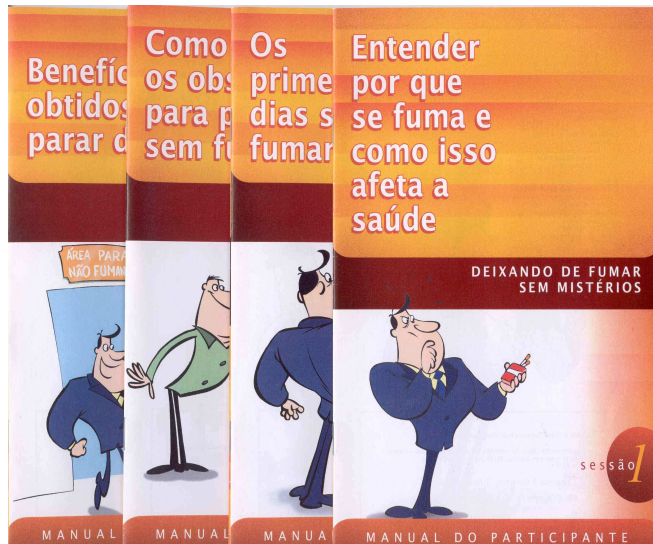
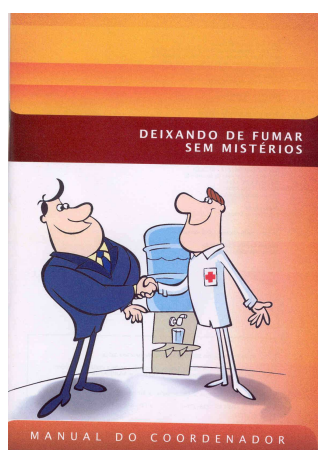


Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS

Portaria GM/MS 1.035/04

Portaria SAS/MS 442/04



Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação Manual de Operação

SUMÁRIO

Introdução	3
Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo	5
Instrumentos de Avaliação	6
Fluxo de Informações	7
Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição dos Medicamentos.	11
Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante.	20
Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo	26
Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo	28
Referência Bibliográfica	35
Anexos	36

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997). Essa dependência faz com que os fumantes se exponham continuamente à cerca de 4.720 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (WHO, 1993; U.S. Surgeon General, 1989; Rosemberg, 2002; IARC 1987; Dube and Green, 1982; US National Health Institute, Monograph 9).

Devido a sua toxicidade, o total de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, é atualmente, cerca de 5 milhões ao ano e se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso do tabaco alcançarão 10 milhões/ano em 2.030. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OMS, 2002).

Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde, assumiu através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

Para que essas ações atinjam a todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, através do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS. Hoje, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo que, por sua vez, vêm descentralizando as ações para seus respectivos municípios.

Essas ações vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje parar de fumar. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes (Cinciprini, 1997).

As ações para promover a cessação do tabagismo que integram o PNCT, têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Para alcançar esse objetivo, o Programa tem envolvido a articulação de diferentes tipos de ações como: capacitação de profissionais de saúde e financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para cessação do tabagismo, divulgação desses métodos através de campanhas, da mídia, e de eventos dirigidos a profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do

número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes.

Como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 1.575/02 que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), a abordagem e tratamento do fumante.

Essa Portaria apesar de ter sido um grande avanço para o PNCT, apresentou alguns problemas que acabaram inviabilizando seu objetivo. O principal problema foi que o credenciamento de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante ficou limitado a unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados. Dessa forma, tornou-se muito restrito o acesso do paciente aos serviços de saúde credenciados para tal fim. Essa situação gerou uma pressão intensa de fumantes que desejam parar de fumar e que precisam de tratamento para a cessação do tabagismo.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde resolveu, através da Portaria 1.798 de 12/09/03, criar um Grupo de Trabalho no âmbito da SAS, com a finalidade de proceder à revisão, atualização e aperfeiçoamento da Portaria 1.575.

A conclusão do grupo de trabalho gerou a publicação da Portaria GM/MS 1035/04, regulamentada pela Portaria SAS/MS 442/04, que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para atenção básica e média complexidade e define que os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo MS e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para tal fim.

2. PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

O Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04 foi dividido nos seguintes tópicos:

- rede de atenção ao tabagista;
- capacitação;
- credenciamento;
- referência e contra-referência;
- medicamentos e materiais de apoio;
- avaliação.

Segundo o Plano, qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), de qualquer nível hierárquico, pode fazer parte da rede de atenção ao tabagista, porém deverá ser obrigatoriamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), preenchendo os seguintes critérios:

- ✓ não ser permitido fumar no interior da unidade;
- ✓ contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade;
- ✓ dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo.
- ✓ garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar.

Os pacientes que necessitem de exames para auxílio diagnóstico e/ou de atendimento especializado por alguma co-morbidade clínica devem seguir o mesmo fluxo dos demais pacientes da unidade, seja Saúde da Família ou Atenção Básica convencional.

Da mesma forma, aqueles que apresentarem co-morbidades psiquiátricas devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas ao atendimento dessa clientela, para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo. O profissional, para o qual o fumante será referenciado, deverá ter participado da capacitação para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo.

O encaminhamento tanto para o atendimento para exames complementares ou para alguma co-morbidade clínica e/ou psiquiátrica, pode ser para unidades de referência do próprio município ou de outros, conforme a Programação Pactuada Integrada - PPI.

O material de apoio a ser utilizado durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, e que será enviado pelo Ministério da Saúde aos

municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo é o Manual do Participante, “*Deixando de Fumar sem Mistérios*”. Esse manual fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída.

Os medicamentos que serão adquiridos pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo são:

- adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7 mg;
- goma de mascar de nicotina 2mg;
- cloridrato de bupropiona 150 mg.

Para que o município possa receber o material de apoio e os medicamentos, é necessário seguir os seguintes passos:

- ✓ enviar à Coordenação Estadual ou do Distrito Federal do Programa de Controle do Tabagismo, uma estimativa de fumantes a serem atendidos, de acordo com a capacidade instalada;
- ✓ após o recebimento das estimativas de atendimento dos municípios, a Coordenação Estadual ou do Distrito Federal deverá consolidar, as informações e enviar para a Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS;
- ✓ somente receberão os medicamentos e materiais de apoio, as unidades de saúde que estiverem credenciadas e que enviarem a estimativa de atendimento;
- ✓ a continuidade do recebimento desses insumos estará vinculada ao envio periódico de informações para a Coordenação Nacional do Programa, sobre os atendimentos realizados pelas unidades de saúde;
- ✓ o quantitativo dos insumos a serem enviados a cada município será calculado pela Coordenação Nacional do Programa e repassado aos Departamentos do Ministério da Saúde responsáveis pela compra, produção e distribuição dos mesmos, a partir das informações enviadas pelas Coordenações Estaduais e do Distrito Federal;
- ✓ os medicamentos deverão ser entregues aos pacientes mediante a apresentação de prescrição.

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos de avaliação apresentados nesse manual auxiliam a consolidação do PNCT, permitindo o gerenciamento das informações geradas pelas unidades de saúde.

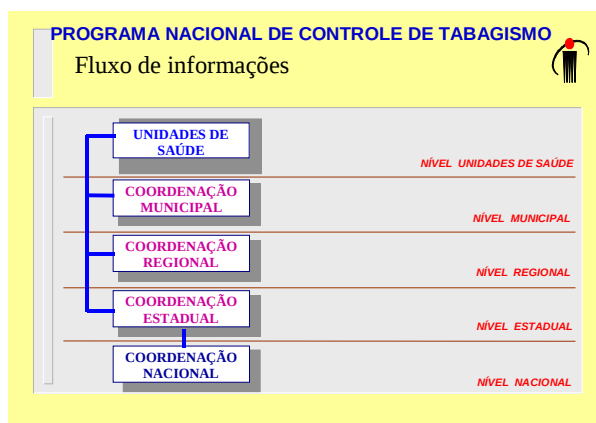
A avaliação dos instrumentos será baseada nos relatórios enviados pelas unidades de saúde para as Coordenações Municipais de Controle do Tabagismo, nas Secretarias Municipais de Saúde; destas para as Coordenações Estaduais e do Distrito Federal de Saúde, nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; e destas para a

Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo no Instituto Nacional de Câncer.

4. FLUXO DE INFORMAÇÕES

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo considera essencial o trabalho conjunto entre as Coordenações de Controle do Tabagismo e as Assistências Farmacêuticas em todos os níveis.

Visando avaliar o Programa e prover recursos necessários para o tratamento do tabagismo, a Portaria SAS nº 442/04 define o seguinte fluxo de informações:



Cada nível deverá ser responsável pelas informações coletadas pelas unidades de saúde e unidades dispensadoras de medicamentos, disponibilizando-as em períodos fixos trimestrais definidos pela Coordenação Nacional do Programa. *Caso o nível regional seja incluído no fluxo de informações, essas devem ser enviadas ao estado na mesma periodicidade dos municípios.* Dessa forma, tenta-se garantir que os insumos cheguem aos locais de atendimento e distribuição no tempo necessário e suficiente para não prejudicar os pacientes que buscam tratamento da sua dependência à nicotina.

Os períodos fixos trimestrais que correspondem ao preenchimento das planilhas são os seguintes:

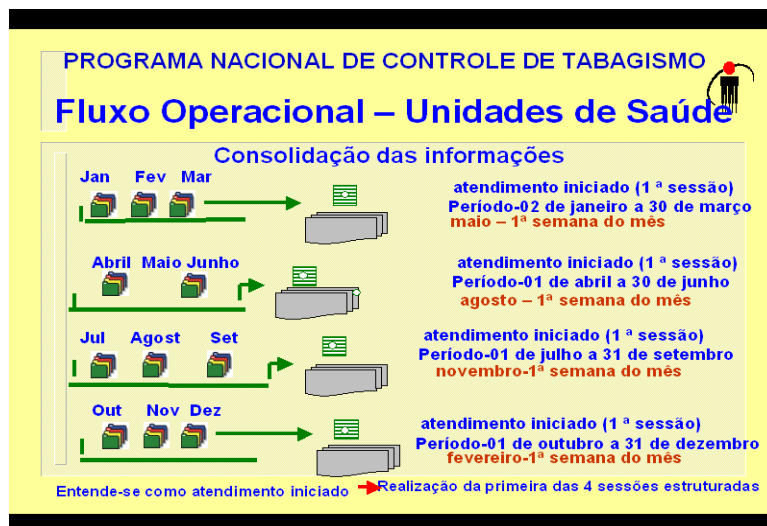
- Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março
- Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de abril a 30 de junho
- Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro
- Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 30 de dezembro

O fluxo de informações deverá seguir a seguinte periodicidade:

a) unidade de saúde deverá enviar para a coordenação municipal as informações da “Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo – Unidade de Saúde” e da “Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante – Unidade de Saúde”, e a unidade dispensadora de medicamentos deverá enviar as informações da “Planilha de Consolidação das Informações de Distribuição de Medicamentos – Unidade Dispensadora de Medicamentos” nos seguintes períodos:

- janeiro a março – 1ª semana do mês de maio;
- abril a junho – 1ª semana do mês de agosto;
- julho a setembro – 1ª semana do mês de novembro;
- outubro a dezembro – 1ª semana do mês de fevereiro.

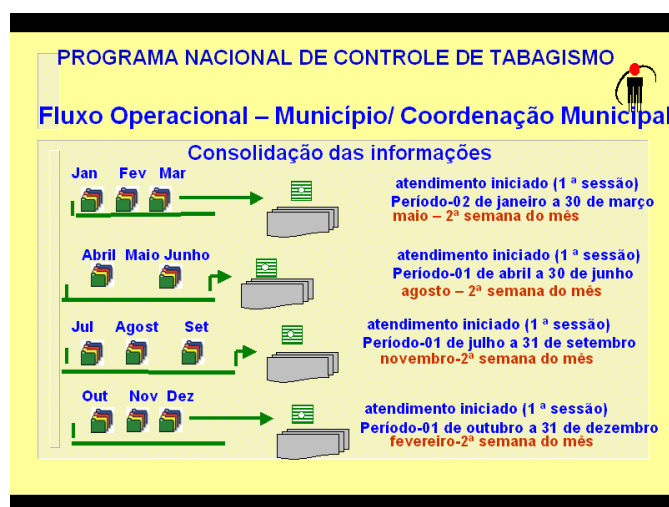
Esses instrumentos de consolidação das informações deverão ser enviados para cada responsável municipal (coordenação municipal ou assistência farmacêutica municipal).



b) a coordenação municipal/regional do Programa deverá enviar para a coordenação estadual, as informações da “Planilha de Consolidação do Tratamento do Tabagismo – Município e Estado” e da “Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante – Município e Estado”, e da “Planilha de Consolidação das Informações de Distribuição de Medicamentos - Município e Estado”, nos seguintes períodos:

- janeiro a março – 2ª semana do mês de maio;
- abril a junho – 2ª semana do mês de agosto;
- julho a setembro – 2ª semana do mês de novembro;
- outubro a dezembro – 2ª semana do mês de fevereiro.

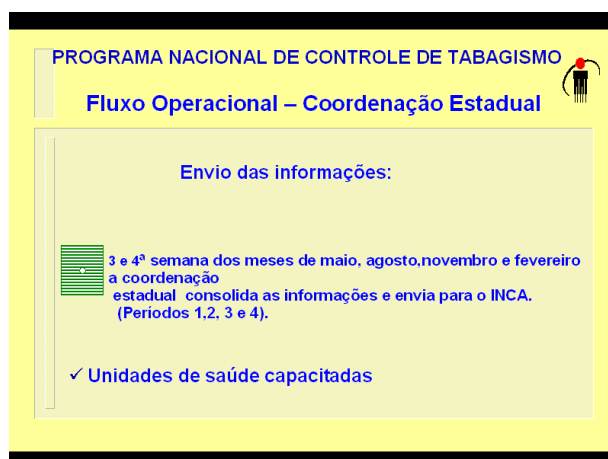
Esses instrumentos de consolidação das informações deverão ser enviados para cada responsável estadual (coordenação estadual ou assistência farmacêutica estadual).



c) a coordenação estadual deverá enviar para o INCA, as informações da “Planilha de Consolidação do Tratamento do Tabagismo – Município e Estado” e da “Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante – Município e Estado”, e da “Planilha de Consolidação das Informações de Distribuição de Medicamentos - Município e Estado”, nos seguintes períodos:

- janeiro a março – 3ª e 4ª semanas do mês de maio;
- abril a junho – 3ª e 4ª semanas do mês de agosto;
- julho a setembro – 3ª e 4ª semanas do mês de novembro;
- outubro a dezembro – 3ª e 4ª semanas do mês de fevereiro.

Esses instrumentos de consolidação das informações deverão ser enviados para o setor responsável do INCA (Ações de Promoção da Cessação do Tabagismo).



d) o INCA deverá enviar as informações recebidas do estado para o Ministério da Saúde nos seguintes períodos:

- janeiro a março – 1ª e 2ª semanas do mês de junho;
- abril a junho – 1ª e 2ª semanas do mês de setembro;
- julho a setembro – 1ª e 2ª semanas do mês de dezembro;
- outubro a dezembro – 1ª e 2ª semanas do mês de março.

e) o Ministério da Saúde deverá enviar os insumos (medicamentos e manuais de apoio) para os municípios após 30 dias no mínimo, a contar da data de recebimento das planilhas encaminhadas pelo INCA:

- janeiro a março – a partir da 3ª semana do mês de julho;
- abril a junho – a partir da 3ª semana do mês de outubro;
- julho a setembro – a partir da 3ª semana do mês de janeiro e
- outubro a dezembro – a partir da 3ª semana do mês de abril.

5. PLANILHA DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DA DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS

a) UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS

Essa planilha refere-se à distribuição de medicamentos do tratamento do tabagismo, cujo preenchimento ficará a cargo do responsável do local que irá entregar os medicamentos aos pacientes. Esse local poderá ser:

- Farmácia da unidade de saúde credenciada para o tratamento do tabagismo; ou
- Farmácia Central do município; ou
- Farmácia da unidade de saúde do município, que é responsável por armazenar e distribuir os medicamentos para todos os pacientes do município; ou
- Farmácia da unidade de saúde de outro município pertencente à mesma regional do município onde se encontra a unidade de saúde credenciada para o tratamento do tabagismo; ou
- Farmácia Central de outro município pertencente à mesma regional do município onde se encontra a unidade de saúde credenciada para o tratamento do tabagismo.

Preenchimento

1. **Nome da unidade de saúde:** coloque o nome completo da unidade de saúde de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), de forma legível e sem abreviaturas.
2. **Endereço completo/telefone:** coloque o nome do logradouro (rua, avenida, praça, travessa entre outros), incluindo o número, bairro e o código de endereçamento postal (CEP). O número do telefone também deverá ser incluído.
3. **Profissional responsável pelo preenchimento:** coloque o nome completo do responsável pelo preenchimento da planilha e as informações contidas na mesma.
4. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:
Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março
Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho
Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro
Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro
Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).
5. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
6. **UF:** coloque a sigla correspondente da Unidade da Federação a que o município pertence.

7. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde está localizada a unidade dispensadora de medicamentos.
8. **Medicamento:** refere-se aos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo, ou seja: adesivo transdérmico de nicotina 21mg; adesivo transdérmico de nicotina 14mg; adesivo transdérmico de nicotina 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg.
9. **Unidade:** refere-se à forma de apresentação de cada medicamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo.
10. **Mapa de Movimento de Medicamentos (quantidade unitária):** refere-se a toda movimentação por unidade de apresentação de cada um dos medicamentos, realizada pela unidade dispensadora.

1- Saldo do período anterior: coloque a quantidade de medicamentos que ficou em estoque na unidade dispensadora no último dia do período anterior.

2- Entradas:

MS: coloque a quantidade de medicamentos que a unidade dispensadora recebeu proveniente da remessa enviada pelo Ministério da Saúde.

Outros: coloque a quantidade de medicamentos que a unidade dispensadora recebeu de outras fontes (remanejamento, devolução de pacientes, compra direta, etc).

3- Saídas no período:

Distribuído: coloque a quantidade de medicamentos que foi distribuída pela unidade dispensadora aos pacientes que tiveram prescrição dos referidos medicamentos.

Remanejado: coloque a quantidade de medicamentos que foi remanejada para outras unidades dispensadoras do próprio município ou de outros municípios.

Perdas: coloque a quantidade de medicamentos que, por alguma razão, se perdeu (prazo de validade vencido, lotes com problemas, extravio de medicamentos, etc).

4- Saldo final $[(1+2)-3=4]$: coloque a quantidade de medicamentos resultante da soma do *saldo do período anterior* (1) com as *entradas* (2), subtraída das *saídas no período* (3).

Nº de unidades com validade menor ou igual a 4 meses: coloque a quantidade de medicamentos que tenha seu prazo de validade prestes a expirar em até 4 meses, a contar do último dia do período atual.

11. **Boletim Mensal de Medicamentos para Avaliação do uso de Medicamento (número de pacientes):** refere-se ao registro da distribuição de cada medicamento e também da combinação destes entre si, por número de pacientes.

Medicamento: refere-se aos medicamentos utilizados para o tratamento do tabagismo e disponibilizados pelo Ministério da Saúde: adesivo transdérmico de nicotina 21mg; adesivo transdérmico de nicotina 14mg; adesivo transdérmico de nicotina 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg.

Total de pacientes que receberam medicamentos combinados: coloque o número total de pacientes que receberam, sob receita, os medicamentos de cada uma das combinações possíveis utilizados no tratamento do tabagismo.

[illegible]

b) MUNICÍPIO

Essa planilha refere-se à consolidação, pela Secretaria Municipal de Saúde e ou Regional de Saúde, das informações de distribuição de medicamentos do tratamento do tabagismo enviadas pelas unidades dispensadoras do município.

O preenchimento deverá ficar a cargo de um profissional da assistência farmacêutica do Município, que irá receber as informações das unidades dispensadoras de medicamentos e consolidá-las na coluna referente ao seu município.

Preenchimento

1. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:

Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março

Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho

Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro

Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro

Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).

2. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
3. **UF:** coloque a sigla correspondente a Unidade da Federação a que o município pertence.
4. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde estão localizadas todas as unidades dispensadoras de medicamentos que terão os dados consolidados nessa planilha.
5. **Medicamento:** refere-se aos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo: adesivo transdérmico de nicotina 21mg; adesivo transdérmico de nicotina 14mg; adesivo transdérmico de nicotina 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg.
6. **Unidade:** refere-se à forma de apresentação de cada medicamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo.
7. **Mapa de Movimento de Medicamentos (quantidade unitária):** refere-se a toda movimentação por unidade de apresentação de cada um dos medicamentos, realizadas pelas unidades dispensadoras e consolidada nessa planilha.

1- Saldo do período anterior: coloque o somatório de medicamentos que ficou em estoque no último dia do período anterior, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

2- Entradas:

MS: coloque o somatório de medicamentos que todas as unidades dispensadoras receberam provenientes da remessa do Ministério da Saúde, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

Outros: coloque o somatório de medicamentos que todas as unidades dispensadoras receberam de outras fontes (remanejamento, devolução de pacientes, compra direta, etc), através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

3- Saídas no período:

Distribuído: coloque o somatório de medicamentos que foram distribuídos aos pacientes que tiveram prescrição dos referidos medicamentos, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

Remanejado: coloque o somatório de medicamentos que foram remanejados para outras unidades dispensadoras do próprio município ou de outros municípios, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

Perdas: coloque o somatório de medicamentos que, por alguma razão, se perdeu (prazo de validade vencido, lotes com problemas, extravio de medicamentos, etc), através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

4- Saldo final [(1+2)-3=4]: coloque o somatório de medicamentos resultante da soma do *saldo do período anterior* (1) com *as entradas* (2), subtraída das *saídas no período* (3), através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

Nº de unidades com validade menor ou igual a 4 meses: coloque o somatório de medicamentos que tenham o prazo de validade prestes a expirar em até 4 meses a contar do último dia do período atual, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

8. **Boletim Mensal de Medicamentos para Avaliação do uso de Medicamento (número de pacientes)**: refere-se ao registro da distribuição de cada medicamento e também da combinação destes entre si por número de pacientes, realizadas pelas unidades dispensadoras e consolidada nessa planilha.

Medicamento: refere-se aos medicamentos utilizados para o tratamento do tabagismo e disponibilizados pelo Ministério da Saúde: adesivo transdérmico de nicotina 21mg; adesivo transdérmico de nicotina 14mg; adesivo transdérmico de nicotina 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg.

Total de pacientes que receberam algum medicamento: coloque a somatória do total de pacientes que receberam, sob receita, algum dos medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

Total de pacientes que receberam cada um dos medicamentos: coloque o número de pacientes que receberam, sob receita, cada um dos medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo, através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

Combinação: refere-se à possibilidade de combinação de dois ou mais medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo pelo mesmo paciente: [(adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina); (adesivo de nicotina + bupropiona); (adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina + bupropiona); (goma de mascar de nicotina + bupropiona)], através da informação recebida pela planilha das unidades dispensadoras.

MAPA DE MOVIMENTO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE UNITÁRIA)														
PERÍODO DE ATENDIMENTO: Escreva: 1 (jan a março) ou 2 (abr a junho) ou 3 (julho a setembro) ou 4 (outubro a dezembro)	ANO	UF	Município	SALDO ANTERIOR(1)	ENTRADAS (2)		SAÍDAS (3)				FINAL(4) 1+2-3+4	Nº DE UNIDADES COM VALOR DE RESERVA OU IGUAL A 3 MESES	AVALIAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTO (NÚMERO DE PACIENTES)	
					MS	OUTRAS	Distribuídos	Remanejados	Perdidos	Ajustes			TOTAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM ALGUM MEDICAMENTO	TOTAL DE PACIENTES COM COMBINAÇÃO
				Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga			Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga	Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Grama 2mg Adesivo Adesivo Adesivo Grama 2mg Bexiga

c) ESTADO

Essa planilha refere-se à consolidação, pela Secretaria Estadual de Saúde, das informações de distribuição de medicamentos do tratamento do tabagismo enviadas pelas Secretarias Municipais de Saúde de todos os municípios do Estado.

O preenchimento deverá ficar a cargo de um profissional da assistência farmacêutica do Estado, que irá receber as informações das Secretarias Municipais de Saúde, e organizá-las em cada linha da planilha.

Preenchimento

1. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:

Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março

Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho

Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro

Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro

Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).

2. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
3. **UF:** coloque a sigla correspondente da Unidade da Federação a que o município pertence.
4. **Município:** coloque, por extenso, o nome dos municípios que enviaram as informações através da planilha correspondente. Cada município deverá constar em uma linha da planilha.
5. **Medicamento:** refere-se aos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo: adesivo transdérmico de nicotina 21mg; adesivo transdérmico de nicotina 14mg; adesivo transdérmico de nicotina 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg.
6. **Unidade:** refere-se à forma de apresentação de cada medicamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo.
7. **Mapa de Movimento de Medicamentos (quantidade unitária):** refere-se a toda movimentação por unidade de apresentação de cada um dos medicamentos, realizadas pelas unidades dispensadoras, e consolidadas na planilha por município.
1- Saldo do período anterior: coloque a quantidade de medicamentos que ficou em estoque no último dia do período anterior, através da informação recebida pela planilha do município.

2- Entradas:

MS: coloque a quantidade de medicamentos recebida pelo município proveniente da remessa do Ministério da Saúde, através da informação recebida pela planilha do município.

Outros: coloque a quantidade de medicamentos recebida pelo município, de outras fontes (remanejamento, devolução de pacientes, compra direta, etc), através da informação recebida pela planilha do município.

3- Saídas no período:

Distribuído: coloque a quantidade de medicamentos distribuída aos pacientes, através da informação recebida pela planilha do município.

Remanejado: coloque a quantidade de medicamentos remanejada para outras unidades de saúde do próprio município ou de outros municípios, através da informação recebida pela planilha do município.

Perdas: coloque a quantidade de medicamentos que, por alguma razão, se perdeu (prazo de validade vencido, lotes com problemas, extravio de medicamentos, etc), através da informação recebida pela planilha do município.

4- Saldo final [(1+2)-3=4]: coloque a quantidade de medicamentos resultante da soma do *saldo do período anterior* (1) com as *entradas* (2), subtraída das *saídas no período* (3), através da informação recebida pela planilha do município.

Nº de unidades com validade menor ou igual a 4 meses: coloque a quantidade de medicamentos que tenha o prazo de validade prestes a expirar em até 4 meses a contar do último dia do período atual, através da informação recebida pela planilha do município.

8. **Boletim Mensal de Medicamentos para Avaliação do uso de Medicamento (número de pacientes)**: refere-se ao registro da distribuição de cada medicamento e combinação destes entre si por número de pacientes, realizadas pelas unidades dispensadoras e consolidadas na planilha dos municípios.

Medicamento: refere-se aos medicamentos utilizados para o tratamento do tabagismo e disponibilizados pelo Ministério da Saúde: adesivo transdérmico de nicotina 21mg; adesivo transdérmico de nicotina 14mg; adesivo transdérmico de nicotina 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150mg.

Total de pacientes que receberam algum medicamento: coloque o número total de pacientes que receberam, sob receita, algum dos medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo, através da informação recebida pela planilha do município.

Total de pacientes que receberam cada um dos medicamentos: coloque o número total de pacientes que receberam, sob receita, cada um dos medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo, através da informação recebida pela planilha do município.

Combinação: refere-se à possibilidade de combinação de dois ou mais medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo pelo mesmo paciente: [(adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina); (adesivo de nicotina + bupropiona); (adesivo de

Total de pacientes que receberam medicamentos combinados: coloque o número total de pacientes que receberam, sob receita, os medicamentos de cada uma das combinações possíveis utilizados no tratamento do tabagismo, através da informação recebida pela planilha do município.

[illegible]

6. PLANILHA DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DA DISTRIBUIÇÃO DO MANUAL DO PARTICIPANTE

d) UNIDADE DE SAÚDE

Essa planilha refere-se à distribuição do Manual do Participante, cujo preenchimento ficará a cargo do responsável da unidade de saúde que irá entregar os manuais aos pacientes.

Preenchimento:

1. **Nome da unidade de saúde:** coloque o nome completo da unidade de saúde de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), de forma legível e sem abreviaturas.
2. **Endereço completo/telefone:** coloque o nome do logradouro (rua, avenida, praça, travessa entre outros), incluindo o número, bairro e o código de endereçamento postal (CEP). O número do telefone também deverá ser incluído.
3. **Profissional responsável pelo preenchimento:** coloque o nome completo do responsável pelo preenchimento da planilha e informações contidas na mesma.
4. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:
Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março
Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho
Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro
Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro
Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).
5. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
6. **UF:** coloque a Unidade da Federação a que o município pertence, com sua sigla correspondente.
7. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde está localizada a unidade de saúde.
8. **Manual do Participante:** refere-se aos manuais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde e entregues aos pacientes participantes das quatro sessões de abordagem cognitivo-comportamental do fumante, ou seja, Manual do Participante 1ª sessão, Manual do Participante 2ª sessão, Manual do Participante 3ª sessão, Manual do Participante 4ª sessão.
9. **Mapa de Movimento de Manuais do Participante (quantidade unitária):** refere-se a toda movimentação por unidade de apresentação, de cada um dos manuais do participante realizada pela unidade de saúde.

1- Saldo do período anterior: coloque a quantidade de manuais do participante, por sessão, que ficou em estoque na unidade de saúde no último dia do período anterior.

2- Entradas:

MS: coloque a quantidade de manuais do participante que a unidade de saúde recebeu da coordenação municipal, proveniente da remessa enviada pelo Ministério da Saúde.

Outros: coloque a quantidade de manuais do participante que a unidade de saúde recebeu de outras fontes (remanejamento, devolução de pacientes, reprodução, etc).

3- Saídas no período:

Distribuído: coloque a quantidade de manuais do participante que foi distribuída pela unidade de saúde aos pacientes.

Remanejado: coloque a quantidade de manuais do participante que foi remanejada para outras unidades de saúde do próprio município ou de outros municípios.

Perdas: coloque a quantidade de manuais do participante que, por alguma razão, se perdeu (extravio, destruição por incêndio, enchente, etc).

4- Saldo final [(1+2)-3=4]: coloque a quantidade de manuais do participante resultante da soma do *saldo do período anterior* (1) com as *entradas* (2), subtraída das *saídas no período* (3).

Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante - UNIDADE DE SAÚDE																			
Nome da Unidade de Saúde: Endereço completo/telefone: Profissional responsável pelo preenchimento:																			
PERÍODO DE ATENDIMENTO. Escreva: 1 (jan a março) ou 2 (abril a junho) ou 3 (julho a setembro) ou 4 (outubro a dezembro)	ANO	UF	Município	MAPA DE MOVIMENTO DE MANUAL DO PARTICIPANTE (QUANTIDADE UNITÁRIA)												SALDO FINAL(4) 1+2-3=4			
				SALDO ANTERIOR(1)				ENTRADAS (2)				SAÍDAS (3)							
				MS	OUTRAS	Distribuídos	Remanejados	Perdas e Ajustes											
				Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4

e) MUNICÍPIO

Essa planilha refere-se à consolidação, pela Secretaria Municipal de Saúde, das informações de distribuição de manuais do participante do tratamento do tabagismo pelas unidades de saúde do município.

O preenchimento deverá ficar a cargo do coordenador municipal de controle do tabagismo, que irá receber as informações das unidades de saúde e consolidá-las na coluna referente ao seu município.

Preenchimento

1. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:

Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março

Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho

Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro

Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro

Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).

2. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
3. **UF:** coloque a Unidade da Federação a que o município pertence, com sua sigla correspondente.
4. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde estão localizadas todas as unidades de saúde que terão os dados consolidados nessa planilha.
5. **Manual do Participante:** refere-se aos manuais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde e entregues aos pacientes participantes das quatro sessões de abordagem cognitivo-comportamental do fumante, ou seja, Manual do Participante 1ª sessão, Manual do Participante 2ª sessão, Manual do Participante 3ª sessão, Manual do Participante 4ª sessão.
6. **Mapa de Movimento de Manuais do Participante (quantidade unitária):** refere-se a toda movimentação de cada um dos manuais (livretos) realizada pelas unidades de saúde do município.

1- Saldo do período anterior: coloque o somatório de manuais do participante que ficou em estoque no último dia do período anterior, através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

2- Entradas:

MS: coloque o somatório de manuais do participante que todas as unidades de saúde receberam da coordenação municipal proveniente da remessa do Ministério da Saúde, através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

Outros: coloque o somatório de manuais do participante que todas as unidades de saúde receberam por outras fontes (remanejamento, devolução de pacientes, compra direta, etc), através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

3- Saídas no período:

Distribuído: coloque o somatório de manuais do participante que foi distribuído aos pacientes, através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

Remanejado: coloque o somatório de manuais do participante que foi remanejado para outras unidades de saúde do próprio município ou de outros municípios, através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

Perdas: coloque o somatório de manuais do participante que, por alguma razão, se perdeu (extravio, destruição por incêndio, enchente, etc), através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

- 4- **Saldo final** [(1+2)-3=4]: coloque o somatório de manuais do participante resultante da soma do *saldo do período anterior* (1) com as *entradas* (2), subtraída das *saídas no período* (3), através da informação recebida pela planilha das unidades de saúde.

Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante - MUNICÍPIO E ESTADO																												
MAPA DE MOVIMENTO DE MANUAL DO PARTICIPANTE (QUANTIDADE UNITÁRIA)																												
PERÍODO DE ATENDIMENTO. Escreva: 1 (jan a março) ou 2 (abril a junho) ou 3 (julho a setembro) ou 4 (outubro a dezembro)	ANO	UF	Município	SALDO ANTERIOR(1)				ENTRADAS (2)								SAÍDAS (3)								SALDO FINAL(4) 1+2-3=4				
								MS				OUTRAS				Distribuídos				Remanejados					Perdas e Ajustes			
				sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4	sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4	sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4	sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4	sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4		sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4

f) ESTADO

Essa planilha refere-se à consolidação, pela Secretaria Estadual de Saúde, das informações de distribuição de manuais do participante do tratamento do tabagismo, enviadas pelas Secretarias Municipais de Saúde de todos os municípios do Estado.

O preenchimento deverá ficar a cargo do coordenador estadual de controle do tabagismo, que irá receber as informações das Secretarias Municipais de Saúde, e organizá-las em cada linha da planilha.

Preenchimento

1. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:

Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março

Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho

Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro

Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro

Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).

2. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
3. **UF:** coloque a Unidade da Federação a que o município pertence, com sua sigla correspondente.
4. **Município:** coloque, por extenso, o nome dos municípios que enviaram as informações através da planilha correspondente. Cada município deverá constar em uma linha da planilha.
5. **Manual do Participante:** refere-se aos manuais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde e entregues aos pacientes participantes das quatro sessões de abordagem cognitivo-comportamental, ou seja, Manual do Participante 1ª sessão, Manual do Participante 2ª sessão, Manual do Participante 3ª sessão, Manual do Participante 4ª sessão.
6. **Mapa de Movimento de Manuais do Participante (quantidade unitária):** refere-se a toda movimentação de cada um dos manuais (livretos) realizada pelas unidades de saúde, e consolidadas na planilha por município.

1- Saldo do período anterior: coloque a quantidade de manuais do participante que ficou em estoque no último dia do período anterior, através da informação recebida pela planilha do município.

2- Entradas:

MS: coloque a quantidade de manuais do participante recebida pela coordenação municipal proveniente da remessa do Ministério da Saúde, através da informação recebida pela planilha do município.

Outros: coloque a quantidade de manuais do participante recebida pelo município, de outras fontes (remanejamento, devolução de pacientes, compra direta, etc), através da informação recebida pela planilha do município.

3- Saídas no período:

Distribuído: coloque a quantidade de manuais do participante distribuída aos pacientes, através da informação recebida pela planilha do município.

Remanejado: coloque a quantidade de manuais do participante remanejada para outras unidades de saúde do próprio município ou de outros municípios, através da informação recebida pela planilha do município.

Perdas: coloque a quantidade de manuais do participante que, por alguma razão, se perdeu (extravio, destruição por incêndio, enchente, etc), através da informação recebida pela planilha do município.

4- Saldo final [(1+2)-3=4]: coloque a quantidade de manuais do participante resultante da soma do *saldo do período anterior* (1) com as *entradas* (2), subtraída das *saídas no período* (3), através da informação recebida pela planilha do município.

Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante - MUNICÍPIO E ESTADO

MAPA DE MOVIMENTO DE MANUAL DO PARTICIPANTE (QUANTIDADE UNITÁRIA)																
PERÍODO DE ATENDIMENTO. Escreva: 1 (jan a março) ou 2 (abril a junho) ou 3 (julho a setembro) ou 4 (outubro a dezembro)	ANO	UF	Município	SALDO ANTERIOR(1)		ENTRADAS (2)				SAÍDAS (3)						
				sessão 1	sessão 2	MS		OUTRAS		Distribuidos		Remanejados		Perdas e Ajustes		SALDO FINAL(4) 1+2-3=4
						sessão 3	sessão 4	sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4	sessão 1	sessão 2	sessão 3	sessão 4	

7. PLANILHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO DO TABAGISMO

7.1. UNIDADE DE SAÚDE

Essa planilha refere-se às informações dos pacientes em acompanhamento para tratamento do tabagismo individualmente ou em grupo de apoio, através da abordagem cognitivo-comportamental.

O(s) coordenador(es) do grupo de apoio ou o profissional responsável pelo atendimento individual é(são) responsável(is) pelo preenchimento.

No caso de indicação para tratamento individual, ou seja, realização das sessões individualmente, deverá ser utilizada uma planilha para cada paciente.

Preenchimento

1. **Nome da unidade de saúde:** coloque o nome completo da unidade de saúde de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), de forma legível e sem abreviaturas.
2. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde está localizada a unidade de saúde.
3. **UF:** coloque a sigla correspondente da Unidade da Federação a qual o município pertence.
4. **Coordenador(es) do Grupo:** coloque o nome completo do(s) profissional(is) de saúde que coordenou(ram) o grupo de apoio, ou o atendimento individual.
5. **Início do Grupo:** coloque o mês por extenso e o ano de início do grupo ou atendimento individual.
6. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
7. **Nome Completo do Paciente:** coloque o nome completo do paciente. Cada paciente deverá constar em uma linha da planilha.
8. **Sexo:** coloque “F” quando o paciente for do sexo feminino e “M” se for do sexo masculino.
9. **Data de nascimento:** coloque dia, mês e ano do nascimento do paciente.
10. **Escore do teste de Fagerström:** coloque o resultado do teste, realizado na consulta de avaliação clínica, conforme escore que varia de 0 a 10.
11. **Data da primeira sessão estruturada:** coloque dia e mês da 1ª sessão estruturada de tratamento do tabagismo.
12. **Medicamentos utilizados por este paciente no tratamento para tabagismo, de acordo com a portaria SAS/MS nº 442/2004 (se necessário, marque mais de uma opção):** refere-se aos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo: adesivo de nicotina, goma de nicotina e bupropiona. É possível que exista a concomitância de dois ou mais medicamentos.

Nenhum: coloque “X” se o paciente não recebeu nenhum tipo de medicamento para tratamento do tabagismo.

Adesivo de nicotina: coloque “X” se o paciente recebeu adesivo transdérmico de nicotina, não importando a dosagem do mesmo.

Goma de nicotina: coloque “X” se o paciente o paciente recebeu goma de mascar de nicotina.

Bupropiona: coloque “X” se o paciente recebeu cloridrato de bupropiona.

13. **Situação do paciente nas sessões estruturadas**: refere-se à situação do paciente em cada uma das sessões estruturadas do tratamento do tabagismo: fumando (F), não fumando (NF) e não compareceu (NC).

1ª sessão: coloque “X” na situação em que o paciente estiver no momento da 1ª sessão.

2ª sessão: coloque “X” na situação em que o paciente estiver no momento da 2ª sessão.

3ª sessão: coloque “X” na situação em que o paciente estiver no momento da 3ª sessão.

4ª sessão: coloque “X” na situação em que o paciente estiver no momento da 4ª sessão.

Caso o paciente falte a uma sessão estruturada, essa poderá ser reposta, antes da sessão seguinte. **Atenção**: quando o paciente repuser alguma sessão, coloque a situação dele no momento da sessão que está sendo reposta, ao invés de “NC”.

14. **O paciente participou de quantas sessões de manutenção?**: refere-se ao número de sessões de manutenção quinzenal e mensal a que o paciente frequentou. Coloque o número de sessões de manutenção frequentadas pelo paciente.

Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo																				
												UF:								
		Mês / Ano																		
Sexo	Data de Nascimento	Escore no teste de Fagerström	Data da primeira sessão estruturada	Medicamentos utilizados por este paciente no tratamento para tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº442/2004 (se necessário, marque mais de uma opção)				Situação do Paciente nas Sessões Estruturadas												O paciente participou de quantas sessões de manutenção?
				Nenhum	Adesivo de Nicotina	Goma de Nicotina	Bupropiona	1ª Sessão			2ª Sessão			3ª Sessão			4ª Sessão			
								F	NF	NC	F	NF	NC	F	NF	NC	F	NF	NC	

8. PLANILHA DE CONSOLIDAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO DO TABAGISMO

8.1. UNIDADE DE SAÚDE

Essa planilha refere-se às informações consolidadas da Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo.

Preenchimento

1. **Nome da unidade de saúde:** coloque o nome completo da unidade de saúde de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
2. **Endereço completo/telefone:** coloque o nome do logradouro (rua, avenida, praça, travessa entre outros), incluindo o número, bairro e o código de endereçamento postal (CEP). O número do telefone também deverá ser incluído.
3. **Profissional responsável pelo preenchimento:** coloque o nome completo do responsável pelo preenchimento da planilha e informações contidas na mesma.
4. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:

Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março

Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho

Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro

Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro

Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).

5. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
6. **UF:** coloque a sigla correspondente da Unidade da Federação a que o município pertence.
7. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde está localizada a unidade de saúde.
8. **Dados do atendimento ocorrido no período:** refere-se às informações consolidadas da planilha de coleta de informações do tratamento do tabagismo.

Não escreva na coluna com preenchimento cinza.

Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica: coloque o somatório de pacientes atendidos apenas na consulta de avaliação clínica que antecede às sessões estruturadas do tratamento, tanto em grupo quanto individual.

Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão: coloque o somatório dos pacientes que estavam fumando (F) com os que não estavam fumando (NF) que participaram da 1ª sessão.

Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão: coloque o somatório dos pacientes que estavam fumando (F) com os que não estavam fumando (NF) que participaram da 4ª sessão.

Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão: coloque o somatório dos pacientes que não estavam fumando (NF) que participaram da 4ª sessão.

Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/04: coloque o somatório de pacientes que utilizaram ao menos um dos três medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para tratamento do tabagismo (goma de nicotina, adesivo de nicotina e bupropiona). **Atenção:** Quando um paciente utilizou dois ou mais medicamentos para o tratamento do tabagismo, ele será contado apenas uma vez.

Nome da Unidade de Saúde:
Endereço completo/telefone:
Profissional responsável
pelo preenchimento:

PERÍODO DE ATENDIMENTO. Escreva: 1 (jan a março), 2 (abril a junho), 3 (julho a setembro) e 4 (outubro a dezembro)	Ano	UF	Município	Dados do atendimento ocorrido no período					
					Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	Nº de pacientes que <i>participaram</i> da 1ª sessão	Nº de pacientes que <i>participaram</i> da 4ª sessão	Nº de pacientes <i>sem fumar</i> na 4ª sessão	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do fumante, de acordo com a Portaria SAS/MS nº442/04

8.2. MUNICÍPIO

Essa planilha refere-se à consolidação, pela Secretaria Municipal de Saúde, das informações do tratamento do tabagismo oferecido pelas unidades de saúde do município.

O preenchimento deverá ficar a cargo do coordenador municipal de controle do tabagismo, que irá receber as informações das unidades de saúde e consolidá-las na coluna referente ao seu município.

Preenchimento

1. **Período de atendimento:** refere-se ao período correspondente ao preenchimento da planilha, seguindo o seguinte cronograma:

Período 1: 1ª sessão estruturada entre 02 de janeiro a 30 de março

Período 2: 1ª sessão estruturada entre 01 de maio a 31 de julho

Período 3: 1ª sessão estruturada entre 01 de julho a 30 de setembro

Período 4: 1ª sessão estruturada entre 01 de outubro a 31 de dezembro

Coloque apenas o número equivalente ao período referente às informações que estão sendo dadas, ou seja, 1 (período 1); 2 (período 2); 3 (período 3) e 4 (período 4).

2. **Ano:** coloque o ano em curso do período correspondente.
3. **UF:** coloque a sigla correspondente da Unidade da Federação a que o município pertence.
4. **Município:** coloque, por extenso, o nome do município onde estão localizadas todas as unidades de saúde que terão os dados consolidados nessa planilha.
5. **Dados do atendimento ocorrido no período:** refere-se às informações consolidadas das planilhas enviadas pelas unidades de saúde que realizaram atendimento no período correspondente.

Nº de unidades que atenderam no período: coloque o somatório de unidades de saúde que atenderam no período correspondente, e que enviaram as planilhas.

Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica: coloque o somatório de pacientes atendidos apenas na consulta de avaliação clínica que antecede às sessões estruturadas do tratamento, tanto em grupo quanto individual, através da informação recebida pelas planilhas das unidades de saúde.

Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão: coloque o somatório de pacientes que estavam fumando (F) com os que não estavam fumando (NF) que participaram da 1ª sessão, através da informação recebida pelas planilhas das unidades de saúde.

Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão: coloque o somatório de pacientes que estavam fumando (F) com os que não estavam fumando (NF) que participaram da 4ª sessão, através da informação recebida pelas planilhas das unidades de saúde.

Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão: coloque o somatório de pacientes que não estavam fumando (NF) na 4ª sessão, através da informação recebida pelas planilhas das unidades de saúde.

Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/04: coloque o somatório de pacientes que utilizaram ao menos um dos três medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para tratamento do tabagismo (goma de nicotina, adesivo de nicotina e bupropiona), através da informação recebida pelas planilhas das unidades de saúde.

6. **Novas Unidades de Saúde:** refere-se às informações de unidades de saúde que irão iniciar o atendimento no período seguinte ao correspondente das informações enviadas pelas unidades que já estão atendendo. Ou seja:

- Unidades de saúde que foram capacitadas e tornaram-se aptas durante o período.
- Unidades de saúde que, por algum motivo, estavam com o atendimento suspenso e reiniciarão o atendimento no período seguinte.

Nº de US que irão iniciar atendimento no próximo período: coloque a quantidade de unidades de saúde que irão dar início ao tratamento do tabagismo no município no período seguinte ao correspondente das informações enviadas pelas unidades que já estão atendendo.

Estimativa de atendimento do Município: coloque o somatório de pacientes que irão ser atendidos por todas as unidades de saúde que iniciarão o atendimento no período seguinte ao correspondente das informações enviadas pelas unidades que já estão atendendo. Essa informação é fornecida pelas unidades de saúde, de acordo com a capacidade instalada de cada uma delas. ***Atenção:** essa coluna não se destina à informação de aumento de capacidade instalada das unidades de saúde que estão atendendo. Caso haja esse aumento, ele deverá ser comunicado à Coordenação Municipal de Controle do Tabagismo de forma oficial e justificada, sendo posteriormente repassado à Coordenação Estadual e Nacional de Controle do Tabagismo.*

7. **Coordenador Municipal do Programa ou Responsável pelo recebimento e distribuição dos manuais e pelas Planilhas do Programa:** coloque o nome e o endereço completo do profissional que ficará responsável por receber os Manuais do Participante enviados pelo Ministério da Saúde, assim como distribuí-los para as unidades de saúde credenciadas, no município, podendo ser ou não o Coordenador Municipal de Controle do Tabagismo.
8. **Assistência Farmacêutica responsável pelo recebimento e distribuição dos medicamentos:** coloque o nome e endereço completo do profissional que ficará responsável por receber os medicamentos para tratamento do tabagismo, enviados pelo Ministério da Saúde, assim como distribuí-los para as unidades de saúde credenciadas, no município.

Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica: coloque a quantidade de pacientes atendidos apenas na consulta de avaliação clínica que antecede às sessões estruturadas do tratamento, tanto em grupo quanto individual, através da informação recebida pela planilha do município.

Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão: coloque a quantidade de pacientes que estavam fumando (F) com os que não estavam fumando (NF) que participaram da 1ª sessão, através da informação recebida pela planilha do município.

Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão: coloque a quantidade de pacientes que estavam fumando (F) com os que não estavam fumando (NF) que participaram da 4ª sessão, através da informação recebida pela planilha do município.

Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão: coloque a quantidade de pacientes que não estavam fumando (NF) na 4ª sessão, através da informação recebida pela planilha do município.

Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/04: coloque a quantidade de pacientes que utilizaram ao menos um dos três medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para tratamento do tabagismo (goma de nicotina, adesivo de nicotina e bupropiona), através da informação recebida pela planilha do município.

6. **Novas Unidades de Saúde:** refere-se às informações de unidades de saúde que irão iniciar o atendimento no período seguinte ao correspondente das informações enviadas pelas unidades de saúde que já estão atendendo, através da informação recebida pela planilha do município. Ou seja:

- Unidades de saúde que foram capacitadas e tornaram-se aptas durante o período.
- Unidades de saúde que, por algum motivo, estavam com o atendimento suspenso e reiniciarão o atendimento no período seguinte.

Nº de US que irão iniciar atendimento no próximo período: coloque a quantidade de unidades de saúde que irão dar início ao tratamento do tabagismo nos municípios correspondentes, através das informações recebidas pelas planilhas dos municípios.

Estimativa de atendimento do Município: coloque a quantidade de pacientes que irão ser atendidos em cada município no período seguinte ao correspondente das informações enviadas pelas unidades de saúde que já estão atendendo, através das informações recebidas pelas planilhas dos municípios. ***Atenção:** essa coluna não se destina à informação de aumento de capacidade instalada das unidades de saúde que estão atendendo. Caso haja esse aumento, ele deverá ser comunicado à Coordenação Municipal de Controle do Tabagismo de forma oficial e justificada, sendo posteriormente repassado à Coordenação Estadual e Nacional de Controle do Tabagismo.*

9. **Coordenador Municipal do Programa ou Responsável pelo recebimento e distribuição dos manuais e pelas Planilhas do Programa:** coloque o nome e o endereço completo do profissional que ficará responsável por receber os Manuais do Participante enviados pelo Ministério da Saúde, assim como distribuí-los para as

unidades de saúde credenciadas, em cada município, podendo ser ou não o Coordenador Municipal de Controle do Tabagismo.

10. Assistência Farmacêutica responsável pelo recebimento e distribuição dos medicamentos: coloque o nome e endereço completo do profissional que ficará responsável por receber os medicamentos para tratamento do tabagismo, enviados pelo Ministério da Saúde, assim como distribuí-los para as unidades de saúde credenciadas, em cada município.

[illegible]

Orientações gerais de preenchimento:

Nunca deixe de preencher qualquer item ou coluna. Se a informação solicitada for desconhecida, identifique com “ignorado” ou apenas “IG”.

Escreva de forma legível o nome de pessoas, unidades de saúde, endereço, município etc por extenso e sem abreviações de qualquer espécie.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CINCIPRINI, P.M. et.al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, v 89, n 24, p.1852-67, dec. 1997.

DUBE, MF & GREEN, C.R. (1982) methods of collection of smoke for analytical purposes. *Recent. Adv. Tob. Sci.*, 8, 42-102.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), 1986. Chemistry and analyses of tobacco smoke. In: *IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking*. Vol. 38. (pp 83-126). Lyon.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10)*. Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4ª ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2002 *The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles*. Geneva, Switzerland

ROSEMBERG, J., 2002. *Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais*. 1ª edição, São Paulo, (SP) Secretaria Estadual de Saúde.

U. S. SURGEON GENERAL., 1988. *The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health.

US NATIONAL HEALTH INSTITUTE Monograph 9 .Cigars: Health Effects and Trends. p 59.