

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS-100, de 18-10-2019

Aprova o Protocolo Clínico e as diretrizes para o controle do tabagismo, inserido no Programa respectivo, e dá providências correlatas

O Secretário da Saúde, considerando:

- o disposto nos termos das Portarias 571/GM/MS, de 05-04-2013, e 761/GM/MS, de 21 de junho 2016, que definem as atribuições gerais dos elementos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, para prevenção e tratamento do tabagismo;
- que, segundo a Organização Mundial da Saúde o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis;
- que, além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como - tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras doenças;
- que o consumo de tabaco e seus derivados mata milhões de indivíduos a cada ano e, a persistir essa tendência, em 2030 o tabaco matará cerca de 8 milhões por ano sendo que 80% dessas mortes ocorrerão nos países de baixa e média renda.
- o dever do Estado de executar políticas que minimizem os danos à saúde e à integridade física dos indivíduos, decorrentes do uso do tabaco, oferecendo oportunidades para abandonar o vício e assistência adequada ao dependente do tabaco, resolve:

Artigo 1º - Fica aprovado o Protocolo Clínico e as diretrizes para o controle do tabagismo no Estado de São Paulo, inserido no Programa de Controle do Tabagismo, que compõem os anexos desta resolução.

Artigo 2º - As atividades relacionadas à assistência aos dependentes do tabaco serão desenvolvidas sob orientação do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas - CRATOD.

Artigo 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

PROTÓCOLO CLÍNICO PARA ABORDAGEM MÍNIMA AO PACIENTE TABAGISTA EM ÂMBITO HOSPITALAR

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Dessas, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral)[1]. Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como - tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras doenças. O consumo de tabaco e seus derivados matam milhões de indivíduos a cada ano. Se a tendência atual continuar, em 2030 o tabaco levará ao óbito cerca de 8 milhões por ano sendo que 80% dessas mortes ocorrerão nos países da baixa e média renda. No Brasil, como resultado das importantes ações de controle do tabaco desenvolvidas, a prevalência de tabagismo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989 o percentual de fumantes de 18 anos ou mais no país era de 34,8%. Já em 2013, de acordo com pesquisa mais recente para essa mesma faixa etária em áreas urbanas e rurais, este número caiu para 14,7% (PNS, 2013) [2]. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar do IBGE (2015) mostraram que a experimentação do cigarro foi de 18,4%, entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental. O indicador de experimentação de cigarro para os meninos (19,4%) foi superior quando comparado às meninas (17,4%) [3]. Nos jovens, a última pesquisa realizada em 17 cidades brasileiras demonstrou que a prevalência de estudantes que fumavam regularmente foi muito similar à encontrada nos adultos (Vigescola 2002-2009)[4]. Este protocolo segue o Anexo IV da Portaria de Consolidação GM/MS 3 de 28/09/17 (Capítulo IV - Das diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas

do SUS), que revogou a Portaria GM/MS 571 de 05/04/13, e a Portaria 761/GM/MS de 21 de junho 2016, que definem as atribuições gerais dos elementos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, para prevenção e tratamento do tabagismo; De acordo com o Art. 99. Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º)

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, I)

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, II)

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, III)

De acordo com o Art. 109, constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas:

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II)

a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, a), de acordo com o Termo de Esclarecimento – ANEXO 01

b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, b)

c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, c)

d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, d)

e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, e), de acordo com o Termo de Encaminhamento – ANEXO 03.

III - Apoio diagnóstico e terapêutico: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III)

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, b)

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e prevenção de recaída. Em casos específicos, pode ser utilizado um apoio medicamentoso. De acordo com a Portaria 761 de 21-06-2016, os medicamentos padronizados são:

* Terapia de Reposição de Nicotina, através de adesivo transdérmico ou goma de mascar;

* Cloridrato de Bupropiona, que também são considerados medicamentos de 1ª linha. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo comportamental, e nunca isoladamente (Fiore, 2000, Ministério da Saúde, 2001);

Iniciar assistência terapêutica como tratamento oportunístico decorrente ao contato com o usuário por outro evento ou patologia.

2. OBJETIVO

Manejo e alívio dos sintomas de abstinência no Âmbito Hospitalar.

3. INSERÇÃO NO PROGRAMA INTRA-HOSPITALAR DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA – HOSPITAL GERAL E PSIQUIÁTRICO

* Paciente internado em ambiente livre de tabaco (LEI ESTADUAL 13.541 de 07-05-2009): Orientações sobre as regras da instituição, entrevista motivacional, Teste de Fagerström

– ANEXO 02, abordagem mínima e contrato terapêutico estabelecido

– ANEXO 01.

A avaliação da dependência da nicotina pode contribuir para uma abordagem mais efetiva e com resultados mais prolongados em relação à cessação do tabagismo. Como não avalia os componentes motivacionais dos pacientes, é necessária a aplicação da Escala de motivação de Prochaska & Diclemente, 1994 (Figura 1).

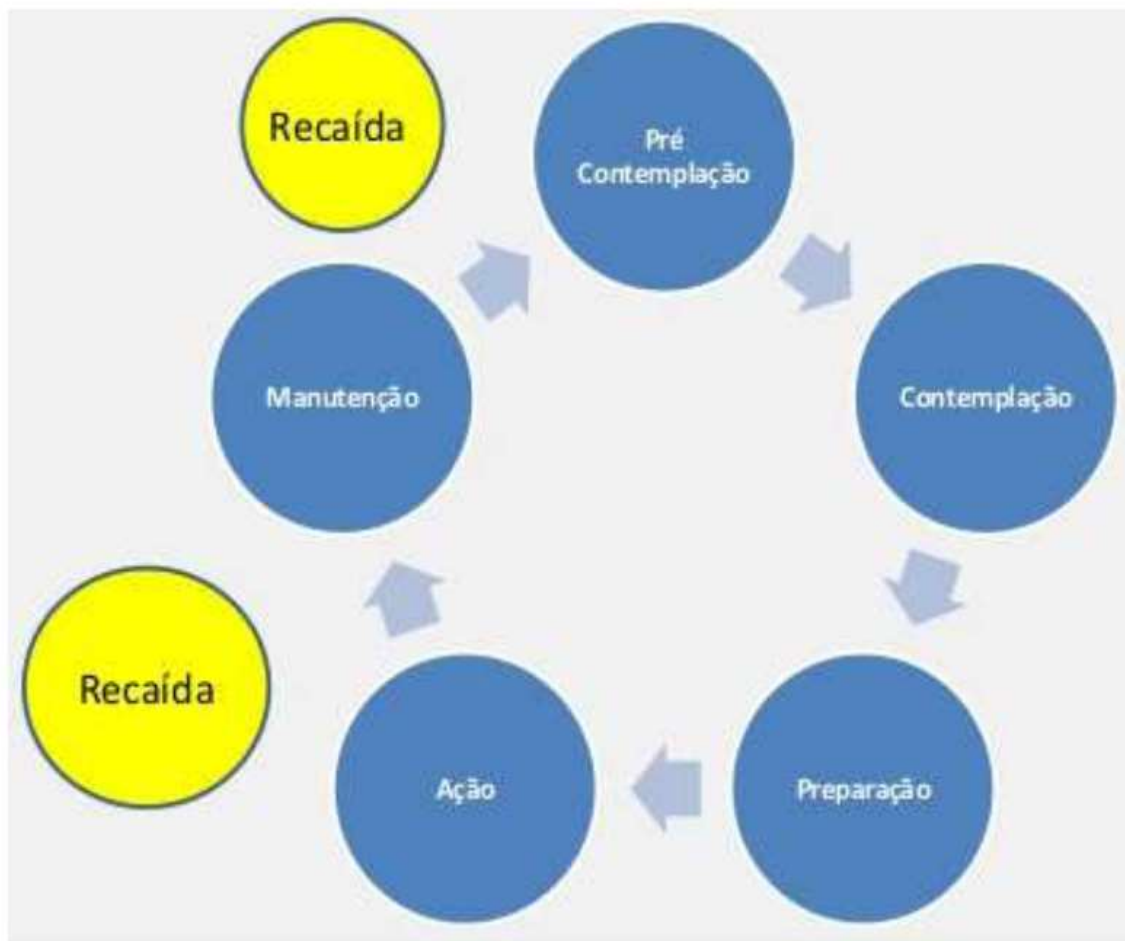


Figura 1 – Modelo transteórico de mudança comportamental de Prochaska & Diclemente (1982)

Esse modelo nos diz que o paciente pode passar de um estágio para outro, dependendo de como está preparado para fazer uma mudança no comportamento que afetará sua saúde. As fases motivacionais são:

- Pré-contemplação: Fase em que o paciente não pensa na possibilidade de parar de fumar.
- Contemplação: Fase em que o paciente recebe algum tipo de informação ou foi sensibilizado a respeito dos malefícios do hábito de fumar. Nesta fase, são passíveis de se tornar ambivalentes em relação à cessação, dessa maneira, o manejo clínico do profissional de saúde deve ser fundamental para promover apoio ao paciente.
- Preparação: Fase em que o paciente já se prepara para a cessação do hábito de fumar, e vai criando estratégias para se manter abstinente.
- Ação: Fase na qual o paciente promove a ação (cessação).
- Manutenção: Fase em que o paciente utiliza-se de ações e estratégias para se manter abstinente.
- Recaída: Fase em que o paciente volta a estabelecer o padrão de consumo anterior.

Na consulta clínica é importante reconhecer que a duração de cada um dos estágios pode ser muito variável. Este não é um processo linear. O paciente pode mudar etapas dependendo do que está acontecendo em sua vida.

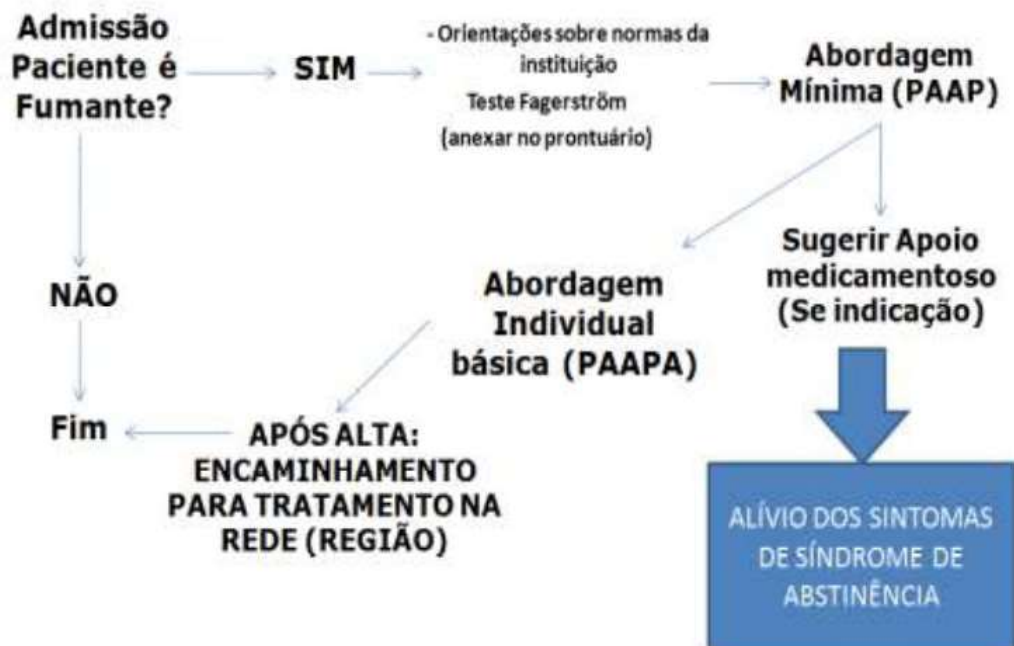
- Consulta Clínica: avaliação do nível de dependência da Nicotina (Teste de Fagerström – ANEXO 02).
- Sugerir apoio medicamento por reposição de Nicotina (adesivo transdérmico e/ou goma).
- Realizar abordagem breve e intensiva individual, ou realização de grupos estruturados até a Fase de Manutenção.
- Após alta, encaminhar para acompanhamento ambulatorial na Rede Básica credenciada ao Programa Estadual de Controle do Tabagismo (PECT) – ANEXO 03.

Observação: O encaminhamento deve ser realizado de acordo com a alta hospitalar, para a unidade de saúde contrarreferenciada, de acordo com a fase e tempo de tratamento: cessação/ prevenção de recaída ou manutenção.

No caso de fase de manutenção, não há necessidade de participação das sessões estruturadas iniciais (4 sessões). Será inserido na fase de Manutenção, até que se complete 12 meses de tratamento.

Duração: Período proporcional à internação.

Inserção no Programa Intra-Hospitalar Curta Permanência



PAAP: Perguntar, avaliar dependência, aconselhar, preparar para a cessação.
PAAPA: Perguntar, avaliar dependência, aconselhar, preparar e acompanhar.

Inserção no Programa Intra-Hospitalar Longa Permanência



1. REALIZAÇÃO DOS GRUPOS DE ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O objetivo dos grupos é a sensibilização do paciente ao sair da internação, a fim de dar continuidade ao tratamento;

A abordagem cognitivo comportamental deve ser oferecida se possível a todo fumante internado, e oferecer o tratamento da dependência. 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 o ciclo da dependência, e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (Ministério da Saúde, 2011)

Deverá ser avaliada a 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 – ANEXO 02. No prontuário do paciente deverá conter histórico com as informações do quadro clínico e sua evolução devidamente descrita, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento;

4. TERAPIA MEDICAMENTOSA

A prescrição médica deverá ser baseada na Portaria 761/GM/MS de 21 de junho 2016, que valida às orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Abordagem e Tratamento do Fumante publicada pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, que por sua vez baseou-se em estudos de meta-análise da literatura mundial, sobre cessação do tabagismo.

5. TABAGISMO X PACIENTES ONCOLÓGICOS

Evidências demonstram os benefícios que o paciente com câncer pode ter ao abandonar o tabagismo, como maior eficácia de tratamentos contra o câncer, maior e melhor sobrevida, redução de complicações nos tratamentos e menor risco de futuros tumores.

Sabe-se que o tabagismo reduz significativamente a sobrevida livre de doença e a sobrevida global, aumentando o risco de desenvolver segundas neoplasias primárias.

Em pacientes com câncer, a redução da sobrevida global está diretamente ligada a riscos relacionados ao desenvolvimento e progressão de várias doenças, especialmente doenças cardiovasculares, causadas pelo tabagismo, o que gera impacto principalmente em cânceres “potencialmente curáveis” devido à causa de morte, não relacionada ao câncer, interferir na sobrevida do paciente.

O tabagismo também influencia em todo o tratamento do câncer, incluindo desfechos cirúrgicos, eficácia e toxicidade da radioterapia, metabolismo da quimioterapia e efeitos colaterais relacionados a estes tratamentos.

5.1 Tabagismo em Tratamento Ambulatorial

Um diagnóstico de câncer pode ser usado como uma oportunidade para intervir e fornecer assistência no processo de desistência. As maiores limitações são a falta de definições padrão de uso de tabaco, falta de avaliação do uso do tabaco em pacientes com câncer em acompanhamento, a falta de serviços estruturados de cessação do tabagismo para pacientes com câncer e uso de tabaco por profissionais de saúde, que têm um alto grau de credibilidade em questões relacionadas à saúde pelo público em geral e especialmente entre pacientes com câncer.

Vale salientar que a cessação do tabagismo, mesmo após o diagnóstico de câncer, pode melhorar a sobrevida dos pacientes.

5.2 Pacientes oncológicos em tratamento cirúrgico

O Tabaco possui alta prevalência, estando presente no cotidiano das cirurgias e influenciando diretamente nos resultados cirúrgicos.

As principais substâncias que atrapalham no processo de cicatrização são nicotina, monóxido de carbono (CO) e o ácido cianídrico (HCN).

O efeito vasoconstrictor causado pela nicotina dura até 90 min. O monóxido de carbono diminui a oferta de oxigênio nos tecidos. O ácido cianídrico provoca uma inibição do metabolismo oxidativo das mitocôndrias, bem como a função leucocitária (fase inflamatória da cicatrização).

O tabagismo pode interferir no pré, peri e pós operatórios, sendo as principais complicações cirúrgicas envolvidas: infecções superficiais e profundas das feridas, septicemia, deiscência de anastomose, infarto do miocárdio, pneumonia, intubação prolongada, acidente vascular cerebral, complicações pulmonares e mortalidade nos 30 dias após à cirurgia.

5.3 Pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia

A quimioterapia é um dos principais tratamentos utilizados para combater o câncer. Estes medicamentos se misturam com

o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que se espalhem.

Pacientes oncológicos que fumam e possuem inúmeras comorbidades como DPOC, por exemplo, podem não ser elegíveis para este tratamento, bem como para alguns protocolos da quimioterapia.

O tabagismo é responsável por inúmeros efeitos colaterais de tratamentos não cirúrgicos, como na quimioterapia. Pode aumentar os efeitos colaterais dos medicamentos contra o câncer, como por exemplo, perda de peso, caquexia e fadiga. Além disso, o tabagismo durante a quimioterapia pode comprometer ainda mais a função imunológica em pacientes com câncer. Estudos também sugerem que a quimiorresistência esteja potencialmente ligada ao tabagismo nos pacientes oncológicos.

5.4 Pacientes oncológicos em tratamento com Radioterapia

A maioria dos pacientes com câncer é tratada com radiações e o resultado costuma ser muito positivo. O tumor pode desaparecer e a doença ficar controlada, ou até mesmo curada.

A ação da radioterapia é a destruição das células cancerígenas pela radiação ionizante.

Estudos sugerem que fumar durante a radioterapia pode diminuir a resposta ao tratamento e aumentar as taxas de complicações em portadores de vários tipos de tumores que são submetidos à radiação.

Complicações devido à radioterapia são associadas a vários fatores relacionados ao tratamento oncológico, como dose total da radioterapia, número de frações, intervalo entre as sessões e tempo de tratamento. Também estão associadas a fatores relacionados ao paciente como idade, comorbidades do paciente, etilismo e ao tabagismo.

5.5 Profissionais de saúde que lidam diretamente com pacientes oncológicos

A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomenda que os profissionais informem os pacientes sobre os possíveis benefícios da cessação do tabagismo, incluindo melhor sobrevida, resultados de tratamento e qualidade de vida relacionada à saúde, bem como diminuição da toxicidade relacionada ao tratamento, efeitos colaterais de medicamentos e complicações cirúrgicas. Os pacientes devem receber educação sobre os riscos específicos do tabagismo durante o tratamento para o câncer em particular e devem ser encorajados a parar de fumar com a maior antecedência possível antes de iniciar o tratamento do câncer. Antes de iniciar o tratamento, ao tomar decisões relativas à seleção do tratamento, dosagem e tempo de início, os profissionais devem considerar o status de tabagismo do paciente e os possíveis efeitos relacionados ao tabagismo.

A interrupção do tabagismo não é uma parte padrão do tratamento do câncer na América Latina, provavelmente devido à falta de recursos e à falta de instrução dos profissionais da saúde envolvidos.

Avaliações repetidas, aconselhamento, suportes farmacológicos, quando necessários, são formas de uma participação ativa dos médicos na assistência para a cessação do tabagismo, recomendadas por evidências. Profissionais de saúde sentem que não têm conhecimento, habilidades e confiança para oferecer intervenções para cessação do tabagismo em pacientes com câncer.

Fornecer intervenções e apoiar a cessação do tabagismo devem fazer parte dos cuidados de saúde dos pacientes com câncer, tornando-se rotina para os profissionais de saúde que cuidam desses pacientes.

5.6 . Informações

No prontuário do paciente deverão conter um formulário específico com informações completas (descrição da abordagem mínima devidamente escrita e informações do paciente), de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento, assim como o Teste de Fagerström, o nível de motivação do paciente e a descrição da terapia medicamentosa quando houver.

Cada paciente é classificado após a avaliação e inserido em um dos quatro grupos de acordo com o tratamento recebido, sendo eles

- Pacientes oncológicos em atendimento ambulatorial (Grupo I)
- Pacientes oncológicos em tratamento cirúrgico (Grupo II)
- Pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia (Grupo III)
- Pacientes oncológicos em tratamento com radioterapia (Grupo IV).

5.6.1 Pacientes oncológicos em atendimento ambulatorial – GRUPO I

Inserção do paciente oncológico no Programa de Cessação de tabagismo - GRUPO I



5.6.2 Pacientes oncológicos no tratamento cirúrgico (pré e pós operatório) – GRUPO

Inserção do paciente oncológico no Programa de Cessação de tabagismo - GRUPO II



5.6.3 Pacientes com câncer em tratamento quimioterápico

Inserção do paciente oncológico no Programa de Cessação de tabagismo - GRUPO III



5.6.4. Pacientes com câncer em tratamento de radioterapia

Inserção do paciente oncológico no Programa de Cessação de tabagismo - GRUPO IV



Abordagem do tabagismo em pacientes oncológicos



6. ANEXOS

ANEXO 01 – Termo de Esclarecimento e Consentimento

ANEXO 02 – Teste de Fagerström

ANEXO 03 – Termo de Encaminhamento

7. REFERÊNCIAS

PORTARIA 571, DE 5 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) e dá outras providências

PORTARIA 761, DE 21-06-2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, 2001

The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General 2014. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>. Accessed October 18 2016.

Toll BA, Brandon TH, Gritz ER, Warren GW, Herbst RS; AACR Subcommittee on Tobacco and Cancer. Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clin Cancer Res* 2013;19:1941-1948.

Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010;340: b5569.

Gillison ML, Zhang Q, Jordan R, Xiao W, Westra WH, Trotti A, et al. Tobacco smoking and increased risk of death and progression for patients with p16-positive and p16-negative oropharyngeal cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:2102-11.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SIA Trecho 5, Área especial 57, Lote 200, de 2014. A Anvisa e o controle dos produtos derivados do tabaco. ANVISA Publicações Eletrônicas, 2014.

GajdosCHawnMTCampagnaEJ. Adverse effects of smoking on postoperative outcomes in cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2012;19:1430-1438.

Cooke DT, Lin GC, Lau CL, Zhang L, Si M-S, Lee J, et al. Analysis of cervical esophagogastric anastomotic leaks after transhiatal esophagectomy: risk factors, presentation, and detection. *Ann Thorac Surg* 2009;88:177-85.

Sørensen LT, Jørgensen S, Petersen LJ, Hemmingsen U, Bülow J, Loft S, et al. Acute effects of nicotine and smoking on blood flow, tissue oxygen, and aerobic metabolism of the skin and subcutis. *J Surg Res* 2009;152:224-30. (39)

Kambam JR, Chen LH, Hyman SA. Effect of short-term smoking halt on carboxyhemoglobin levels and P50 values. *Anesth Analg* 1986;65:1186-8. (40)

Krupski WC. The peripheral vascular consequences of smoking. *Ann Vasc Surg* 1991;5:291-304. (13)

NishiokaTLuoLYShenL. Nicotine increases the resistance of lung cancer cells to cisplatin through enhancing Bcl-2 stability. *Br J Cancer* 2014;110:1785-792.

TycVLHudsonMMHindsP. Tobacco use among pediatric cancer patients: recommendations for developing clinical smoking interventions. *J Clin Oncol* 1997;15:2194-2204.

GritzERDreslerCSarnaL. Smoking, the missing drug interaction in clinical trials: ignoring the obvious. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:2287-2293.

Tobacco Use During Cancer Treatment. American Society for Clinical Oncology; 2012. Available at: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/tobacco-use/tobacco-use-during-cancer-treatment>. Accessed September 23 2015.

Eifel PJ, Jhingran A, Bodurka DC, Levenback C, Thames H. Correlation of smoking history and other patient characteristics with major complications of pelvic radiation therapy for cervical cancer. *J Clin Oncol* 2002;20:3651-7.

INCA

HoffCMGrauCOvergaardJ. Effect of smoking on oxygen delivery and outcome in patients treated with radiotherapy for head and neck squamous cell carcinoma—a prospective study. *Radiother Oncol* 2012;103:38-44.

Haddad R, Annino D, Tishler RB. Multidisciplinary approach to cancer treatment: focus on head and neck cancer. *Dent Clin North Am* 2008; 52(1): 1-17.

Pace-Balzan A, Shaw RJ, Butterworth C. Oral rehabilitation following treatment for oral cancer. *Periodontology* 2000 2011;57(1): 102-17.

Fischer DJ, Epstein JB. Management of patients who have undergone head and neck cancer therapy. *Dent Clin North Am* 2008; 52(1): 39-60. Lerman MA, Laudenschlag J, Marty FM, Baden LR, TreisterNS. Management of oral infections in cancer patients. *Dent Clin North Am* 2008; 52(1): 129-53.

Katsura K, Sasai K, Sato K, Saiot M, Hoshina H, Hayashi T. Relationship between oral health status and development of Osteoradionecrosis of the mandible: a retrospective longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105(6): 731-8.

Van den Broek GB, Balm AJM, Van den Brekel MWM, HauptmannM, Schornagel JH, Rasch CRN. Relationship between clinical factors and the incidence of toxicity after intra-arterial chemoradiation for head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2006; 81(2): 143-50.

Zevallos JP, Mallen MJ, Lam CY, Karam-Hage M, Blalock J, Wetter DW et al. Complications of radiotherapy in laryngopharyngeal cancer. *Cancer* 2009; 115(19): 4636-44.

Conlon K, Pattinson L, Hutton D. Attitudes of oncology healthcare practitioners towards smoking cessation: A systematic review of the facilitators, barriers and recommendations for delivery of advice and support to cancer. *Radiography*. 2017. 23:256-263.

Lucchiari C, Masiero M, Botturi A, Pravettoni G. Helping patients to reduce tobacco consumption in oncology: a narrative review. *Springerplus* 2016;5:

ANEXO I

TERMO DE ESCLARECIMENTO e CONSENTIMENTO

Tratamento ao Tabagista em Âmbito Hospitalar

Nome da Instituição: _____ CNES: _____

Nome do paciente: _____

Prontuário: _____

Cartão SUS: _____

() Unidade de internação de curta duração

() Unidade de internação de longa permanência

Fica esclarecido que esta instituição de saúde é um Ambiente Livre de Tabaco, e de acordo com a Lei Anti-fumo 13.541, de 7 de maio de 2009, é terminantemente proibido fumar em suas repartições. Portanto, de acordo com a Portaria 571, de Abril de 2013, art.2º constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas Tabagistas: I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;

De acordo com avaliação clínica realizada e mediante teste específico (TESTE DE FAGERSTRÖM), fica indicada a Reposição de Nicotina através de Adesivo Transdérmico ou Goma (se disponível) para alívio dos sintomas de abstinência devido ao não consumo do tabaco no período em que estiver submetido ao tratamento em âmbito hospitalar. A utilização desses medicamentos sempre será feita juntamente com a abordagem mínima/ breve ou intensiva pela equipe multiprofissional previamente capacitada. Este apoio deverá ser realizado de forma consentida pelo paciente, depois dos devidos esclarecimentos quanto ao uso da medicação e efeitos adversos, e à importância do tratamento e sua continuidade pós alta, de forma contrarreferenciada através de Formulário específico de encaminhamento para a Rede de Atenção Primária de forma regionalizada. Eu (paciente),

_____, Portador do RG _____, declaro que compreendi quanto ao apoio que receberei para abstinência do tabaco durante meu período de internação, e que deverei dar continuidade ao tratamento na Rede de Atenção Primária se assim desejar.

Data ___/___/___ Assinatura do paciente

_____ Assinatura do profissional

ANEXO 02

TESTE FAGERSTRÖM

DADOS DO USUÁRIO

Sexo ___ Idade ___ Escolaridade _____

Nome do Usuário _____

Nº CARTÃO SUS _____ Nº PRONTUÁRIO _____

Ocupação Atual _____

Idade em que começou a fumar _____

TESTE FAGERSTRÖM – AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

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

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 a 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

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

Sim (1) Não (0)

3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Mais de 31 (3)

De 21 a 30 (2)

De 11 a 20 (1)

Menos de 10 (0)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1) Não (0)

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?

Sim (1) Não (0)

Grau de dependência

0 a 2 pontos

3 a 4 pontos

5 pontos

6 a 7 pontos

8 a 10 pontos

Muito Baixo

Baixo

Médio

Elevado

Muito Elevado

Anexo 03

Termo de Encaminhamento (em 2 vias)

Tratamento ao Tabagista em Âmbito Hospitalar

Nome da Instituição: _____

CNES: _____

Nome do Paciente: _____

Prontuário: _____

Cartão SUS: _____

Encaminho o paciente a este serviço para continuidade ao tratamento do tabagismo segundo as diretrizes do Programa Nacional de controle do Tabagismo (PNCT).

RELATO DA ABORDAGEM E PESCRICÃO UTILIZADA:

ADESIVO DE 7 MG

ADESIVO DE 14 MG

ADESIVO DE 21 MG

BUPROPIONA (uso se paciente estiver em internação de longa duração).

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (Referência)

São Paulo, __ de _____ de 2019.

Assinatura e carimbo