

Implantação do Tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013

Implantation of Smoking Treatment in Pernambuco from 2013

Implantación del Tratamiento de Tabaquismo en Pernambuco a partir de 2013

Letícia Mirely Andrade de Oliveira¹; Emmanuely Correia de Lemos²; Sandra Luzia Barbosa de Souza³; Maria das Graças Galvão Maciel⁴; Isabella Martins Barbosa da Silva Paes⁵; Flávia Karina Wanderley dos Reis⁶

Resumo

Introdução: O tabagismo é uma causa de morte evitável e está associado à incidência de diversos cânceres. Implantar o tratamento do tabagismo contribui para o seu controle e de suas diversas consequências. **Objetivo:** Analisar a implantação, sob a perspectiva das ações de competência da gestão estadual, da rede de tratamento do tabagismo em Pernambuco a partir da Portaria 571/2013. **Método:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem mista, com dados coletados no período de novembro a dezembro de 2016 na Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Foi composto por duas etapas: a primeira, qualitativa, em que foram analisados os documentos da gestão estadual do Programa de Controle do Tabagismo, utilizou a análise documental. A segunda, quantitativa, utilizou informações provenientes do *FormSus*. **Resultados:** A análise documental destacou 26 atividades, sendo 12 atividades referentes ao monitoramento das ações de controle do tabagismo, oito referentes à gestão do programa e seis de educação permanente. No que diz respeito à análise quantitativa, foi observada a ampliação da oferta do tratamento do tabagismo na Atenção Básica, que concentrou a maior parte dos atendimentos. **Conclusão:** A análise destaca a importância das estratégias de educação permanente, de monitoramento e de mobilização social na implantação do tratamento do tabagismo no Estado de Pernambuco após a portaria 571/2013, todas contribuindo para ampliação da oferta de tratamento do tabagismo na Atenção Básica em Saúde do Estado.

Palavras-chave: Tabagismo/prevenção & controle; Tabagismo/terapia; Hábito de Fumar; Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* leticia_mirely@hotmail.com.

²Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* emmanuelylemos@gmail.com.

³Psicóloga. Mestre em Avaliação de Saúde. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* sandra.luziaslbs@gmail.com.

⁴Nutricionista. Mestre em Avaliação de Saúde. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* mgalvaomaciel@yahoo.com.br.

⁵Nutricionista. Mestre em Saúde Pública. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* imbsp@hotmail.com.

⁶Fonoaudióloga. Especialista em Saúde Coletiva. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* flaviakwr@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Letícia Mirely Andrade de Oliveira. Rua Doutor Carlos Santana, 83 - 1º andar - Centro. Bom Jardim (PE), Brasil. CEP: 55730-000. *E-mail:* leticia_mirely@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica caracterizada pela dependência da nicotina e, por esse motivo, foi inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. De acordo com a OMS, o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Dois bilhões de pessoas em todo o mundo são fumantes e cerca de cinco milhões de pessoas morrem todos os anos em razão do uso do tabaco². Estimou-se, para o Brasil, que 156.216 mortes relacionadas ao tabagismo, para a faixa etária de indivíduos com mais de 35 anos, poderiam ter sido evitadas no ano de 2015³.

Existem evidências da relação entre o uso do tabaco e o câncer, em especial a associação entre o consumo de cigarros e o câncer de pulmão, além de outros tumores malignos⁴. No mundo, esperou-se, para o ano de 2015, que cerca de um terço dos óbitos por câncer estivesse associado ao consumo de produtos derivados do tabaco⁵.

No Brasil, em 2016, os dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), integrante do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde (MS), evidenciaram uma queda de 0,62% ao ano na frequência de fumantes no Brasil⁶. Em 2006, 16,2% da população total eram fumantes, com uma maior prevalência no sexo masculino (20,3%) em contraste com o sexo feminino (12,8%)⁷.

Analisando o cenário local, ao observar a série histórica de dez anos (2006 a 2016) do Vigitel, a cidade de Recife apresentou uma queda de 38,1% no percentual de fumantes. No entanto, mesmo diante da melhora, é preciso muitas intervenções para que os resultados continuem a progredir, uma vez que, em 2016, a prevalência de adultos fumantes em Recife era de 9,1%, apresentando uma proporção maior no sexo masculino (11,4%) quando comparado ao sexo feminino (7,2%)^{6,7}.

Considerando os malefícios relacionados ao uso de produtos derivados do tabaco (cigarros industrializados, narguilé, cachimbo etc.), os 192 Estados-Membros da OMS elaboraram o primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS), durante os anos de 1999 e 2003. O Brasil, reconhecido internacionalmente como importante liderança no controle do tabagismo, ratificou o tratado em 2005, alçando a implementação das medidas e diretrizes da CQCT ao patamar de Política de Estado e, portanto, uma obrigação legal do governo brasileiro⁸. Essa iniciativa da OMS tem como objetivo contribuir para o controle da pandemia do tabagismo no mundo,

protegendo a população mundial dos problemas de saúde pública, das violações ambientais, sociais e econômicas em consequência do consumo do tabaco, e da exposição ambiental à poluição tabagística⁹.

Na perspectiva do controle do tabagismo no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), desde 1989, desenvolve e coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), tendo como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes no país e a consequente morbimortalidade causada por doenças relacionadas ao tabaco. Para tanto, realiza ações econômicas e educativas⁸. As ações são desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada¹⁰.

Em Pernambuco, na década de 1990, foi instituído o “Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer” (PNCT/PE) que visa a controlar o tabagismo e outros fatores de risco de câncer no Estado¹¹. A atuação do PNCT-PE se dá por meio de ações direcionadas ao tratamento do tabagismo, que inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo, e terapia medicamentosa, quando se fizer necessário^{12,13}. Existem, ainda, ações de prevenção e promoção da saúde nas escolas e de mobilização social contemplando as datas alusivas ao controle do tabagismo¹¹.

Com relação ao tratamento do tabagismo, o Ministério da Saúde, por meio da portaria SAS/MS nº 442/2004, ampliou o tratamento do tabagismo para a Atenção Básica à Saúde e média complexidade, aprovando o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando o acesso ao tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e rede de atenção especializada do SUS, com o objetivo de consolidar o PNCT¹². Ainda, de acordo com as orientações da portaria¹², e com o intuito de ampliar o tratamento do tabagismo em Pernambuco, os municípios aderiram ao PNCT-PE, ao participar do curso de descentralização referente ao programa, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) com duração de três dias¹¹.

Em abril de 2013, com a publicação da portaria MS nº 571/2013¹⁴, que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde dos acometidos por doenças crônicas do SUS, houve a recomendação de que a atenção aos tabagistas passasse a ser realizada prioritariamente nos serviços de Atenção Básica à Saúde. Nessa perspectiva, o tratamento do tabagismo foi incluído no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e, assim, em 164 municípios, foi programada a oferta do tratamento. Com isso, houve o incremento na oferta do tratamento do tabagismo em todo país e também em Pernambuco, permitindo o acesso ao tratamento^{14,15}.

Considerando a grande expansão, e tendo como prioridade a oferta do tratamento do tabagismo na Atenção Básica à Saúde, tornou-se imprescindível a reorganização das ações das gestões estaduais quanto ao tratamento do tabagismo. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar a implantação, sob a perspectiva das ações de competência da gestão estadual, da rede de tratamento do tabagismo em Pernambuco, a partir da portaria 571/2013.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem mista. O estudo foi realizado na Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (GVDANT-PS), responsável pela coordenação do PNCT/PE, na SES/PE.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora principal deste estudo nos meses de novembro a dezembro de 2016. Foram coletados, em arquivos digitais da coordenação do PNCT-PE, todos os documentos produzidos entre abril de 2013 a julho de 2016¹⁶ (tais como memorandos, relatórios de gestão, atas de reuniões, atas de capacitações) e relatórios do formulário eletrônico do *FormSus* para o tabagismo (*FormSus-PNCT*), com periodicidade trimestral, que têm como objetivo subsidiar a programação de medicamentos para o tratamento do tabagismo, a fim de permitir o adequado dimensionamento e distribuição aos municípios, sendo utilizado ainda como meio de avaliar as programações e oferta do tratamento do tabagismo nos municípios.

A análise dos dados, conduzida pela pesquisadora que fez a coleta, foi realizada entre os meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017 em duas etapas: a primeira, de abordagem qualitativa, utilizou o material coletado na pesquisa documental, com o propósito de conhecer as ações desenvolvidas após a portaria nº 571/2013, produzidas pela gestão estadual do PNCT-PE e relacionadas ao trabalho da equipe técnica do programa. Após serem organizados em ordem cronológica, o conteúdo de cada documento foi sintetizado para criação de uma linha do tempo sobre os principais marcos referentes às ações estaduais para o PNCT-PE.

Na segunda etapa, de abordagem quantitativa, foram utilizados os dados secundários disponíveis nas planilhas padronizadas pelo Ministério da Saúde, provenientes do *FormSus-PNCT*¹⁷, que foram respondidos pelos responsáveis pelo programa nos municípios. Essas planilhas fornecem informações do número de equipes/unidades que realizaram o tratamento do tabagismo e o número de equipes/unidades que irão realizar o tratamento do tabagismo, assim como o número de tabagistas que foram tratados e os que irão ser tratados com uso de

medicamentos, em referência ao trimestre indicado no formulário. Ainda nesse formulário, há informações com relação ao estoque e ao consumo médio mensal de cada componente do apoio medicamentoso.

É, ainda, por meio das informações produzidas pelo *FormSus-PNCT*, que o Departamento de Assistência Farmacêutica, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, elabora as pautas trimestrais (planilhas descritivas de cada componente do apoio medicamentoso e as quantidades a serem distribuídas para os Estados e municípios) de distribuição de medicamentos por intermédio do componente estratégico da Assistência Farmacêutica¹⁴.

Assim, a partir dos dados das planilhas do ano de 2015, realizou-se uma análise estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa, visando a caracterizar o perfil da oferta de tratamento no Estado de Pernambuco, traçando um aspecto que auxiliou o direcionamento das ações nos anos seguintes. Para este estudo, foram analisadas as variáveis que correspondiam ao número de unidades/equipes que realizaram o tratamento do tabagismo e o nível de atenção do serviço que realizava oferta desse tratamento (unidades/equipes da atenção básica e da atenção especializada).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/Propege/UPE) sob o número do parecer 1.780.728 e do CAAE: 58601016.3.0000.5207, em 19 de outubro de 2016.

RESULTADOS

A implantação da rede de tratamento do tabagismo pela SES/PE priorizou três eixos de ação para implementação do PNCT a partir da portaria nº 571/2013: as ações referentes à gestão e ao monitoramento, e as de educação permanente. Foram identificadas nos documentos examinados 26 ações, sendo 12 atividades referentes ao monitoramento das ações de controle do tabagismo, oito referentes à gestão do programa e seis de educação permanente, que podem ser conferidas na linha do tempo (Figura 1).

No ano de 2013 e primeiro semestre de 2014, foram priorizadas as atividades referente à gestão do programa. A partir do segundo semestre do ano de 2014, houve, além das atividades de gestão, a incorporação das atividades relacionadas com a educação permanente e o monitoramento do programa.

No que se refere à educação permanente, foi identificado nos documentos que a SES/PE, antes da portaria, oferecia a todas 12 regionais de saúde o curso de descentralização do PNCT-PE, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde e gestores da vigilância em saúde, da Atenção Básica à Saúde e da educação para as ações de

implantação do programa. Esse curso tinha carga horária de 18 horas e ocorria durante dois dias e meio em único local procurando agregar todas as regionais.

Em 2014, considerando já as orientações da portaria, a SES/PE definiu um novo formato para essas capacitações, visto que precisava considerar, nesse momento, a capacidade operativa da equipe técnica para a operacionalização delas, além de estrutura física e material necessário para sua realização. Assim, as capacitações para o tratamento do tabagismo foram intensificadas, continuando a serem oferecidas por região de saúde, porém, com carga horária de 16 horas distribuídas em dois dias.

No ano de 2015, devido à necessidade de alcançar ainda um quantitativo expressivo de profissionais, mesmo já tendo sido realizadas capacitações nos anos anteriores,

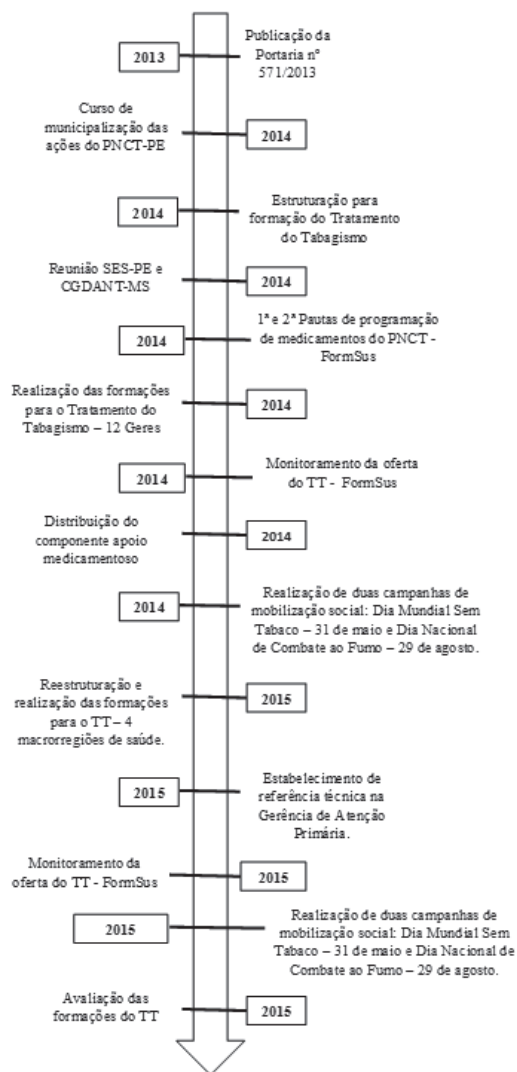


Figura 1. Linha do tempo do Programa de Controle do Tabagismo em Pernambuco a partir da publicação da portaria nº 571/2013, Pernambuco, 2016

Fonte: Elaborado pelos autores com base na análise dos documentos da gestão estadual do PNCT-PE.

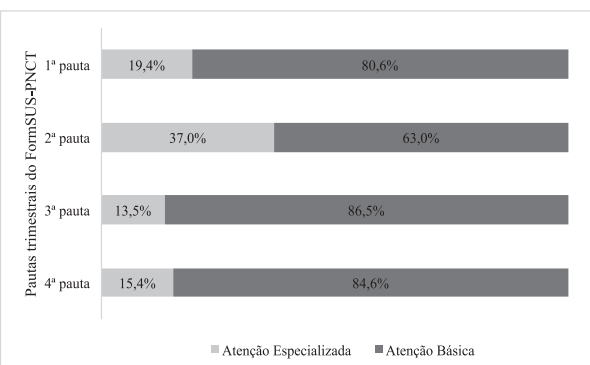


Figura 2. Proporção de tabagistas tratados no Estado de Pernambuco, segundo nível de atenção, abril de 2015 a março de 2016, Pernambuco, 2016

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas repostas do FormSus-PNCT, 2015.

a SES/PE estabeleceu a realização das capacitações para o tratamento do tabagismo por macrorregião de saúde, mantendo-se a carga horária de 16 horas.

Por fim, em 2016, a SES/PE ofereceu um novo ciclo de capacitações referente ao tratamento do tabagismo, com readequação de carga horária e, consequentemente, de conteúdo para poder atender a todas as quatro macrorregiões de saúde, cujos profissionais não participaram da formação em anos anteriores, e para os dos municípios que planejaram ampliar a oferta do tratamento do tabagismo. Estas foram realizadas em um único dia com carga horária de 8 horas.

Para avaliar essas estratégias de educação permanente, a princípio eram utilizados instrumentos de avaliação impressos. A partir de 2016, depois de reformulados, foram substituídos por um formulário eletrônico arquivado em meio digital.

Outras estratégias identificadas a partir da análise documental foram as ações de mobilização social, as campanhas e ações educativas, eixos importantes do PNCT-PE, visto que, foram desenvolvidas pela gestão estadual do PNCT-PE com o objetivo de apoiar a divulgação do tratamento do tabagismo nos municípios, além de chamar a atenção da população para o tema do tabagismo e seus malefícios. Destacaram-se, entre as ações, as datas pré-estabelecidas em alusão à prevenção e controle do tabagismo, foram elas: 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). Em todas essas, foram produzidas as publicações intitulada “Compartilhando Experiências do PNCT-PE”, como forma de registrar e compartilhar as experiências entre os municípios.

Por fim, dois instrumentos de planejamento da gestão em saúde foram importantes para estabelecer as metas e monitorar as atividades realizadas do PNCT-PE: a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório

Anual de Gestão (RAG). O RAG de 2013 revelou que, até dezembro, 26 municípios realizavam o tratamento do tabagismo. Em 2014, a meta era implantar o PNCT-PE em 40 municípios e, no entanto, foi inserido em 51 municípios. A meta foi aumentada para 101 municípios na PAS de 2015. Já o RAG de 2015 mostrou que esse objetivo foi ultrapassado, pois, até dezembro desse ano, 112 municípios tinham implantado o tratamento do tabagismo. Seguindo essa curva ascendente, o número de profissionais formados também cresceu, principalmente entre os anos de 2013 e 2014, com 145 profissionais formados em 2013 e 503 no ano de 2014, e também em 2015, ano em que foram formados 322, segundo o RAG.

Com relação ao monitoramento do PNCT-PE, foram utilizados os resultados das análises das planilhas de 2015 do *FormSus*-PNCT, no que diz respeito à caracterização do perfil de oferta do tratamento do tabagismo nesse ano. Nesse caso, observou-se um aumento da oferta de tratamento nos municípios, compreendendo tanto a Atenção Básica à Saúde quanto à atenção especializada, que foi respectivamente de 39,4%, 68,1%, 60,5% e 72,5% na primeira, segunda, terceira e quarta pautas de programação do apoio medicamentoso para o tratamento do tabagismo. No que diz respeito à ampliação da realização do tratamento do tabagismo em relação ao nível de atenção do serviço, verificou-se, nas quatro pautas, o predomínio da oferta do tratamento na Atenção Básica à Saúde em relação à atenção especializada (Figura 2).

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que para atender às recomendações de reestruturação do PNCT-PE a partir da publicação da portaria nº 571/13, a gestão estadual do PNCT na SES/PE desenvolveu ações de educação permanente, sistematicamente avaliadas e readequadas para atender, da melhor forma, ao público-alvo sem desconsiderar o contexto do PNCT-PE.

Além disso, foram estabelecidas ações de monitoramento do Programa por meio do *FormSus*-PNCT, que possibilitaram ampliar o conhecimento da gestão estadual com relação à implantação do tratamento do tabagismo nos municípios, tanto do ponto de vista da programação do apoio medicamentoso, quanto com relação ao planejamento e à realização do tratamento do tabagismo no âmbito municipal. Para fortalecer o tratamento do tabagismo nos municípios, também foram orientadas pela gestão estadual as ações de mobilização social nas datas alusivas ao controle e prevenção do tabagismo nos municípios.

Verificou-se que as capacitações passaram por adequações anuais, necessárias, considerando que a

aprendizagem no trabalho precisa ser uma via de mão dupla, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho^{18,19} e que, em um programa de cessação do uso de produtos tabagísticos, é imprescindível a atuação qualificada dos profissionais de saúde, dando o suporte necessário às pessoas no processo de cessação de fumar²⁰. Além disso, a adaptação das capacitações que têm como base as sugestões dos profissionais é fundamental, contribuindo para impactar no aumento da adesão dos profissionais e na possível melhoria na implantação do PNCT²¹.

Quanto às ações de monitoramento do PNCT-PE, que são consideradas estratégias de apoio, conferem à gestão características como responsabilização, transparência e qualidade²². Nesse sentido, a gestão estadual do PNCT-PE, definiu o *FormSus*-PNCT como o instrumento de monitoramento, a partir do qual seriam produzidas as informações relativas ao planejamento e a realização do tratamento do tabagismo, pelos municípios, no Estado de Pernambuco.

Quanto à oferta do tratamento do tabagismo em 2015, a maior parte foi realizada na Atenção Básica à Saúde, sinalizando que a mudança trazida pela portaria 571/13, a qual concentrou o desenvolvimento do tratamento do tabagismo nesse nível de atenção, possibilitou a capilaridade e o alcance de um maior número de beneficiados, aumentando a probabilidade da cessação do tabagismo²³. As ações desenvolvidas na atenção básica, nesse sentido, influenciam positivamente na mudança de hábitos por meio do conhecimento dos males provocados à saúde pelo tabagismo²⁴.

O *FormSus*-PNCT, estabelecido pelo INCA, possibilita verificar a oferta do tratamento do tabagismo em todo o Estado. No entanto, na medida em que existe uma grande potencialidade de adesão dos municípios no processo de envio das informações por ser um formulário virtual, também se verifica a existência de algumas limitações quanto à qualidade e à consistência dos dados informados²⁵. Essa constatação reforça a necessidade de buscar outros caminhos para que, na rotina da SES/PE, em especial das regionais de saúde, elas se tornem ainda mais próximas dos municípios, para minimizar essas fragilidades do instrumento, ampliando o monitoramento dos serviços oferecidos quanto ao tratamento do tabagismo, e possibilitando que os tabagistas, que desejam parar de fumar, encontrem o tratamento adequado e com qualidade.

Outro aspecto relacionado ao monitoramento e à avaliação, foi a inserção do PNCT-PE na PAS e no RAG, apontando, inclusive, superação das metas. A PAS revelou um conjunto de ações para operacionalizar o PNCT. No RAG, pode-se observar o desenvolvimento da execução das metas do PAS, subsidiando as adequações que se fizerem

necessárias para o ano seguinte, devendo este ser aprovado pelo respectivo conselho de saúde²⁶. Nesse sentido, a inserção do PNCT-PE na PAS e no RAG trouxe a possibilidade de planejamento e acompanhamento da execução das atividades, fortalecendo e qualificando o desenvolvimento das ações propostas. As práticas de controle e avaliação do PNCT são valorizadas pelo INCA, pois são essenciais para a condução do programa, principalmente no que diz respeito ao tratamento da pessoa tabagista¹⁰.

As ações de mobilização social para prevenção e controle do tabagismo, atreladas às ações anteriormente descritas, como o apoio medicamentoso e as devidas capacitações dos profissionais para a implantação do tratamento do tabagismo, contribuem para motivar os fumantes a cessar o uso do cigarro²⁷.

As limitações desse estudo foram a ausência, na época da pesquisa, de documentos da gestão que apresentassem informações completas sobre a programação do apoio medicamentoso para o tratamento do tabagismo por meio do *FormSUS*-PNCT. Também se destaca que, pelo tipo de estudo adotado, não é possível inferir causas e efeitos das estratégias estabelecidas pela gestão estadual do Programa em Pernambuco com a redução da prevalência geral de tabagistas no Estado. Ressalta-se ainda a limitação dos diferentes documentos da gestão já que, em alguns, não foi possível compreender a relação deles com os resultados alcançados pela equipe da SES/PE no concernente à implantação do PNCT-PE a partir de 2013. Por outro lado, a pesquisa contribuiu para ampliação do conhecimento da implantação do tratamento do tabagismo após a portaria nº 571/13, reforçando a importância das ações de educação permanente, de monitoramento e avaliação e de educação em saúde por meio das mobilizações sociais.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontam que, para implantação do tratamento do tabagismo em Pernambuco, após a publicação da portaria 571/2013, a gestão estadual do PNCT-PE implantou estratégias de educação permanente, de estímulo às ações de mobilização social e de monitoramento e avaliação das ações relativas ao programa, contribuindo para a ampliação da oferta do tratamento do tabagismo no Estado.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovação final da versão a ser publicada, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: volume 1 [Internet]. 10. rev. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2008 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>.
2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [Internet]. Geneva; 2015 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1
3. Pinto MB, Bardach A, Palacios A, et al. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos [Internet]. Buenos Aires: IECS; 2017 [acesso em 2015 Set 11]. Documento técnico IESC n. 21. Disponível em: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Brasília, DF; 2016.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.
6. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
7. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2017 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Convenção-Quadro para Controle do Tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2012 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee/Conven%C3%A7%C3%A3oQuadro+para+o+Controle+do+Tabaco+em+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee>.
10. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do

- tratamento do tabagismo no SUS [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
11. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer em Pernambuco: 2012. Recife: Pernambuco: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde; 2012.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 442 de 13 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS n° 1.035 de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e da média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 ago 13; Seção 1.
 13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2016. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/8201-portaria-n-761-de-21-de-junho-de-2016>.
 14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), Seção 1. (Abr 8, 2013). 2013.
 15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 1645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1. (Out 5, 2015). 2015.
 16. Secretaria Estadual De Saúde (Pernambuco). Documentos da gestão estadual do Programa de Controle do Tabagismo. 2013-2016. [Acesso em 01 nov 2016]. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folder/s/0B_1dt4rWaHtZUkhuY0g2TkdSRU0>
 17. Ministério da Saúde (BR). Nota Informativa Conjunta 001/2015, de 21 de dezembro de 2015 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2017 Set 15]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/78aff7004c1cf147ae49af59c9e404d4/nota-informativa-conjunta-n0012015-adesao-a-rede-de-tratamento-do-tabagismo-no-sus.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=78aff7004c1cf147ae49af59c9e404d4>
 18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
 19. Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão Pública em Saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
 20. Rassool GK, Rawaf S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. Nurse Educ Today. 2008;28(3):284-2.
 21. Bittencourt L, Cruz RC, Scarinci IC. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014;23(4):645-54.
 22. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, Cesse EAP, Samico IC. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(5):1201-216.
 23. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno de Atenção Básica, 40).
 24. Dias HL. Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na Atenção Básica [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.
 25. Vasconcellos-Guedes L, Guedes LFA. E-Surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. In: X SemeAd. Anais do X; 2007 Ago 9-10; São Paulo: USP; 2007.
 26. Cardoso AJC. Planejamento em Saúde. Tempus (Brasília). 2014;8(1):133-40.
 27. Darolt SD. Efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em um Município da Região Sul de Santa Catarina [trabalho de conclusão de curso]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2012.

Abstract

Introduction: Tobacco use is a preventable cause of death and is associated to the incidence of many types of cancer. Implementing treatment for tobacco use contributes to the control of it and many of its consequences. **Objective:** To analyze the implementation, under the perspective of actions of state management scope, of the tobacco use treatment network in Pernambuco since the Decree 571/2013. **Method:** Cross-sectional, descriptive, mixed method research, with data collected from November to December 2016 in the Office for Non-Communicable Diseases and Health Promotion of the State of Pernambuco Health Secretariat. It was performed in two phases: the first was qualitative, in which documents of the state management of the Tobacco Control Program were analyzed, and used documental analysis. The second, quantitative, used information from *FormSus*. **Results:** Documental analysis highlighted 26 activities, 12 of which referred to the monitoring of tobacco control actions, eight referred to the program management and six of permanent education. Regarding quantitative analysis, we observed the expansion of the offering of tobacco use treatment in Primary Care, which concentrated most of the patient care. **Conclusion:** The analysis highlights the importance of permanent education strategies, monitoring and social mobilization in the implementation of tobacco use treatment in the State of Pernambuco after the Decree 571/2013, all of which contributed to the expansion of the offering of tobacco use treatment in the state's Primary Health Care.

Key words: Tobacco Use Disorder/prevention & control; Tabagismo/therapy; Smoking; Health Services; Health Management.

Resumen

Introducción: El tabaquismo es una causa de muerte evitable y está asociado a la incidencia de diversos cánceres. Implantar el tratamiento del tabaquismo contribuye a su control y sus diversas consecuencias. **Objetivo:** Analizar la implantación, bajo la perspectiva de las acciones de competencia de la gestión estadual, de la red de tratamiento del tabaquismo en Pernambuco a partir de la norma 571/2013. **Método:** Estudio transversal, descriptivo, de enfoque mixto, con datos recolectados en el período de noviembre a diciembre de 2016 en la Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, de la Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Se compuso de dos etapas: la primera, cualitativa, en la que se analizaron los documentos de la gestión estadual del Programa de Control del Tabaquismo, utilizó el análisis documental. La segunda, cuantitativa, utilizó información proveniente de *FormSus*. **Resultados:** El análisis documental destacó 26 actividades, siendo 12 actividades referentes al acompañamiento de las acciones de control del tabaquismo, ocho referentes a la gestión del programa y seis de educación permanente. En lo que se refiere al análisis cuantitativo, se observó la ampliación de la oferta del tratamiento del tabaquismo en la Atenção Básica à Saúde que concentró la mayor parte de las atenciones. **Conclusión:** El análisis destaca la importancia de las estrategias de educación permanente, de monitoreo y de movilización social en la implantación del tratamiento del tabaquismo en el Estado de Pernambuco posterior a la ley 571/2013, ambas contribuyendo a la ampliación de la oferta de tratamiento del tabaquismo en la Atenção Básica em Saúde del Estado.

Palabras clave: Tabaquismo/prevenção & control; Tabaquismo/terapia; Hábito de Fumar; Serviços de Salud; Gestão en Salud.