

**Assunto:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica

**Nº:** 51/DSPCD  
**DATA:** 28/12/09

**Para:** Hospitais do SNS

**Contacto na DGS:** Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença  
Comissão de Coordenação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, aprovado por Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, de 2 de Fevereiro de 2005, prevê, nas suas estratégias de intervenção, a elaboração e divulgação de orientações técnicas que promovam a melhoria contínua da qualidade clínica na abordagem da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Neste sentido, a Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, ouvida a Comissão de Coordenação do referido Programa, entende útil e pertinente a divulgação das presentes normas de boas práticas na cessação tabágica nos doentes com DPOC.

## I – INTRODUÇÃO

A DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas.

Apesar de, em Portugal, nos últimos anos, a prevalência de homens fumadores ter diminuído, a prevalência de mulheres fumadoras tem aumentado. Assim sendo, é previsível o aumento substancial da prevalência da DPOC nas mulheres. Por outro lado, o crescente envelhecimento da população poderá, também, contribuir para este aumento.

O risco de desenvolver DPOC em fumadores susceptíveis é directamente proporcional ao número de cigarros consumidos por dia, tendo ainda maior peso o efeito cumulativo ao longo dos anos (carga tabágica).

Os benefícios que se atingem com a cessação tabágica correspondem a todos os objectivos terapêuticos pretendidos pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases* para o controlo da DPOC, acrescidos ainda de melhoria funcional respiratória e diminuição do risco de outras patologias relacionadas com o tabaco.

É, pois, necessário, em muitos destes doentes, um tratamento individualizado, intensivo e prolongado no tempo, com inclusão de terapêutica farmacológica e comportamental, incluindo a prevenção das recaídas e do *stress*.

O consumo de tabaco é, de longe, o factor de risco mais importante para o desenvolvimento da DPOC. Por outro lado, é reconhecido que nenhuma outra intervenção, para além da cessação tabágica, melhora a sobrevida destes doentes, independentemente do estágio de gravidade da doença.

Atendendo à evidência da relação existente entre a dose de tabaco consumido (número de cigarros fumados ou outras formas de tabaco) e a progressão da DPOC, deveria ser evidente, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde, que a cessação tabágica é o tratamento mais importante nesta doença.

No entanto, o carácter aditivo dos produtos do tabaco dificulta a cessação e, por isso, muitos consumidores necessitam de ajuda para parar de fumar. O tratamento efectuado pelos médicos aumenta particularmente o sucesso da cessação e é, de entre todas as medidas preventivas, a intervenção que apresenta melhor relação custo-benefício. Apesar disso, tem de se reconhecer que a cessação tabágica continua a não ser uma prioridade para a maioria dos profissionais de saúde, independentemente do tipo de intervenção (breve ou intensiva).

Torna-se, assim, necessário que a promoção da cessação tabágica integre todos os serviços que tratam doentes respiratórios e que todos os médicos e outros profissionais de saúde envolvidos tenham um nível adequado de conhecimentos para intervir.

Apesar da cessação tabágica trazer benefícios na redução da morbilidade e mortalidade dos doentes com DPOC, não pode ser esquecida a intervenção nas outras vertentes do Controlo do Tabagismo, tal como preconizado pela OMS, com a estratégia *MPOWER*<sup>1</sup>. Medidas para o controlo do início do consumo e para a protecção dos não fumadores têm repercussão na diminuição da prevalência da DPOC e na redução dos efeitos nefastos da exposição ao fumo de tabaco ambiental.

Os fumadores com DPOC têm algumas particularidades que condicionam os resultados na cessação tabágica:

- Têm consumos mais elevados de tabaco e são mais dependentes da nicotina;
- Têm níveis mais altos de monóxido de carbono (CO) no ar exalado;
- Têm um padrão ventilatório diferente (inalam mais profunda e rapidamente que os outros fumadores) sujeitando o pulmão a uma maior exposição de produtos tóxicos;
- Têm mais alterações psiquiátricas, tais como a depressão, podendo alguns doentes utilizar o tabaco como automedicação para controlo da ansiedade e da depressão;
- Existe uma relação directa entre a frequência da DPOC, tabaco consumido e o baixo nível sócio-económico.

É importante salientar, ainda, que o impacto do Tabagismo em Portugal, analisado em 2005, considera a DPOC a principal doença responsável pelos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (*DALYs* - medida da quantidade de saúde perdida, em tempo, preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Banco Mundial), correspondendo a DPOC a 61% dos *DALYs* (os Acidentes Vasculares Cerebrais a 27% e o Enfarte Agudo do Miocárdio a 9%).

As particularidades do fumador DPOC justificam uma intervenção específica, tendo como base a evidência científica, já comprovada para o fumador sem patologia reconhecida e complementada por estudos efectuados em doentes com DPOC.

Esta necessidade, reconhecida pela *European Respiratory Society* (ERS), conduziu à elaboração das presentes normas de boas práticas na cessação tabágica.

Integrar a intervenção da dependência tabágica nos programas de tratamento de doença crónica (DPOC) pode ser uma forma eficaz de actuar.

---

<sup>1</sup> Pacote de seis medidas políticas:

Monitorizar - o consumo de tabaco e as medidas políticas de prevenção

Proteger - as pessoas do fumo do tabaco

Oferecer - ajuda para a cessação tabágica

*Warn* - avisar sobre os malefícios do uso de tabaco

*Enforce bans* - fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio

*Raise* - aumentar o preço do tabaco,

in *WHO report on the global epidemic, The MPOWER package 2008*

As presentes normas inserem-se no âmbito das estratégias do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e têm como referências principais:

- *O Programa tipo de actuação em cessação tabágica*, divulgado pela Circular Normativa N.º 26/DSPPS/2007, de 28 de Dezembro, desta Direcção Geral de Saúde;
- As recomendações dirigidas ao doente respiratório e divulgadas pela *European Respiratory Society*, em 2007;
- A actualização das recomendações globais preconizadas pelo *United States Department of Health and Human Services*, em 2008.

Refere-se, porém, que algumas recomendações defendidas pela *European Respiratory Society* não são baseadas em ensaios aleatorizados e controlados (*randomized controlled trials* – RCT), mas na opinião de peritos com experiência na cessação tabágica de fumadores sem patologia reconhecida e doentes respiratórios.

Salienta-se, assim, que as recomendações agora divulgadas são as propostas pelos trabalhos já referidos e são classificadas de acordo com o nível de evidência A, B ou C<sup>2</sup>.

## II – RECOMENDAÇÕES

| Pontos-chave  | Nível de evidência |            |
|---|--------------------|------------|
| <b>1.</b> Os doentes com DPOC têm uma necessidade maior e mais urgente para parar de fumar comparativamente com o fumador em geral, pelo que devem ser aconselhados a fazê-lo, apesar de ser considerado frequentemente difícil.  | <b>B*</b>          |            |
| Particularidades do fumador com DPOC e benefícios específicos justificam aconselhamento personalizado.  |                    |            |
| <b>2.</b> A cessação tabágica deve integrar qualquer plano de tratamento do doente com DPOC. Médicos que tratam doentes com DPOC devem ter um papel contínuo pró-activo na motivação de cada fumador para parar de fumar, no tratamento para a cessação e nas recaídas, quando estas ocorrem. Sendo necessário:   |                    |            |
| <b>a)</b> Padronizar a abordagem dos hábitos tabágicos, recorrendo a métodos que objectivem o consumo de tabaco, tais como a medição do monóxido de carbono (CO) no ar expirado.  | <b>C*</b>          |            |
| A medição de CO tem ainda a vantagem de poder auxiliar na motivação para a cessação, particularmente importante, nos fumadores que reduziram o consumo e não conseguem a cessação completa.   |                    |            |
| <b>b)</b> Sistematizar a identificação obrigatória e automática de fumadores (exemplo: identificação electrónica).  |                    | <b>A**</b> |
| A identificação obrigatória deverá ser feita não só nos variados registos clínicos diários mas também nas notas de alta.  |                    |            |
| <b>c)</b> Prescrever a terapêutica farmacológica eficaz para a dependência da nicotina, como a Bupropiona, a Vareniclina e a Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN), salvaguardadas as indicações e contra-indicações. Utilizar doses mais elevadas (de TSN) durante mais tempo ou, ainda, combinação de diferentes fármacos, quando necessário. |                    | <b>A**</b> |

<sup>2</sup> A - Evidência baseada em muitos ensaios bem desenhados, aleatorizados e controlados (RCT), com um padrão de resultados consistente;

B- alguma evidência baseada em ensaios aleatorizados e controlados mas não considerados óptimos devido à heterogeneidade das populações estudadas e à menor consistência dos resultados;

C- reservada para situações de interesse clínico em que a evidência foi baseada não em ensaios aleatorizados e controlados mas em trabalhos publicados ou opinião de peritos.

Assim, as recomendações com o nível de evidência A são mais sólidas do que as recomendações com níveis de evidência B ou C.

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| d) Fornecer suporte comportamental em múltiplas sessões, de acordo com o grau de motivação.  |           | <b>A**</b> |
| 3. Há necessidade de os profissionais, que tratam doentes respiratórios, terem conhecimentos específicos que lhes possibilitem ter atitudes adequadas e treino de capacidades e competências para a resolução de problemas, sendo um requisito a educação médica contínua e acreditada.  | <b>C*</b> |            |
| Todos os médicos, nas várias fases da sua carreira, deverão possuir treino de intervenção no tabagismo, não só para dar assistência aos fumadores que desejam parar de fumar mas também para motivar aqueles que não desejam parar de fumar. Este treino deve ser acompanhado de sistemas de apoio (material que promova a Abordagem, que Ajude a marcação de uma data para a cessação, forneça materiais de apoio e incentive o Acompanhamento posterior do fumador). |           | <b>B**</b> |
| 4. A aplicação destas normas poderá ser parcialmente financiada pela diminuição dos custos decorrentes da própria cessação, que se repercutem não só ao nível do internamento mas também do ambulatório. No entanto, deverá ser estabelecido um orçamento próprio para a implementação de protocolos de tratamento.  | <b>A*</b> |            |
| O estudo sobre o impacto do tabagismo em Portugal considera a DPOC a principal doença responsável pelos <i>DALYs</i> perdidos.   |           |            |
| Os tratamentos para a Cessação Tabágica (incluindo aconselhamento e medicação) são comprovadamente benéficos na relação custo-efectivo, relativamente a outros tratamentos comparticipados e devem ser fornecidos a todos os fumadores.  |           | <b>A**</b> |
| Devem ser alocados aos subsistemas de saúde os recursos necessários de forma a fornecer tratamentos eficazes.  |           | <b>C**</b> |
| Fornecer tratamento para a Cessação Tabágica, custeado pelos subsistemas de saúde, demonstrou não só maior utilização deste tipo de intervenção mas também aumento das tentativas para a cessação e maior sucesso.   |           | <b>A**</b> |
| 5. É importante avaliar a função pulmonar regularmente para controlar a evolução da doença e utilizar os resultados para aumentar a motivação.   | <b>C*</b> |            |
| A espirometria poderá ser um instrumento a utilizar pelos profissionais de saúde para mostrar objectivamente os efeitos do tabaco.   |           |            |
| 6. Aos fumadores não motivados a parar deve ser prescrita TSN para reduzir o consumo de tabaco, tendo como finalidade a cessação.  | <b>B*</b> |            |
| Não sendo a redução de exposição um objectivo a atingir na prática clínica, essencialmente focada no tratamento do uso e dependência do tabaco, as estratégias para a sua execução não foram analisadas **.  |           |            |
| Esta é a recomendação mais polémica por não existir, até à data, evidência científica que a suporte.   |           |            |
| 7. Aos fumadores não motivados para parar ou reduzir deve ser feito o aviso de que o médico retomará a mesma questão na consulta seguinte.   | <b>C*</b> |            |

**Comentários às recomendações \*European Respiratory Society (2007) e \*\* US Department of Health and Human Services (Fiore 2008)**

Estando comprovada a necessidade de ajuda profissional na cessação tabágica em geral e no doente DPOC em particular, integrando tratamento comportamental e farmacológico, salientam-se os pontos-chave do tratamento comportamental (A) e do tratamento farmacológico (B).

## II. A – TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

Existem três formatos de intervenções psicológicas e comportamentais aceites para intervir na cessação tabágica nos doentes com DPOC:

- Programas de auto-ajuda;
- Aconselhamento breve;
- Aconselhamento (individual, em grupo ou telefónico).

| Pontos-chave  | Nível de evidência |     |
|---|--------------------|-----|
|   | A*                 | B** |
| 1. Programas de auto-ajuda estruturados para fumadores que querem parar de fumar, sem contacto intensivo com o profissional de saúde, são recomendados, especialmente se <i>personalizados</i> (por problema, cultura, sexo, diferença etária, etc.). | A*                 | B** |
| Materiais <i>personalizados</i> , em formato de papel ou por internet, parecem ser eficazes na ajuda a parar de fumar e por isso devem ser fornecidos aos fumadores.  |                    | B** |
| Materiais de auto-ajuda fornecidos sem intervenção personalizada não têm efeito significativo nos resultados.   |                    |     |
| 2. O aconselhamento breve, destinado à cessação tabágica e ao aumento da motivação, prestado por todos os profissionais de saúde, nomeadamente por médicos ou enfermeiros, tem baixa eficácia mas efeito significativo.                               | A*                 |     |
| São especialmente os fumadores menos dependentes os que têm resultados com esta recomendação, razão pela qual no doente com DPOC é, muitas vezes, necessário recorrer a aconselhamento mais intensivo.  |                    |     |
| 3. Existe uma forte relação dose-resposta entre o tempo de demora do aconselhamento face a face e o sucesso na cessação tabágica. As intervenções intensivas têm mais sucesso do que as breves.   | A*                 | A** |
| Os tratamentos com duração total até 5 horas (nº de sessões x demora) são significativamente mais eficazes **.  |                    |     |
| Os tratamentos com $\geq 8$ sessões têm maior probabilidade de êxito do que com $\leq 3$ sessões nos doentes DPOC.  | A*                 |     |
| O aconselhamento face a face fornecido em 4 ou mais sessões é especialmente eficaz  |                    | A** |
| 4. O aconselhamento em grupo tem eficácia comprovada sobreponível ao aconselhamento individual.   | A*                 |     |
| O aconselhamento em grupo fornece a possibilidade de apoio mútuo entre elementos do grupo. Pode apresentar uma relação custo-benefício melhor que o aconselhamento individual, no entanto nem todos os fumadores aderem.                              |                    |     |
| 5. O aconselhamento pró-activo telefónico, o aconselhamento em grupo e o aconselhamento individual são eficazes e devem ser utilizados.   |                    | A** |
| O aconselhamento telefónico pró-activo é eficaz comparado com outras intervenções mínimas.  | A*                 |     |
| 6. A combinação de aconselhamento e medicação é mais eficaz para a cessação tabágica do que a medicação ou o aconselhamento em separado.  |                    | A** |
| Existe uma relação directa entre o número de sessões de aconselhamento, quando combinadas com medicação, e a possibilidade de sucesso na cessação tabágica.   |                    | A** |

**Comentários às recomendações \*European Respiratory Society (2007) e \*\* US Department of Health and Human Services (Fiore 2008)**

As recomendações para o tratamento comportamental, baseadas na evidência, apesar de estarem definidas quanto à sua forma, não estão definidas quanto ao seu conteúdo (técnicas a aplicar).

A multiplicidade de intervenções comportamentais utilizadas no tratamento do fumador, a utilização de técnicas combinadas no mesmo indivíduo, de acordo com as necessidades individuais encontradas, bem como a aplicação dessas intervenções por diferentes profissionais de saúde e com níveis diferentes de intensidade, aumentam a heterogeneidade da intervenção comportamental e dificultam a análise de eficácia.

O apoio comportamental consiste em discutir, aconselhar, encorajar e promover actividades que:

- Maximizem a motivação para manter a abstinência;
- Minimizem a motivação para fumar;
- Desenvolvam habilidades de auto-regulação promovendo comportamentos alternativos;
- Aumentem a adesão à medicação.

As técnicas mais recomendadas no aconselhamento prático são:

- A resolução de problemas/ treino de capacidades e competências/ controlo do *stress*;
- O suporte social intra-tratamento (contacto directo médico - fumador).

Não havendo periodicidade especialmente recomendada para o doente com DPOC, sugere-se que a frequência do tratamento comportamental e ajuste do tratamento farmacológico sejam adaptados às necessidades sentidas, caso a caso, podendo ser programadas consultas intercaladas com telefonemas pró-activos, à semelhança do proposto no programa-tipo de actuação da DGS (quatro a seis consultas médicas e três a quatro contactos telefónicos a realizar pelo enfermeiro ou pelo médico).

Os fumadores abstinentes podem ter sintomas de privação com duração prolongada e, por isso, os profissionais de saúde devem explicar a possibilidade de ocorrência dos mesmos, duração, intensidade e evolução e, ainda, ensinar estratégias para resolução desses sintomas, dado que esse conhecimento ajuda a manter a abstinência.

Mesmo nos fumadores que não querem parar de fumar, deve ser utilizada uma intervenção breve para promover a motivação para parar.

Os fumadores resistentes à cessação podem desconhecer os efeitos nefastos do tabaco e os benefícios em parar, necessitar de apoio financeiro, ter medos ou preocupações relacionadas com a cessação ou podem, ainda, estar desmoralizados com recaídas anteriores.

Estes fumadores poderão ser sensíveis a intervenção motivacional breve, baseada nos princípios da Entrevista Motivacional que tem eficácia comprovada no aumento de tentativas de cessação futuras. Os princípios da entrevista motivacional são quatro:

- Expressar empatia;
- Fazer emergir a discrepância;
- Lidar com as resistências;
- Reforçar a auto-eficácia.

Estes são os princípios da estratégia dos “5 Rs”: **Relevância**, **Riscos**, **Recompensas**, **Resistências** e **Repetição** desenvolvidos e aplicados desde 2000.

A aplicação destes princípios no fumador que não quer parar de fumar, de uma forma breve, sistemática, organizada e com eficácia comprovada, toma particular importância se considerarmos a realidade do problema em si.

Em Portugal, em 2006, um em cada três fumadores tinha feito uma ou mais tentativas para parar de fumar no ano anterior, mas apenas 14% tinha procurado ajuda de um profissional de saúde.

Assim, a maioria dos fumadores não só não tenta parar de fumar como não procura ajuda comportamental e farmacológica.

É, por isso, um desafio intervir nestes fumadores que não procuram voluntariamente as consultas especializadas de cessação tabágica, mas frequentam, no dia a dia, as consultas de medicina familiar e de pneumologia, entre outras, os serviços de urgência e os internamentos, sendo esses os locais de eleição para intervir adequadamente.

A aplicação sistematizada da intervenção breve, por todos os profissionais de saúde, no modelo 5AA ou 5RR, em todos os actos praticados em saúde (consultas, internamentos, exames complementares, serviços de urgência etc.) é uma boa prática a universalizar, mas só poderá ser aplicada se todos os profissionais reconhecerem a sua utilidade. Na tentativa de facilitar a aplicação sistematizada, foram encontradas outras formas mais simplistas (2AAs) ou de memorização mais simples (ABC).

O modelo 2AAs ou intervenção mínima é uma alternativa para os profissionais que não dispõem de tempo ou conhecimentos para a aplicação dos 5AAs e o modelo ABC pretende substituir o esquema de intervenção dos 5AAs ao **A**bordar os hábitos tabágicos de todos os doentes, fornecendo um **B**reve aconselhamento para parar de fumar, independentemente da vontade de parar de fumar, e apoiando a **C**essação daqueles que o desejarem fazer (incluindo tratamento comportamental face a face ou telefónico e tratamento farmacológico).

## II. B – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Apesar da cessação tabágica ser a medida terapêutica mais importante no doente com DPOC, há poucos estudos sobre a efectividade e segurança das diferentes opções terapêuticas neste grupo de doentes.

A Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) é a mais estudada e no que respeita à segurança é incontornável a referência a um estudo multicêntrico (*Lung Health Study*), envolvendo um elevado número de fumadores com DPOC ligeira a moderada medicados com gomas de nicotina. São conhecidos poucos estudos com a bupropiona na DPOC e nenhum com a vareniclina.

| Pontos-chave  | Nível de evidência |     |
|---|--------------------|-----|
|   | A*                 | A** |
| 1. Todos os fumadores em vias de deixar de fumar devem ser encorajados a usar terapêutica farmacológica considerada eficaz para a cessação tabágica, excepto na presença de contra-indicações ou de situações particulares em que a evidência da sua eficácia seja insuficiente (mulher grávida, fumadores ligeiros e utilizadores de tabaco sem fumo). | A*                 | A** |
| 2. Estão disponíveis, para a cessação tabágica, fármacos considerados de primeira linha, de acordo com a sua maior eficácia e segurança, com nicotina (TSN) e sem nicotina (bupropiona SR e vareniclina).   | A*                 | A** |
| A vareniclina não foi considerada de 1.ª linha pela ERS* por haver poucos estudos e não visarem especificamente doentes com DPOC.   |                    |     |
| 3. As diversas formas terapêuticas de substitutos de nicotina (gomas, adesivos transdérmicos, inaladores, spray nasal e pastilhas de chupar) têm idêntica efectividade na cessação tabágica.  | A*                 | A** |
| As pastilhas de chupar são consideradas com nível de evidência B por Fiore** porque a evidência se baseia em poucos estudos.  |                    |     |
| 4. A combinação de fármacos pode obter benefícios terapêuticos sem aumento de efeitos adversos significativos. Das combinações efectivas são recomendadas as que utilizam fármacos de 1.ª linha, ex: sistema transdérmico de nicotina associado ao inalador de nicotina ou a TSN <i>ssr</i> ou à bupropiona.  | B*                 |     |

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| A ERS* considera a associação de sistema transdérmico a outra TSN com nível de evidência B. A associação do sistema transdérmico de nicotina à TSN <i>vos</i> foi a mais efectiva** OR 3.6 (2.5-5.2). |           |            |
| 5. A TSN pode ser usada em todos os fumadores com DPOC, independentemente da gravidade e do número de cigarros consumidos.  | <b>B*</b> |            |
| A TSN é terapêutica utilizada há mais tempo, mais estudada e considerada segura e efectiva, mesmo no doente com DPOC.   |           |            |
| 6. A TSN e a bupropiona são efectivas e bem toleradas em fumadores com DPOC e doença cardiovascular estável.  | <b>A*</b> |            |
| Há muito poucos estudos que analisem a efectividade da bupropiona na DPOC, pelo que Fiore não lhe atribui nível de evidência.   |           |            |
| 7. A nortriptilina pode ser utilizada como fármaco de 2.ª linha para tratar a dependência do tabaco.  | <b>B*</b> | <b>A**</b> |
| A combinação de nortriptilina com sistemas transdérmicos de nicotina é efectiva. A sua acção antidepressiva pode beneficiar doentes com DPOC. OR 2.3 (1.3-4.2) **.                                    |           |            |
| 8. O acompanhamento regular é importante e relacionado com o sucesso a longo prazo.   | <b>B*</b> |            |
| É fundamental acompanhar o fumador para ajuste de doses da terapêutica, monitorização de efeitos adversos e apoio comportamental.   |           |            |

**Comentários às recomendações \*European Respiratory Society (2007) e \*\* US Department of Health and Human Services (Fiore 2008)**

Tendo por base estas recomendações e comentários, sugere-se um esquema clássico de prescrição terapêutica<sup>3</sup>. Este esquema poderá ser eventualmente alterado em fumadores muito dependentes da nicotina, com recaídas e insucessos terapêuticos.

### III – ASPECTOS GERAIS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TABAGISMO

- No que respeita à TSN, convém lembrar que:
  - A dosagem recomendada varia com o grau de dependência;
  - A duração do tratamento deverá ser a recomendada podendo, no entanto, ser prolongada com segurança;
  - Não há evidência suficiente para escolher uma formulação de TSN em detrimento de outra formulação, pelo que deve ser respeitada a preferência individual;
  - Nos fumadores muito dependentes são mais eficazes as gomas de 4 mg do que as de 2 mg (*nível de evidência B Fiore*);
  - Não foram encontradas diferenças de efectividade entre os sistemas transdérmicos de 16 horas e os de 24 horas.
- As diversas mudanças que têm ocorrido na forma, via e doses de administração da TSN têm contribuído para um aumento significativo da eficácia desta terapêutica. Destas mudanças destacam-se:
  - A individualização das doses;
  - A utilização de doses elevadas;
  - O prolongamento da terapêutica;
  - O tratamento do período pré-abandono do tabagismo;
  - A redução para parar assistida com nicotina;

<sup>3</sup> Ver Anexo I

- A combinação de diferentes formulações de TSN;
- A combinação da TSN com outros fármacos;
- A utilização da TSN para a abstinência temporal.

### 2.1. Individualização de doses

As doses de TSN habitualmente prescritas cobrem entre 35% e 45% dos níveis de nicotina que o fumador atinge quando fuma regularmente, o que pode explicar os insucessos terapêuticos e recaídas no processo de abandono.

A indicação da dosagem da terapêutica baseada na determinação da cotinina (principal metabolito da nicotina) no sangue, urina ou saliva do fumador, dias antes da cessação tabágica, facilita a prescrição adequada e pode estar indicada em doentes com DPOC que não parem de fumar com as doses terapêuticas habitualmente recomendadas. Não sendo possível generalizar as técnicas adequadas para a determinação de metabolitos, a sua análise deve ser reservada para unidades especializadas em tabagismo (UETs)<sup>4</sup>.

### 2.2. Doses altas de TSN

A utilização de doses altas de TSN face às doses convencionais não tem mostrado maior efectividade. Tem, no entanto, sido demonstrada a segurança desta abordagem terapêutica. Poderá, pois, estar indicada em fumadores muito dependentes com insucessos prévios com terapêutica em doses padronizadas. Esta estratégia terapêutica pode ser adequada para alguns fumadores com DPOC. Consegue-se associando, por exemplo, dois sistemas transdérmicos de nicotina (15 mg + 10 mg).

Deve ser instituída em unidades especializadas em tabagismo.

### 2.3. Duração prolongada com TSN

Considera-se que há prolongamento do tratamento da TSN quando se utiliza TSN durante mais de 3 a 6 meses, após o abandono do tabaco.

Este prolongamento da TSN pode estar indicado para fumadores muito dependentes da nicotina, com recaídas durante o tratamento com TSN ou após a sua suspensão e, ainda, em fumadores em que se assiste a um aumento da síndrome de abstinência quando se reduz a dose terapêutica.

### 2.4. Combinação de fármacos

A combinação de alguns fármacos tem mostrado ser efectiva nalguns estudos<sup>5</sup>. As combinações recomendadas associam fármacos de primeira linha como o sistema transdérmico de nicotina com o inalador de nicotina, o sistema transdérmico de nicotina com TSN *ad libitum* e sistema transdérmico de nicotina com a bupropiona. Outras combinações efectivas são as que associam o sistema transdérmico de nicotina com a nortriptilina ou antidepressivos de segunda geração como a paroxetina ou a venlafaxina (OR 2 (1.2-3.4) Fiore 2008).

A terapêutica combinada de Substitutos de Nicotina associa uma formulação estável de libertação mais lenta (sistema transdérmico) a outra rápida que actue na urgência compulsiva. De entre estas associações, encontra-se a que apresenta maior efectividade (sistema transdérmico de nicotina com TSN *ad libitum*).

<sup>4</sup> Ver Anexo II

<sup>5</sup> Ver Anexo III

Não se especificam nesta Circular estratégias como o tratamento do período de pré-abandono do tabagismo, a redução para parar assistida com nicotina e a utilização da TSN para a abstinência temporal por não terem sido, até ao momento, suficientemente estudadas para poderem ser recomendadas.

Em relação à bupropiona, deve ser ponderada a sua prescrição no doente com DPOC grave, pois os estudos conhecidos não analisam a efectividade e segurança neste grupo de doentes.

Convém não esquecer que a farmacoterapia, tal como acontece em outras dependências, apenas facilita a mudança de comportamentos mas não os altera. Por isso, a evicção tabágica deve compreender a associação de tratamentos farmacológicos, psicológicos e comportamentais que aumentam consideravelmente o êxito, quando integrados num plano personalizado a cada fumador.

### **Bibliografia:**

[www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org) Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD update 2008: 1-108 [disponível em <http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=2003>, acedido 1 de fevereiro 2009]

Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom K, Gratziau C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegi G, Lazzaro C, Campell I, Dagli E, West R. ERS Task Force. Smoking cessation in patients with respiratory diseases. A high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417

Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, Rebelo L, Açafrão M, Rosas M, Santos M, Vinagre S. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Circular normativa nº 26/DSPPS de 28 Dezembro 2007: 1- 74 [disponível em <http://www.dgs> pesquisar: cessação tabágica/ circular normativa, acedido em 1/2/2008]

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

Paula Pamplona, Berta Mendes. Estratégia de Tratamento do Tabagismo na DPOC. Aguarda publicação na *Revista Portuguesa de Pneumologia* 2009; volume XV, 6

Francisco George

Director Geral da Saúde

## ANEXO I

### Terapêutica farmacológica com nicotina disponível em Portugal (TSN) – 1.ª linha

Recomendações gerais: 1) usar dose que controle síndrome de abstinência (sobredosagem improvável; subdosagem comum); 2) usar 1 sistema transdérmico diário ou TSN flexível para manter dose estável; 3) terapêutica combinada pode ser necessária em fumadores mais dependentes para controlar abstinência

| Forma Farmacêutica/<br>Eficácia terapêutica | Sistema transdérmico<br>(OR = 1.9)*  | Goma para mascar<br>(OR = 1.5)*  | Pastilha de chupar<br>(OR = 1.95 (2 mg); 2.76 (4 mg))*  |
|---|--|--|---|
| <b>Duração do tratamento</b>                | 8-14 Semanas   | >12 Semanas  | 12 Semanas  |
| <b>Dosagem</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 10 cigs/dia - 21 mg inicial / 15 mg se 1º cig &gt; 30 minutos após acordar</li> <li>&lt; 10 cigs/dia - 14 mg inicial / 10 mg se 1º cig &gt; 30 minutos após acordar</li> <li>Aplicar 1xdia manhã pele glabra, seca.<br/>Rodar local aplicação</li> <li>Pico 2- 8 horas</li> <li>21 mg ou 15mg x 4 - 6 semanas</li> <li>14 mg ou 10mg x 2 semanas(ou 4 - 6 semanas se dose inicial)</li> <li>7 mg ou 5mg x 2 semanas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>20 - 25 cigs / dia = 4 mg</li> <li>&lt; 20 cigs / dia = 2 mg</li> <li>1 cada 1-2 horas x 6 semanas</li> <li>1 cada 2-4 horas x 3 semanas</li> <li>1 cada 4-8 horas x 3 semanas</li> <li>Pico 15 – 20 minutos</li> <li>Técnica mascar e parar, rodar na boca</li> <li>Usar até controlar sintomas &lt; 24 por dia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.º cig.&lt; que 30 minutos após acordar =4 mg</li> <li>1.º cig.&gt; que 30 minutos após acordar = 2 mg</li> <li>1 cada 1 – 2 horas x 6 semanas</li> <li>1 cada 2 – 4 horas x 3 semanas</li> <li>1 cada 4 – 8 horas x 3 semanas</li> <li>Pico 15 – 20 minutos</li> <li>Dissolver e rodar na boca, <b>não mastigar</b></li> <li>Usar até controlar sintomas ≤ 5-6 / hora ou 20/dia</li> </ul> |
| <b>Precauções</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eczema ou psoríase grave</li> <li>Enfarte de miocárdio recente (≤2 semanas)</li> <li>Arritmias graves</li> <li>Angina instável</li> <li>Gravidez</li> <li>Retirar à noite se insónias ou alterar para 16h</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfarte miocárdio recente (≤ 2 semanas)</li> <li>Arritmias graves</li> <li>Angina instável</li> <li>Gravidez</li> <li>Não comer ou beber 15 minutos antes</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfarte de miocárdio recente (≤2 semanas)</li> <li>Arritmias graves</li> <li>Angina instável</li> <li>Gravidez</li> <li>Não comer ou beber 15 minutos antes</li> <li>Não usar 1 após outra</li> </ul>  |
| <b>Prós</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fácil usar, melhor adesão</li> <li>Dose estável</li> <li>Possibilidade de combinação com TSN flexível</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dose flexível</li> <li>Permite controlar a urgência compulsiva</li> <li>Mantêm a boca ocupada</li> <li>Permite uso combinado com adesivo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dose flexível</li> <li>Permite controlar a urgência compulsiva</li> <li>Mantêm a boca ocupada</li> <li>Permite uso combinado com adesivo</li> </ul>  |
| <b>Contras</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Irritação cutânea</li> <li>Perturbação do sono</li> <li>Dose não ajustável nos picos de <i>craving</i></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Subdosagem possível na dose e duração de mastigação.</li> <li>Necessário uso correcto</li> <li>Pode causar náuseas, soluços, tosse, cefaleias e flatulência</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Subdosagem possível na dose utilizada</li> <li>Necessário uso correcto</li> <li>Pode causar náuseas, soluços, tosse, cefaleias e flatulência</li> </ul>  |
| <b>Acessibilidade</b>                       | Venda livre ou prescrição médica   | Venda livre  | Venda livre   |

- Odds ratio (OR) = odds de abstenção de tabaco durante 6 meses comparado com placebo (Fiore 2008)  
Consultar resumo das características destes medicamentos (RCM)

### Terapêutica farmacológica com nicotina não disponível em Portugal – 1.ª linha

| Forma Farmacêutica/<br>Eficácia terapêutica | Inalador<br>(OR = 2.5)*   | Spray nasal<br>(OR =2.7)*   |
|---|---|---|
| Duração do tratamento                       | 3 – 6 meses   | 3- 6 meses  |
| Dosagem                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6 -16 depósitos/dia/ dose individualizada; iniciar com pelo menos 6/dia. Em número suficiente para controlar sintomas</li> <li>• Pico 15 – 20 minutos</li> <li>• Possibilidade de usar parte do dispositivo em diversas vezes (dentro 24 horas)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose = 1 instilação em cada narina</li> <li>• Pico 11 – 13 minutos</li> <li>• Dose 1 – 2 x hora SOS</li> <li>Dose suficiente para controlar sintomas</li> <li>• Dose mínima = 8/dia</li> <li>• Dose máxima = 40/dia</li> <li>• Técnica correcta: não deglutir, inalar ou snifar</li> </ul> |
| Precauções                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfarte de miocárdio recente (<math>\leq 2</math> semanas)</li> <li>• Arritmias graves</li> <li>• Angina instável</li> <li>• Hiperreactividade das vias aéreas grave</li> <li>• Gravidez</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfarte de miocárdio recente (<math>\leq 2</math> semanas)</li> <li>• Arritmias graves</li> <li>• Angina instável</li> <li>• Gravidez</li> <li>• Hiperreactividade das vias aéreas grave</li> </ul>  |
| Prós  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose flexível</li> <li>• Permite controlar a urgência compulsiva</li> <li>• Alivia dependência oral e gestual</li> <li>• Permite uso combinado com adesivo</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose flexível</li> <li>• Permite controlar a urgência compulsiva</li> <li>• Permite uso combinado com adesivo</li> </ul>   |
| Contras                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritação boca e orofaringe</li> <li>• Perder biodisponibilidade com baixas temperaturas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessário uso correcto (não inalar)</li> <li>• Irritação nasal frequente</li> <li>• Pode causar dependência</li> </ul>  |
| Acessibilidade                              | Prescrição médica obrigatória   | Prescrição médica obrigatória   |

- Odds ratio (OR) = Odds ratio (OR) = odds de abstenção de tabaco durante 6 meses comparado com placebo  
Consultar resumo das características destes medicamentos (RCM)

### Terapêutica farmacológica sem nicotina disponível em Portugal – 1.ª linha

| Forma Farmacêutica/<br>Eficácia terapêutica | Bupropiona<br>(OR = 2.0)*   | Vareniclina<br>(OR =3.1)*   |
|---|---|---|
| <b>Duração do tratamento</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7- 12 semanas</li> <li>- Para prevenção recaídas pode durar 6 meses</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 semanas</li> <li>- Para prevenção recaídas pode durar 6 meses</li> </ul>  |
| <b>Dosagem</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar 1 -2 semanas antes da cessação</li> <li>• 1.º – 7.º dia - 150 mg/dia</li> <li>• Do 4.º ao último dia - 150 mg 2 x dia</li> <li>• Intervalo entre doses &gt; 8 horas</li> <li>• Pode ser combinada com TSN</li> <li>• Dose independente do consumo de cigarros</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar 1 semana antes da cessação</li> <li>• 1.º-3.º dia – 0,5 mg/dia</li> <li>• 4.º – 7.º dia – 0,5 mg 2 x dia</li> <li>• Do 8.º ao último dia - 1 mg 2 x dia</li> <li>• Tomar após refeição e com água</li> <li>• Intervalo entre doses &gt; 8 horas</li> <li>• Dose independente do consumo de cigarros</li> </ul>   |
| <b>Precauções</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de convulsões</li> <li>• Não usar se doença convulsiva, consumo acentuado álcool, anorexia/bulimia, ou com inibidores amino-oxidase</li> <li>• Pode causar agitação</li> <li>• Interações medicamentosas</li> <li>• Não indicada na gravidez e amamentação</li> <li>• Reduzir dose no idoso, insuficiência renal e hepática</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência renal grave (clearance creatinina &lt; 30 ml/min)</li> <li>• Combinação com TSN não recomendada</li> <li>• Não indicada na gravidez e amamentação</li> <li>• Pode causar distúrbios do sono e sonhos (toma 2.ª dose mais cedo)</li> <li>• Náuseas frequentes (dose pode ser reduzida, tomar com alimentos)</li> <li>• Possibilidade de exacerbações de doença psiquiátrica, ideação suicida, suicídio</li> </ul> |
| <b>Prós</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilidade de utilização</li> <li>• Reduz a urgência compulsiva</li> <li>• Controla o aumento de peso inicial</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilidade de utilização</li> <li>• Reduz a urgência compulsiva e satisfação em fumar</li> <li>• Sem interações medicamentosas conhecidas</li> <li>• Se houver deslize há efeito antagonista com a nicotina</li> </ul>   |
| <b>Contras</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insónias</li> <li>• Secura de boca</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para alguns as náuseas e alterações do sono podem ser importantes</li> <li>• Possibilidade interferir na condução ou utilização máquinas</li> <li>• Se houver urgência compulsiva não há indicação para TSN de acção rápida por haver efeito antagonista com nicotina</li> </ul>   |
| <b>Acessibilidade</b>                       | Prescrição médica obrigatória   | Prescrição médica obrigatória   |

- Odds ratio (OR) = Odds ratio (OR) = odds de abstenção de tabaco durante 6 meses comparado com placebo (Fiore 2008)  
Consultar resumo das características destes medicamentos (RCM)

### Terapêutica farmacológica – 2.ª linha

| Forma Farmacêutica/<br>Eficácia terapêutica | Nortriptilina<br>(OR = 1.8)*   | Clonidina<br>(OR = 2.1)*  |
|---|--|---|
| <b>Duração do tratamento</b>                | - 12 semanas   | - 3- 10 semanas   |
| <b>Dosagem</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar 10 a 28 dias antes da cessação</li> <li>• 25mg/dia – 3 dias</li> <li>• 50 mg/dia – 4.º - 7.º dia</li> <li>• 75 mg/dia – 8.º dia em diante</li> <li>• Se tolerado 100 mg/ dia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0.15 a 0.75 mg/dia</li> <li>• Não está estabelecido para a cessação tabágica um regime específico de dose</li> </ul>                                     |
| <b>Precauções</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicidade cardíaca</li> <li>• Potencial para interferir na condução ou utilização de máquinas</li> <li>• Não pode ser interrompida bruscamente</li> <li>• Perigo na sobredosagem</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para interferir na condução ou utilização de máquinas</li> <li>• Não pode ser interrompida bruscamente</li> </ul>                              |
| <b>Prós</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A utilizar apenas quando não é possível terapêutica de 1.ª linha</li> <li>▪ Preço</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A utilizar apenas quando não é possível terapêutica de 1.ª linha</li> </ul>  |
| <b>Contras</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efeitos adversos limitam o uso</li> <li>• Sedação</li> <li>• Secura de boca</li> <li>• Vertigens</li> <li>• Hipotensão postural</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efeitos adversos frequentes limitam o uso</li> <li>• Hipotensão ortostática</li> <li>• Secura de boca</li> <li>• Sedação</li> <li>• Vertigens</li> </ul> |
| <b>Acessibilidade</b>                       | Prescrição médica obrigatória  | Prescrição médica obrigatória   |

- Odds ratio (OR) = Odds ratio (OR) = odds de abstenção de tabaco durante 6 meses comparado com placebo (Fiore 2008)  
Consultar resumo das características destes medicamentos (RCM)

## ANEXO II

### Aspectos organizativos para a aplicação de um programa de cessação tabágica dirigido à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A já longa experiência dos pneumologistas na cessação tabágica, em doentes com DPOC, iniciada em Portugal, em 1988, e grandemente impulsionada nos meados dos anos 90, tem feito amadurecer a necessidade de desenvolver outro tipo de estrutura, para a implementação de um programa de cessação tabágica na DPOC, que ultrapassa o âmbito de uma consulta especializada.

Nos últimos anos, a crescente informação globalizada sobre Serviços de Saúde Sem Tabaco (*European Network for Smoke Free Healthcare Services - ENSH*) e a implementação da Convenção Quadro (Adoptada na 56.ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2003, por 192 estados-membros e aprovada em Portugal nos termos do decreto n.º 25-A/2005 de 8 Novembro) vieram aumentar a necessidade de estruturar Unidades Especializadas em Tabagismo (UET).

Por outro lado, também a implementação das estratégias de intervenção do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, nomeadamente as estratégias n.º 1 e n.º 18, legisladas num âmbito mais geral, respectivamente, nos artigos 21.º e 20.º da lei 37/2007, irão fazer aumentar a necessidade deste tipo de estrutura (UET).

As UETs deverão fazer parte de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo que, aplicando as directrizes da Convenção Quadro e da Organização Mundial de Saúde, deverão sustentar, ao nível dos serviços de saúde hospitalares, as medidas preconizadas para o Controlo do Tabagismo.

As UETs ajudarão a implementar 5 das 6 medidas MPOWER preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, ao nível dos serviços de saúde, prevenindo-se que o seu impacto se faça sentir ao nível da melhor qualidade dos serviços de saúde prestados a nível nacional.

São funções das UETs trabalhar em quatro áreas específicas, mas interligadas de forma sinérgica de modo a potenciarem os seus resultados:

- a) Assistencial;
- b) Docente;
- c) Investigação e Divulgação
- d) Contribuição para o Controlo e Prevenção do Tabagismo.

#### Funções das Unidades Especializadas em Tabagismo em Ambiente Hospitalar

##### a) Assistencial

Aplicando as recomendações nacionais e internacionais:

- Intervenção comportamental: individual e em grupo; linha telefónica pro-activa e reactiva.
- Intervenção farmacológica: com possibilidade de individualização de doses, altas doses, maior duração, combinada, redução para parar assistida com nicotina, 2.ª linha.
- Metodologia específica para diagnóstico e tratamento.
- Actividade assistencial em consulta e em internamento (com consultadoria a todos os serviços) com manutenção após alta, intervenção pró-activa do fumador pré-cirurgia, apoio em programas de reabilitação respiratória.

##### b) Docente

- Formação Pré-graduada teórica e prática: para médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de cardiopneumologia.
- Formação Pós-graduada (conteúdo padronizado definido pela UET):
  - Cursos de formação para instituições que o solicitem (duração 20 horas: 15h teóricas e 5h práticas) privilegiando os Centros de Saúde da área de influência.
  - Cursos de formação para profissionais de saúde da Instituição e Centros de Saúde da área de influência, organizados consoante as necessidades dos vários grupos profissionais, para aplicação sistematizada de intervenção breve a todos os doentes da instituição (ambulatório e internamento) e intervenção intensiva (ambulatório e internamento).
- Parceria e consultadoria a sociedades científicas.

### **c) Investigação e Divulgação**

- Inquéritos de prevalência de consumo de tabaco e atitudes, na área de influência.
- Avaliação das intervenções: assistenciais (ambulatório, internamento por patologia), docentes e de controlo e prevenção de forma informatizada.
- Ensaios clínicos, colaboração em estudos multicêntricos.
- Colaboração nas campanhas de sensibilização, nomeadamente rastreios e outras formas de diagnóstico e divulgação das doenças respiratórias.

### **d) Contribuição para o Controlo e Prevenção do Tabagismo**

Aplicando as recomendações da Rede Europeia dos Serviços de Saúde Sem Tabaco

- Em conjunto com a administração da instituição deve ser garantido o estrito cumprimento da legislação em vigor, no sentido de manter o Serviço de Saúde Sem Tabaco.
- Em parceria com todos os serviços da Instituição e com a colaboração de membros representativos das áreas da Medicina Ocupacional, Pneumologia, Cardiologia, Psicologia/Psiquiatria, Medicina, Cirurgia, Enfermagem.

Para além duma equipa própria (médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, cardiopneumologista), são ainda necessárias outras condições no que respeita ao espaço, ambiente e equipamento.

É necessário o envolvimento da Psiquiatria na área do Tabagismo. Os doentes fumadores, a tratar no futuro, serão cada vez mais difíceis, necessitando cada vez mais do apoio da Psiquiatria; por outro lado, também os doentes psiquiátricos são doentes com uma maior prevalência de doenças relacionadas com o tabaco e entre as quais se destaca a DPOC.

Por último, e de não menos importância, salienta-se a necessidade de uma articulação privilegiada com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área de influência que, tratando a quase totalidade de doentes com DPOC, nas suas fases iniciais (estádios I e II), em que se prevê uma maior prevalência de fumadores mas também, e ainda, uma menor proporção de fumadores resistentes, necessitam de:

- Treino em intervenção breve de todos os profissionais de saúde;
- Treino de intervenção intensiva de alguns profissionais de forma a criar e/ou manter consultas para a cessação tabágica dos seus fumadores;
- Apoio assistencial da UET para a cessação dos casos particulares.

A população alvo de fumadores a serem tratados nas UETs (ver função 1- assistencial) deverão ser todos os fumadores com DPOC a quem tenha sido aplicada intervenção breve e / ou intensiva na área de influência da UET (a nível de cuidados de saúde primários ou hospitalares) e não tenha havido sucesso na intervenção. Só os fumadores com DPOC com maior grau de dependência e /ou dificuldade na cessação deverão ser tratados a este nível. São disso exemplo doentes com antecedentes de vários insucessos prévios e/ou a existência de comorbilidades: doenças psiquiátricas, cardiovasculares descompensadas (cardiopatia isquémica, HTA, arritmias entre outras) ou toxicodependentes (com pelo menos 2 anos de abstinência).

É, ainda, responsabilidade da UET tratar todos os utilizadores do Hospital a que pertence, ou seja fumadores motivados a parar de fumar: doentes (em ambiente de consulta e em ambiente de internamento), familiares directos (se assim for considerado de importância para o sucesso da intervenção) e profissionais de saúde.

Em cada UET / zona de influência, deverão pois ser implementados organigramas dinâmicos que tornem claro e facilitem o acesso dos fumadores aos especialistas em cessação de acordo com o seu nível de dificuldade.

Mas os doentes com DPOC de maior gravidade (estádios III e IV) vão também continuar a necessitar do apoio da medicina familiar na área do tabagismo, porque é aos seus médicos de família que, muitas as vezes, recorrem quando abandonam consultas especializadas de tabagismo.

A dinâmica criada por uma UET, na sua área de influência (Instituições Hospitalares e Centros de Saúde) poderá dinamizar e aplicar boas práticas, na área do Tabagismo, não sendo sua missão substituir essas mesmas práticas.

## ANEXO III

