



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Ações para diminuir o uso de tabaco na comunidade

Autor: Erick Barbosa Reszka

Orientadora: Dra. Renata Junqueira Mosterio

Botucatu

Outubro/2014

"Não podemos resolver problemas usando
o mesmo padrão de pensamento
que tivemos para criá-los."

Albert Einstein

Sumário

1	Introdução	04
2	Objetivos	07
	2.1 <i>Objetivo geral</i>	07
	2.2 <i>Objetivos específicos</i>	07
3	Metodologia	08
	3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	08
	3.2 Cenário da intervenção.....	08
	3.3 Estratégias e ações	08
	3.4. Avaliação e Monitoramento.....	10
4	Cronograma.....	12
5	Resultados esperados.....	13
10	Referências bibliográficas	14
10	Anexo	16
	10.1 Teste de Fagerström	16
	10.2 Ficha de Identificação e Fatores de Risco.....	17
	10.2 Planilha de tabagistas da unidade	18
	10.3 Planilha alunos	18
	10.4 Termo de Consentimento Livre Esclarecido	19

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) intervenções para o controle do tabagismo são o segundo mais efetivo modo de gastar fundos para melhorias de saúde depois da vacinação infantil.

O tabaco é a maior causa única de morte evitável no mundo atual e um dos fatores mais decisivos da Carga Global de Doenças Mundiais. Como efeitos crônicos em indivíduos fumantes e não fumantes, mas expostos ao tabaco, tem-se que a mortalidade atribuível ao tabaco ultrapassa o acumulado de doenças como HIV/AIDS, malária e tuberculose combinados. Para 2030 se acredita que haverá oito milhões de óbitos ao ano e sem medidas efetivas para contenção do tabagismo a expectativa é de um bilhão de óbitos nesse século. (WHO,2008).

No Brasil, em 2005, o uso de tabaco durante a vida chegou a 44% e a presença de dependência a 10,1% da população brasileira (CARLINI e col, 2005). Esse dado demonstra um aumento da prevalência em relação a 2001 que, pelo levantamento familiar, era de 41,1%; mesmo assim ainda menores que as de uso durante a vida nos EUA (67,3%) e Chile (72,0%), mas ainda com taxas semelhantes de dependência (CARLINI, 2002). A OMS estima que 90% dos casos de tabagismo se iniciem em jovens. Situação complicadora e alertada por Galduróz (2005), o qual apurou que, entre os menores de idade, 62% afirmaram que a idade nunca os impediu da compra de cigarros. Apesar disso, segundo dados do INPAD (2012) a prevalência da dependência tem diminuído. Há três décadas 35% da população brasileira era tabagista e atualmente essa porcentagem cai para 10,1%. Consistentemente, entre 2006 e 2012 a redução em adultos foi de 19% e entre adolescentes de 45%. Em estudo realizado em 16 capitais brasileiras (CORREA et al. 2003) foi apontado que das 177.543 mortes de pessoas maiores de 35 anos de idade, 24.222 (13,6%) foram atribuíveis ao tabagismo, sendo 18,1% em homens e 8,7% em mulheres. Ou seja, o tabagismo causou uma em cada cinco mortes entre homens e um uma em dez nas mulheres em 2003.

Como bem lembrado pela WHO (2008) o tabaco é a única substância de venda livre capaz de causar dano a qualquer um exposta a ela, além de matar metade dos que a usam. Historicamente, registra MUSK et al (2003), o tabaco era usado para fins ritualísticos e no século XVI chegou a ser considerado terapêutico, como glamorização do uso de 1920 a 1960 e finalmente na década de 80 se comprovou o nexos com câncer; há 20 anos iniciaram-se então as medidas de combate. Curiosamente, a epidemia do tabaco, embora já abrandada, teve maiores efeitos e persistência em países mais pobres. O INCA (2007) denuncia que a cada dia, 100.000 jovens começam a fumar e 80% deles vivem em países pobres. No Brasil, por serem dependentes da nicotina, muitos chefes de família comprometem sua renda familiar com a compra de cigarros, somando-se ainda os prejuízos pelas doenças relacionadas ao tabagismo que geram perda de produtividade e exclusão do mercado de trabalho. Assim, se estabelece um círculo vicioso entre tabaco e pobreza. Outro fato alarmante já apontado no relatório europeu da WHO (2013) é de que há sérias diferenças de agravo a saúde que precisam ser reduzidas entre as

classes sociais. Nesse sentido INPAD (2012) aponta que o tabagismo nas classes mais pobres C, D e E é o dobro das classes B e A. Justamente maior naquelas que são mais afetadas pelo círculo de pobreza.

Medidas de combate recomendadas pelo custo efetividade pela WHO (2013) são: permanente aumento de preço; banimento da publicidade em tabaco; restrições ao fumo em locais de trabalho e públicos; campanhas de contra propaganda e educativas, melhoria das advertências nas embalagens; e aumento no acesso a terapias de cessamento do tabagismo. Apesar disso, as medidas de enfrentamento têm sido parcialmente implantadas.

No Brasil, o primeiro combate ao tabagismo veio da proposta antifumo da Associação Médica Brasileira e da Universidade São Paulo que fomentou o governo a criar em 1988, no mesmo ano de criação do SUS, o Programa Nacional de Combate ao Fumo, que previa as seguintes ações: educativas junto a profissionais de saúde; educativa aos grupos de risco e à população geral; legislativa e na esfera econômica; médico-sociais; e de pesquisa e informação (Romero 2011). Aponta o mesmo autor que as medidas foram atingidas em 1996 com a criação de ambientes livre de tabaco, mas a tributação ainda não alcançou os 80%, de modo que os cigarros brasileiros ainda continuam entre os mais baratos mundialmente e são facilmente acessíveis aos jovens e à população de baixa renda, justamente a mais vulnerável aos malefícios do tabaco.

No processo de combate ao tabagismo, se alcançaram mais avanços. No Decreto Federal nº 8262/14 publicado no Dia contra o Tabagismo se consolidou nacionalmente a Lei Antifumo Lei 12.546/2011 que impõe restrições sobre a propaganda, comercialização e consumo (Brasil, 2014).

Segundo o IBGE (2010) o município de Botucatu, no qual se baseia este projeto de intervenção, conta com população de 127.328 habitantes. Assim, podemos estimar cerca de 12.860 dependentes de tabaco. A cidade até então conta apenas com o centro de saúde escola e o CAPS 1 que alicerçam o tratamento com as terapias de substituição de nicotina. Estas não estão disponíveis nas demais unidades de saúde para distribuição; também não se fornece as medicações Vareniclina nem Bupropiona, que, segundo REICHERT et al (2008) são medicações de comprovada eficiência na cessação tabágica apresentando taxa de abandono do uso de tabaco 3.1 vezes maior quando comparado ao uso de placebo. A região carece até mesmo de intervenções não medicamentosas como a simples abordagem recomendada em JCS (2010) dos 5 "A" (Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange), medida que consiste de em breves três minutos em se questionar o uso de tabaco, aconselhar a interrupção, avaliar a motivação, auxiliar na parada e garantir seguimento de recaídas. Não existe também tratamento multidisciplinar por terapias psicoterápicas como a Terapia Cognitiva Comportamental.

Já indica o INPAD (2012) que 73% dos fumantes tentariam cessar se houvesse tratamento gratuito disponibilizado. Apesar disso, o mesmo estudo aponta que entre os ex-fumantes, apenas 2,6% recebeu qualquer tratamento para cessação do fumo e entre os tabagistas 7,3%. Não surpreendentemente, entre os tipos de ajudas recebidas para parar de fumar, os médicos aparecem apenas em 31,7%, sendo de membro da família 53,9%. Há de se desconfiar que, apesar de

todos os custos e malefícios à saúde, a prática de investigação, orientação e tratamento parece não estar sendo realizada com a mesma prioridade como são as campanhas de prevenção de DST pela distribuição de preservativos e de hipertensão com a contemplação da distribuição gratuita de medicações até mesmo nas farmácias populares.

Esse projeto de intervenção se destina, portanto, a traçar estratégias que possam ser implementadas para suplementar as carências do controle tabágico no município de Botucatu, São Paulo. Tem como finalidade reduzir o consumo de tabaco e, assim, também evitar e reverter os malefícios que por ele são causados na saúde, economia e desenvolvimento social.

Implica-se, desse modo, o tabagismo como importante fator de risco a saúde e urge a necessidade de se conhecer e implementar pela Unidade Básica de Saúde medidas para diminuir o uso de tabaco na comunidade. Impacto que pode ser alcançado pelo diálogo com a equipe de saúde interior e exterior a unidade; pela adoção do questionamento regular do uso de tabaco nos pacientes que usam os serviços de saúde; pelo esclarecimento dos malefícios do tabaco a esses usuários; pela educação em saúde nas escolas com finalidades a evitar o início do uso por adolescentes; pela ampliação e regularidade na oferta de tratamentos medicamentosos e psicoterápicos; pelo alerta aos demais atores dos setores econômicos e legais da sua corresponsabilidade para que não seja mais omissa a causa com tamanho impacto social, econômico e biológico.

1.1. Objetivo geral

Consolidar as medidas de controle ao tabagismo no município de Botucatu, São Paulo.

1.2. Objetivos específicos

- Conscientizar os atores sociais da relevância dos danos causados pelo tabaco e da necessidade de se ampliar as medidas de combate ao fumo;
- Abordar estratégias baseadas em evidências capazes de diminuir o consumo de tabaco e seus malefícios derivados;
- Realizar atividades educativas nas reuniões da equipe de saúde sobre o tabagismo;
- Enfatizar a necessidade de toda a equipe de trabalho da ESF em reconhecer e abordar os fumantes a cessar o tabagismo;
- Discutir com a equipe e, participativamente, desenvolver uma estratégia conjunta de enfrentamento ao tabagismo;
- Expandir as ações educativas e de orientação a outros atores como professores de educação de jovens nas escolas e reuniões na unidade, a fim de evitar início do uso de tabaco entre adolescentes;
- Adequar a oferta de tratamento gratuito e público de controle de tabaco nas unidades de saúde;
- Reduzir o consumo de tabaco;
- Amortizar o impacto das doenças derivadas do tabagismo ativo e passivo;
- Minorar os prejuízos derivados do tabagismo socialmente, biologicamente e economicamente;

3. Metodologia

1.3. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A comunidade de habitantes do município de Botucatu, São Paulo que conta com, segundo senso do IBGE (2010), de uma população de 127.328 habitantes. Estima-se, portanto, cerca de 12.860 dependentes de tabaco.

Pretende-se envolver, como público alvo, todos os pacientes e estudantes maiores de 10 anos, de ambos sexos. Priorizar-se-á os usuários de serviços municipais públicos e escolas públicas. Serão considerados tabagistas os que preencherem os critérios para dependência ao tabaco pelo CID-10.

1.4. Cenário da intervenção

Realizar-se-á no município de Botucatu, polo Oeste do estado de São Paulo, cujo sistema de saúde conta, conforme SIAB (2014), com atenção primária através de 19 unidades de saúde em sua quase totalidade na Estratégia de Saúde da Família. E nos demais níveis se tem o Hospital Estadual e o Hospital Universitário da Unesp.

Propõe-se realizar a intervenção inicialmente na Unidade de Saúde da Família dos Comerciantes para que possa servir de piloto para as demais unidades do município. Essa ESF, pelos dados do SIAB 2008, serve a 487 famílias, com 1337 membros, em sete microáreas.

1.5. Estratégias e ações

Pretende-se realizar um estudo de intervenção com a abordagem baseada em evidências ao tabagismo de modo sistemático assim como acontece com outras doenças como hipertensão ou diabetes. Realizando-se por etapas conforme sugerido por "A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update" (2008) e REICHERT et al (2008).

Etapa 1: Sensibilizar a equipe da relevância do tabaco e a capacitar da medidas contra o tabagismo. A sensibilização será feita pelo autor do trabalho nos horários preconizados para reuniões semanais da equipe nas quais já se expõem temas variados de educação em saúde. Será abordado o tema da dependência tabágica como uma doença crônica e o seu tratamento que pode ser realizado pela terapia de substituição de nicotina, uso de bupropiona ou vareniclina, além de psicoterapia individual ou por grupos de apoio. O tratamento do tabagismo, apesar de não ter tido a mesma atenção, é mais custo efetivo que abordagem e tratamento de hipertensão e prevenção de colo de útero conforme Mirra et al. (2011 apud A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008). Como medidas antitabagismo se propõe expor nas reuniões e consultas os malefícios causados pelo cigarro, a necessidade de entender e abordar como doença crônica, os benefícios de saúde, financeiros e sociais de se tratar e diminuir a dependência tabágica.

Etapa 2: Implementação de medidas antitabaco nas consultas de enfermagem, odontólogos e médicos. Espera-se que toda a equipe de saúde seja capaz de reconhecer os pacientes tabagistas, assim como sabem quem são os hipertensos e diabéticos. Uma vez reconhecidos, que possam os recomendar a cessação ao tabaco e conforme comum acordo com o paciente sugerir agendamento para que participe do grupo antitabagismo ou agendar consulta médica para tratamento. Essa abordagem se faz desde o acolhimento através do questionamento sistemático breve de menos de 3 minutos sobre uso tabaco, quantidade de uso e desejo de parar de fumar. No grupo e nas consultas médicas se fará anamnese direcionada de motivações, tentativas anteriores, comorbidades, motivo de insucesso e aplicação do teste de Fagerström para avaliar a dependência à nicotina. O registro dessas informações será consolidado no impresso de fatores de risco, disponível nos prontuários na sua última folha (anexo 1).

Etapa 3: Criação de um cadastro dos fumantes da UBS por um auxiliar de enfermagem que, dentro do fluxo de funcionamento da UBS, realiza a pós consulta para registros de dados de seguimento de HAS e DM no formulário hiperdia. O cadastro dos fumantes será realizado em uma planilha de excel e conterá as seguintes informações: nome, idade, quantidade e tipo de tabaco, tempo de uso, tentativas anteriores de parada, data da primeira abordagem pela intervenção, data proposta de parada, abandono do grupo ou consultas, pontuação de Fargestrom e telefone, conforme exposto na planilha do anexo 3.

Etapa 4: Aconselhamento simples aos fumantes atendidos do risco do tabagismo feitos pelo médico, agente de saúde, dentista, enfermeiro e odontólogo: recomendar a cessação do tabagismo e sugerir que estabeleçam uma data para cessar o tabagismo; oferecer a participação em grupos motivacionais de suporte comportamental intensivo de profissionais da saúde treinados ao abandono do tabagismo e, como suporte a tentativa de parada, oferecer as terapias de reposição de nicotina, vareniclina ou bupropiona; (Stead et al., 2013). O desenvolvimento de grupos antitabagismo se dará de modo contínuo e semanal em meia manhã alternadamente por médicos, enfermeiros, equipe NASF de psicólogo, nutricionista e educador físico. As medicações não estão disponíveis na unidade, mas ao se criar um grupo de tabagismo multiprofissional se pode receber parte do estoque de adesivo de nicotina e bupropiona que o NASF usa, de modo semelhante como acontece na distribuição ao centro de saúde escola. Uma vez consolidado o grupo, pretende-se enviar a proposta de inclusão da UBS como polo de atendimento ao tabagista a fim de recebimento do material de apoio e medicamentos disponíveis para esse fim na rede SUS. A vareniclina não é fornecida pelo Ministério da Saúde como estratégia de combate ao tabagismo e só seria usada nos casos de falha a terapêutica regular, contra-indicações como anorexia ou epilepsia ou por decisão conjunta com o paciente de a adquirir com seus recursos na farmácia particular. Caso indicada e o paciente não se disponibilize a comprar, pode-se tentar o fornecimento pela Secretaria de Saúde do Município.

Etapa 5: Será realizado contato pelo auxiliar de enfermagem, já designado no fluxo da UBS para follow up de outras notificações (como exames alterados), presencial ou telefônico em 48h da data que o paciente optou pela cessação ao tabagismo para reavaliação terapêutica e prevenção de recaídas. O contato também é retomado nos grupos de tabagismo semanais e em reavaliação com 3 meses pelo médico em consulta, por telefone ou nos grupos.

Etapa 6: Dialogo com outras unidades de saúde através das reuniões mensais já existente de médicos e enfermeiros do município afim de incentivar as medidas antitabagismo nessas unidades através da descrição de experiências de como se deu a implantação do programa na unidade ESF Comercíarios. Implementação de ações educativas na Escola dos Comercíarios localizada ao lado da UBS através de aulas expositivas e sessões de perguntas e respostas realizadas mensalmente em um hora tanto pelo medico quanto pela equipe de enfermagem e eventualmente com psicólogo, nutricionista e educador físico do NASF. Essa escola já conta com bom relacionamento com a unidade de saúde com parcerias anteriores em campanhas de vacinação e disposta a ações educativas. Será aplicado inquérito da prevalência do fumo entre os estudantes durante a ação educativa pelos profissionais da UBS através do anexo 4.

Etapa 7: Avaliação dos resultados. Será realizadas a análises da prevalência de fumo entre alunos maiores de 10 anos na Escola Comercíarios no momento da primeira aula de ação educativa e após 3 meses dessa; analise da pontuação na escala de Fargestrom inicial e após 3 meses entre os pacientes atendidos nas consultas medicas e inscritos no grupo de tabagistas atendidos na unidade de saúde (pelo contato telefônico, consultas médicas ou durante os grupos); avaliação do alinhamento da implementação das etapas do projeto ao cronograma proposto.

3.4. Avaliação e Monitoramento

Análise dos resultados do projeto de intervenção será feita pelo autor através da medida da prevalência do fumo inicial e após 3 meses do primeiro contato e da variação da pontuação no teste de Fagerström para a dependência à nicotina entre os fumantes identificados através da planilha dos fumantes (anexo 3), assim também se fará com na planilha de fumantes na escola (anexo 4). O medico verificará e atualizará as planilhas por consulta ou contato telefônico após 3 meses do primeiro registro do fumante. Esse registro será feito na planilha impressa e após digitada e analisada no programa Microsoft Excel e Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 11). Os participantes serão informados da proposta do estudo pelo projeto de intervenção e se oferecerá o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo 5), uma permanecendo com o participante do estudo, aos menores de 10 anos será solicitado assinatura do responsável legal. No Caso de não aceitação do TCLE não serão incluídos seus dados para avaliação, mas se manterá disponível a participação e o tratamento com as medida de intervenção antitabagismo caso deseje.

Por fim, será confrontado o alinhamento do desenvolvimento do projeto aos objetivos e etapas propostas nos períodos previstos no cronograma. Avaliação de quantas unidades do município iniciaram alguma medida antifumo e quantas

conseguiram criar grupos e receber as medicações antitabagismo conforme dados da participação e distribuição realizados pelo NASF.

4. Cronograma

Cronograma de atividades	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
Elaboração e aprovação do Projeto	x	x				
Estudo da Literatura	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados		x	x	x	x	
Apresentação e discussão do tema nas equipes de saúde		x	x			
Desenvolver estratégia conjunta de enfrentamento		x	x	x		
Desenvolver capacitações e medidas de controle nas unidades		x	x	x		
Expandir as ações educativas nas escolas		x	x	x		
Revisão de resultados parciais e aprimorar estratégias			x	x		
Discussão e Análise dos resultados					x	
Revisão final e digitação					x	
Entrega do trabalho final						x
Socialização do trabalho						x

5. Resultados esperados

Espera-se através da consolidação das medidas antitabágicas no PSF dos Comerciários se tenha a redução do uso de tabaco em 3 meses. Tanto em número de pessoas em abstinência tabágica, quanto na quantidade de uso do tabaco nos não abstinentes. E, conforme bem estabelecido dos benefícios da cessação tabagística, espera-se que, em longo prazo, possa haver minoração das doenças atribuídas ao tabagismo conforme aponta metanálise de Stead et al (2013). Sabe-se que o breve aconselhamento sistemático nas consultas é capaz de manter abstinente em 12 meses, dentro do intervalo de confiança, 1 em cada 50 a 120 abordados e se combinado com abordagem intensiva o NNT se situa entre 35 a 80 pacientes. E, no longo prazo de 20 anos, reduzir complicações coronárias fatais em 13% e mortes por câncer de pulmão em 11%.

Acredita-se, portanto que, a abordagem com identificação e abordagem sistemática dos tabagista já terá importante efeito inicial de reduzir a prevalência do uso de tabaco, com ainda maior taxas de abstinência quando indicado ao uso de medicações.

Adicionalmente, tem-se a expectativa de que, pelas ações educativas com jovens nas escolas e na comunidade e educativo-terapêuticas nas unidades de saúde a prevalência de jovens tabagistas se reduza. Impacto que pode minorar os danos a saúde da população e sejam reduzidos os gastos públicos advindos do uso do tabaco e se possa contribuir ao desenvolvimento biológico e social. (WHO, 2013).

Referências

1. WHO - World Health Organization. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Report. Geneva; 2013
2. WHO - World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008.
3. Carlini E, Galduróz J, Noto A. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. 1st ed. Brasília, DF: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
4. Carlini E. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. 1st ed. São Paulo, Brasil: CEBRID; 2002.
5. Galduróz J. V Levantamento domiciliar nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. 1st ed. São Paulo (SP): CEBRID; 2005.
6. INPAD - Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012 [relatório na internet]. São Paulo; 2012 [acesso em 12 out 2014]. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/resultados/tabaco/resultados-preliminares/>
7. Jatene F, Cutait R, Nobre M, Bernardo W. Projeto diretrizes. 1st ed. Brasília, DF: Associação Médica Brasileira; 2005.
8. Corrêa P, Barreto S, Passos V. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. BMC Public Health [Internet]. 2009 [cited 12 October 2014];9(1):206. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-206>
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010
10. Musk A, De Klerk N. History of tobacco and health. Respirology. 2003;8(3):286--290.
11. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: um grave problema de saúde pública. [relatório na internet]. Rio de Janeiro; 2007 [acesso em 12 out 2014]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf

12. Romero L, Costa e Silva V. 23 anos de Controle do Tabaco no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2011 [cited 12 October 2014];57(3):305-314. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/03_artigo_23_Anos_controle_tabaco_brasil_atualidade_programa_nacional_combate_fumo_1988.pdf
13. Brasil. Decreto Federal nº 8262/14, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Diário Oficial da União. 02 jun 2014, p. 1.
14. Gigliotti A, Figueiredo V, Madruga C, Marques A, Pinsky I, Caetano R et al. How smokers may react to cigarette taxes and price increases in Brazil: data from a national survey. BMC public health. 2014;14(1):327.
15. Reichert J, Araújo A, Gonçalves C, Godoy I, Chatkin J, Sales M et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. J bras pneumol. 2008;34(10):845-880.
16. JCS Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation (JCS 2010). Circ J. 2012;76(4):1024-1043.
17. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. American Journal of Preventive Medicine. 2008;35(2):158-176.
18. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;.

Anexos

Anexo 1

TESTE DE FAGERSTRÖM

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

() mais de 60 min _____ 0

() entre 31 e 60 min _____ 1

() entre 6 e 30 min _____ 2

() menos de 6 min _____ 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

() não _____ 0

() sim _____ 1

3-O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

() não _____ 0

() sim _____ 1

4-Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

() não _____ 0

() sim _____ 1

5-Você fuma mesmo quando acamado por doença?

() não _____ 0

() sim _____ 1

6-Quantos cigarros você fuma por dia?

() menos de 11 _____ 0

() de 11 a 20 _____ 1

() de 21 a 30 _____ 2

() mais de 30 _____ 3

TOTAL DE PONTOS - ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

0-2 PONTOS - MUITO BAIXO

3-4 PONTOS - BAIXO

5 PONTOS - MÉDIO

6-7 PONTOS - ELEVADO

8 -10 PONTOS - MUITO ELEVADO

Anexo 2

Ficha de Identificação e Fatores de Risco

Nome:

Matricula:

Fatores de Risco início/carga	HAS Etilismo Tabagismo	DM Drogadição	Obesidade Outros
Deficiência/crônicos			
Alergia, efeito adverso de um fármaco			
Cirurgias			
Alteração da dinâmica familiar, social ou laboral			
Problemas agudos Recorrências			

Data							
PA							
Peso/Estatura							
CoT/HDL							
Gli/A1C							
Trig							
TSH							
Cr/U							

Anexo 3

Planilha de tabagistas da unidade

Nome	Matricula	Idade	Tipo fumo e Quantidade diária	Tempo de exposição	Tentativas anteriores de parada Sim/Não	Data da primeira abordagem pela intervenção	Data da proposta de parada	Abandono do Grupo ou consultas Sim/Não	Fagerström Inicial/apos 3 meses	Telefone

Anexo 4

Planilha alunos

data

Nome	Idade	Fumo e Quantidade/ Pontuação Fargestrom	Tempo de exposição	Após 3 meses	Telefone

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Compromisso do voluntário

Eu, _____, com idade de _____ anos, portador do CPF ou RG _____, telefone _____, declaro que fui informado dos procedimentos do estudo do projeto de intervenção “Ações para diminuir o uso de tabaco na comunidade” desenvolvido pelo médico Erick Barbosa Reszka e que se destina a consolidar as medidas de controle ao tabagismo no município de Botucatu, São Paulo. Além de criar ações educativas, estabelecer a prevalência de fumo na Escola Comercíarios e instituir práticas de detecção e tratamento ao tabagismo por meio de grupo de tabagistas, uso de medicações e aconselhamento antifumo.

Declaro que minha participação é voluntária, sem penalidades caso não decida participar ou desistir da participação a qualquer momento. Estou ciente que, pela participação, não me serão cobradas despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento ou ajudas de custo.

Fui informado que se sentir desconfortável posso não responder qualquer pergunta ou adotar qualquer medida e até abandonar a participação.

Botucatu, __ de _____ de _____.

Assinatura e nome do participante ou responsável legal, _____

Compromisso do pesquisador

Eu, Erick Barbosa Reszka, CRMSP 140.240, forneci os esclarecimentos ao voluntário assinado acima afim de que esse, através do esclarecimento dos processos do projeto, bem como riscos, benefícios e obrigações, preservar sua autonomia e de maneira livre e esclarecida decidir pela sua participação no estudo.

Botucatu, __ de _____ de _____.

Erick Barbosa Reszka, CRMSP 140.240, _____

Para informações contatar: Erick Barbosa Reszka. Email ericktraba@gmail.com Tel. 14 3811 3140 Rua Pedro Colino, 07, Bairro Comercíarios. Botucatu-SP



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde