responsável por mais de 150 mil mortes, equivalendo a 428 mortes por dia. Esses valores representam 12,6% do total das mortes que ocorrem anualmente no Brasil. Do total de mortes atribuíveis às doenças tabaco relacionadas, 16% estavam relacionadas às doenças cardiovasculares e 13% ao acidente vascular cerebral (AVC), os percentuais são mais elevados para doenças respiratórias, como DPOC, com 74% de mortes associadas e 78% de mortes por câncer de pulmão. Anualmente, o tabagismo é responsável pela ocorrência de 1 milhão de eventos em saúde caracterizados por infarto agudo do miocárdio, representando 43% desses eventos, 34% de casos novos de DPOC, 5% de AVC.

Com relação ao câncer, estima-se que a fração atribuível ao tabagismo seja de 80% para câncer de laringe, 78% para câncer de pulmão, 65% para câncer de esôfago e 59% para as neoplasias de boca e faringe, influenciando também a ocorrência de câncer de estômago, pâncreas e rins.

Na figura 3, observa-se os custos associados ao tabagismo e a perda de produtividade com relação às doenças tabaco relacionadas. Chama atenção para as perdas geradas pelo tabagismo no Brasil.

Figura 3: Custos da assistência médica, perda produtiva e econômicas para o país atribuíveis ao Tabaco segundo Documento Técnico nº 21 do Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2017



Fonte: Documento técnico IECS N° 21: Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz AN, Alcaraz A, Rodríguez B, Augustovski F, Pichon-Riviere A.. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco.

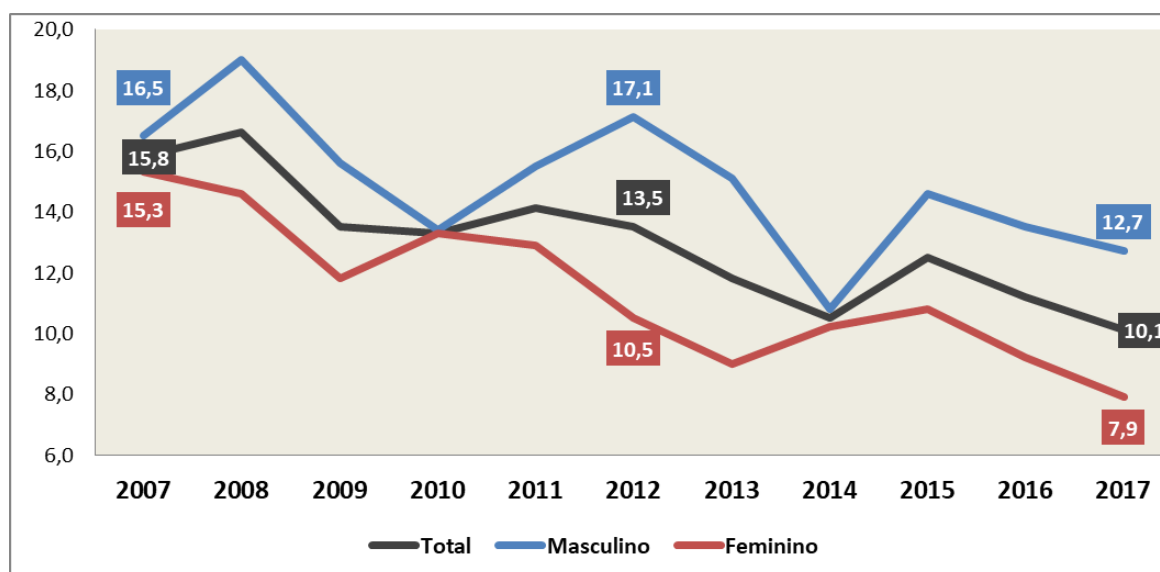
Como as DCNTs são multifatoriais, é importante ressaltar a influência das condições socioeconômicas, para além dos fatores comportamentais e herança genética, pois sua ocorrência está estatisticamente associada à exposição aos fatores ou condições de risco. Dentre os fatores de risco comportamentais, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o alcoolismo.

No estado do Rio de Janeiro, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) na população com 18 anos e mais, 12,5% são fumantes diários de tabaco.

A partir da pesquisa sobre a Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que é realizada anualmente em adultos com ≥ 18 anos, residentes nas capitais dos Estados e Distrito Federal, verifica-se que na capital do Estado 10,1% da população são adultos fumantes em 2017.

A figura a seguir demonstra um recorte da série histórica dos últimos 11 anos (2007 a 2017) do VIGITEL no município do Rio de Janeiro. O período adotado identifica padrões de comportamento que permite maiores reflexões sobre suas causas e estratégias de enfrentamento.

Figura 4: Percentual (%) de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo a capital do Rio de Janeiro: Análise Comparativa entre 2007 a 2017 - VIGITEL



Fonte: VIGITEL: Vigilância dos fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico.

A figura acima demonstra a evolução da prevalência de fumantes, por sexo, na capital do Rio de Janeiro de 2007 a 2017, segundo o VIGITEL. Observa-se um comportamento de queda, porém com algumas oscilações a cada dois ou três anos. Chama atenção os anos de 2007, 2010 e 2014, em que houve praticamente a mesma prevalência de fumantes em ambos os sexos aumentando a diferença nos anos subsequentes. Em relação ao período atual, destaca-se a queda da prevalência de 13,5% (em 2012) para 10,1% (em 2017).

Percebemos ainda na figura 4, que a progressão não apresentou um avanço linear. No período, há oscilações entre redução e aumento. Entretanto, destaca-se em 2017 importante decréscimo, que ultrapassa a meta do Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs, 2013/2022 cuja meta era reduzir a prevalência para 14,7%.

Os índices comprovam que as medidas de prevenção e promoção da saúde como as campanhas anuais de 31/05 (Dia Mundial Sem Tabaco), 29/08 (Dia Nacional de Combate ao Fumo), a estratégia de prevenção de álcool, tabaco e outras drogas nas escolas por meio do Programa Saber Saúde esclarecendo o tema entre crianças e adolescentes favorecem a conscientização da população em geral.

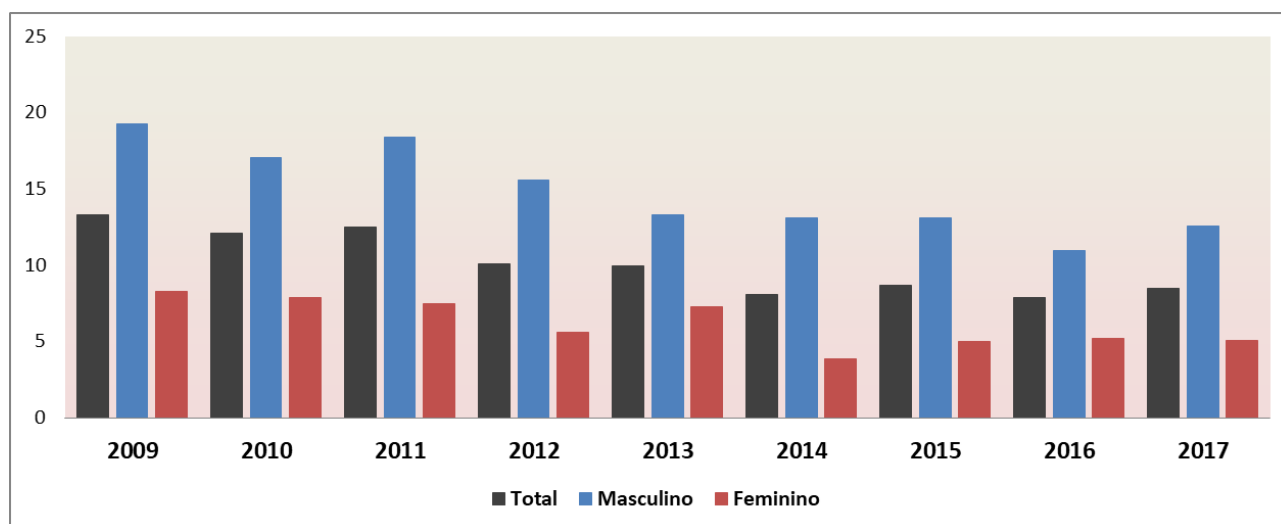
Cabe destacar que a Lei Estadual nº 5.517 de 17 de agosto de 2009, que proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica, e cria ambientes de uso coletivo livres de tabaco (ambientes 100% livres de fumo) e a Lei Federal nº12.54 de 14 de dezembro de 2011 (Lei Antifumo), coincidem, nas datas, com o

período em que gerou decréscimo do consumo segundo a prevalência total (Figura 3), ao estabelecer ambientes fechados de uso coletivo 100% livres de tabaco em todo país (Lei Antifumo), favorecendo a diminuição da aceitação social do cigarro. Tais medidas representam uma ação efetiva para que fumantes de cigarros e seus derivados reavaliem o uso da substância nociva à saúde e decidam parar de fumar, além de protegerem os fumantes passivos.

A Lei Federal Nº 9.294 de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos colabora para restringir o estímulo ao tabaco.

Ressaltamos ainda que o aumento dos impostos sobre o cigarro mostrou-se como uma das estratégias mais eficazes para estimular os fumantes a deixarem de fumar. A tributação de produtos de tabaco são medidas previstas na Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) ratificada por 181 países.

Figura 5: Percentual de adultos (>= 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, por sexo, na capital do Rio de Janeiro: Análise Comparativa entre 2009 a 2017 – VIGITEL



Fonte: VIGITEL: Vigilância dos fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico.

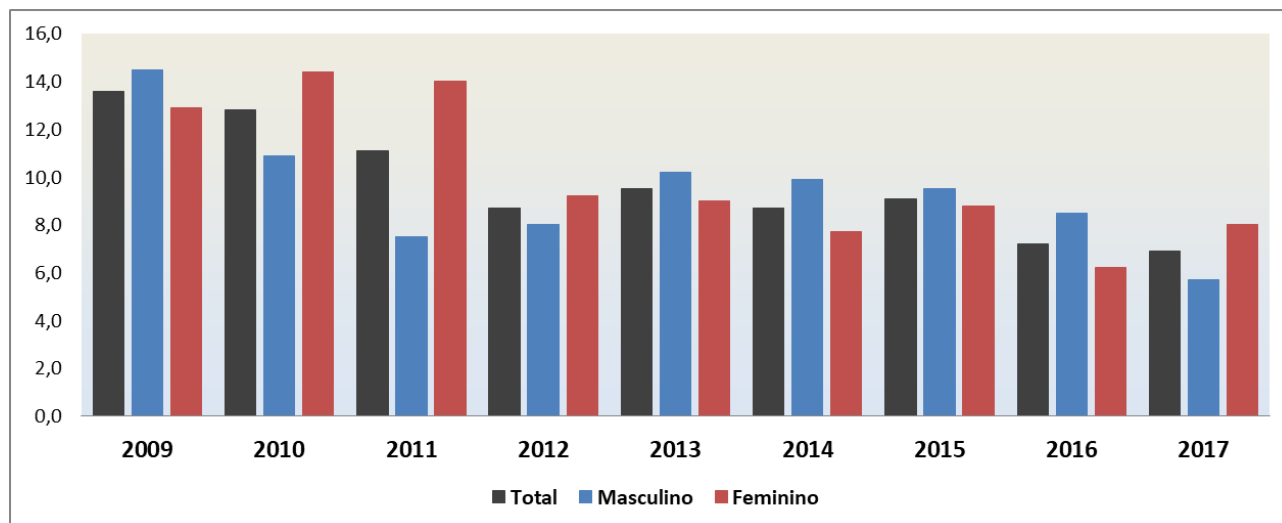
A figura 5 demonstra uma redução significativa da prevalência de fumantes passivos nos locais de trabalho na série histórica de 2009 a 2017. Cabe ressaltar a alta diferença de prevalência entre os sexos em toda a série histórica, sendo que o sexo masculino tem percentuais em média duas vezes maiores que o do sexo feminino.

Dentre os principais motivadores para a redução do consumo de tabaco pode-se destacar as campanhas de prevenção nas instituições através de grupos multidisciplinares, saúde ocupacional e outros atores que se envolvidos com a saúde e o bem-estar do trabalhador.

Ainda na mesma figura, pode-se observar que houve uma redução significativa na população feminina. Nota-se que a incidência maior foi no início do programa com queda acentuada até o momento.

A Figura 6, a seguir, demonstra uma redução da prevalência de fumantes passivos nos domicílios entre os anos de 2009 a 2017, caindo praticamente para a metade no total e com uma queda maior no sexo masculino.

Figura 6: Percentual de adultos (>= 18 anos) fumantes passivos por domicílio, por sexo, na capital do Rio de Janeiro: Análise Comparativa entre 2009 a 2017 – VIGITEL



Fonte: VIGITEL: Vigilância dos fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico.

Cabe destacar a interrupção da queda da prevalência de 2016 para 2017, no sexo feminino, com um aumento de 6,2% para 8,0%. E também a queda na prevalência total dos fumantes passivos, a partir de 2011 relacionada à Lei Federal nº 12.546/11 do Ambiente Livre de Fumo.

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

A Equipe Técnica do Programa Estadual de Controle do Tabagismo tem coletado uma série de dados que se configuram em informações sobre a implantação do programa e a capacidade de atendimento aos usuários do SUS e que permitem uma avaliação da situação por município e por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. As informações são importantes para que o gestor estadual e os municipais possam fortalecer o Programa e elaborar seus planejamentos para a implantação e/ou implementação deste.

Para estimar a demanda por tratamento foi utilizado a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2013 como parâmetro para a prevalência de fumantes, dos que tentam parar de fumar e dos que procuram ajuda com profissionais de saúde. A prevalência estimada pela PNS para fumantes foi de 12,7%.

Os dados de capacidade de atendimento nas unidades de saúde na rede do SUS e do número ideal de unidades para atender a demanda estimada, foram obtidos dos consolidados das informações de atendimento coletados pela Equipe Técnica Estadual de Controle do Tabagismo junto aos municípios com programa implantado.

Na Figura 6, pode-se entender quais critérios foram selecionados para o monitoramento e avaliação da implantação do Programa no estado do Rio de Janeiro. A partir da estimativa da população (Datusus, 2015) e da prevalência de fumantes, temos a estimativa de demanda de tabagistas que procuram ajuda para parar de fumar.

Figura 7: Estimativa da demanda de tabagistas que procuram ajuda com profissional de saúde para parar de fumar segundo PNS/2013 e capacidade de atendimentos das unidades de saúde da Rede de Atenção do SUS: consolidado Regional

Região	Pesquisa Nacional de Saúde - PNS/2013			Cobertura de usuários tabagistas			Cobertura de unidades de saúde		
	1) Nº de Habitantes > 15 anos {Tabnet - Ano 2015} (IBGE)	2) Prevalência de Fumantes no Estado do Rio de Janeiro {12,7% da população}	3) Nº Estimado de Tabagistas que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses {49% total de fumantes}	4) Nº Estimado Anual de Tabagistas que procuraram ajuda com profissional de saúde para parar de fumar {7,9% dos fumantes que tentam parar de fumar}	5) Nº tabagistas em tratamento no SUS {Ano 2018}	6) Percentual de Cobertura de tabagistas em tratamento x nº estimado que procuram	7) Nº de Unidades ideal para atender a demanda de tabagistas por tratamento {Item 3 / *60 Pacientes novos / unidade} *2 Grupos de 10 pacientes novos cada por quadrimestre	8) Média Anual de Unidades de Saúde que ofertaram Tratamento em 2018 na região (Unds que atenderam por quadrimestre / 3)	9) Percentual de Cobertura de unidades que realizam tratamento x nº ideal para atender a demanda
RJ	13.230.521	1.653.815	810.369	64.019	20.683	32%	1.067	391	37%
B. Ilha Grande	209.425	26.178	12.827	1.013	247	24%	17	13	77%
B. Litorânea	601.776	75.222	36.859	2.912	1.206	41%	49	22	45%
Centro Sul	263.563	32.945	16.143	1.275	463	36%	22	5	24%
Médio Paraíba	703.894	87.987	43.114	3.406	1.050	31%	57	32	57%
Metrop. 1	8.098.010	1.012.251	496.003	39.184	9.893	25%	654	185	28%
Metrop. 2	1.640.990	205.124	100.511	7.940	4.503	57%	133	65	49%
Noroeste	270.267	33.783	16.554	1.308	1.127	86%	22	28	130%
Norte	691.435	86.429	42.350	3.346	1.019	30%	56	10	18%
Serrana	751.161	93.895	46.009	3.635	1.175	32%	61	30	50%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2013 e informações obtidas por meio do monitoramento realizado pelo Programa Estadual de Controle do Tabagismo.

Legenda: cobertura	Boa	Regular	Insatisfatória
--------------------	-----	---------	----------------

Segundo a PNS/2013, a estimativa dos que tentaram parar de fumar corresponde a 49% do total de fumantes, e destes, apenas 7,9% procuraram ajuda com profissional de saúde para parar de fumar. Esta informação aponta para uma baixa captação da pessoa tabagista.

Ainda de acordo com a PNS/2013, há no Estado do Rio de Janeiro uma estimativa de 64.019 tabagistas que procuram ajuda com profissional de saúde para parar de fumar. No estado, em 2018, houve um quantitativo de 20.613 tabagistas em tratamento na rede do SUS, representando 32% da cobertura da demanda estimada, demonstrando, de forma geral, que há um grande espaço e necessidade de crescimento na cobertura de atendimento em todas as regiões de saúde.

Houve no Estado do Rio de Janeiro, em 2018, um quantitativo médio de 391 unidades de saúde do SUS que realizaram o Programa de Tratamento para Controle do Tabagismo, representando 36% da capacidade de cobertura, sendo que o quantitativo ideal de unidades de saúde para atender a demanda estimada de tabagistas, segundo as prevalências estimadas pela PNS/2013, seria de 1.084 unidades de saúde.

Um maior investimento do Estado com objetivo de ampliar a informação para a população sobre o tratamento ofertado pela rede pública utilizando meios de comunicação como rádio, internet e outros, pode ser eficaz para aumentar a procura pelo tratamento.

Uma boa prática para a criação de demanda e fortalecimento do programa na unidade de saúde, reconhecida por especialistas da área e o INCA/MS, é a realização da “abordagem mínima ao fumante” pelos profissionais de saúde em todos os seus atendimentos de triagem / anamnese. É uma abordagem de 3 a 5 minutos que estimula o tabagista a repensar sobre sua dependência à nicotina e, por consequência, buscar o tratamento na própria unidade.

Abaixo, nas figuras 8 e 9, pode-se observar, por região de saúde e seus respectivos municípios, a demanda de tabagistas que buscam tratamento. O objetivo não é comparar as regiões de saúde e municípios, e sim demonstrar o potencial de crescimento do programa municipal, ou seja, de tabagistas que buscam tratamento em relação à capacidade atual de atendimentos.

Figura 8: Estudo de estimativa da demanda de tabagistas que procuram ajuda com profissional de saúde para parar de fumar e capacidade de atendimentos das unidades de saúde da rede do SUS, segundo as regiões Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba e Metro I no ano de 2018

Município	Cobertura de usuários tabagistas			Cobertura de unidades de saúde		
	Nº Estimado de Fumantes que buscam ajuda com profissional de saúde para parar de fumar nos últimos 12 meses (anual) segundo a PNS/2013	Nº tabagistas em tratamento no SUS {Ano 2018}	Percentual de Cobertura de pacientes atendidos x estimados	Nº de Unidades ideal para atender a demanda mínima de tabagistas por tratamento {Coluna C / 60 Pacientes novos* / unidade} *2 Grupos de 10 pacientes novos cada por quadrimestre	Média Anual de Unidades de Saúde que ofertaram Tratamento no ano município (Unds que atenderam por quadrimestre / 3) {Ano de 2018}	Percentual de Cobertura de unidades que realizam tratamento x nº ideal para atender a demanda
RIO DE JANEIRO	64.019	20.683	32%	1.067	391	37%
RJ - Baía da Ilha Grande	1.013	247	24%	17	13	76%
Angra dos Reis	706	137	19%	12	7	56%
Mangaratiba	158	94	59%	3	5	156%
Parati	149	16	11%	3	1	44%
RJ - Baixada Litorânea	2.912	1.206	41%	49	22	44%
Araruama	471	122	26%	8	1	13%
Armação dos Búzios	118	207	176%	2	7	350%
Arraial do Cabo	111	32	29%	2	4	183%
Cabo Frio	788	90	11%	14	1	5%
Casimiro de Abreu	149	60	40%	3	2	67%
Iguaba Grande	102	57	56%	2	2	100%
Rio das Ostras	490	388	79%	9	4	41%
São Pedro da Aldeia	366	174	48%	7	1	14%
Saquarema	316	76	24%	6	1	11%
RJ - Centro-Sul	1.275	463	36%	22	5	24%
Areal	46	0	0%	1	0	0%
Comendador Levy Gasparian	31	0	0%	1	0	0%
Engenheiro Paulo de Frontin	54	6	11%	1	0	33%
Mendes	72	21	29%	2	2	83%
Miguel Pereira	99	0	0%	2	0	0%
Paracambi	203	136	67%	4	1	33%
Paraíba do Sul	160	0	0%	3	0	0%
Paty do Alferes	102	69	67%	2	1	33%
Sapucaia	67	0	0%	2	0	0%
Três Rios	302	231	77%	6	1	22%
Vassouras	138	0	0%	3	0	0%
RJ - Médio Paraíba	3.406	1.050	31%	57	32	57%
Barra do Pirai	374	45	12%	7	1	14%
Barra Mansa	699	58	8%	12	1	8%
Itatiaia	115	0	0%	2	0	0%
Pinheiral	91	59	65%	2	5	267%
Pirai	109	25	23%	2	1	50%
Porto Real	68	53	78%	2	4	183%
Quatis	51	25	49%	1	1	100%
Resende	478	176	37%	8	4	50%
Rio Claro	69	40	58%	2	2	83%
Rio das Flores	34	256	763%	1	2	200%
Valença	286	65	23%	5	2	47%
Volta Redonda	1.033	248	24%	18	9	52%
RJ - Metropolitana I	39.184	9.893	25%	654	185	28%
Belford Roxo	1.805	210	12%	31	5	15%
Duque de Caxias	3.331	538	16%	56	7	12%
Itaguaí	444	159	36%	8	11	133%
Japeri	369	250	68%	7	1	14%
Magé	879	210	24%	15	3	22%
Mesquita	676	118	17%	12	7	58%
Nilópolis	616	128	21%	11	1	6%
Nova Iguaçu	3.047	367	12%	51	5	10%
Queimados	534	171	32%	9	1	11%
Rio de Janeiro	25.408	7.663	30%	424	142	33%
São João de Meriti	1.760	79	4%	30	3	11%
Seropédica	315	0	0%	6	0	0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2013 e Monitoramento Programa Estadual de Controle do Tabagismo.

A partir da tabela acima, pode-se conhecer a cobertura de atendimento nas regiões, tanto com relação ao número de tabagistas em tratamento na rede do SUS como em relação ao quantitativo de Unidades de Saúde que realizaram tratamento para cessação do tabagismo durante o ano de 2018.

Na região Baía da Ilha Grande a cobertura da demanda estimada de tabagistas, segundo estimativas da PNS/2013, foi de 24% sendo a menor entre as regiões apresentadas, porém com relação a demanda de unidades de saúde foi a que apresentou maior capacidade de cobertura, que foi de 76% em relação ao número ideal de unidades que realizam o tratamento. É importante destacar, pois a região precisa avaliar o que poderia realizar para aumentar o percentual de tabagistas em tratamento, uma vez que comparativamente às outras regiões foi a que apresentou maior percentual de cobertura do número ideal de unidades para realizar o tratamento.

Na Baixada Litorânea houve uma melhor proporção entre a cobertura da demanda estimada, que foi de 41% de tabagistas em tratamento, com relação a capacidade de cobertura pelo número de unidade que realizam o tratamento (representando 44% de capacidade de cobertura).

Alguns municípios merecem destaque uma vez que apresentaram coberturas de tabagistas em tratamento e de unidades que realizam o tratamento acima das estimativas, como Armação de Búzios e Rio das Flores. Outros, apesar do número de tabagistas em tratamento estarem menores do que o número estimado, possuem um percentual de unidades que realizaram tratamento em 2018 superior às estimativas como Mangaratiba, Arraial do Cabo, Mendes, Pinheiral, Quatis, Rio Claro e Itaguaí. Todas as cinco regiões possuem pelo menos um município que poderia apoiar aos outros servindo como referência técnica, compartilhamento de experiências exitosas e como Polo para organização de capacitações regionais. Esta organização regional pode contribuir significativamente para a ampliação do programa, garantindo um melhor acesso ao serviço de tratamento para um maior número de tabagistas que desejam parar de fumar.

Figura 9: Estudo de estimativa da demanda de tabagistas que procuram ajuda com profissional de saúde para parar de fumar e capacidade de atendimentos das unidades de saúde da rede do SUS, segundo as regiões Metro II, Noroeste, Norte e Serrana, no ano de 2018

Município	Cobertura de usuários tabagistas			Cobertura de unidades de saúde		
	Nº Estimado de Fumantes que buscam ajuda com profissional de saúde para parar de fumar nos últimos 12 meses (anual) segundo a PNS/2013	Nº tabagistas em tratamento no SUS {Ano 2018}	Percentual de Cobertura de pacientes atendidos x estimados	Nº de Unidades ideal para atender a demanda mínima de tabagistas por tratamento {Coluna C / 60 Pacientes novos* / unidade} *2 Grupos de 10 pacientes novos cada por quadrimestre	Média Anual de Unidades de Saúde que ofertaram Tratamento no ano município (Unds que atenderam por quadrimestre / 3) {Ano de 2018}	Percentual de Cobertura de unidades que realizam tratamento x nº ideal para atender a demanda
RIO DE JANEIRO	64.019	20.683	32%	1.067	391	37%
RJ - Metropolitana II	7.940	4.503	57%	133	65	49%
Itaboraí	871	89	10%	15	2	11%
Maricá	577	2.130	369%	10	7	73%
Niterói	2.016	560	28%	34	14	40%
Rio Bonito	222	297	134%	4	1	33%
São Gonçalo	4.052	1.340	33%	68	31	46%
Silva Jardim	80	75	94%	2	9	433%
Tanguá	122	12	10%	3	1	22%
RJ - Noroeste	1.308	1.127	86%	22	28	129%
Aperibé	43	84	195%	1	1	100%
Bom Jesus do Itabapoana	140	77	55%	3	5	156%
Cambuci	59	0	0%	1	0	0%
Cardoso Moreira	48	5	10%	1	0	33%
Italva	57	0	0%	1	0	0%
Itaocara	90	39	43%	2	1	33%
Itaperuna	388	62	16%	7	1	14%
Laje do Muriaé	28	18	64%	1	0	33%
Miracema	102	73	72%	2	1	67%
Natividade	59	420	716%	1	8	800%
Porciúncula	68	49	72%	2	1	50%
Santo Antônio de Pádua	161	231	144%	3	9	311%
São José de Ubá	28	0	0%	1	0	0%
Varre-Sai	37	69	187%	1	1	67%
RJ - Norte	3.346	1.019	30%	56	10	18%
Campos dos Goytacazes	1.816	203	11%	31	1	3%
Carapebus	57	24	42%	1	1	100%
Conceição de Macabu	84	0	0%	2	0	0%
Macaé	868	186	21%	15	3	20%
Quissamã	85	83	97%	2	3	133%
São Fidélis	147	144	98%	3	1	44%
São Francisco de Itabapoana	155	0	0%	3	0	0%
São João da Barra	133	379	284%	3	1	33%
RJ - Serrana	3.635	1.175	32%	61	30	50%
Bom Jardim	102	44	43%	2	2	117%
Cachoeiras de Macacu	215	55	26%	4	3	75%
Cantagalo	76	38	50%	2	1	33%
Carmo	70	18	26%	2	1	50%
Cordeiro	82	13	16%	2	3	133%
Duas Barras	42	0	0%	1	0	0%
Guapimirim	211	208	98%	4	1	25%
Macuco	20	64	328%	1	1	67%
Nova Friburgo	727	236	32%	13	6	44%
Petrópolis	1.169	378	32%	20	10	50%
Santa Maria Madalena	39	10	25%	1	0	33%
São José do Vale do Rio Preto	81	22	27%	2	1	33%
São Sebastião do Alto	35	0	0%	1	0	0%
Sumidouro	58	67	116%	1	1	67%
Teresópolis	669	22	3%	12	2	14%
Trajano de Moraes	39	0	0%	1	0	0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2013 e Monitoramento Programa Estadual de Controle do Tabagismo.

As cores sobre a cobertura das figuras 9 e 10 acompanham a legenda das outras tabelas apresentadas quanto a cobertura.

Entre as regiões apresentadas na figura 9, chama atenção a capacidade de cobertura da demanda de tratamento de tabagistas, que ficou em 86% na Região Noroeste que representa um número de unidades que realizam o tratamento superior ao ideal estimado. Apesar de apresentar o maior percentual de tabagistas em atendimento demonstra, de forma geral, que há espaço para crescimento na cobertura de atendimentos na região.

Cabe destacar que nas quatro regiões, há municípios que apresentaram percentuais de capacidade de cobertura em relação às unidades de tratamento superiores ao quantitativo considerado ideal, o que não representou maiores percentuais de tabagistas em atendimento. As regiões precisam avaliar se apesar do número de unidades de saúde o número de profissionais treinados foi suficiente ou se houve substituição dos profissionais treinados ou ainda se as unidades priorizaram outras atividades que não o tratamento de tabagistas.

Alguns municípios apresentaram percentuais de tabagistas que realizaram tratamento maiores do que as estimativas indicavam, mesmo com percentuais para o quantitativo ideal de unidades de saúde menores do que os estimados. É importante que as regiões discutam sobre suas experiências na implantação dos Programas de Controle do Tabagismo nos municípios e como podem colaborar com discussões sobre as estratégias adotadas que possibilitaram atender maior número de usuários tabagistas.

A Equipe Técnica do Programa Estadual de Controle do Tabagismo coleta e analisa quadrimestralmente os dados consolidados de todas as Unidades de Saúde dos municípios que ofertaram tratamento para a cessação do tabagismo na rede do SUS. Seguem os resultados desta coleta e análise por municípios e regiões do estado do Rio de Janeiro, segundo os anos de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Figura10: Evolução da média anual do Nº de Unidades de Saúde com oferta de tratamento por Região de Saúde: análise comparativa entre 2014 a 2018 no Estado do Rio de Janeiro

Região	2014	2015	2016	2017	2018	Varição (tx) 2014-18
Baía Ilha Grande	14	19	10	5	13	-5,45%
Baixada Litorânea	20	23	16	29	22	7,00%
Centro Sul	13	19	13	11	5	-59,75%
Médio Paraíba	59	49	19	18	32	-45,20%
Metropolitana 1	173	195	171	212	185	7,13%
Metropolitana 2	46	57	28	43	65	41,35%
Noroeste	9	18	12	27	28	233,33%
Norte	6	7	8	16	10	66,67%
Serrana	37	53	33	42	30	-18,57%
Total RJ	377	438	308	403	391	3,78%

Fonte: Área Técnica de Controle do Tabagismo – DIVDANT/SVEA/SES-RJ.

Figura 11: Evolução do número total de pacientes em tratamento para cessação do tabagismo na rede do SUS por Região de Saúde: Análise Comparativa entre 2014 a 2018 no Estado do Rio de Janeiro

Região	2014	2015	2016	2017	2018	Varição (tx) 2014-18
Baía Ilha Grande	594	653	209	139	247	-58,42%
Baixada Litorânea	2068	2331	1529	1468	1206	-41,68%
Centro Sul	924	1348	762	558	463	-49,89%
Médio Paraíba	3727	2458	1172	1070	1050	-71,83%
Metropolitana 1	13514	14452	13929	13977	9893	-26,79%
Metropolitana 2	3500	4540	1712	2214	4503	28,66%
Noroeste	751	1452	835	1755	1127	50,07%
Norte	1868	2316	2069	1517	1019	-45,45%
Serrana	2492	3359	1957	1917	1175	-52,85%
Total RJ	29438	32909	24174	24615	20683	-29,74%

Fonte: Área Técnica de Controle do Tabagismo – DIVDANT/SVEA/SES-RJ.

Conforme as figuras 10 e 11 observa-se a queda tanto no número de unidades de saúde com oferta de tratamento, quanto no número de tabagistas em tratamento para parar de fumar, com exceção da Metropolitana II e Noroeste. Dentre as possíveis razões identificadas, pode-se destacar:

- a alta rotatividade de profissionais capacitados nas unidades para a realização do tratamento;
- profissionais capacitados que, por razões diversas, não iniciam o programa na sua respectiva unidade;
- substituição constante de coordenações municipais, afetando diretamente a continuidade do programa;
- atraso no envio dos relatórios de atendimentos e estimativas, que por sua vez, inviabiliza o envio dos insumos da SES para as SMSs pela SAFIE/RJ;
- retardamento no envio de medicação do DAF/MS para as SES'S por motivos diversos como logística, aquisição e outros, que afeta a abertura de novos grupos nas unidades.

Para minimizar os fatores negativos relatados acima, a Equipe Técnica do Programa Estadual de Controle do Tabagismo oferece supervisão e apoio às coordenações municipais pelos seguintes meios: comunicação de forma continuada para orientações (contato telefônico e eletrônico), realização de pelo menos duas capacitações ao ano, abertas aos profissionais de saúde de nível superior para implantação da abordagem intensiva ao fumante em todos os municípios do Estado e um encontro anual do Programa.

Ao longo do ano de 2018, foram realizadas:

- Duas capacitações em “abordagem intensiva ao fumante” para implantação do programa de tratamento para cessação do tabagismo na rede do SUS, com a adesão e conclusão de 250 profissionais de saúde da rede do SUS de 59 municípios do Estado do RJ;
- Um “Encontro Anual de Coordenadores Municipais do Programa” para estimular o compartilhamento de boas práticas e discussão de desafios enfrentados, com a participação de 86 representantes municipais, oriundos de 45 municípios do Estado do RJ;
- Uma Capacitação para a “Formação de Multiplicadores Municipais no Programa Saber Saúde nas Escolas”, com a participação de 72 profissionais da saúde, Programa Saúde na Escola e Educação, oriundos de 31 municípios do Estado do RJ.

- Parceria com o Telessaúde da UERJ para a gravação do curso na modalidade à distância em “abordagem intensiva ao fumante”, com a conclusão e disponibilização do primeiro módulo “Implantando o programa de tratamento de tabagismo no município e na unidade de saúde”. Este módulo permite auxiliar de forma imediata tanto novos coordenadores do programa, como também profissionais de saúde recém-capacitados.

A Equipe Técnica do Programa de Controle do Tabagismo observa um comportamento sazonal das unidades, em relação à oferta de tratamento durante os quadrimestres do ano, conforme a figura a seguir.

Figura 12: Evolução do número total de unidades com o programa em funcionamento e do número total de pacientes em tratamento para cessação do tabagismo na rede do SUS por quadrimestre em 2018 no Estado do Rio de Janeiro

Período (quadrimestre)	Unidades de Saúde	Pacientes em tratamento
Janeiro a Abril	306	4.319
Mai a Agosto	452	8.708
Setembro a Dezembro	414	7.656
Total	391	20.683

Fonte: informações geradas pela Equipe Técnica Programa Estadual de Controle do Tabagismo – SVEA/CVPS/DIVDANT/SES-RJ.

A Equipe Técnica do Programa de Controle do Tabagismo identificou ao longo dos anos, que o primeiro e terceiro quadrimestres costumam ser afetados pelo período de férias/carnaval e festas natalinas/réveillon respectivamente. O segundo quadrimestre costuma apresentar os melhores resultados, tanto no número de unidades com oferta de tratamento, quanto do número de pacientes atendidos. E é também no final/início de cada ano que ocorrem a maioria de troca de coordenações municipais, que afeta todo o acompanhamento dos serviços nas unidades de saúde, acarretando até mesmo na interrupção do programa no município.

Essa sazonalidade é preocupante em diversos aspectos e pode ser interpretada como uma fragilidade do Programa, uma vez que gera descontinuidade do tratamento. Assim sendo, tabagistas ficam mais vulneráveis à recaída e ocorre o aumento da taxa de evasão, havendo maior abandono do tratamento.

Outro fator que chama a atenção na fase sazonal é a baixa oferta de atendimento para novos grupos de tratamento, inviabilizando o ingresso de novos usuários, principalmente nos meses de Dezembro e Janeiro. Encontrar a melhor solução para tais questões ainda é um desafio. Entretanto, deve-se manter a análise dos dados coletados e buscar encontrar as ferramentas necessárias para desenvolver modelos funcionais de assertividade.

Figura 13: Situação dos municípios que possuem o programa de tratamento para cessação do tabagismo na rede do SUS implantado por Região de Saúde segundo informações do 3º quadrimestre de 2018 no Estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	Total	Em Funcionamento	(Re)Iniciando	À implementar
RJ	92	63	15	14
B. Ilha Grande	3	2	0	1
B. Litorânea	9	7	1	1
Centro Sul	11	4	4	3
Médio Paraíba	12	10	1	1
Metrop. 1	12	11	0	1
Metrop. 2	7	6	1	0
Noroeste	14	10	3	1
Norte	8	6	1	1
Serrana	16	7	4	5

Fonte: informações geradas pela Equipe Técnica Programa Estadual de Controle do Tabagismo SVEA/CVPS/DIVDANT/SES-RJ.

De acordo com a figura 12, no ano de 2018, o Estado do RJ possui 63 municípios com o programa em funcionamento, 15 municípios capacitados e aptos a iniciar e 14 municípios com o Programa interrompido e/ou falta de envio de dados.

Considerando a série histórica do programa, em 2015 o Estado do RJ chegou a ter 88 municípios com programa em funcionamento, o que demonstra a vulnerabilidade do programa em relação ao risco de continuidade. Isto é causado, na maioria das vezes, por municípios que possuem apenas uma (1) unidade de saúde com o programa implantado.

A seguir são pontuados alguns desafios enfrentados e relatados pelas coordenações municipais de controle do tabagismo para expansão do programa na rede do SUS:

-Deficiência/ausência de recursos materiais: falta de espaço físico (que impede a realização dos grupos de atendimento) e de equipamentos de informática e falta de transporte (para supervisionar as unidades para manter o funcionamento e qualidade do programa);

-Rotatividade de profissionais de Saúde: é a principal dificuldade enfrentada, pois é necessário de 6 a 12 meses para a formação de profissionais para atuar no programa, considerando o tempo aguardando por capacitação, credenciamento da unidade, recebimento de insumos e período de experiência. Ou seja, quando o profissional começa a desenvolver as habilidades para a boa condução dos grupos ele é retirado do programa por motivos diversos. Ou seja, essas retiradas forçam, de certa forma, o reinício de todo o processo, invalidando as capacitações anteriores de um contingente de profissionais;

-Rotatividade de coordenadores municipais do programa: gera descontinuidade do Programa, onde, muitas vezes, um coordenador municipal experiente e com competências técnicas é substituído, por um coordenador novo sem capacitação, fato que demanda um tempo considerável para o restabelecimento das atividades do Programa no município;

-Rotinas exaustivas nas unidades e acúmulo de funções: os profissionais ficam mais resistentes a assumirem mais uma responsabilidade, ocasionando falta de comprometimento e interesse para realizar o Programa nas unidades.

-Desabastecimentos sazonais dos estoques de medicações utilizados no programa: o desabastecimento do estoque estadual dos insumos do programa afeta e compromete as rotinas operacionais das unidades de saúde dos municípios.

A seguir são pontuadas algumas recomendações da Equipe Técnica Estadual do Programa de Controle do Tabagismo para uma boa gestão Municipal do Programa de Controle de Tabagismo.

a) A estratégia de expansão do programa se dá pela implantação de forma prioritária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com o preconizado na Portaria GM/MS 571 de 05 de abril de 2013. A descentralização dos atendimentos nas UBS, além de proporcionar maior cobertura para demanda de tratamento, também facilita o acesso ao paciente a um local mais próximo a sua residência ou trabalho. Neste sentido, reduz a vulnerabilidade do Programa e o risco de descontinuidade de seu funcionamento, em relação aos municípios que possuem apenas uma ou duas unidades com oferta de tratamento;

b) A necessidade de uma política municipal de retenção dos profissionais capacitados e atuantes no Programa de tabagismo. A rotatividade de profissionais de saúde é a principal dificuldade enfrentada, pois é necessário um tempo considerável para sua formação para atuar no Programa, incluindo assim, o tempo aguardando por capacitação, credenciamento da unidade, recebimento de insumos e período de experiência. Ou seja, quando o profissional começa a desenvolver as habilidades para a boa condução dos grupos de apoio, ele é retirado do programa por motivos diversos, desaproveitando a capacitação e reiniciando todo o processo;

c) Parceria com a Assistência Farmacêutica para garantir que a medicação seja disponibilizada apenas aos pacientes cadastrados no Programa e frequentando as sessões estruturadas. A medicação é um apoio ao tratamento, principalmente no período de abstinência que pode durar até três meses. O que sustentará o paciente a parar de fumar ao longo dos anos e por décadas é ajudá-lo a reformular os seus hábitos e crenças ao redor do cigarro, que é a base do tratamento preconizado pelo MS/INCA, através das sessões estruturadas e grupos de manutenção;

d) O apoio medicamentoso tem o objetivo de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência para pacientes que necessitam, conforme o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Nicotina", e deve ser utilizado sempre em conjunto com a abordagem cognitivo-comportamental, que é o eixo principal para o sucesso do tratamento, por meio das sessões estruturadas e manutenção.

e) Atentar que a medicação deverá ser prescrita somente aos pacientes cadastrados e frequentando as sessões estruturadas e de manutenção. Os medicamentos deverão ser prescritos por médicos e enfermeiros que sejam capacitados e atuantes no programa, e somente para usuários que estejam em tratamento, conforme o modelo do PNCT preconizado pelo INCA/MS e portarias GM/MS nº571/2013 e SAS/MS nº 761 de 21 de junho de 2016. É vedada ao enfermeiro a prescrição de medicação Bupropiona 150mg.

f) O apoio de gestores às coordenações municipais de tabagismo é fundamental para a manutenção e crescimento do Programa, e principalmente, continuidade do programa;

g) o cumprimento da Portaria GM/MS nº 571/2013 do Ministério da Saúde, destacando as responsabilidades da gestão municipal, incluído as específicas da Atenção Básica e Especializada.

A Equipe Técnica Estadual do Programa de Controle do Tabagismo está disponível para outras análises conforme solicitação de gestores municipais e regionais. Assim sendo, preconizamos que contatos telefônicos e e-mail do Programa Municipal estejam sempre atualizados junto à Coordenação Estadual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção - Quadro Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL: 2006/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Convênio: Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Educação Inclui bibliografia e glossário. ISBN 978-85-240-4387-1.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepções do Estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 2ª Ed. 549 p.: il.

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Instituto de Desenvolvimento Gerencial. Anos Potenciais de Vida Perdidos/INDG. Rio de Janeiro/RJ, 2008.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2013/2022. Rio de Janeiro/RJ, 2012.

WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585eng.pdf?ua=1&ua=1>>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

Equipe Técnica do Programa Estadual de Controle de Tabagismo

Autores: Samir Feruti Sleiman, Giovanni Dimas, Márcia Imbroisi e Patrícia Campos de Mendonça.

Divisão de Agravos Não Transmissíveis
Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde
Rua México, 128 - Sala 412 – Castelo – Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.031-142
Tel.: (21) 2333-3853 / 3879