

Unidade 5

Operacionalização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Autora: Adriana Elias

Operacionalização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Apresentação

Nesta unidade vamos conversar sobre como o seu município pode aderir ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e disponibilizar Tratamento para Cessação do Tabagismo na rede municipal de saúde.

O objetivo é conhecermos o fluxo de informação para monitorar quadrimestralmente a evolução quantitativa e qualitativa do PNCT, tendo como instrumentos os formulários de coletas de informações e planilhas gerenciais de controle.

As coordenações municipais do PNCT terão acesso a informações úteis e relevantes em forma de tabelas e gráficos com resultados obtidos quanto à evolução do programa nos períodos (quadrimestrais e anuais), viabilizando a produção de informes e boletins epidemiológicos.

5.1 Adesão dos municípios ao PNCT

A atenção à pessoa tabagista deve acontecer preferencialmente na Atenção Básica, devido ao alto grau de descentralização e capilaridade desse nível de atenção. Porém, outras unidades de saúde como CAPS, Policlínicas, Ambulatórios, dentre outros, podem aderir ao PNCT.

As unidades de saúde escolhidas pelo gestor municipal para atendimento ao tabagista devem incluir o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, para iniciar as atividades, os profissionais das equipes de saúde precisam ser capacitados.

5.2 Cronograma para envio de informações:

O preenchimento das planilhas com as informações quadrimestrais das ações de atenção à pessoa tabagista deve respeitar o seguinte fluxo:

Figura 9. Fluxo Oficial de envio dos Relatórios Quadrimestrais do PNCT.



Fonte: Brasil (2018)

Unidade 5

Veja abaixo o cronograma para cada quadrimestre:

QUADRIMESTRES	PRAZO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO ONLINE
1º Quadrimestre: 01 de Janeiro à 30 de Abril	De 01 a 31 de Maio
2º Quadrimestre: 01 de Maio à 31 de Agosto	De 01 a 30 de Setembro
3º Quadrimestre: 01 de Setembro à 31 de Dezembro	De 01 a 31 de Janeiro

5.3 Formulários de coletas de informações

5.3.1 Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo – UNIDADE DE SAÚDE (PI Unidade)

Esta planilha tem o objetivo de controlar e consolidar os atendimentos realizados nas Unidades de Saúde que realizaram tratamento para cessação do tabagismo na rede do SUS.

As unidades podem usar o modelo manual ou eletrônico, destacados abaixo:

- Modelo Manual (Impresso): Padrão monocromático (preto/branco) para facilitar a impressão para atender unidades de saúde que não possuem computador.

- Modelo Eletrônico: permite maior controle e histórico dos períodos (quadrimestres), além do consolidado (somatório) automático e um resumo gerencial (relatório de todos os períodos, indicadores do tratamento e com 8 gráficos gerados automaticamente e alimentados mediante o preenchimento dos quadrimestres com análises pré-definidas (figura 10).

Cabe à Coordenação Municipal do Programa definir o modelo adotado para a coleta de informações de acordo com a realidade do seu município, com as possibilidades de utilização das versões manual (impressa), eletrônica (arquivo em excel) ou ambas conforme o perfil da Unidade de Saúde.

A PI Unidade (figura 10) deve ser preenchida pelos profissionais das Unidades de Saúde que realizam atendimento aos tabagistas. As informações são indispensáveis para o preenchimento da PI Municipal (figuras 11 e 12), e consequentemente o FormSUS (figura 13).

Unidade 5

Figura 10. Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo – UNIDADE DE SAÚDE - (PI Unidade)

Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT - INCA/MS										Nome completo do Município:							
Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo (Unidade)										Responsável(s):	Tipo da Unidade						
US atenderá no próximo quadrimestre?		Não					Nº estimado de novos pacientes para o próximo quadrimestre (Setembro a Dezembro)?										
Nome do Estabelecimento de Saúde:		Nº de pacientes que buscaram* Tratamento (por faixa etária e sexo)					Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que participaram de sessões de manutenção	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo.	Total de medicação utilizada pelos pacientes em tratamento:				
CNES		Total	Por Sexo		Por Idade								Adesivo 21 mg	Adesivo 14 mg	Adesivo 7 mg	Goma Nicotina	Bupropiona
Qual o Período / Ano de atendimento? 1 (Jan a Abr) 2 (Mai a Ago) 3 (Set a Dez)			M	F	< 18	< 60	>= 60										
1 (Janeiro a Abril) - 2019		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nome Completo do Paciente (NÃO UTILIZAR ABREVIATURAS)	Sexo (M ou F)	Idade	Escore no teste de Fagerström	Data da primeira sessão estruturada	Situação do paciente nas sessões estruturadas: 0 = Não compareceu; 1 = Compareceu fumando; 2 = Compareceu sem fumar (abstinente); 3 = Em manutenção (Paciente que já frequentou as sessões estruturadas no período anterior).				O paciente participou de quantas sessões de manutenção?	Paciente usou algum medicamento? 0 - Não 1 - Sim	Medicamentos utilizados pelo paciente para tratamento do tabagismo, conforme Portaria SAS/MS nº571/2013 e GM/MS nº 761/16 <u>Atenção: Informar quantitativo em unidades</u> 1 cx de Adesivos (21/14/7mg) = 7 unidades 1 cx de Bupropiona/Goma = 60/30 unidades						
					Sessão Estruturada												
					1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão									

5.3.2 Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo Municipal (PI Municipal)

Esta planilha tem o objetivo de controlar e consolidar os atendimentos realizados nas Unidades de Saúde que realizaram tratamento para cessação do tabagismo no município. Quem preenche a PI Municipal é o coordenador municipal do programa, a partir das informações enviadas pelas unidades de saúde.

Cada linha da planilha deve conter as informações consolidadas de uma Unidade de Saúde, então, cinco Unidades = cinco linhas preenchidas.

A PI municipal está apresentada nas figuras 11 e 12. A figura 11 mostra a estrutura geral da planilha e a figura 12 desmembra os **bloco 1, 2 e 3** para facilitar a visualização dos dados da planilha.

Ao incluir as informações de atendimentos realizados das Unidades de Saúde nas linhas da “Planilha Municipal” é realizado um somatório automático (consolidado) na linha superior de cor rosa.

Como veremos na sequência, são as informações do consolidado que deverão ser preenchidas no formulário online – FormSUS.

Unidade 5

Figura 11. Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo MUNICIPAL (PI Municipal) – Estrutura.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA- INCA/MS
COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV
DIVISÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO E OUTROS FATORES DE RISCO

INFORMAÇÕES DAS UNIDADES							INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTOS											ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS P/ O PROXIMO QUADRIMESTRE		INDICADORES DE ATENDIMENTO					
Ano	Período de atendimento	Município	CNES do estabelecimento	Nome do Estabelecimento (utilizar o nome cadastrado no CNES)	Tipo da Unidade que ofertou tratamento (Marcar um "X" em Atenção Básica, CAPS ou Especializada)			Unidade realizou atendimento no período atual? (Set-Dez/2017) (Sim ou Não)	Nº de pacientes que buscaram tratamento por Sexo e Faixa Etária (Pacientes que realizaram alguma ação no programa, podendo ser: Avaliação Clínica, Sessão Estruturada e/ou Grupo de Manutenção)						Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que participaram de sessões de manutenção	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	US atenderá no próximo quadrimestre? (Mai-Ago/2018) (Sim ou Não)	Estimativa de atendimentos para o próximo quadrimestre (Mai-Ago/2018)	Adesão ao Tratamento (%)	Pacientes Abstinentes (Sem Fumar) (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)
					AB	CAPS	AE		Total	M	F	< 18	< 60	>= 60											
2018	Q3 - (Set/Dez)	Nome do Município	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
2018	Q3 - (Set/Dez)	Nome do Município		Nome Completo da Unidade de Saúde				Não												Não	0	-	-	-	
2018	Q3 - (Set/Dez)							Não												Não	0	-	-	-	
2018	Q3 - (Set/Dez)							Não												Não	0	-	-	-	

Bloco 1

Bloco 2

Bloco 3

Unidade 5

Figura 12. Blocos 1, 2 e 3 da PI Municipal.

Bloco 1

INFORMAÇÕES DAS UNIDADES								
Ano	Período de atendimento	Município	CNES do estabelecimento	Nome do Estabelecimento (utilizar o nome cadastrado no CNES)	Tipo da Unidade que ofertou tratamento (Marcar um "X" em Atenção Básica, CAPS ou Especializada)			
					AB	CAPS	AE	
2018	Q3 - (Set/Dez)	Nome do Município	0	1	0	0	0	
2018	Q3 - (Set/Dez)	Nome do Município	Nome Completo da Unidade de Saúde					
2018	Q3 - (Set/Dez)							
2018	Q3 - (Set/Dez)							

Bloco 2

INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTOS												
Unidade realizou atendimento no período atual? (Set-Dez/2017) (Sim ou Não)	Nº de pacientes que buscaram tratamento por Sexo e Faixa Etária (Pacientes que realizaram alguma ação no programa, podendo ser: Avaliação Clínica, Sessão Estruturada e/ou Grupo de Manutenção)						Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que participaram de sessões de manutenção	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo
	Total	M	F	< 18	< 60	>= 60						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não												
Não												

Bloco 3

ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS P/ O PROXIMO QUADRIMESTRE		INDICADORES DE ATENDIMENTO		
US atenderá no próximo trimestre? (Mai-Ago/2018) (Sim ou Não)	Estimativa de atendimentos para o próximo trimestre (Mai-Ago/2018)	Adesão ao Tratamento (%)	Pacientes Abstinentes (Sem Fumar) (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)
0	0	-	-	-
Não	0	-	-	-
Não	0	-	-	-

5.3.3 Formulário de coleta de informações municipais - (FormSUS)

Com base nas informações coletadas na Planilha Municipal (PI Municipal), o coordenador municipal do PNCT deverá preencher também FormSUS, que é um formulário online, acessado através de link disponibilizado quadrimestralmente pelo INCA/MS, conforme datas estabelecidas no cronograma do programa (item 5.2).

O que deve ser informado no FormSUS é o consolidado quadrimestral do município, ou seja, apenas o somatório dos atendimentos de todas as unidades de saúde e as estimativas de atendimentos para o próximo quadrimestre.

A figura 13 mostra a visualização geral do formulário FormSUS.

Figura 13. Formulário de coleta de informações municipais - (FormSUS).

FormSUS
versão 1.0

Atendimentos e Estimativas - 2019 (Municipal) Formulário Imprimir Formulário

INCA - MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA
COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV
DIVISÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO E OUTROS FATORES DE RISCO
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - PNCT
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO SUS

FORMULÁRIO ONLINE - VÁLIDO PARA AS INFORMAÇÕES DE 2019
RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DO PROGRAMA DE TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO SUS
CONFORME MODELO PRECONIZADO NO PNCT - INCA/MS E SEGUNDO AS PORTARIAS SAS/MS Nº571/13 E GM/MS Nº761/16 VIGENTES.

Este formulário se destina à:

Municípios com o Programa de Controle de Tabagismo implantado: que possuem profissional responsável pelo Programa de Controle do Tabagismo no município e Equipe(s) Capacitada(s) na(s) Unidade(s) de Saúde, conforme o modelo preconizado pelo PNCT - INCA/MS.

CRONOGRAMA DE ENVIO MUNICIPAL:

Prazo de Envio de 01/05/2019 até 31/05/2019:
Atendimentos realizados - Q1/19 (01 de Janeiro à 30 de Abril de 2019) | Estimativas de Atendimentos - Q3/19 (Setembro a dezembro)

Prazo de Envio de 01/09/2019 até 30/09/2019:
Atendimentos realizados - Q2/19 (01 de Maio à 31 de Agosto de 2019) | Estimativas de Atendimentos - Q1/20 (Janeiro a Abril)

Prazo de Envio de 01/01/2020 até 31/01/2020:
Atendimentos realizados - Q3/19 (01 de Setembro à 31 de Dezembro de 2019) | Estimativas de Atendimentos - Q2/20 (Maio a Agosto)

ESTRUTURA DO FORMULÁRIO:

PARTE I - INFORMAÇÕES DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO TRATAMENTO (QUADRIMESTRE ANTERIOR)
PARTE II - INFORMAÇÕES DE ATENDIMENTOS REALIZADOS (QUADRIMESTRE ANTERIOR)
PARTE III - ESTIMATIVAS DE ATENDIMENTOS (PRÓXIMO QUADRIMESTRE)
ANEXO - PLANILHA MUNICIPAL COM ATENDIMENTOS CONSOLIDADOS DAS UNIDADES DE SAÚDE

Prezado Coordenador Municipal:

a) As informações dos atendimentos realizados devem ser enviados pelas unidades de saúde capacitadas e com oferta de tratamento para cessação do tabagismo no SUS à coordenação municipal (conforme modelo de planilha da unidade disponibilizado) até 15 dias após o término do quadrimestre.

b) O que deve ser informado neste formulário é o consolidado quadrimestral do seu município, ou seja, apenas o somatório dos atendimentos de todas as unidades de saúde e as estimativas de atendimentos para o próximo quadrimestre.

c) Passo-a-passo dos campos do Formulário Municipal do Programa:

- 1) Selecionar o período, estado, município e região;
- 2) Escolher a situação do município em relação ao quadrimestre anterior:
- Programa em funcionamento: Houve atendimento na(s) Unidade(s) de Saúde => Preencher os dados dos pacientes que participaram do tratamento por sexo e faixa etária, dos atendimentos realizados no quadrimestre anterior e estimativas para o próximo quadrimestre.
- Programa (re)iniciando: Não houve atendimento no quadrimestre anterior, mas atenderá no próximo => Preencher as estimativas para o próximo quadrimestre.
- 3) Ao final do formulário:
- Se estas informações se referem ao atendimento realizado no município de apenas 1 (uma) unidade de saúde, basta informar o seu nome completo e CNES.
- Caso os atendimentos realizados e estimativas correspondam a 2 (duas) ou mais Unidades de Saúde no Município, anexar esta planilha "Relatório Municipal de Atendimentos realizados nas Unidades de Saúde do SUS".

Obs: O modelo de planilha do tratamento adotado para unidades de saúde e coordenações municipais, juntamente com as informações para o preenchimento deste formulário, foram disponibilizados pelo INCA/MS para as coordenações estaduais por e-mail. Entre em contato com a Coordenação de Controle de Tabagismo do seu Estado para demais orientações.

ATENÇÃO: Em caso de preenchimento incorreto, o formulário deve ser enviado novamente. Nesse caso, será considerado válido o formulário enviado com data/hora mais atualizada até o término de prazo.

Mensagens enviadas pelo link "em caso de dúvidas relativas a este formulário" no início/fim da página NÃO SERÃO RESPONDIDAS. Em caso de dúvidas, entre em contato diretamente com a Coordenação Estadual/Regional.

*** Preenchimento Obrigatório**
Atenção: nos campos marcados com "Visível ao público" não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

1) Coordenador Municipal, escolha o Período de Tratamento (Quadrimestre) abaixo: *

1º Quadrimestre: 01 de Janeiro à 30 de Abril (Prazo de Envio até 31/05)

2) Estado: *

3) Qual a situação do município em relação ao quadrimestre selecionado? *

☐ Programa em funcionamento: Houve atendimento na(s) Unidade(s) de Saúde.
☐ Programa (re)iniciando: Não houve atendimento no quadrimestre selecionado, mas já possui equipe(s) capacitada(s) na(s) unidade(s) e atenderá no próximo.

2*) Estas informações acima se referem ao atendimento a) ou estimativa de: *

☐ Apenas 1 Unidade de Saúde (informar o Nome Completo, CNES e Tipo de Unidade abaixo)
☐ 2 ou mais Unidades de Saúde (anexar a Planilha Municipal de Atendimentos detalhada por Unidade abaixo)

Dados Institucionais

31) Coordenador do Programa Municipal de Controle de Tabagismo: *

32) Conselho de Classe e Nº de Registro do Coordenador Municipal de Controle de Tabagismo: *

33) E-mail do Programa Municipal de Controle de Tabagismo: *

34) Celular do Coordenador Municipal de Controle de Tabagismo: *

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Página 1 de 1

Orientação para preenchimento do formulário FormSUS

Na primeira parte do formulário deverão ser preenchidas as informações de identificação do município. No **item 5**, o coordenador do programa municipal terá duas opções de seleção: uma para os casos de municípios que não realizaram atendimentos no quadrimestre encerrado e outra para aqueles que estão com o programa em andamento (figura 14).

Caso o programa esteja em funcionamento o formulário habilitará as perguntas de **6 a 21**, referentes aos atendimentos realizados no quadrimestre encerrado.

As perguntas da parte I do questionário (**perguntas de 6 a 11**), tratam dos pacientes que procuraram as unidades de saúde para realização do tratamento. Estas informações são oriundas da Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal, nas colunas J-O (de cor verde) (figura 12).

A parte II do questionário (**perguntas de 12 a 21**), solicita informações sobre os atendimentos realizados no quadrimestre encerrado. Estas informações também deverão ser coletadas na Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal, nas colunas F-U (de cor verde) (figura 12).

As **perguntas 22 e 23** devem ser respondidas com as informações contidas na Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal, nas colunas laranjas (figura 12).

As partes I e II do FormSUS estão demonstradas na figura 15.

No caso dos municípios onde o PNCT está sendo reiniciado, o coordenador do programa não precisará responder as questões das partes 1 e 2, já sendo direcionado diretamente para a parte 3 do formulário, na **pergunta 24**, onde deverá informar as estimativas de atendimento para o próximo quadrimestre.

Figura 14. Preenchimento da parte inicial do formulário FormSUS.

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

1) Coordenador Municipal, escolha o Périodo do Tratamento (Quadrimestre) abaixo: *

☒ 1º Quadrimestre: 01 de Janeiro à 30 de Abril (Prazo de Envio até 31/05)

2) Estado: *

Santa Catarina ▼

3) Região de Saúde Estadual: *

▼

4) Município: *

▼

Informar o seu estado,
região estadual de
saúde e município

5) Qual a situação do município em relação ao quadrimestre selecionado? *

☐ Programa em funcionamento: Houve atendimento na(s) Unidade(s) de Saúde.

☒ Programa (re)iniciando: Não houve atendimento no quadrimestre selecionado, mas já possui equipe(s) capacitada(s) na(s) unidade(s) e atenderá no próximo.

Selecionar uma das opções, informando se o município está com o programa em andamento ou se reiniciará no próximo quadrimestre.

Figura 15. Partes 1 e 2 do formulário FormSUS.

SMS - Parte I - Informações dos Pacientes que buscaram Tratamento (no quadrimestre selecionado)

Quantitativo de pacientes que realizaram alguma ação no programa no quadrimestre (podendo ser Avaliação Clínica, Sessão Estruturada e/ou Grupo de Manutenção). Estas informações consolidadas das Unidades de Saúde estão disponíveis nas colunas J-O (de cor verde) na "Planilha Municipal do Tratamento". Conforme o preenchimento dos dados de atendimentos das unidades, é realizado um somatório automático (na linha 10 - superior de cor rosa). Mais detalhes sobre a gestão do programa se encontram em "Informações Gerais" na "Planilha Municipal do Tratamento".

6) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento no total? *

7) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento do Sexo Masculino? *

8) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento do Sexo Feminino? *

9) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade menor de 18 anos? *

10) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade entre 18 a 59 anos? *

11) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade maior ou igual a 60 anos? *

Preencher com as informações das colunas de "J" a "O" da PI municipal

SMS - Parte II - Informações de Atendimentos Realizados (no quadrimestre selecionado)

Estas informações consolidadas das Unidades de Saúde estão disponíveis nas colunas F-U (de cor verde) na "Planilha Municipal do Tratamento". Conforme o preenchimento dos dados de atendimentos das unidades, é realizado um somatório automático (na linha 10 - superior de cor rosa). Mais detalhes sobre a gestão do programa se encontram em "Informações Gerais" na "Planilha Municipal do Tratamento".

12) Qual o nº de unidades de saúde que realizaram tratamento no quadrimestre? *

13) Do total de unidades que ofertaram tratamento, quantas são da Atenção Básica? *

14) Do total de unidades que ofertaram tratamento, quantas são CAPS? *

15) Do total de unidades que ofertaram tratamento, quantas são da Atenção Especializada? *

16) Qual o nº de pacientes atendidos na 1ª Avaliação Clínica? *

17) Qual o nº de pacientes que participaram da 1ª Sessão Estruturada? *

18) Qual o nº de pacientes que participaram da 4ª Sessão Estruturada? *

19) Qual o nº de pacientes sem fumar na 4ª Sessão Estruturada? *

20) Qual o nº de pacientes que participaram de Sessões de Manutenção? *

21) Qual o nº de pacientes que usaram algum medicamento para o tratamento do tabagismo? *

Preencher com as informações das colunas de "F" a "U" da PI municipal

Unidade 5

O preenchimento continua no **item 24**, onde o profissional também encontrará duas opções de seleção. A primeira indica que o município tem apenas uma Unidade de Saúde habilitada para atendimento aos tabagistas. Nesse caso, serão solicitados:

- Nome completo da unidade de saúde,
- CNES da unidade de saúde e tipo da unidade (abre janela para seleção - Atenção Básica, CAPS ou Especializada).

No **item 30**, o coordenador do PNCT deve deixar comentário sobre as experiências obtidas no período anterior, atual e expectativas para o próximo período (figura 15).

Caso o profissional selecione o item “2 ou mais Unidades de Saúde”, as **perguntas 25, 26 e 27** não são habilitadas e coordenador deve anexar obrigatoriamente a Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal.

ATENÇÃO: Em caso de preenchimento incorreto, o formulário deve ser enviado novamente. Neste caso, será considerado válido o formulário enviado com data/hora mais atualizada até o término de prazo.

Os itens **31 - 34** incluem os dados institucionais: nome do responsável pelas informações prestadas pelo programa municipal, conselho de classe, e-mail do programa e contato telefônico (figura 16).

Ao clicar em **Gravar**, as informações são enviadas ao Estado e INCA/MS automaticamente. Logo em seguida é informado um protocolo, que é o comprovante de envio das informações no município.

Este protocolo pode ser anotado, porém é mais conveniente salvar uma cópia em PDF de todas as informações enviadas, incluindo data/hora e também o protocolo de envio.

Figura 16. .

24) Estas informações acima se referem ao atendimento e/ou estimativa de: *

☒ Apenas 1 Unidade de Saúde (informar o Nome Completo, CNES e Tipo da Unidade abaixo)

☐ 2 ou mais Unidades de Saúde (anexar a Planilha Municipal de Atendimento detalhada por Unidade abaixo)

25) Nome Completo da Unidade de Saúde: *

26) CNES da Unidade de Saúde: *

27) Tipo da Unidade: *

28) Anexo - Planilha da Unidade de Saúde com os Atendimentos Realizados no Período:
Atenção: Obrigatório somente para as Unidades de Saúde do Distrito Federal. Envio opcional para os demais Municípios que possuem apenas 1 Unidade de Saúde que tenha realizado atendimento no período.

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado

30) Observações para a Coordenação Estadual: *

Deixe um comentário sobre as experiências obtidas no período anterior, atual e expectativas para o próximo período. E, por ventura, destacar necessidades do município para uma supervisão mais assertiva.

Preencher o nome e CNES da unidade de saúde.

Selecionar uma das opções: Atenção Básica, CAPS e especializada

Obrigatório apenas para as unidades do DF. Para as demais, o anexo é opcional.

Inserir um comentário sobre experiências anteriores e expectativas para o próximo período

Figura 17. Preenchimento dos dados institucionais.

Dados Institucionais

31) Coordenador do Programa Municipal de Controle de Tabagismo: *


32) Conselho de Classe e Nº de Registro do Coordenador Municipal de Controle de Tabagismo: *

33) E-mail do Programa Municipal de Controle de Tabagismo: *

34) Celular do Coordenador Municipal de Controle do Tabagismo: *

Preencher com os dados do responsável pelo preenchimento do formulário

Clique no botão gravar

 **Gravar**

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

CONCLUSÃO

Em resumo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo busca dois grandes objetivos:

- Prevenir a iniciação do consumo de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes;
- Estimular a cessação de fumar entre os que já se tornaram dependentes do tabaco.

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando cessação e prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente (FIORE et al., 2008, BRASIL, 2001).

O correto preenchimento dos instrumentos utilizados para repasse dos dados necessários para programação e distribuição dos medicamentos do Tabagismo é essencial para evitar desabastecimentos e, também, para promover o uso racional destes, assim como informações epidemiológicas.

Esperamos que o curso permita que os profissionais de saúde possam oferecer uma abordagem eficaz, sobretudo humana e acolhedora àqueles que buscam apoio das equipes de Atenção Básica para o tratamento do tabagismo.

Caso você tenha dúvidas sobre o preenchimento das planilhas e do formulário do PNCT, entre em contato com o setor responsável pelo programa no seu estado. Caso você seja um profissional de saúde que atua em Santa Catarina, entre em contato com:

Adriana Elias

tabagismodive@saude.sc.gov.br
48 3664-7455

Coordenação Estadual do Programa de Controle do Tabagismo
Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT
GEVRA/DIVE/SUV/SES

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV. **Manual Instrutivo para Monitoramento Municipal das Ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Versão 1.2. Rio de Janeiro: INCA/MS, 2018. Link:

FIORE, M. C. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence**: 2008 Update. Rockville (md): Department Of Health And Human Services, 2008. 257 p.