

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MELINA DA COSTA NICOLAZI

**COMBATE AO TABAGISMO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA CAPITAL DO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MELINA DA COSTA NICOLAZI

**COMBATE AO TABAGISMO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA CAPITAL DO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não transmissíveis, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Miriam Lopes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **COMBATE AO TABAGISMO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA CAPITAL DO ESTADO DE SANTA CATARINA** de autoria da aluna **MELINA DA COSTA NICOLAZI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não transmissíveis.

Profa. MSc. Miriam Lopes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
4 MÉTODO.....	17
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO A	27
APÊNDICE A.....	32
APÊNDICE B.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Cronograma da segunda etapa do projeto.....	21
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados referentes aos participantes do tratamento do fumante.....	22
---	-----------

RESUMO

O presente trabalho objetiva relatar a experiência de intervenção no combate ao tabagismo na Atenção Básica de Saúde, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis/SC, através do Grupo de Tratamento do Fumante e consultas individuais do Enfermeiro e propõe implementar um questionário de acompanhamento dos usuários tabagistas e ex-tabagistas cadastrados no serviço, para ser aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde durante suas visitas domiciliares, com a finalidade de que o acesso às informações pela Equipe de Saúde da Família sobre o hábito de fumar dos usuários possibilite maior conhecimento e intervenção da Equipe sobre esta situação. Foi compreendido que é fundamental o Enfermeiro trabalhar com este tema nas Unidades Básicas de Saúde, e combater ativamente o tabagismo, que se tornou um problema de Saúde Pública.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; tabagismo; Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

1 INTRODUÇÃO

O uso do tabaco continua a aumentar globalmente, em virtude do crescimento do consumo em países em desenvolvimento, apesar de todo conhecimento científico sobre o tabagismo como fator de risco de doenças crônicas não transmissíveis e sobre a sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina (CAVALCANTE, 2005).

Reconhecido como uma doença, o tabagismo insere-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e é considerado o mais importante fator de risco para cerca de 50 doenças, dentre elas o câncer, as cardiovasculares e doenças pulmonares. Os não fumantes também são acometidos por este problema, pois se expõem à fumaça de produtos do tabaco (tabagismo passivo) e correm o risco de desenvolver todos os agravos citados anteriormente (WHO, 2009 *apud* SANTÂNGELO, 2010).

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam (BRASIL, 2013).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, se as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, sendo metade das mortes em indivíduos em idade produtiva (WHO, 2003 *apud* BRASIL, 2013).

O tabagismo é a causa mais comum de morte evitável e é fator de risco para as quatro principais causas de morte em todo o mundo, entre elas, doença cardíaca e pulmonar obstrutiva crônica, câncer e acidente vascular cerebral (ALMEIDA; MUSSI, 2006).

O Brasil é o segundo maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador de tabaco em folhas, e no sul do Brasil, a cultura do fumo (fumicultura) envolve cerca de 200 mil famílias, em mais de 682 municípios, e grande parte são agricultores familiares que possuem no fumo a principal fonte de renda. A região sul concentra mais de 96% da produção nacional, sendo que o Rio Grande do Sul é o maior produtor (51%), seguido por Santa Catarina (34%) e Paraná (15%) (DESER, 2009 *apud* SANTÂNGELO, 2010). Conseqüentemente é na região Sul que se encontram os percentuais de fumantes mais elevados, 19% (BRASIL, 2009).

O cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo e ainda morrem no Brasil cerca de 200.000 pessoas por ano, possivelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco. O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no país, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres (BRASIL, 2003d *apud* CAVALCANTE, 2005).

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), mais especificamente o tópico de Pesquisa especial sobre tabagismo (2008), 24,6 milhões de pessoas fumam e a prevalência de fumantes era de 17,2% da população de 15 anos ou mais. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas de fumantes do que as mulheres, entretanto, nos últimos anos, o percentual de mulheres fumantes tem aumentado, assim como, o uso de tabaco nas faixas etárias mais jovens. A faixa etária com maior prevalência de fumantes no país é dos 25 aos 64 anos. Segundo o nível de instrução, expresso em termos de ano de estudo, as proporções mais expressivas de fumantes estavam entre as pessoas sem instrução ou com menos de 1 ano de estudo (25,7%). Cerca de 8% dos gastos com internação e quimioterapia no Sistema Único de Saúde são atribuídos a doenças relacionadas ao consumo do tabaco (Brasil, Ministério da Saúde, 2011). Em uma outra vertente, temos que os custos das doenças relacionadas ao tabaco para o setor da saúde foram de R\$ 20,68 bilhões em 2011, representando cerca de 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. Isto demonstra a magnitude da carga do tabagismo no que se refere à mortalidade, morbidade e impacto econômico em nosso país (PINTO; PICHON et al., 2011).

Entretanto, o Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, como por exemplo, a proibição da propaganda, que está em vigor desde dezembro de 2000 e a Lei 9.294/96 que proíbe fumar em ambientes públicos fechados (CAVALCANTE, 2005).

O INCA, desde 1989, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, e como objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, especialmente, entre os jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo. Para alcançar estes objetivos o PNCT adotou como uma de suas estratégias, a descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de Saúde (CAVALCANTE, 2005).

Recentemente, o tratamento do fumante foi inserido na rede do SUS, e em 2004 foi aprovado o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Esse plano contempla, dentre outras coisas, a inclusão da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso (reposição da nicotina e bupropiona) na rede de atenção básica e de média complexidade do SUS (BRASIL, 2004d *apud* CAVALCANTE, 2005).

Portanto, observo a magnitude e a importância de combater o tabagismo, seja para prevenir o aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis, como também, para minimizar a piora de agravos já existentes relacionados ao tabaco, sem contar na melhora da qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias ao passo que se tornam ex-fumantes. Também considero primordial trabalhar esta temática com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por estes estarem em contato direto com a comunidade, podendo incentivar os tabagistas na decisão de parar de fumar e trazê-los para dentro da Unidade de Saúde para efetivamente realizarem um tratamento.

Sendo assim, neste trabalho, pretendo relatar a experiência de uma intervenção no combate ao tabagismo implementado em uma Unidade Básica de Saúde em Florianópolis/SC e fornecer subsídios para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com os fumantes, aumentando sua atuação nesta problemática. Pois, considero que o acesso às informações pela Equipe de Saúde da Família sobre o hábito de fumar dos usuários possibilita maior conhecimento e intervenção da Equipe sobre esta situação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência de intervenção no combate ao tabagismo na Atenção Básica de Saúde, em uma Unidade Básica de Saúde no município de Florianópolis/SC e propor a implementação de um questionário de acompanhamento dos usuários tabagistas e ex-tabagistas cadastrados no serviço, a fim de ser aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde durante suas visitas domiciliares.

2.2 Objetivos Específicos

- Na primeira etapa do projeto:
 - Relatar a experiência da intervenção no combate ao tabagismo na Atenção Básica de Saúde, em uma Unidade Básica de Saúde no município de Florianópolis/SC por meio da implementação do programa para tratamento de fumantes;
- Na segunda etapa do projeto:
 - Propor a implementação de um questionário de acompanhamento dos usuários tabagistas e ex-tabagistas cadastrados no serviço, construído pela respectiva autora deste projeto, profissional do próprio serviço, a fim de ser aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde durante suas visitas domiciliares;
 - Verificar a aplicabilidade desse questionário por meio de uma avaliação da equipe de saúde da Unidade quanto ao número de questões, conteúdo, tempo médio de aplicação e informações pertinentes ao acompanhamento dos tabagistas e ex-tabagistas;
 - Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde na aplicação do questionário proposto;
 - Monitorar e apoiar os Agentes Comunitários de Saúde na sua aplicação dos questionários aos usuários tabagistas do serviço após as visitas domiciliares;

- Avaliar a eficácia da intervenção realizada com o grupo de tabagistas por meio da construção de um banco de dados com as informações deste questionário em planilha *Excel* do *Microsoft*®.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tabaco tem origem americana e os espanhóis ao chegarem à América observaram o uso do fumo de rolo, e o hábito de fumar e mascar a planta invadiu todos os continentes, antes do final do século XVII, ou seja, este costume se disseminou rapidamente pela humanidade (SILVA; MOLINARI, 2003 *apud* DINIZ et al., 2010).

O tabaco é adquirido a partir de duas espécies vegetais, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana glauca*, originárias dos Andes peruanos e equatorianos (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

No tabaco são encontrados 4.720 (quatro mil setecentos e vinte) componentes e muitas vezes são adicionadas substâncias como agentes umectantes, flavorizantes e aglutinantes para melhorar suas características (OGA, 2003 *apud* DINIZ et al., 2010).

Segundo Goodman, Limbird e Hardman (2005) os componentes do cigarro que mais trazem riscos à saúde são o monóxido de carbono (elemento da fase gasosa), a nicotina e o alcatrão (substâncias das partículas da fumaça) (DINIZ et al., 2010).

A droga psicoativa que mais causa dependência é a nicotina contida (ROSEMBERG, 2004 *apud* DINIZ et al., 2010). Para Planeta e Cruz (2005), a dependência da nicotina apresenta um processo farmacológico semelhante a substâncias psicoativas como a cocaína, os opióides e o etanol (DINIZ et al., 2010).

A nicotina afeta o sistema cardiovascular, provocando vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Assim que o tabaco é fumado, a nicotina leva apenas aproximadamente sete segundos para atingir o cérebro, por este motivo, o tabagista sente muito rapidamente o prazer provocado pelo fumo (MARQUES et al., 2001 *apud* DINIZ et al., 2010).

A nicotina induz tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito) e dependência, como também traz sensações de prazer e recompensa. É estimulante do sistema nervoso central, aumenta o estado de alerta e reduz o apetite. Uma diminuição de 50% no consumo de nicotina pode gerar sintomas de abstinência nos dependentes, tais como: ansiedade, irritabilidade, alterações no sono, aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro. Estudos epidemiológicos mostram que mais de 70% dos tabagistas querem parar de fumar, contudo menos de 10% atingem este objetivo sozinhos (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Três tendências são identificadas no cenário epidemiológico do tabagismo: pauperização, feminização e juvenilização (BORGES; BARBOSA, 2009).

A literatura científica aponta várias evidências de que o tabagismo é a causa de quase 50 doenças diferentes, com destaque para as doenças cardiovasculares. A doença cardiovascular é a primeira causa de morbidade e mortalidade no Brasil (DINIZ et al., 2010).

Sendo assim, o abandono do tabagismo é o melhor e mais econômico meio de prevenção de várias doenças e precisa-se pensar em formas de melhorar a adesão dos fumantes ao abandono do cigarro (ECHER; BARRETO; MOTTA, 2007). Os profissionais de saúde têm papel fundamental nesta etapa, e precisam discutir com os tabagistas sobre as dificuldades do abandono e como enfrentá-las, preparando-os para a tentativa de parar de fumar (BRASIL, 2001).

Motivar o tabagista para que ele comece a refletir em parar de fumar é um enorme passo para que ele realmente consiga. Os profissionais de saúde devem orientar os fumantes e os familiares sobre os riscos de fumar e os benefícios com o parar, com criatividade e autonomia (ECHER; BARRETO; MOTTA, 2007).

Medidas psicossociais, não-medicamentosas, são essenciais no tratamento do fumante (SUTHERLAND et al., 2003 *apud* PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005). Como exemplo, pode-se citar o aconselhamento médico, materiais de auto-ajuda, aconselhamento telefônico e terapia comportamental, sendo que é essencial estabelecer uma relação com o usuário de empatia e livre de julgamentos (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

Desde 1989, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, desenvolve o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que envolve ações nas áreas da saúde, educação, legislação e economia (MARTINS; SEIDL, 2011).

O desenvolvimento de ações educativas tem como objetivo a disseminação do conhecimento científico sobre câncer e as possibilidades para sua prevenção que provoquem mudanças positivas de comportamento. Para o desenvolvimento dessas ações o Programa elegeu três canais comunitários: ambientes de trabalho, unidades escolares e unidades de saúde. As ações legislativas e econômicas têm o objetivo de criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução da incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo, competindo aos diferentes setores da sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação (BRASIL, 2003).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo possui quatro grandes grupos de estratégias: prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; proteger a saúde dos não

fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e criação/adoção de medidas que regulem os produtos de tabaco e sua comercialização (BRASIL, 2003).

Para atender a questão da cessação do tabagismo, incorporou-se ao PNCT o Programa Cessação de Fumar, que visa aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, atendendo a uma crescente demanda de fumantes que procuram algum tipo de apoio para esse fim. Devido à dimensão continental do Brasil e as dificuldades geradas pelas diferenças regionais, o Programa tem investido em estratégias para a descentralização das ações segundo a lógica do SUS (BRASIL, 2003).

A portaria do Ministério da Saúde n.º 1.575 (29 de agosto de 2002) consolidou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criando, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, e aprovando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Com isso, a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso do fumante, com Terapia de Reposição de Nicotina e Bupropiona, passaram a ser fornecidos gratuitamente à população brasileira (BRASIL, 2003).

De acordo com a literatura, a abordagem cognitivo-comportamental tem eficácia cientificamente comprovada para a cessação de fumar (FIORE et al, 2000 *apud* CAVALCANTE, 2005). Esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento, através de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (BRASIL, 2001).

Para enfrentar às questões relacionadas ao tabagismo, 192 Estados Membros da OMS criaram um tratado chamado de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que entrou em vigência em 2006, e tem como objetivo principal preservar as gerações presentes e futuras, das conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco (MARTINS; SEIDL, 2011).

O enfermeiro tem importante papel dentro do PNCT, pois são multiplicadores das ações de prevenção, com a responsabilidade e o dever de falar e aconselhar os usuários acerca dos malefícios do uso do tabaco. Além disso, devem desempenhar ações educativas que promovam a cessação de fumar. Sendo assim, é um espaço importante de atuação do profissional enfermeiro que, através de seus conhecimentos e habilidades, pode desenvolver diversas atividades estratégicas tanto no planejamento quanto na intervenção para o controle do tabagismo (CRUZ; GONÇALVES, 2010).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, “estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2012, p.13).

Segundo esta Política “a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012, p.19).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é trazida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

A Política Nacional de Atenção Básica fala do processo de trabalho das equipes de atenção básica, que devem “desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2012, p.41).

Como algumas atribuições comuns dos membros das Equipes de Atenção Básica, encontramos: realizar o cuidado da saúde da população adscrita; realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012, p. 43-44).

Ainda segundo a Política Nacional de Atenção Básica, dentre as atribuições do Enfermeiro, temos: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes em todas as fases do desenvolvimento humano; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2012, p. 46).

Já entre as atribuições do Agente Comunitário de Saúde, pode-se citar: acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade;

desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco (BRASIL, 2012, p. 49).

Portanto, este projeto foi desenvolvido tendo como fundamentação teórica a Política Nacional de Atenção Básica, considerando as atribuições dos membros da Equipe de Saúde da Família, em especial do Enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde, e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

4 MÉTODO

O presente estudo apresenta um relato de experiência de uma intervenção no combate ao tabagismo na Atenção Básica de Saúde desenvolvido na Unidade Local de Saúde Trindade, do município de Florianópolis/SC, por meio do Grupo de Tratamento do Fumante e consultas individuais do Enfermeiro. Na segunda etapa do projeto, pretende-se implementar um questionário de acompanhamento dos usuários tabagistas e ex-tabagistas cadastrados no serviço.

No respectivo serviço de saúde, realizei o tratamento de tabagistas no período de janeiro à setembro de 2013, por meio da abordagem cognitivo-comportamental e terapia de reposição da nicotina, de acordo com o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Esse Plano contempla, dentre outras coisas, a inclusão da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso (reposição da nicotina e bupropiona) na rede de atenção básica e de média complexidade do SUS. As intervenções foram realizadas em grupos ou consultas de enfermagem individuais, o qual constituiu-se na primeira etapa deste projeto.

O grupo de tratamento do fumante acontece uma vez por semana, às sextas-feiras no período da tarde, no auditório da Unidade de Saúde, e tem duração de 4 semanas com sessões estruturadas. Realizei o grupo conjuntamente com a farmacêutica do NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) da Unidade e contávamos com a contribuição da médica da Unidade que realizava auriculoterapia nos participantes interessados, com o objetivo de minimizar a vontade de fumar e reduzir a ansiedade.

O usuário interessado em cessar o hábito de fumar coloca seu nome e telefone em uma lista na recepção da Unidade e posteriormente entramos em contato para agendar o primeiro atendimento. Aqueles usuários que não podem participar do grupo devido à incompatibilidade de horários, realizam o tratamento por meio de consultas de enfermagem individuais, que são previamente agendadas.

Cada grupo é formado por cerca de 10 usuários. Antes do início do grupo, é agendado uma avaliação inicial individual, quando aplicamos o Questionário do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (ANEXO A) para avaliar o fumante, que contém perguntas sobre a história patológica pregressa e história tabagística do usuário e também o Teste de Fagerström. Este teste avalia o grau de dependência do cigarro do usuário em uma escala de 0 a 10, onde 0 se refere à uma dependência muito baixa e 10 à uma dependência muito elevada.

Desta forma, definimos o melhor tratamento para cada usuário, conforme o resultado do questionário.

Nestas 4 sessões estruturadas do grupo de tratamento abordamos diversos temas, como: métodos para deixar de fumar, escolher o dia D para deixar de fumar, motivação, ambivalência, benefícios sentidos ao parar de fumar, como vencer obstáculos, atividade física, como lidar com a fissura, atividades de relaxamento, benefícios a longo prazo ao deixar de fumar e como prevenir a recaída. Utilizamos também a Terapia de Reposição de Nicotina nos usuários com indicação clínica e que não possuem contra-indicações para o uso. Na Unidade de Saúde são fornecidos os adesivos de nicotina de 07, 14 e 21 mg e as pastilhas de nicotina de 04 mg.

Os materiais utilizados no grupo são: livro ata, planilha de acompanhamento, data show, notebook, vídeos motivacionais e educacionais sobre o cigarro, canetas, papel, receituário para prescrição de medicamentos, aparelho de som e CD com música relaxante, colchonetes, balões para realização de dinâmicas motivacionais e cartilhas do PNCT (deixando de fumar sem mistérios) que são entregues aos usuários em cada sessão do grupo.

Após as 4 sessões, caso o usuário pare de fumar, ele permanece no grupo de manutenção até terminar seu tratamento medicamentoso ou pelo tempo que julgue necessário, pois o grupo de manutenção acontece semanalmente e não possui prazo para seu término. Nas sessões de manutenção abordamos os temas levantados pelos usuários, que são principalmente: a prevenção da recaída, como lidar com a fissura e o desejo de fumar, como manter-se sem fumar e hábitos de vida mais saudáveis. Caso o usuário não deixe de fumar, ele pode recomeçar o grupo novamente ou realizar consultas individuais de enfermagem.

Percebi que a partir do momento que o usuário não comparece mais ao grupo de tratamento ou manutenção, perdemos o vínculo e ficamos na incerteza se ele está sem fumar ou não. Muitos usuários também não conhecem o grupo de tratamento do fumante, por não frequentarem a Unidade ou por falta de informação dos Profissionais de Saúde que os atendem. Por estes motivos, considero de extrema importância a atuação da Equipe de Saúde da Família no controle do tabagismo e na cessação do hábito de fumar, contudo é pouca a atuação do Agente Comunitário de Saúde nesta problemática. Acredito que os Agentes Comunitários de Saúde são o pilar da Atenção Básica, pois estando em contato direto com a comunidade e Unidade de Saúde, desempenham um papel de ligação entre eles. Portanto, podem monitorar os tabagistas, assim como já é realizado com outros indicadores (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, etc.), visto que o tabagismo se tornou um problema de Saúde Pública.

Na segunda etapa do projeto, com base na minha experiência em desenvolver o Grupo de Tratamento do Fumante na Unidade Local de Saúde Trindade, como também, no que foi estudado e apresentado neste trabalho, proponho a implementação de um questionário de acompanhamento dos tabagistas (APÊNDICE A) e ex-tabagistas (APÊNDICE B), para ser utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde nas suas micro-áreas de abrangência, cuja elaboração foi realizada pela respectiva autora deste projeto. Como norte para elaboração destes dois questionários, utilizei o questionário de avaliação do fumante do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (ANEXO A) que é utilizado na Unidade pelos profissionais de nível superior na primeira avaliação do fumante, como apresentado anteriormente.

De posse dos questionários, será realizada a verificação de sua aplicabilidade por meio de uma avaliação da Equipe de Saúde da Unidade (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e farmacêuticos), quanto ao número de questões, conteúdo, tempo médio de aplicação e informações pertinentes ao acompanhamento dos tabagistas e ex-tabagistas. A data será previamente agendada com a coordenadora da Unidade para que seja realizada no dia da reunião mensal da Equipe, na própria Unidade de Saúde. Os integrantes da Equipe irão aplicar o questionário um ao outro e após a revisão pelos pares, caso haja alguma sugestão, o questionário será reelaborado.

Pretendo realizar uma capacitação sobre tabagismo com os Agentes Comunitários de Saúde para apresentar os questionários, os objetivos deste trabalho e sanar todas as dúvidas, motivando e capacitando os Agentes a trabalharem com esta temática. Esta capacitação será realizada na Unidade de Saúde em data previamente agendada com os mesmos e os materiais utilizados serão: data show, notebook, materiais educativos e folders sobre tabagismo, cartilhas de tratamento do fumante do Ministério da Saúde e questionários elaborados.

Após esta capacitação, os Agentes Comunitários de Saúde podem começar a utilizar estes questionários e trazer informações para a Equipe de Saúde, como também, buscar novos usuários interessados em parar de fumar. Neste momento, será pertinente o acompanhamento e monitoramento dos ACS na aplicação dos mesmos assim que retornarem de suas atividades. Portanto, ao final do dia, realizaremos uma pequena reunião a fim de contemplar as dificuldades enfrentadas e ao final da semana, poderá ser necessário novas capacitações para o esclarecimento das dúvidas e dificuldades que surgirem nesta atividade.

Após os usuários participarem do tratamento, os Agentes continuarão os acompanhando através da ficha de acompanhamento de ex-fumantes, portanto, a equipe terá informações se os mesmos continuam sem fumar.

A avaliação da eficácia da intervenção realizada com o grupo de tabagistas, será feita por meio da construção de um banco de dados com as informações deste questionário em planilha *Excel* do *Microsoft*®.

Mediante a avaliação realizada por meio do banco de dados e das informações fornecidas pelos Agentes e, até mesmo, pela possível demanda espontânea, se necessário abriremos um novo grupo de tratamento, em dia e horário diferentes ao já realizado, para que contemple todos os usuários interessados, ou realizarei mais consultas individuais para aqueles que não podem participar do grupo.

As preocupações éticas que envolveram o desenvolvimento deste trabalho foram consideradas, tanto na abordagem aos participantes da intervenção quanto na elaboração dos questionários de acompanhamento dos tabagistas. Na elaboração dos questionários, teve-se o cuidado de ressaltar apenas informações pertinentes ao acompanhamento e tratamento dos usuários tabagistas. Destaco que, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

Desta maneira, como produto deste trabalho, obtive um recurso tecnológico – uma tecnologia de cuidado.

A seguir, encontra-se o cronograma da segunda etapa para implementação desta proposta de intervenção (Quadro 1). Ressalto que, devido à licença maternidade da autora e, consequentemente da profissional que dará seguimento ao projeto, as atividades terão início a partir do mês de agosto de 2014.

Quadro 1. Cronograma da segunda etapa do projeto. Florianópolis, SC – 2014.

Ano	2014	2014	2014	2014	2014
Período / Atividades	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Avaliação por pares do questionário	X				
Reelaboração dos questionários	X				
Capacitação dos ACS		X			
Aplicação na realidade			X	X	X
Monitoramento dos ACS			X	X	X
Criação do banco de dados			X		
Alimentação do banco com as informações			X	X	X
Avaliação da intervenção					X

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Apresento, a seguir, informações referentes aos participantes do Tratamento do Fumante (grupos e consultas individuais) realizado na Unidade Básica de Saúde Trindade no período de janeiro à setembro de 2013.

Tabela 1. Dados referentes aos participantes do tratamento do fumante. Florianópolis, SC – 2014.

Informações	n
Pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica	62
Pacientes que participaram da 1ª sessão	49
Pacientes que participaram da 4ª sessão	31
Pacientes sem fumar na 4ª sessão	26
Pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº442/04	44

(Fonte: Dados extraídos da Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Unidade de Saúde Trindade, referente ao período de janeiro a setembro de 2013).

Podemos perceber que, de acordo com a tabela 1, o número de participantes do tratamento do fumante (em grupos e consultas individuais) foi variado, uma vez que o tratamento era aberto aos usuários da área adscrita da Unidade conforme seus interesses em participar do mesmo. Dos 62 pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica, 79% (49) participaram da primeira sessão do grupo, sendo que este resultado assemelha-se aos encontrados nos estudos de Zancan e cols. (2011) com uma taxa de participação de 80,8%. Assim, considero os resultados obtidos com o tratamento do fumante muito satisfatórios, visto que dos pacientes que participaram da primeira sessão, 53,06% estavam sem fumar na 4ª sessão do tratamento.

Ainda é importante ressaltar que muitos usuários que não param de fumar, diminuem a quantidade de cigarros que fumam por dia. Este fato assemelha-se aos achados da pesquisa de Zancan e cols. (2011), onde encontraram que 17% dos pacientes reduziram a quantidade de cigarros. Quanto ao uso de medicamentos para o tratamento do fumante (terapia de reposição de nicotina e/ou bupropiona), o número de pacientes que utilizaram essa estratégia é elevado, 89,79% daqueles que participaram da 1ª sessão. Entretanto, Portes e cols. (2014) sinalizam

que apesar dos medicamentos se destacarem no tratamento do tabagismo, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância do rigor na avaliação da necessidade de sua adoção em complementação à abordagem cognitivo-comportamental.

Acredito que com a utilização dos questionários de acompanhamento pelos Agentes Comunitários de Saúde, a Equipe de Saúde da Família possa captar mais usuários que desejem parar de fumar para realizarem o tratamento, como também, monitorar os ex-tabagistas para que não haja recaídas e retornem ao hábito de fumar, além de incentivar os tabagistas a abandonarem o cigarro, através dos próprios Agentes de Saúde. Segundo Portes e cols (2014) uma das estratégias de abordar o tabagismo na APS, embora não muito frequente, é por meio das visitas domiciliares. Em seu estudo, identificaram que na sala de espera concentra-se a maior porcentagem de ações não específicas ao tratamento do fumante (66,7%), enquanto que as visitas domiciliares representam 15,4%, entretanto, não sendo considerada a menos eficiente.

Outra finalidade do uso do questionário, será para que a equipe avalie com o passar dos meses, se o tratamento do fumante está surtindo resultado, com o número de tabagistas diminuindo e o de ex-fumantes aumentando. A equipe também poderá traçar um perfil dos tabagistas da área e atuar mais profundamente com esta problemática, planejando e realizando outras intervenções, como palestras nas escolas ou espaços da comunidade, conforme a necessidade levantada. Estas abordagens também foram apontadas nos estudos de Portes e cols. (2014).

O intuito maior, além de diminuir o número de tabagistas da área de abrangência e melhorar a qualidade de vida destes, é reduzir a incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na comunidade, pois é sabido que o cigarro é um grave fator de risco das DCNT e precisa ser combatido pela Equipe de Saúde da Família. Diniz e cols. (2010) ressaltam em seu estudo que o consumo do cigarro é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo, dentre elas: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e cânceres de pulmão, traqueia e brônquio.

Acredito que atingi os objetivos propostos, que eram o relato da experiência em desenvolver o tratamento do fumante e a elaboração dos questionários de acompanhamento para serem utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Porém, ainda é necessário aplicar os questionários na realidade e avaliar o desenvolvimento e os resultados obtidos através da coleta das informações, e se for necessário, ajustar e modificar os questionários conforme a necessidade levantada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há de se considerar a escassez de trabalhos científicos que relatem a experiência da implementação de grupos de tratamento do fumante semelhantes para que possamos discutir melhor estes resultados em bases de dados públicos e no idioma português. Embora os dados tenham sido informativos, destacamos que com a realização do tratamento do fumante na Unidade de Saúde e com a cessação do hábito de fumar dos usuários, os benefícios são inúmeros, tanto na melhora da saúde e bem-estar dos indivíduos atendidos, como também de seus familiares próximos. E, por que não comentar o benefício mais global, com a redução da fumaça do cigarro e de seus resíduos no meio ambiente.

Sendo assim, o profissional Enfermeiro tem importante papel no combate ao tabagismo, e possui diversas funções e meios para atingir este objetivo, como grupos de tratamento, consultas individuais, campanhas antitabagismo na comunidade e Unidade de Saúde, palestras nas escolas e outros espaços comunitários, etc. Desta forma, é fundamental que o Enfermeiro se empodere, também, deste cuidado, tão importante e muitas vezes esquecido no dia-a-dia, talvez por ser um trabalho difícil e lento, mas que proporciona melhoras inestimáveis na qualidade de vida e na saúde dos usuários.

Encerro portanto este trabalho, compreendendo que seja fundamental trabalharmos com este tema nas Unidades Básicas de Saúde, assim como nas escolas, espaços comunitários, etc, e combater ativamente o tabagismo, tanto realizando prevenção como recuperação, através do tratamento do fumante. Sugiro às Equipes de Saúde da Família que trabalhem mais esta problemática e se empenhem no combate ao fumo, pois tem sido muito gratificante os resultados alcançados com o grupo de tratamento e as consultas individuais dos tabagistas, porque além da cessação do tabagismo, observo também que despertamos uma conscientização entre os fumantes, que passam, por sua vez, a combater o tabagismo na comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F.; MUSSI, F. C. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. Rev. Esc. Enferm. USP. 40(4): 456-463, 2006.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 71(6): 820-827, 2005.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 14(4): 1129-1139, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo no Brasil. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>>.

Acesso em 06 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo no Mundo. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>.

Acesso em 06 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: dados e números. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1856>. Acesso em 06 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo lógico e Avaliação. 2º edição. Rio de Janeiro, 2003.

- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Psiqu. Clín.* 32(5): 283-300, 2005.
- CRUZ, M. S.; GONÇALVES, M. J. F. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 56(1): 35-42; 2010.
- DINIZ, C. A. P. M. et al. Artigo: Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. 2010.
- ECHER, I. C.; BARRETO, S. S. M.; MOTTA, G. C. P. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* 28(3): 350-8; 2007.
- MARTINS, K. C.; SEIDL, E. M. F. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* Vol. 27, n. 1, pp. 55-64. Brasília, 2011.
- PINTO, M. T.; PICHON, A.; COLABORADORES. Relatório Final: carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Rio de Janeiro, 2011.
- PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* 19(2): 439-448, 2014.
- PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Rev. Psiqu. Clín.* 32(5): 267-275, 2005.
- SANTÂNGELO, C. C. F. Setor de Saúde Pública *versus* Indústria do Tabaco: confronto ideológico entre Organização Mundial da Saúde e *British American Tobacco/Souza Cruz*. VII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração, 2010.
- ZANCAN, N. et al. Intervenções psicológicas em grupos de controle de tabagismo: relato de experiência. *Revista de Psicologia da IMED,* vol.3, n.2, p. 534- 544, 2011.

ANEXO A – Questionário de avaliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO Abordagem e Tratamento do Tabagismo	
I- Identificação do Paciente	
Nome: _____	
Nº do prontuário: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
II- História Patológica Progressiva	
1. Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Você tem diabetes mellitus?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Você tem hipertensão arterial?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Você tem alergia respiratória?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Você tem alergias cutâneas?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Onde? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12e 13), fazer as perguntas sobre depressão

14. Você costuma ingerir bebidas alcóolicas com que frequência?

Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

15. Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual?

R: _____

16. Algum medicamento em uso atual?

Sim Não Qual? _____

17. Tem prótese dentária móvel?

Sim Não

Se for do sexo feminino:

18. Está grávida?

Sim Não Quantos meses: _____

19. Está amamentando?

Sim Não

a. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Sim Não Se sim, qual? _____

b. No último mês você sentiu:

b.1 Tristeza Perda de interesse e prazer Energia reduzida ou grande cansaço

b.2 Concentração e atenção reduzidas Auto-estima e auto-confiança reduzida
 Sentimento de culpa e inutilidade Pessimista ou deslocado
 Idéias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio Sono alterado
 Apetite diminuído Inquietação

c. Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Sim Não Quem? _____ Que tipo? _____

d. O paciente apresentou durante a consulta:

Agitação Pensamento e fala lentificados ou acelerados
 Falta de concentração Nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1 e b.2 das perguntas acima

Depressão leve - Dois sintomas b.1 e dois sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada - Dois sintomas b.1 e três sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laboráveis ou domésticas.

Depressão grave - Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima, Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

a. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
b. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
c. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
d. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
<i>Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.</i>			
III- História Tabagística			
1. Com quantos anos você começou a fumar?			
R: _____ Anos			
2. Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (pode escolher várias)			
<input type="checkbox"/> Ao falar no telefone	<input type="checkbox"/> Após refeições	<input type="checkbox"/> Com bebidas alcoólicas	
<input type="checkbox"/> Com café	<input type="checkbox"/> No trabalho	<input type="checkbox"/> Ansiedade	
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Alegria	<input type="checkbox"/> Nenhum	
<input type="checkbox"/> Outros _____			
3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?			
	Sim	Não	Às vezes
- Fumar é um grande prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fumar é muito saboroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O cigarro te acalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Acha charmoso fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Você fuma porque acha que fumar emagrece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?			
<input type="checkbox"/> De 1 a 3 vezes			
<input type="checkbox"/> + de 3 vezes			
<input type="checkbox"/> Tentou mas não conseguiu parar (<i>seguir para pergunta 7</i>)			
<input type="checkbox"/> Nunca tentou (<i>seguir para pergunta 9</i>)			
5. Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?			
<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3 vezes	<input type="checkbox"/> + de 3 vezes
6. Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?			
R: _____			
7. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?			
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Medicamento. Qual? _____		
<input type="checkbox"/> Apoio de profissional de saúde	<input type="checkbox"/> Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais entre outros		
<input type="checkbox"/> Outros _____			

8. Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?

Sim Não

9. Por que você quer deixar de fumar agora? (pode escolher várias alternativas)

Porque esta afetando a minha saúde Porque não gosto de ser dependente
 Outra pessoas estão me pressionando Fumar é anti-social
 Pelo bem-estar da minha família Porque gasto muito dinheiro com cigarro
 Eu estou preocupado com minha saúde no futuro Fumar é um mal exemplo para as crianças
 Porque meus filhos pedem Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados

10. Você convive com fumantes na sua casa?

Sim, qual o grau de parentesco? _____ Não

11. Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?

Sim Não

IV- Teste de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3) Entre 6 e 30 minutos (2) Entre 31 e 60 minutos (1) Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?

Sim (1) Não (0)

3. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) De 11 a 20 (1) De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

Sim (1) Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1) Não (0)

Grau de dependência	
0-2 = muito baixo	6-7 = elevado
3-4 = baixo	8-10 = muito elevado
5 = médio	

V- Avaliação do grau de motivação

Contemplativo - motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
 Ação - já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
 Recaído - retornou ao consumo habitual de cigarros

VI- Exame físico

Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ ACV: _____ AR: _____ Abd: _____

VII- Monóxido de carbono

CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro _____
 Hora do exame: _____ : _____

APÊNDICE A – Questionário de acompanhamento de Fumantes

<u>Questionário de acompanhamento de Fumantes</u>	
Centro de Saúde:	
Área:	Micro-área:
ACS:	Nº ficha:
Data visita:	
Nome:	
Sexo:	Idade:
Possui doenças associadas: HAS (), DM (), CA (), DPOC (), OUTROS ()	
Com quantos anos você começou a fumar?	
Já tentou parar de fumar? Quantas vezes?	
Quais os motivos que levaram você a voltar a fumar?	
Já utilizou algum recurso para deixar de fumar: Medicamentos (), profissional de saúde (), leituras em folhetos, revistas, etc (), outros ()	
Outras pessoas que moram com você também fumam?	
Deseja parar de fumar agora? Por quê?	
Quantos cigarros você fuma por dia?	
Já escolheu o dia D para deixar de fumar?	
Deseja inscrever-se no Grupo de Tratamento do Fumante da sua Unidade de Saúde?	
Qual o melhor dia e horário para você participar dos encontros?	
Deseja deixar seu telefone de contato, para que você seja avisado do início grupo?	

APÊNDICE B – Questionário de acompanhamento de Ex-fumantes

<u>Questionário de acompanhamento de Ex-fumantes</u>	
Centro de Saúde:	
Área:	Micro-área:
ACS:	Nº ficha:
Data visita:	
Nome:	
Sexo:	
Idade:	
Parou de fumar há quanto tempo?	
Por quanto tempo você fumou?	
Utilizou algum recurso para deixar de fumar: Medicamentos (), profissional de saúde (), leituras em folhetos, revistas, etc (), outros ()	
Como se sente agora? Quais os benefícios sentidos após parar de fumar?	
Teve alguma recaída ou lapso? Por qual motivo?	
Se a resposta anterior for sim , deseja parar de fumar novamente? Deseja participar do grupo de tratamento do fumante da sua Unidade de Saúde?	