

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas  
Doenças Respiratórias

## **Programa Municipal de Controle do Tabagismo**

MANUAL INSTRUTIVO

## **SECRETÁRIA DA SAÚDE**

Francieli Cristini Schultz

## **DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA**

Luana Garcia Ferrabone

## **DIRETORIA TÉCNICA DE ODONTOLOGIA**

Sérgio Fortuna

## **GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E ARTICULAÇÃO DA REDE EM SAÚDE**

Marlene Bonow Oliveira

## **COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Patricia Luzia Johann Teochi

## **ELABORAÇÃO**

Christine Bohm da Costa – Odontóloga

Karina Viana Pereira – Psicóloga

Luci Leia Honorato de Carvalho – Psicóloga

Simone Afra de Farias – Farmacêutica

## **COLABORAÇÃO**

Francisca Magalhães Scoralick – Médica Geriatra

Janine Guimarães – Nutricionista

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Planilha de consolidação de informações do tratamento do tabagismo .....	<b>25</b>
<b>Figura 2</b> – Cartilha – O agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil .....	<b>26</b>
<b>Figura 3</b> – Caderno 40 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica .....	<b>26</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Abordagem mínima/breve – PAAP .....	<b>09</b>
<b>Quadro 2</b> – Abordagem básica – PAAPA .....	<b>10</b>
<b>Quadro 3</b> – Organização do grupo para cessação do tabagismo .....	<b>14</b>
<b>Quadro 4</b> – Apoio medicamentoso .....	<b>17</b>
<b>Quadro 5</b> – Contraindicações formais, relativas e efeitos colaterais mais comuns .....	<b>18</b>
<b>Quadro 6</b> – Sobrevida em relação ao estadiamento .....	<b>19</b>
<b>Quadro 7</b> – Indicadores para avaliação e monitoramento das ações do PCT no Município .....	<b>25</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**CAGE:** **C:** *Cut dow*; **A:** *Annoyed*; **G:** *Guilty*; **E:** *Eye-opener*

**CAME:** Coordenação Administrativa de Materiais e Equipamentos

**CEO:** Centro de Especialidades Odontológicas

**CFM:** Conselho Federal de Medicina

**CID:** Classificação Internacional de Doenças

**CM:** Centímetro

**CO:** Monóxido de Carbono

**CONITEC:** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde

**DIVE:** Diretoria de Vigilância Epidemiológica

**EAD:** Educação à Distância

**GM:** Gabinete do Ministro

**HbCO:** Carboxihemoglobina

**INCA:** Instituto Nacional do Câncer

**MAO:** Enzima Monoamina Oxidase

**MG:** Miligrama

**MIN:** Minuto

**MS:** Ministério da Saúde

**Nº:** Número

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PAAP:** Perguntar, avaliar, aconselhar e preparar

**PAAPA:** Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar

**PCT:** Programa de Controle do Tabagismo

**PNCT:** Programa Nacional de Controle do Tabagismo

**R\$:** Reais

**SAS:** Secretaria de Atenção à Saúde

**SC:** Santa Catarina

**SES:** Secretaria de Estado da Saúde

**Sistema TNM:** **T:** tumor primário; **N:** linfonodos; **M:** metástase

**SMS:** Secretaria Municipal de Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**VIGITEL:** Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
<b>2 PROGRAMA DECONTROLE DO TABAGISMO</b> .....	<b>09</b>
<b>2.1 Abordagem</b> .....	<b>09</b>
2.1.1 Abordagem Cognitivo-comportamental .....	09
2.1.1.1 Abordagem mínima/breve – PAAP: perguntar, avaliar, aconselhar e preparar .....	09
2.1.1.2 Abordagem básica – PAAPA: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar .....	10
2.1.1.3 Abordagem intensiva .....	10
<b>3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 Classificação Internacional de Doenças</b> .....	<b>12</b>
<b>4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1 Critérios Para Inclusão Na Abordagem Cognitivo-Comportamental</b> .....	<b>13</b>
<b>4.2 Tratamento</b> .....	<b>13</b>
4.2.1 Consulta de Avaliação Clínica do Paciente .....	13
4.2.2 Organização do Grupo para Cessação do Tabagismo .....	13
4.2.3 Avaliação de Saúde Bucal .....	15
4.2.4 Apoio Medicamentoso .....	15
4.2.4.1 Acesso aos medicamentos .....	16
4.2.5 Resposta Clínica .....	19
4.2.6 Interrupção do Tratamento .....	19
<b>5 CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1 Avaliação de Saúde Bucal</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2 Tratamento</b> .....	<b>22</b>
<b>6 ESTIMATIVA DE FUMANTES</b> .....	<b>23</b>
<b>6.1 Estimativa de Fumantes no Território</b> .....	<b>23</b>
<b>7 REGISTRO DAS ATIVIDADES</b> .....	<b>24</b>
<b>7.1 Roteiro para o Registro das Atividades</b> .....	<b>24</b>
<b>7.2 Planilha de Consolidação de Informações</b> .....	<b>24</b>
<b>7.3 Avaliação e Monitoramento das Ações do PNCT</b> .....	<b>25</b>
<b>7.4 Materiais de Apoio</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>29</b>
<b>APÊNDICE A – Modelo para Anamnese</b> .....	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é fator de risco para os quatro grupos de doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto mundial: doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias, sendo também, a principal causa global de morbimortalidade prevenível.

Existem várias formas de consumo do tabaco e todas são nocivas à saúde: cigarro, charuto, cachimbo, narguilé, rapé e uso oral do tabaco – tabaco sem fumaça, moído ou mascado. (BRASIL, 2013)

O consumo de tabaco no Brasil vem apresentando uma queda progressiva, porém ainda gera um alto custo social e econômico para o País, somando custos diretos de assistência e indiretos por redução da produtividade com absenteísmo, aposentadoria por invalidez e morte prematura. A partir de dados de prevalência de 2008, o gasto calculado em saúde atribuído ao tabagismo foi R\$ 20,68 bilhões (destes, R\$ 15,71 bilhões para o sexo masculino). O tabaco foi responsável por 13% do total de mortes no Brasil, reduzindo a expectativa de vida do brasileiro fumante em cinco anos em relação ao não fumante. (BRASIL, 2015)

Segundo dados do último relatório do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), no Brasil o tabagismo é responsável por 156.216 mortes por ano, 18% das mortes por angina e infarto do miocárdio, 74% das mortes por bronquite crônica e enfisema pulmonar 78% dos casos de câncer no pulmão, sendo que entre o restante, 1/3 é de fumantes passivos. (BRASIL, 2017)

O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, superior inclusive aos tratamentos direcionados para hipertensão arterial leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio. (Abordagem e tratamento do fumante: Consenso INCA, 2001)

A pesquisa também mostrou uma redução de 35% na prevalência de fumantes no Brasil nos últimos 10 anos, passando de 15,7% (2006) para 10,2% (2016), com queda em todas as faixas de escolaridade. Em Florianópolis (a pesquisa é realizada apenas nas capitais) a prevalência foi de 10,1% da população, redução de 0,86 p.p. em relação à pesquisa anterior. (BRASIL, 2017)

Medidas adotadas em cumprimento à Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Controle do Tabaco, além do tratamento oferecido aos fumantes, vem contribuindo para queda do consumo de tabaco no Brasil. Entre as medidas adotadas estão a política de preços mínimos para os cigarros e aumento da taxação de impostos, proibição da propaganda comercial destes produtos no território nacional e a proibição do fumo em ambientes fechados de uso coletivo, abolindo áreas para fumantes ou fumódromos.

A Portaria nº 571/GM/MS, de 05 de abril de 2013, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e resolve no Artigo 3º que “A *atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica*”.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista, “*o tratamento para cessação do tabagismo deve ser valorizado e priorizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto quanto os tratamentos para hipertensão ou diabetes. O tratamento para cessação do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, tendo em vista que o custo de implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo os dispositivos de capacitação profissional e a aquisição de medicamentos, é muito menos oneroso do que o tratamento dos demais fatores de risco cardiovascular ou o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco*”. (BRASIL, 2015)

Ao ingressar no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o município e suas equipes de atenção básica assumem o compromisso de organização e implantação das ações para o cuidado da pessoa tabagista. Este cuidado inclui: prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso.

Mais recentemente, a Portaria nº 761/SAS/MS, de 21 de junho de 2016 validou as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina publicado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2002. Em 2017, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) publicou consulta pública para reavaliar as linhas de abordagem no tratamento da dependência à nicotina e as condutas terapêuticas empregadas atualmente no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à nicotina, em parceria com o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer.

As recomendações contidas neste manual estão no **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina**, validado pela Portaria nº 761/SAS/MS, de 21 de junho de 2016 e na publicação Caderno da Atenção Básica 40 – **Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: o cuidado da pessoa tabagista** ambos baseados no **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante** (2001) publicada pelo Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer, que por sua vez baseou-se em estudos de metanálise da literatura mundial sobre cessação do tabagismo.



## **2 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO**

### **2.1 Abordagem**

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso.

#### **2.1.1 Abordagem cognitivo-comportamental**

O acompanhamento para cessação do tabagismo embasa-se principalmente na abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os dois principais componentes dessa abordagem são: (1) detecção de situações de risco de recaída e (2) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. (BRASIL, 2001)

A abordagem cognitivo-comportamental ajuda a reestruturar crenças disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas. Dessa forma, a abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para a Cessação do Tabagismo, tendo o tratamento medicamentoso – quando presente – um papel auxiliar neste contexto. (BRASIL, 2015)

As abordagens para cessação de tabagismo são classificadas como (1) Mínima (ou Breve), (2) Básica e (3) Intensiva, a partir do tempo investido no contato entre a pessoa e o profissional de saúde – respectivamente menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos. A abordagem intensiva (utilizada nos grupos de tratamento) mostrou-se mais eficaz que as demais. Por outro lado, a abordagem mínima, com seus efeitos apenas modestos para o indivíduo, apresenta grande potencial em saúde pública e não deve ser menosprezada pelos profissionais de saúde. Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo. (BRASIL, 2015)

##### **2.1.1.1 Abordagem mínima/breve – PAAP: perguntar, avaliar, aconselhar e preparar**

Esta abordagem pode ser resumida em quatro passos: perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para a cessação, sem um acompanhamento posterior, em contato profissional-usuário inferior a 3 minutos.

### Quadro 1: Abordagem mínima/breve – PAAP

<b>Objetivo</b>	<b>Perguntar, avaliar, aconselhar a pessoa a parar de fumar</b> sem que seja feito o acompanhamento do processo de cessação.
<b>Quem faz?</b>	Ela deve ser oferecida por TODOS os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos populacionais, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde.
<b>Quando se faz?</b>	Pode ser feita em um pronto atendimento, no acolhimento à demanda espontânea na UBS ou durante as consultas. A demanda espontânea pode ser um bom momento para sensibilizar o fumante para tratamento, principalmente quando a sua queixa tem relação com o hábito de fumar.
<b>Quais os benefícios?</b>	Abordagem prática, pode ser realizada durante um contato breve com o usuário e pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que muitas pessoas sejam beneficiadas.

Fonte: (BRASIL, 2015).

#### 2.1.1.2 Abordagem básica – PAAPA: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar

Esta abordagem consiste no contato profissional-usuário entre 3 e 10 minutos de duração para cada encontro, um pouco mais prolongada, apresenta maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo que a abordagem mínima. Uma diferença importante desta abordagem é a previsão de um acompanhamento do indivíduo, essencial para o *feedback* entre profissional e tabagista em cessação sobre os avanços alcançados e as dificuldades encontradas.

### Quadro 2: Abordagem básica – PAAPA

<b>Objetivo</b>	<b>Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar</b> a pessoa para a interrupção do tabagismo.
<b>Quem faz?</b>	Qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 10 minutos, em média, em cada contato que o usuário faz. Ele deve ser questionado e perguntado sistematicamente a cada consulta e retorno sobre a evolução do processo de cessação. Indicada a todos os fumantes.
<b>Quais os benefícios?</b>	É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do usuário para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia para manutenção da cessação.

Fonte: (BRASIL, 2015).

A publicação Caderno da Atenção Básica 40 – **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: o cuidado da pessoa tabagista**, traz no seu apêndice B uma proposta de organização dos passos PAAP e PAAPA, baseados no Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante. (BRASIL, 2001)

#### 2.1.1.3 Abordagem intensiva

Também denominada específica é a abordagem utilizada nos grupos para tratamento do tabagismo. A principal diferença para a abordagem básica é a intensidade do acompanhamento,

disponibilizando um maior período de tempo para análise e discussão dos avanços alcançados, das dificuldades encontradas e das informações relacionadas.

Pode ser aplicada em **sessões individuais** ou em **grupo de apoio**, entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior capacitados.

O tratamento em grupo tem como uma de suas principais vantagens o fato de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação, além de permitir que um número maior de pessoas seja tratado, tornando-se mais viável e custo efetivo que a abordagem individual. (BRASIL, 2015)

A abordagem individual permite ao profissional dispensar mais tempo a um mesmo usuário, porém exige do profissional uma importante disponibilidade de tempo, mas pode ser uma opção para determinados pacientes.

### 3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

#### 3.1 Classificação Internacional de Doenças

##### **CID 10 F17:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

Critério de classificação de fumante e de dependência física à nicotina:

- ✓ É considerado **fumante** o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente;
- ✓ É considerado **dependente** de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:
  - ✗ Forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;
  - ✗ Dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
  - ✗ Quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;
  - ✗ Necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;
  - ✗ Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina) e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
  - ✗ Persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

## 4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO

### 4.1 Critérios para Inclusão na Abordagem Cognitivo-comportamental

A abordagem cognitivo-comportamental deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, cadastrada para realizar a abordagem e tratamento do fumante. Esta abordagem será realizada em **sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente**. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento. (BRASIL, 2001)

### 4.2 Tratamento

#### 4.2.1 Consulta de avaliação clínica do paciente

Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, todos os pacientes deverão passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem cognitivo comportamental. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contraíndicação de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas e colher sua história clínica (apêndice A).

Todo paciente que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado em consultas individuais subsequentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

**Importante:** Lembrar de não prescrever os medicamentos do PNCT neste momento, pois os medicamentos serão fornecidos apenas após participação do paciente nos dois primeiros encontros e após agendamento da data para parar de fumar.

#### 4.2.2 Organização do grupo para cessação do tabagismo

A organização de grupos para cessação de tabagismo proposta pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001) prevê 4 sessões iniciais estruturadas com duração de 90 minutos e periodicidade semanal, seguindo o esquema abaixo:

### Quadro 3: Organização do grupo para cessação do tabagismo

	Nº de Sessões	Intervalo
1º Mês	4 sessões	7 dias (cartilhas 1 a 4)
2º Mês	2 sessões	15 dias
3º ao 6 Mês	4 sessões	30 dias
<b>Total</b>	10 sessões	

Fonte: (BRASIL, 2001).

A mesma proposta pode ser aplicada também para as situações em que for necessário acompanhamento individual.

O material **Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Participante** (BRASIL, 2007) traz um roteiro estruturado de temas para as 4 sessões iniciais, servindo de apoio durante as sessões de abordagem cognitivo comportamental, individuais ou em grupo. Esse manual fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída.

A publicação Caderno da Atenção Básica 40 – **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: o cuidado da pessoa tabagista**, traz no seu apêndice D um roteiro de temas para as quatro sessões iniciais, adaptadas a partir das cartilhas. Ressaltando, porém, que adaptações são possíveis, desejáveis e/ou necessárias a depender da realidade local. (BRASIL, 2015)

Após as quatro sessões iniciais, recomenda-se acompanhamento posterior, com retornos inicialmente quinzenais, no primeiro mês, e mensal nos próximos quatro meses, a fim de aumentar as taxas de manutenção da cessação. Ao contrário das quatro primeiras sessões, nas quais se recomenda uma estruturação prévia, o seguimento de prevenção de recaída prescinde de uma estrutura fixa, cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações. (BRASIL, 2015)

Nestes encontros o profissional deve abordar temas que auxiliem efetivamente os participantes a deixarem de fumar, como detectar situações de risco que levam o fumante a fumar, desenvolver estratégias de enfrentamento para as situações de risco e prevenção de recaídas.

Podem ser utilizadas dinâmicas de grupo, vídeos, jogos e textos que estejam **diretamente** relacionados aos objetivos acima, a fim de manter o tratamento focado e possibilitar que o fumante se torne agente de mudança de seu comportamento.

Para coordenar os grupos de apoio ou a abordagem individual o profissional precisa ter realizado a capacitação – Abordagem e Tratamento do Tabagismo – presencial ou na modalidade ensino à distância (EAD) oferecida periodicamente pelo TELESSAÚDE SC disponível em: <https://telemedicina.saude.sc.gov.br>

As cartilhas impressas com as sessões de 1 a 4 são disponibilizados pela Coordenação Administrativa de Materiais e Equipamentos (CAME) e podem ser solicitadas no pedido mensal

Durante o andamento dos grupos deve ser realizada pelo menos uma supervisão por grupo implantado, com o técnico responsável. As supervisões podem ser solicitadas através do endereço eletrônico: [tabagismo.saude@joinville.sc.gov.br](mailto:tabagismo.saude@joinville.sc.gov.br).

#### 4.2.3 Avaliação de saúde bucal

Considerando a estimativa de novos casos de câncer bucal, 15.490, sendo 11.140 homens e 4.350 mulheres (INCA – 2016) e o número de mortes relacionadas a esta patologia, 5.401, sendo 4.223 homens e 1.178 mulheres (INCA – 2013), recomenda-se que todos os participantes dos Grupos do Programa de Controle do Tabagismo realizem uma consulta com o cirurgião-dentista (da sua unidade de saúde ou equipe de saúde bucal de referência) para avaliação das suas condições de saúde bucal e detecção precoce de lesões precursoras do câncer bucal e lesões cancerígenas.

#### 4.2.4 Apoio medicamentoso

De acordo com estudos científicos internacionais os medicamentos considerados como 1ª linha no tratamento da dependência à nicotina e utilizados no Brasil são: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, da goma de mascar e da pastilha e a Bupropiona. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental e nunca isoladamente. (BRASIL, 2001)

Os fumantes que poderão utilizar o apoio medicamentoso, serão os que, **além de participarem (obrigatoriamente) da abordagem cognitivo-comportamental**, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, conforme os critérios definidos na Portaria nº 761/SAS/MS, de 21 de junho de 2016:

- ✓ Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- ✓ Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- ✓ Fumantes com escore do Teste de Fagerström (avaliação do grau de dependência de nicotina), igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional (apêndice A)
- ✓ Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- ✓ Não haver contraindicações clínicas.

A escolha de um dos medicamentos dependerá da avaliação individual do paciente. Não havendo contraindicações clínicas, o medicamento pode ser escolhido de acordo com a posologia e facilidade de administração, em comum acordo com o paciente.

Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação. O quadro 4 traz os medicamentos disponibilizados pelo programa, o esquema proposto e as orientações ao paciente.

O quadro 5 apresenta as contraindicações formais para utilização dos medicamentos previstos no programa e não deverão ser incluídos ou deverão ter suspenso o apoio medicamentoso, aqueles pacientes que apresentarem alguma das contraindicações para o medicamento escolhido. Também estão descritas as contraindicações relativas ao uso de apoio medicamentoso, de acordo com o medicamento escolhido, devendo ser cuidadosamente avaliada pelo prescritor quando da indicação do medicamento.

#### 4.2.4.1 Acesso aos medicamentos

Os medicamentos utilizados no tratamento do tabagista são fornecidos pelo Ministério da Saúde diretamente aos municípios com mais de quinhentos mil habitantes. Em Joinville, os medicamentos são armazenados na Central de Abastecimento Farmacêutico que distribui às farmácias onde são dispensados.

É necessário que os farmacêuticos da farmácia de referência da unidade de saúde sejam avisados a respeito do início do grupo e previsão do número de pacientes que utilizarão os medicamentos (conforme anamnese realizada pelo médico), assim como a disponibilidade dos mesmos e a forma de distribuição.

Os medicamentos **não** serão dispensados **sem** o carimbo do Programa de Controle do Tabagismo, este é um instrumento de identificação de participação no grupo.

Os medicamentos serão entregues aos pacientes a partir da 3ª sessão, concomitante à sua decisão de estabelecer uma data para deixar de fumar e mediante a participação no grupo.



**Quadro 4:** Apoio medicamentoso

Medicamento	Apresentação	Esquema Proposto	Orientações ao Paciente
Nicotina (*)	Goma de mascar 2 mg	<p><b>Semana 1 a 4:</b> 1 tablete de 2 mg a cada 1 a 2 horas</p> <p><b>Semana 5 a 8:</b> 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 horas</p> <p><b>Semana 9 a 12:</b> 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 horas</p> <p><b>Duração total:</b> 12 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mascar um tablete por vez</li> <li>• Mascar a goma com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco, neste momento parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar</li> <li>• Não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma</li> <li>• Dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia</li> <li>• Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento</li> </ul>
	Adesivo transdérmico 7, 14 e 21 mg	<p><b>Teste de Fagerström 5 a 7 e/ou tabagistas</b> que fumam de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar</p> <p><b>Semana 1 a 4:</b> 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas</p> <p><b>Semana 5 a 8:</b> 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas</p> <p><b>Duração total:</b> 8 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas</li> <li>• Na mulher, evitar colocá-lo no seio</li> <li>• No homem, evitar colocá-lo em região que apresente pêlos</li> <li>• A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água</li> <li>• Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento</li> </ul>
	<p><b>Teste de Fagerström 8 a 10 e/ou tabagistas</b> que fumam mais de 20 cigarros por dia</p> <p><b>Semana 1 a 4:</b> 1 adesivo de 21 mg a cada 24 horas</p> <p><b>Semana 5 a 8:</b> 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas</p> <p><b>Semana 9 a 12:</b> 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas</p> <p><b>Duração total:</b> 12 semanas</p>		
Bupropiona (**)	Comprimido de 150 mg	<p><b>Primeiros 3 dias de tratamento:</b> 1 comprimido de 150 mg pela manhã</p> <p><b>Quarto dia de tratamento até completar 12 semanas:</b> 1 comprimido de 150 mg duas vezes ao dia (manhã e tarde, com intervalo de 8 horas entre as doses).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose máxima recomendada: 300 mg por dia</li> <li>• Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico</li> <li>• Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação</li> </ul>

Fonte: (Portaria nº 761/SAS/MS, 2016).

**Quadro 5:** Contraindicações formais, relativas e efeitos colaterais mais comuns

Medicamento		Contraindicações Formais	Contraindicações Relativas	Efeitos Colaterais mais Comuns
Nicotina	Goma de mascar 2 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula</li> <li>Incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação têmporo mandíbula</li> <li>Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio</li> <li>Pacientes portadores de úlcera péptica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestação e durante a amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o do uso da goma de mascar com nicotina;</li> <li>Doenças cardiovasculares</li> </ul>	Vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação
	Adesivo transdérmico 7, 14 e 21 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula</li> <li>Doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo</li> <li>Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio</li> <li>Gestação</li> <li>Amamentação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doenças cardiovasculares</li> </ul>	<p><b>Irritação local</b> podendo a chegar a eritema infiltrativo</p> <p><b>Mais raramente:</b> náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia</p> <p><b>Menor incidência:</b> palpitação, eritema e urticária</p> <p><b>Raramente:</b> fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema</p>
Bupropiona	Comprimido de 150 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula</li> <li>Risco de convulsão: história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas</li> <li>Alcoolistas em fase de retirada de álcool</li> <li>Uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,</li> <li>Uso de outras formas de bupropiona</li> <li>Doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa.</li> <li>Gestação</li> <li>Amamentação</li> <li>Para aqueles fumantes que estão fazendo uso de inibidor da MAO, há necessidade de suspensão da medicação, por pelo menos 15 dias antes do início da bupropiona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de carbamazepina</li> <li>Uso de cimetidina</li> <li>Uso de barbitúricos</li> <li>Uso de fenitoína</li> <li>Uso de anti-psicóticos</li> <li>Uso de anti-depressivos</li> <li>Uso de teofilina</li> <li>Uso de corticoesteróides sistêmicos</li> <li>Uso de pseudoefedrina</li> <li>Diabetes melittus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina</li> <li>Hipertensão arterial não controlada</li> </ul>	Insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaleia e risco de convulsão

Fonte: (Portaria nº 761/SAS/MS, 2016).

(\*) Os medicamentos à base de Nicotina (adesivo transdérmico, goma de mascar) poderão ser dispensados com prescrição de médico, dentista ou enfermeiro coordenadores dos grupos, que tenham realizado a capacitação.

(\*\*) O medicamento Bupropiona será dispensado mediante receituário médico de controle especial em duas vias, conforme Portaria nº 344/SVS/MS, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

#### **4.2.5 Resposta clínica**

A resposta clínica positiva ao ocorre quando o paciente deixa de fumar. Estudos mostram que um programa de cessação do tabagismo é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após 12 meses. No entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente.

#### **4.2.6 Interrupção do tratamento**

Não há razão para interromper a abordagem cognitivo-comportamental, porém, se houver algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem individual. O uso de qualquer forma de medicamento, deverá ser interrompido, se o paciente apresentar alguma das contra-indicações relatadas no quadro 5. Assim, havendo contra-indicações, o paciente deverá ser orientado a utilizar outra alternativa do tratamento medicamentoso.

## 5 CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL

Considerando a estimativa de novos casos de câncer bucal, 15.490, sendo 11.140 homens e 4.350 mulheres (INCA, 2016) e o número de mortes relacionadas a esta patologia, 5.401, sendo 4.223 homens e 1.178 mulheres (INCA, 2013), recomenda-se que todos os participantes dos Grupos do Programa de Controle do Tabagismo realizem uma consulta com o cirurgião-dentista (na Unidade de Saúde ou Equipe de Saúde Bucal de referência) para avaliação das condições de saúde bucal e detecção precoce de lesões precursoras do câncer bucal e lesões cancerígenas.

### 5.1 Avaliação de Saúde Bucal

O exame de toda a cavidade bucal deve ser feito de maneira metódica para que todas as áreas sejam analisadas e seja possível a identificação de próteses dentárias ou outras prováveis causas de trauma contínuo. As lesões mais posteriores da cavidade bucal, por vezes, necessitam de visualização com o auxílio de instrumentos ou por espelho para a avaliação de sua extensão. As lesões, sempre que possível, devem ser palpadas, a fim de se confirmar seus reais limites e o acometimento de estruturas adjacentes. A palpação das cadeias linfáticas cervicais completará o exame, sendo importante a determinação do tamanho dos linfonodos, sua mobilidade e relação com estruturas vizinhas. Ao ser identificado o tumor, é importante registrar suas dimensões e características: se é ulcerado, infiltrativo, necrosado, com infecção secundária, se ultrapassa a linha média, se há indícios de invasão óssea e/ou da musculatura profunda. A presença de leucoplasias, eritroplasias e possíveis lesões pré-neoplásicas simultâneas devem ser investigadas. O trismo, quando presente, pode ser decorrente da invasão tumoral da musculatura pterigóidea ou por dor local. (BRASIL, 2017a)

Os pacientes com alterações identificadas na avaliação da saúde bucal deverão ser encaminhados para a especialidade Odonto – Estomatologia do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), através do sistema de regulação da INTRANET Saúde Joinville, conforme os seguintes critérios de inclusão e exclusão previsto no Protocolo do CEO (JOINVILLE, 2017):

Principais critérios de inclusão:

- ✓ Diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças próprias do complexo maxilo-mandibular, das manifestações bucais de doenças sistêmicas e das repercussões bucais do tratamento antineoplásico;
- ✓ Lesões persistentes (evolução superior a 20 dias), após tratamento e/ou acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

Principais critérios de exclusão:

- ✓ Lesões com menos de 20 dias de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Herpes recorrente;

- ✓ Gengivo-estomatite herpética primária;
- ✓ Estomatite aftosa recorrente;
- ✓ Candidíase e estomatite protética sem prévia tentativa de tratamento na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Queilite angular;
- ✓ Pacientes que necessitem de atendimento hospitalar por razões locais ou sistêmica, relacionadas ao procedimento, à condição de saúde ou à colaboração. Neste caso, encaminhar para a especialidade Cirurgia Bucomaxilofacial;
- ✓ Neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual) deverão ser encaminhadas para avaliação médica, conforme Resolução CFM nº 1.950/2010.

É imprescindível no encaminhamento a descrição da lesão: localização, tempo de evolução, número, tamanho, limites, consistência, coloração, fatores de risco e hipótese diagnóstica. A especialidade dará ênfase para o diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca.

### 5.1.1 Regiões anatômicas e prognósticos

A cavidade bucal está dividida nas seguintes áreas:

- ✓ Lábios;
- ✓ 2/3 anteriores da língua;
- ✓ Mucosa jugal;
- ✓ Assoalho da boca;
- ✓ Gengiva inferior;
- ✓ Gengiva superior;
- ✓ Área retromolar;
- ✓ Palato duro.

Todas as áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço, sendo que a primeira estação de drenagem inclui os linfonodos júbulo-digástricos, júbulo-omo-hioideos, submandibulares e submentonianos (ou seja, níveis I, II e III). Linfonodos do segundo escalão de drenagem são os parotídeos, os jugulares e os cervicais posteriores (superiores e inferiores).

A maior parte dos tumores malignos da cavidade bucal é constituída pelo carcinoma epidermóide, que se classifica em: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Embora apresentem menor incidência, devem-se citar outros tipos de tumores que podem ocorrer na cavidade oral, tais como: os tumores salivares (das glândulas salivares menores e da sublingual), os sarcomas (os de origem vascular, os musculares e os ósseos) e o melanoma de mucosa.

O prognóstico de pacientes com câncer de cavidade oral depende da área da cavidade oral comprometida e do estadiamento do Sistema TNM (**T**: tumor primário; **N**: linfonodos; **M**: metástase) de Classificação de Tumores Malignos. As lesões situadas nas porções mais

anteriores e as lesões iniciais (I–II) têm um prognóstico melhor em comparação com as lesões avançadas (III–IV). (BRASIL, 2017a)

**Quadro 6 – Sobrevida em relação ao estadiamento**

Sítio primário	Sobrevida em cinco anos Percentual / Estádio			
	I	II	III	IV
Língua oral	35-85	26-77	10-50	0-26
Assoalho da boca	58-75	40-64	21-43	0-15
Rebordo gengival	73	41	17	0-10
Mucosa jugal	77-83	44-65	20-27	0-18
Área retromolar	70	57,8	46,5	0-10
Palato duro	60-80	40-60	20-40	0-30

Fonte: (BRASIL, 2017).

## 5.2 Tratamento

Dependendo do local, da extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, o tratamento do câncer da cavidade bucal pode ser cirúrgico, radioterápico ou uma combinação de ambos. A cirurgia para ressecção dos tumores primários deve incluir sempre toda lesão tumoral e margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões (mínimo de 1,0 cm de margem), sempre confirmada no ato cirúrgico por exame de congelação. A radioterapia de lesões extensas deve incluir também as cadeias de drenagem linfáticas, mesmo quando, clinicamente, estas não estiverem acometidas. A dose para o sítio primário varia de 65Gy a 75Gy, durante cinco a sete semanas. Assim, as opções de tratamento variam de acordo com o estágio clínico das lesões. (BRASIL, 2017a)

## 6 ESTIMATIVA DE FUMANTES

### 6.1 Estimativa de Fumantes no Território

Segundo dados do VIGITEL 2016 a prevalência de fumantes em Florianópolis é de **10,1%** (a pesquisa é realizada somente nas capitais), bem próxima da prevalência no Brasil (10,2%). (BRASIL, 2017b)

As equipes de saúde podem extrair a informação do número de tabagistas do seu território através do **cadastro individual** onde são informadas as **doenças / condições de saúde**.

De qualquer forma, todas as unidades de saúde devem manter na **recepção** uma lista atualizada das pessoas do seu território que desejam para de fumar.

## 7 REGISTRO DAS ATIVIDADES

A Portaria nº 761/SAS/MS, de 21 de junho de 2016 prevê que as unidades de saúde devem manter o registro para cada paciente com as informações completas do quadro clínico, histórico, avaliação inicial e classificação da dependência à nicotina como muito baixa / baixa / média / elevada / muito elevada e sua respectiva inclusão em um dos escores do Teste de Fagerström, além do tratamento proposto e sua evolução, de forma clara e precisa. Estas informações devem ser registradas no Sistema Saúdetech.

O Sistema Saúdetech traz no registro de Atividade Coletiva alguns campos específicos para as ações realizadas no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). As 4 sessões iniciais são discriminadas com o objetivo de permitir o levantamento posterior, pelo gestor e pelas próprias equipes, das taxas de abandono e acompanhamento completo dos usuários encaminhados para esta abordagem. Estas opções devem ser marcadas somente se a ação for realizada no âmbito do PNCT e conforme protocolo desse programa.

### 7.1 Roteiro para o Registro das Atividades

O registro das atividades do grupo do PNCT devem ser registrados no Sistema SAUDETCH da seguinte forma:

- ✓ No campo **TIPO DE ATIVIDADE** utilizar a opção **ATENDIMENTO EM GRUPO**;
- ✓ Em **PÚBLICO ALVO** selecionar **USUÁRIO DE TABACO**;
- ✓ Em **TEMAS PARA A SAÚDE** selecionar **DEPENDÊNCIA QUÍMICA (TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS)**;
- ✓ Em **PRÁTICAS EM SAÚDE** para as sessões de 1 a 4 selecionar **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO** sessões 1, 2, 3 ou 4, a partir da 5ª sessão não será necessário preencher este campo.

**IMPORTANTE:** Ao selecionar cada usuário que estiver participando do grupo usuário é necessário preencher os campos “**Cessou Hábito de Fumar**” e “**Abandonou Grupo**”, que fornecem dados importantes para avaliar o programa e são obrigatórios.

### 7.2 Planilha de Consolidação de Informações

A Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo deve ser preenchida pelo coordenador do grupo de tabagismo e enviada trimestralmente através do endereço eletrônico [tabagismo.saude@joinville.sc.gov.br](mailto:tabagismo.saude@joinville.sc.gov.br). Estas informações são repassadas à Secretaria de Estado da Saúde e ao INCA segundo cronograma estabelecido pelo instituto. É



através das informações registradas na planilha que o INCA acompanha as atividades desenvolvidas pelos municípios e estados e organiza a distribuição dos manuais do participante (sessões 1, 2, 3 e 4).

Em breve estas informações poderão ser extraídas através de relatórios gerados pelo sistema SAUDETCH, porém atualmente a utilização da planilha ainda é necessária.

**Figura 1:** Planilha de consolidação de informações do tratamento do tabagismo

Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Unidade de Saúde												
Número do CNES da Unidade de Saúde: _____												
Nome da Unidade de Saúde: _____												
Endereço completo/telefone: _____												
Profissional responsável pelo preenchimento: _____												
Período de atendimento Escreva: 1 (jan a mar), 2 (abr a jun), 3 (jul a set) ou 4 (out a dez)	Ano	UF	Município	Dados do atendimento ocorrido no período					Indicadores de atendimento			
				Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo de acordo com a Portaria SA S/MS nº442/04	Abandono (%)	Cessaçao (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)	

Fonte: (DIVE/SES)

### 7.3 Avaliação e Monitoramento das Ações do PNCT

O quadro 7 apresenta os indicadores utilizados para avaliação e monitoramento das ações do Programa de Controle do Tabagismo no município, conforme sugerido na Portaria nº 761/SAS/MS, de 21 de junho de 2016. Estes dados serão compilados e avaliados pelo Núcleo de Apoio às Redes de Atenção à Saúde (NARAS) a partir dos registros realizados pelas equipes e divulgados trimestralmente.

**Quadro 7:** Indicadores para avaliação e monitoramento das ações do PCT no Município

<p><b>1. Proporção de unidades da APS que realizaram grupos de tratamento do tabagista / ano</b></p> <p>Total de unidades da APS que realizaram grupos de tratamento do tabagista(*) no ano / Total de unidades da APS</p> <p><b>Fonte:</b> Relatório de atividade coletiva (Sistema Saúdetech)</p> <p>(*)quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).</p>
<p><b>2. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo</b></p> <p>Número total de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química(**) / Número de usuários tabagistas cadastrados X 100</p> <p><b>Fonte:</b> Relatório de atividade coletiva e cadastro individual (Sistema Saúdetech)</p> <p>(**)quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas</p>

para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).

### 3. Proporção de fumantes que deixaram de fumar

Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada / Número de fumantes atendidos na 1ª sessão X 100

**Fonte:** Relatório de atividade coletiva (Sistema Saúdetech) ou Planilha de Consolidação das Informações

### 4. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento

Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada / Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada X 100

**Fonte:** Relatório de atividade coletiva (Sistema Saúdetech) ou Planilha de Consolidação das Informações

**Fonte:** (Portaria SAS/MS nº 761, 2016).

## 7.4 Materiais de Apoio

A cartilha **O Agente Comunitário de Saúde e o Controle do Tabagismo no Brasil**, elaborada pelo INCA, é destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e apresenta-se como importante instrumento para orientar o seu trabalho. A atuação comprometida dos ACS junto às famílias potencializa o alcance das ações do Programa e amplia o conhecimento da população brasileira sobre os malefícios do tabaco. Desta forma, o ACS também contribui para a redução da iniciação ao tabagismo e da sua aceitação social e apoia os fumantes para que deixem de fumar. (BRASIL, 2014)

**Figura 2:** Cartilha – O agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil



**Fonte:** (Brasil, 2014).

A publicação Caderno de Atenção Básica 40 – **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: o cuidado da pessoa tabagista**, traz no seu apêndice D um roteiro de temas para as quatro sessões iniciais, adaptadas a partir das cartilhas. Ressaltando, porém, que adaptações são possíveis, desejáveis e/ou necessárias a depender da realidade local. (BRASIL, 2015)

**Figura 3:** Caderno 40 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica



**Fonte:** (Brasil, 2015).

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Rotinas Internas do INCA. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2017a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/diagnostico>> Acesso em 28 de agosto de 2017a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brasil 2016 – **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2017b.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 761/SAS/MS**, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**: Dependência à Nicotina. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA / Câncer / Tipos de Câncer / Boca. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013 / 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/boca/definicao>> Acesso em 06 de setembro de 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica, nº 40. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **O Agente Comunitário de Saúde e o Controle do Tabagismo no Brasil**. Organização Valéria Cunha. 2ª edição revisada. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2014a.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 483/GM/SMS**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014b.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 571/GM/MS**, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Manual do Coordenador: deixando de fumar sem mistérios**. 2ª edição. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2011.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde**. 2ª edição revisada reimpressa. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2004; BRASIL, 2007.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2001.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 344/SVS/MS**, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 1998.
13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1.950**, de 10 junho de 2010. O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem, conjuntamente, critérios para a realização de cirurgias das áreas de buco-maxilo-facial e crânio-maxilo-facial. Brasília – DF: 2010.
14. MAYFIELD, D.; MC LEOD, G.; and HALL, P. **The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument**. American Journal of Psychiatry. v.131, 1121-1123p., Washington – EUA: 1974. Disponível em <<https://pt.slideshare.net/julianawaterloo/deteco-do-alcoolismo-pelo-mtodo-cage>> acesso em 31/08/2017.
15. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Rotinas de encaminhamento para Estomatologia do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Joinville – SC: Secretaria da Saúde, 2017.



**APÊNDICE A: Modelo para Anamnese**

**Programa Nacional de Controle do Tabagismo  
Abordagem e Tratamento do Tabagismo**

**I – Identificação**

Nome:	Sexo: ( ) M ( ) F
Data de Nascimento:	Prontuário:

**II – História Patológica Progressa**

1. Você tem/ teve frequentemente aftas, lesões e/ou sangramentos na boca?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
2. Você tem DM?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
3. Você tem HAS?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
4. Você tem algum problema cardíaco?	( ) sim ( ) não
Se sim, qual?	
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
5. Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor de estômago ou úlcera?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
7. Você tem alergia respiratória?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
8. Você tem alergias cutâneas?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
10. Você tem ou teve crises convulsivas, convulsão febril na infância ou epilepsia?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) não
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?	( ) sim ( ) não
Está em tratamento?	( ) sim ( ) 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 questões 12 e 13, faça as perguntas sobre depressão:**

a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrito pelo 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 reduzidos ( ) Sentimento de culpa e inutilidade ( ) Ideias de suicídio ( ) Apetite diminuído ( ) Auto confiança reduzida ( ) Pessimista ou deslocado ( ) Sono alterado ( ) Inquietação	
c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?	( ) sim ( ) não
Quem?	Que tipo?
d) O paciente apresentou durante a consulta:	
( ) Agitação	( ) Falta de concentração
( ) Pensamento e fala lentificados ou acelerados	( ) Nenhuma alteração

**Para avaliar o grau da depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b1 e b2 das perguntas acima:**

- ✓ **Depressão Leve:** 2 sintomas b.1 e 2 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:** 2 sintomas b.1 e 3 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 o suicídio é um perigo marcante.

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?
( ) Nunca ( ) Todos os dias ( ) Finais de semana ( ) Raramente

**Detecção do Alcoolismo pelo Método CAGE: *Cut down/ Annoyed / Guilty / Eye-opener***

a. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	( ) sim ( ) não
b. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	( ) sim ( ) não
c. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?	( ) sim ( ) não
d. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou diminuir a ressaca?	( ) sim ( ) não
<b>Observação:</b> Três ou quatro respostas positivas no <b>CAGE</b> mostram uma tendência importante para o alcoolismo	

15. Você tem ou teve algum problema sério de saúde que ainda não foi citado?	( ) sim ( ) não
Qual?	
16. Algum medicamento em uso atual?	( ) sim ( ) não
Qual?	
17. Tem prótese dentária móvel?	( ) sim ( ) não
18. Está grávida?	( ) sim ( ) não
Se sim, quantos meses?	
19. Está amamentando?	( ) sim ( ) não

**III – História Tabagística**

1. Com quantos anos você começou a fumar?
2. Em quais das situações o cigarro está associado ao seu dia a dia?
( ) Ao falar ao telefone ( ) Com café ( ) Tristeza
( ) No trabalho ( ) Alegria ( ) Com bebidas alcoólicas
( ) Ansiedade ( ) Nenhum ( ) Após as refeições
( ) Outros

3.Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?			
Fumar é um grande prazer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
Fumar é muito saboroso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
O cigarro acalma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
Acho charmoso fumar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?			
<input type="checkbox"/> De 1 a 3 vezes			
<input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes			
<input type="checkbox"/> Tentou mas não conseguiu parar ( <b>seguir para pergunta 7</b> )			
<input type="checkbox"/> Nunca tentou ( <b>seguir para pergunta 9</b> )			
5.Quantas vezes você ficou sem fumar pelo menos um dia?			
<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3 vezes	<input type="checkbox"/> mais de 3 vezes
6.Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?			
7. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?			
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Apoio profissional de saúde	<input type="checkbox"/> Medicamento	Qual? _____
<input type="checkbox"/> Leitura de folhetos, revistas , jornais...	<input type="checkbox"/> Outros _____		

8.Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento de tabagismo nessa Unidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9.Porque você quer deixar de fumar agora?		
<input type="checkbox"/> Porque está afetando a minha saúde	<input type="checkbox"/> Porque não gosto de ser dependente	
<input type="checkbox"/> Outras pessoas estão me pressionando	<input type="checkbox"/> Fumar é antisocial	
<input type="checkbox"/> Pelo bem estar da minha família	<input type="checkbox"/> Porque gasto muito dinheiro com cigarro	
<input type="checkbox"/> Porque meus filhos pedem		
<input type="checkbox"/> Estou preocupado com minha saúde no futuro		
<input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças		
<input type="checkbox"/> Por conta da restrição de fumar em ambientes fechados		
10.Você convive com fumantes na sua casa?		
<input type="checkbox"/> Sim Qual o parentesco? _____	<input type="checkbox"/> Não	
11.Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

#### IV – Teste de Fagerström

1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?	
<input type="checkbox"/> Dentro de 5 min <b>(3)</b>	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 min <b>(2)</b>
<input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 min <b>(1)</b>	<input type="checkbox"/> Após 1 hora <b>(0)</b>
2. Você acha difícil fumar em ambientes proibidos como igrejas, bibliotecas....	
<input type="checkbox"/> Sim <b>(1)</b>	<input type="checkbox"/> Não <b>(0)</b>
3.Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?	
<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã <b>(1)</b>	<input type="checkbox"/> Outros <b>(0)</b>
4.Quantos cigarros você fuma por dia?	
<input type="checkbox"/> Menos de 10 <b>(0)</b>	<input type="checkbox"/> De 11 a 20 <b>(1)</b>
<input type="checkbox"/> De 21 a 30 <b>(2)</b>	<input type="checkbox"/> Mais de 31 <b>(3)</b>
5.Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
<input type="checkbox"/> Sim <b>(1)</b>	<input type="checkbox"/> Não <b>(0)</b>
6.Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama na maior parte do tempo?	
<input type="checkbox"/> Sim <b>(1)</b>	<input type="checkbox"/> Não <b>(0)</b>



<b>Grau de dependência</b>	<b>0–2: Muito baixo</b>	<b>3 – 4: Baixo</b>	<b>5: Médio</b>	<b>6–7: Elevado</b>	<b>8–10: Muito elevado</b>
----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	---------------------	----------------------------

#### V – Avaliação do Grau de Motivação

<input type="checkbox"/> Contemplativo: Motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias <input type="checkbox"/> Ação: Já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês <input type="checkbox"/> Recaído: Retomou o consumo habitual de cigarros
---

#### VI – Exame Físico

Peso:	Altura:	PA:
Monóxido de carbono:	CO:	HbCO:
Há quanto tempo fumou o último cigarro:		
Hora do exame:		
Observações:		

**Fonte:** (Brasil, 2001)