

PROGRAMA NACIONAL

Prevenção e Controlo do
Tabagismo

CARATERIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE APOIO INTENSIVO À CESSAÇÃO TABÁGICA RELATÓRIO

Direção-Geral da Saúde

Ficha técnica

Relatório de caracterização das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT)

DGS, novembro, 2013

Diretor-Geral da Saúde

Francisco George

Autores

Emília Nunes
Miguel Narigão

Colaboradores

Eduarda Pestana
Filomena Araújo
Judite Maia
Luís Rebelo
Manuela Soares
Maria Clara Garcia
Maria Manuel Açafrão
Osvaldo Gradíssimo
Paulo Jesus
Rui Medon
Sérgio Vinagre

Agradecimento

A DGS e o PNPCT agradecem a participação de todos os profissionais que colaboraram na aplicação e na resposta ao questionário utilizado no presente estudo, a nível das ARS I.P. e das consultas de cessação tabágica nos ACES, ULS e serviços hospitalares.



Índice

1. Introdução.....	5
2. Respostas ao questionário	6
2.1. Antiguidade da consulta	6
2.2. Constituição das Equipas.....	7
2.3. Horários da consulta	10
2.4. Equipamentos	13
2.5. Características da referenciação e acesso à consulta	17
2.6. Modelo de intervenção	22
2.7. Propostas dos responsáveis pelas consultas	23
3. Discussão dos resultados	25
Referências bibliográficas	29



1. Introdução

As respostas para o tratamento do tabagismo no Serviço Nacional de Saúde (SNS) existem desde há mais de vinte anos, em particular em serviços hospitalares de pneumologia e em alguns centros de saúde. Todavia, antes da entrada em vigor da Lei 37/2007, de 14 de agosto (lei do tabaco) a sua distribuição não permitia acautelar uma adequada cobertura geográfica da população.

Nesse sentido, esta lei veio instituir, através do seu artigo 21.º, a criação de *“consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos.”* Sempre que a dimensão dos serviços e da população atendida não justifique a criação de uma consulta especializada, *“devem ser estabelecidos protocolos com outras consultas especializadas, de modo a garantir o acesso adequado dos fumadores que necessitem deste tipo de apoio para deixarem de fumar.”*

Posteriormente à publicação desta lei, a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Unidades de Saúde Familiar veio introduzir alterações na organização dos serviços de saúde, com repercussões na resposta às necessidades dos utentes fumadores.

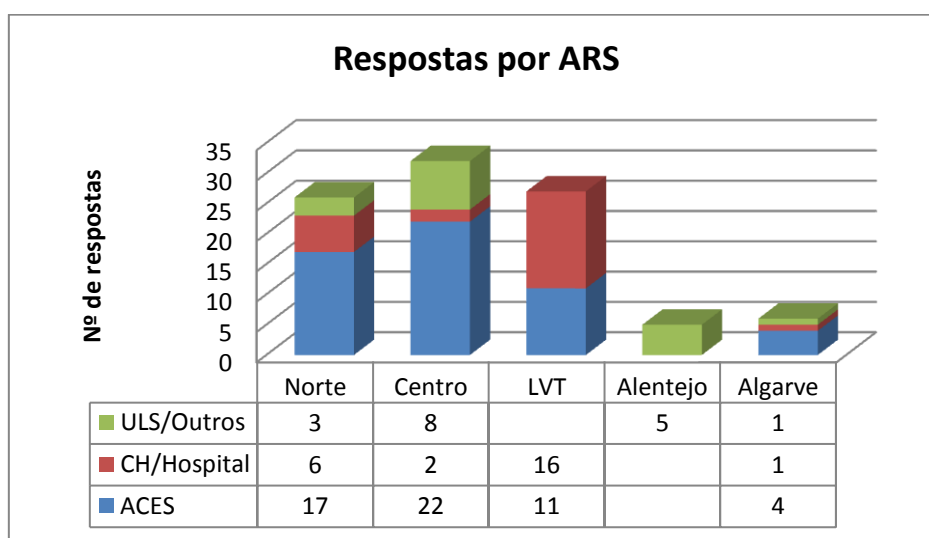
Em fevereiro de 2013, o PNPCT solicitou aos responsáveis das consultas de cessação tabágica, por intermédio das Administrações Regionais de Saúde (ARS.IP), o preenchimento de um questionário sobre as condições de funcionamento das respetivas consultas.

Este questionário de caracterização das consultas especializadas no apoio intensivo à cessação tabágica, cujos resultados se apresentam no presente relatório, insere-se nas estratégias definidas pelo Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), para o período de 2012 a 2016, tendo em vista atingir alguns objetivos. Em primeiro lugar, promover e apoiar a organização de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e serviços hospitalares, de acordo com o preconizado no Programa-tipo de apoio à cessação tabágica da DGS. Com esse intuito, considerou-se determinante o conhecimento das condições de funcionamento das consultas existentes, dando oportunidade aos seus responsáveis de se pronunciarem sobre essas mesmas condições. Em segundo lugar, aproveitar esta importante informação como contributo para a definição da rede prestação de cuidados e

de referenciação no âmbito do apoio à cessação tabágica, outro dos projetos em construção, com a finalidade de ajudar a reestruturar as respostas às necessidades da população nesta área, nas cinco Administrações Regionais de Saúde do continente (ARS I.P.).

2. Respostas ao questionário

Foram obtidas 96 respostas de responsáveis por consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, com a distribuição apresentada no quadro 1. Este número de respostas corresponde a 77,5% do total de consultas em funcionamento nas 5 ARS,I.P durante o ano de 2012.



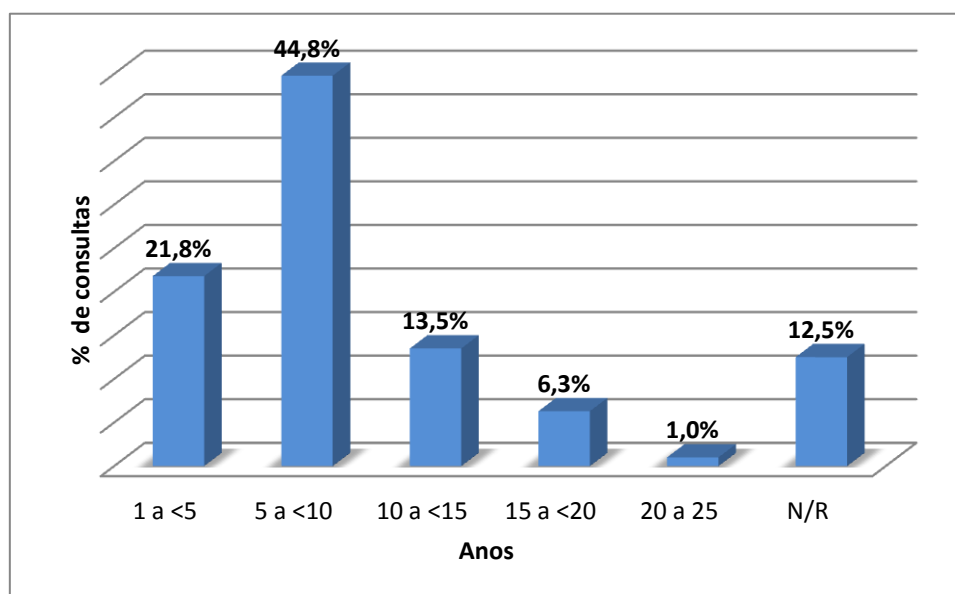
Quadro 1. Número de respostas por Região e por tipo de instituição.

2.1. Antiguidade da consulta

Em relação à antiguidade das consultas, 21 (22%) foram criadas nos últimos 5 anos, após a Lei 37/2007, de 14 de agosto. Mas o maior número, cerca de metade (44,8%), têm entre 5 a 10 anos de existência, conforme quadro 3.

ARS	Antiguidade da consulta (anos)					N/R
	1 a <5	5 a <10	10 a <15	15 a <20	20 a 25	
Norte	6	12	5	2		1
Centro	7	14	2	3		6
LVT	2	12	6	1	1	5
Alentejo	3	2				
Algarve	3	3				
Total	21	43	13	6	1	12

Quadro 2. Antiguidade da consulta, por ARS.



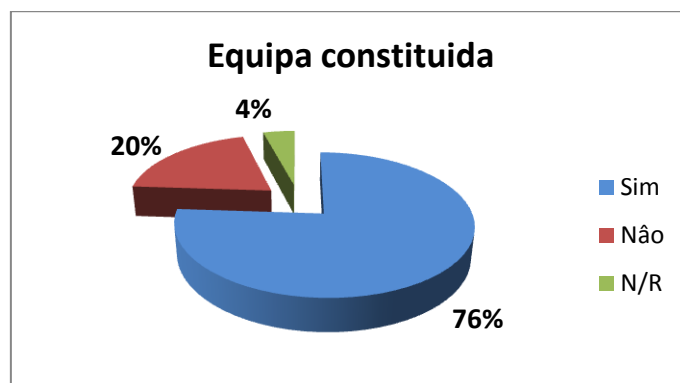
Quadro 3. Antiguidade da consulta (% do total).

As consultas dos Centros Hospitalares/Hospitais têm uma antiguidade média de 8,5 anos, um pouco mais elevada do que as existentes nos ACES: 6,9 anos.

2.2. Constituição das Equipas

Para a análise da informação sobre a constituição das equipas, não foram considerados os elementos sem formação na área da saúde.

A maior parte dos respondentes (73) afirma ter uma equipa constituída para a consulta, mas ainda existem 19 consultas constituídas apenas por um elemento (quadro 4). É na ARS Norte que podemos encontrar o maior número de consultas sem uma equipa constituída para o efeito (10 consultas),

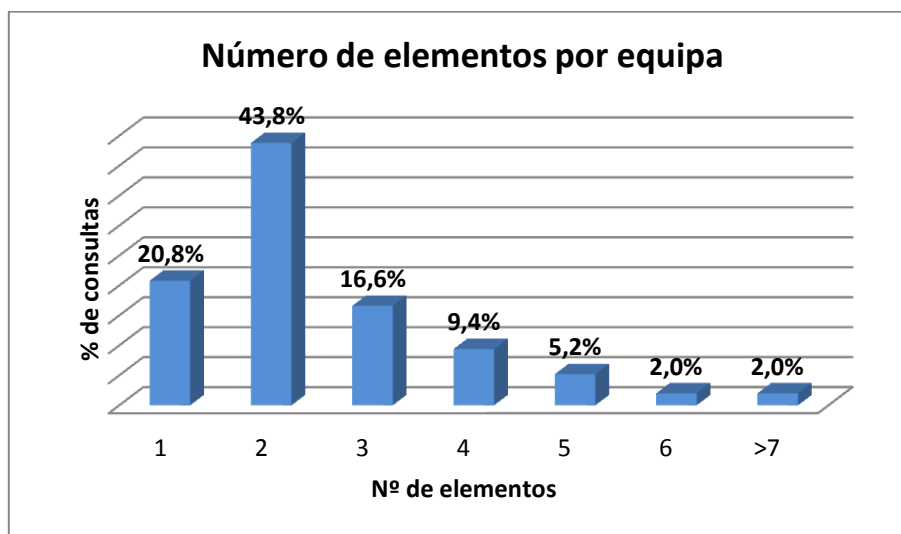


Quadro 4: Equipas constituídas para a consulta, nas 5 ARS.

A constituição das equipas em relação ao número de elementos é muito variável, mas a maioria integra entre dois (43,8%) a três (16,6%) elementos (quadro 5). O número de consultas que funciona apenas com um elemento (médico responsável) representa cerca de um quinto (20,8%) do total. O número máximo de elementos por equipa corresponde a duas equipas, respetivamente, com 7 e com 9 profissionais de saúde, a funcionarem em hospitais da região de Lisboa.

ARS	Número de elementos por equipa de CICT						
	1	2	3	4	5	6	>7
Norte	9	10	5	1	1		
Centro	6	18	2	3	3		
LVT	5	6	7	4	1	2	2
Alentejo		3	1	1			
Algarve		5	1				
Total	20	42	16	9	5	2	2

Quadro 5. Número de elementos nas equipas, por ARS.



Quadro 6. Número de elementos nas equipas, total dos respondentes

As respostas não possibilitam uma análise comparativa entre a dimensão das equipas dos hospitais com as dos centros de saúde, mas a título de exemplo podemos referir que, na ARS LVT, as equipas das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica (CICT) em ACES têm em média 2,9 elementos e nos Hospitais 3,4 elementos. Já na ARS Norte a média é de 2,6 elementos nos centros de saúde para 1,7 nos hospitais.

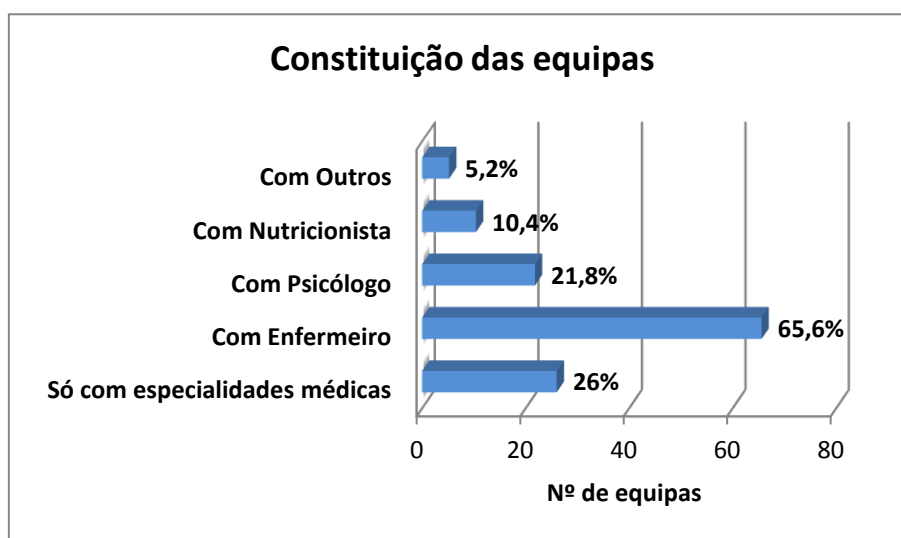
Em relação ao perfil dos profissionais que compõem as equipas, todas as equipas respondentes dispunham de médico. Porém, 20 consultas (20,8%) funcionavam apenas com o médico responsável. Embora contando com mais de um elemento, 5 consultas apenas integravam profissionais com especialidades médicas (quadro 7).

A equipa multiprofissional base, preconizada pelo programa-tipo da DGS para o funcionamento das CICT, constituída por médico e enfermeiro, apenas está presente em 47 consultas (49%). Contavam com a participação/apoio de enfermeiros 65,6% das equipas, de psicólogos 21,8% e de nutricionista 10,4%. Existem ainda 4 equipas (5,2%) que contam com o apoio de outros profissionais, nomeadamente higienista oral, técnico psicossocial, técnico de cardiopneumologia, técnico de radiologia (Quadro 8).

Apenas uma consulta na região do Alentejo e 5 na região Centro são constituídas por médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, de acordo com o estipulado pelo programa da DGS anteriormente referido.

ARS	Especialidades presentes nas equipas de CICT				
	Só com especialidades médicas	Enfermagem	Psicologia	Nutrição e dietética	Outras
Norte	10	14	4	2	
Centro	7	25	5	6	1
LVT	8	14	11	1	4
Alentejo		5	1	1	
Algarve		5	1		
Nº de CICTs	25	63	21	10	5

Quadro 7. Profissionais nas equipas por tipo de formação, por ARS.



Quadro 8. Presença/apoio de profissionais nas equipas por tipo de formação, total dos respondentes.

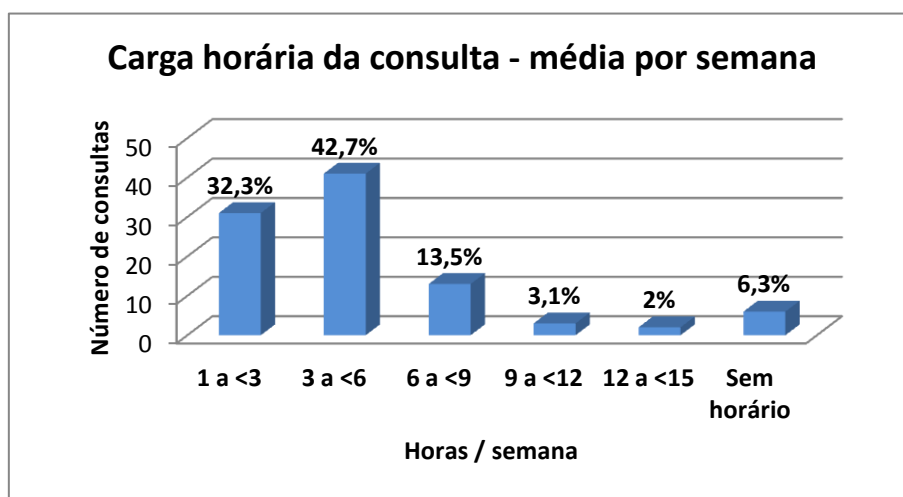
2.3. Horários das consultas

A maior parte das consultas, 42,7% disponibiliza entre 3 a 6 horas semanais de consulta.

A comparação da carga horária da consulta com a produtividade disponibilizada pelas ARS para o ano de 2012, não permite evidenciar a relação entre o número de horas de consulta e o número de utentes atendidos, porquanto algumas consultas com cargas horárias semanais mais reduzidas apresentam maior produtividade quanto ao indicador “número de consultas efetuadas no ano”. No entanto, 3 das 4 consultas da ARS LVT com carga horária igual ou superior a 9h/semana apresentam valores de produtividade dos mais elevados desta região.

ARS	Carga horária da consulta (média por semana)					
	1 a <3	3 a <6	6 a <9	9 a <12	12 a <15	Sem horário específico
Norte	7	9	3	1		6
Centro	17	41	13			
LVT	6	11	6	2	2	
Alentejo	1	4				
Algarve		5	1			
Nº de CICTs	31	41	13	3	2	6

Quadro 9. Número médio de horas de consulta por semana, por ARS.

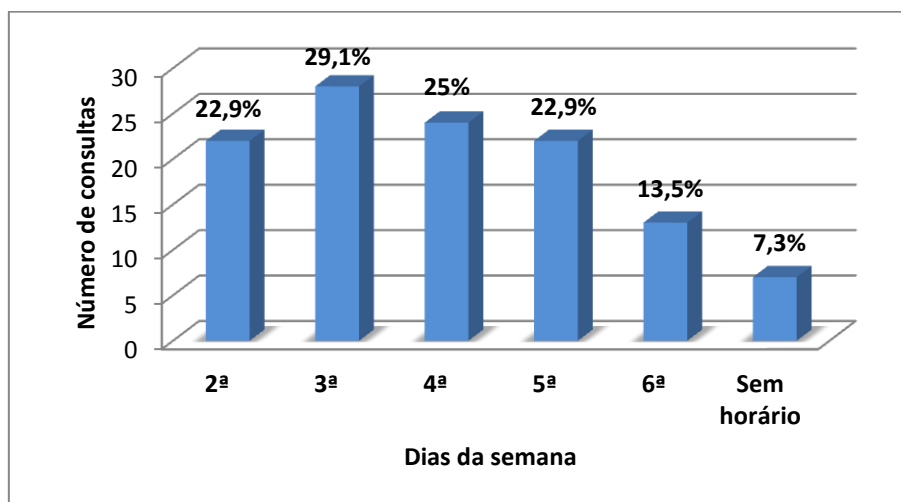


Quadro 10. Número médio de horas de consulta por semana, % do total.

A terça-feira é o dia da semana em que se realiza um maior número de consultas, com distribuição equitativa ligeiramente entre a 2ª e a 5ª feira. A sexta-feira apresenta o número de consultas mais baixo (quadro 11).

ARS	Dias da semana					
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sem dia específico
Norte	8	2	6	7	1	6
Centro	3	12	5	6	7	1
LVT	10	10	10	7	4	
Alentejo	1	1	1	2		
Algarve		3	2		1	
Total	22	28	24	22	13	7

Quadro 11. Distribuição das consultas por dia da semana, por ARS.



Quadro 12. Distribuição das consultas por dia da semana, % do total.

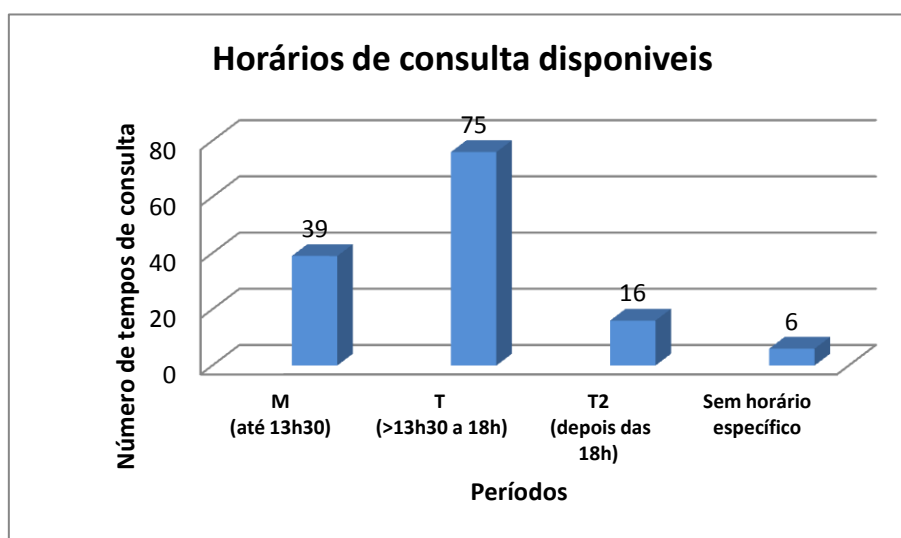
Em relação aos horários das consultas, os intervalos definidos para os agrupar correspondem ao perfil predominante de horários disponibilizados pelos respondentes.

A possibilidade de horários de realização das consultas é muito diversa, no entanto consegue perceber-se que a oferta de consultas em horário pós-laboral é reduzida, ainda que 24 consultas (5 consultas na ARS Norte, 8 na ARS Centro, 6 na ARSLVT, 2 na ARS Alentejo e 3 na ARS Algarve) se prolonguem até cerca das 18h. Apenas 16 tempos de consulta estão disponíveis depois das 18h, encontrando-se a maior percentagem destes horários na região Centro (quadro 13).

ARS	Períodos de consulta			
	M (até 13h 30)	T1 (>13h30 a 18h)	T2 (depois das 18h)	Sem horário específico
Norte	10	13	2	6
Centro	10	22	10	
LVT	15	33	3	
Alentejo	2	2	1	
Algarve	2	5		
Nº de períodos de consulta	39	75	16	6

Quadro 13. Frequência de horário das consultas, por ARS

Considerando as 5 regiões, o horário das 13h30 às 18h é o mais frequente (55,1%), seguindo-se o horário da manhã (28,9%). Apenas 11,8% dos tempos de consulta são disponibilizados após as 18h.



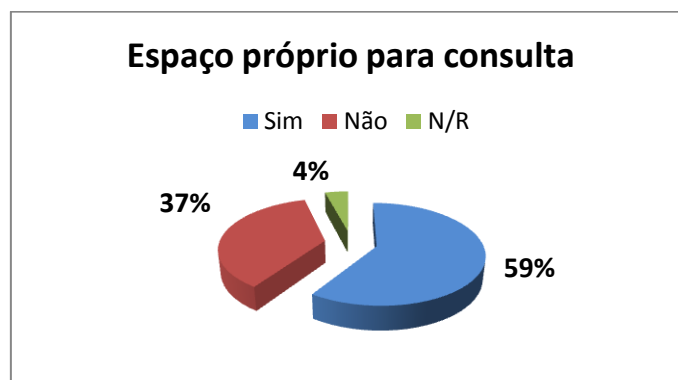
Quadro 14. Frequência dos horários dos tempos de consulta.

2.4. Equipamentos

Cerca de 59% das consultas dispõem de um espaço próprio para a realização da consulta. Em relação às 35 consultas que não têm espaço próprio, apenas três dos respondentes se referiram expressamente a esta situação, nos comentários solicitados no questionário, como um problema a resolver no sentido de melhorar o desempenho da consulta.

ARS	Espaço próprio para consulta		
	Sim	Não	N/R
Norte	11	14	1
Centro	24	6	2
LVT	17	10	
Alentejo	2	3	
Algarve	3	2	1
Total	57	35	4

Quadro 15. Existência de espaço próprio para a consulta, por ARS.



Quadro 16. Existência de espaço próprio para a consulta, % do total.

Quanto aos equipamentos necessários para a realização da consulta, conforme se observa no quadro 17, 23 consultas não dispõem de todo o material necessário, sendo o medidor de monóxido de carbono no ar expirado (coxímetro), o equipamento em falta mais referido.

ARS	Equipamento para consulta		
	Sim	Não	Equipamento em falta
Norte	17	9	6 - medidor de CO Computador Esfigmomanómetro, estetoscópio Braçadeira de obesos para esfigmomanómetro Programa informático, telefone, apoio administrativo
Centro	24	7	3 - medidor de CO
LVT	24	3	2 - medidor de CO
Alentejo	3	2	2 - medidor de CO
Algarve	4	2	Medidor de CO Telefone direto
Total	72	23	

Quadro 17. Existência de equipamento necessário para o funcionamento da consulta, por ARS.



Quadro 18. Existência de equipamento necessário para o funcionamento da consulta, % do total dos respondentes.

Os sistemas de informação e registo utilizados na consulta são muito variados, predominando no entanto a utilização do SAM. Verificou-se que 5 consultas não dispunham de sistema de registo e 7 não responderam (quadro 19).

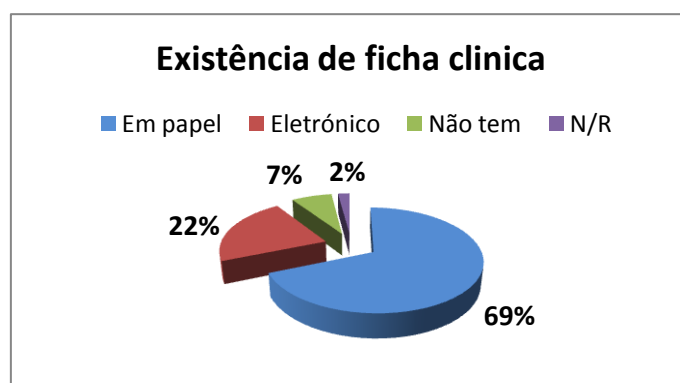
ARS	Sistemas de registo utilizados					
	SAM	SAPE	Outro	...	Não tem	N/R
Norte	22	6	2	Glantt Medtrix		2
Centro	24	16	5	3 - Medicine One Vitacare Sist. hospital		2
LVT	13	3	5	Base de dados própria Alert 2 - SONHO Vitacare	4	3
Alentejo	4	1	1			
Algarve	4	1	1	SIM	1	
Total	67	27	14		5	7

Quadro 19. Sistemas de informação e registo utilizados, por ARS.

A maior parte das consultas (68,8%) realiza os seus registos em papel. Não chegam a 22% as consultas que têm disponível um sistema eletrónico de registo. Algo que, como se poderá constatar adiante, nas observações dos responsáveis sobre as condições necessárias para a melhoria da sua consulta, é uma das dificuldades mais referida. Sete consultas (2%) referiram não dispor de ficha clinica do utente.

ARS	Forma de registo		
	Em papel	Eletrónico	Não
Norte	13	7	6
Centro	22	7	1
LVT	21	6	
Alentejo	4	1	
Algarve	6		
Total	66	21	7

Quadro 20. Sistemas de registo utilizados, por ARS

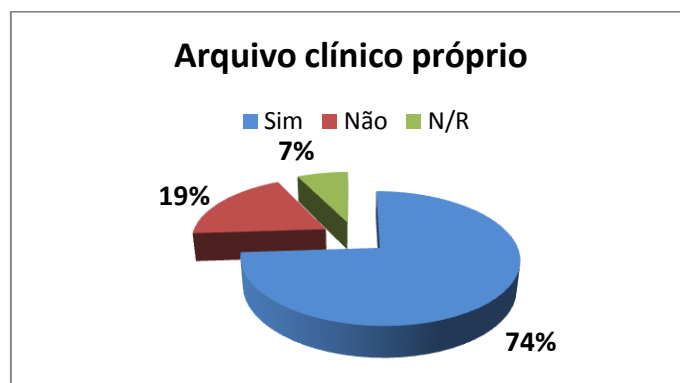


Quadro 21. Sistemas de registo utilizados, % do total.

A maior parte das consultas que não têm um arquivo próprio, justificam esta situação através da utilização de um processo único da instituição.

ARS	Arquivo próprio			
	Sim	Não	...	N/R
Norte	16	9	Utiliza sist informático Utiliza SAM Utiliza Processo geral Não tem espaço próprio	1
Centro	23	3		6
LVT	23	4	Utiliza processo cons ext 3 - Utiliza Processo geral	
Alentejo	4	1	Falta gaveta do ficheiro	
Algarve	5	1	Utiliza Processo geral	
Total	71	18		7

Quadro 22. Tipo de arquivo usado na consulta, por ARS.



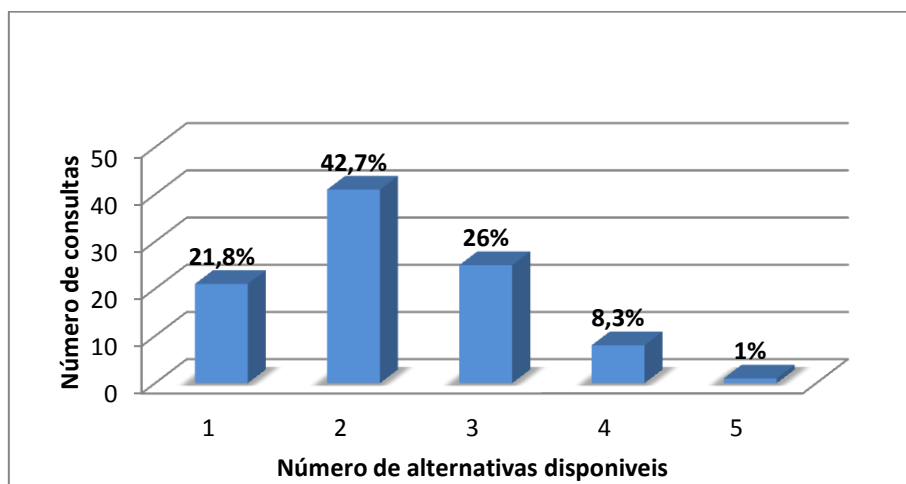
Quadro 23. Tipo de arquivamento da informação, % do total.

2.5. Características da referência / acesso à consulta

São utilizados diferentes processos de referência e de acesso à consulta. Em 21 consultas existe apenas um procedimento de referência (Quadro 25). Nestas o procedimento mais frequente é a referência médica (ACES) ou interna (Hospitais), e o acesso livre ou por iniciativa do utente (quadros 26 a 28).

ARS	Número de alternativas de referência				
	1	2	3	4	5
Norte	7	6	9	4	
Centro	6	19	7		
LVT	5	11	6	4	1
Alentejo		3	2		
Algarve	3	2	1		
Total	21	41	25	8	1

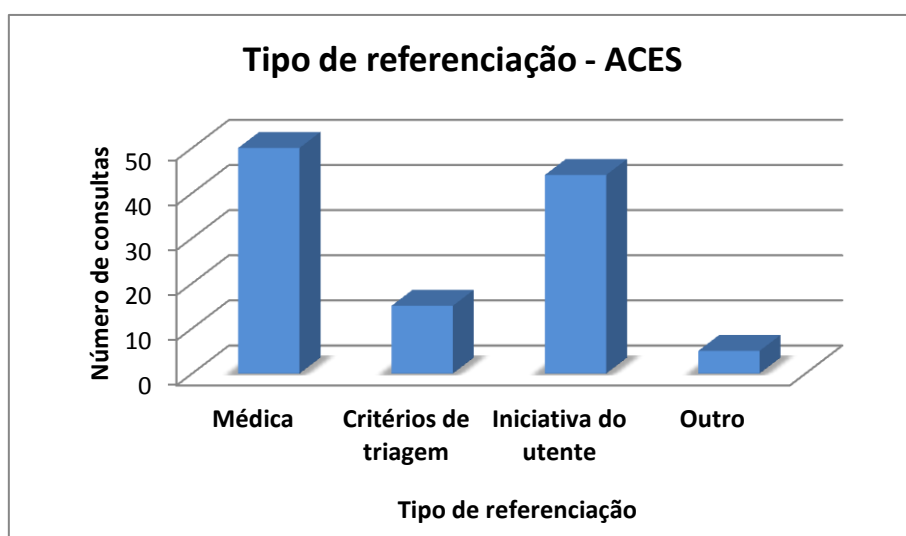
Quadro 24. Número de alternativas de referência disponíveis por consulta, por ARS.



Quadro 25. Número de alternativas de referência disponíveis por consulta, % do total.

ARS	Tipo de referência - ACES				
	Médica	Crítérios de triagem	Iniciativa do utente	Outro	...
Norte	15	6	14	3	Outros prof. de saúde 2 - Enfermeiros
Centro	22	5	17	2	Outros prof. de saúde Enfermeiros
LVT	11	3	9		
Alentejo					
Algarve	2	1	4		
Total	50	15	44	5	

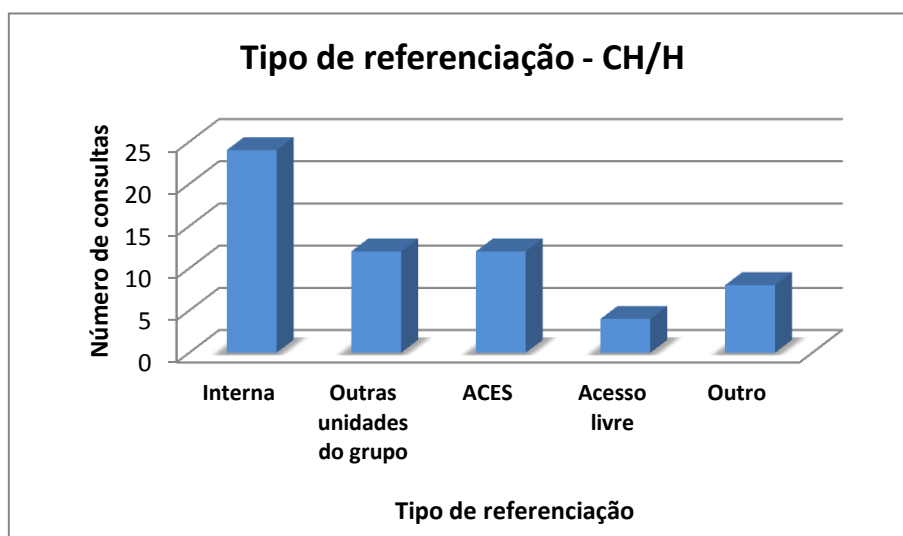
Quadro 26. Frequência do tipo de referência utilizado nos ACES, por ARS.



Quadro 27. Frequência do tipo de procedimento utilizado nos ACES,

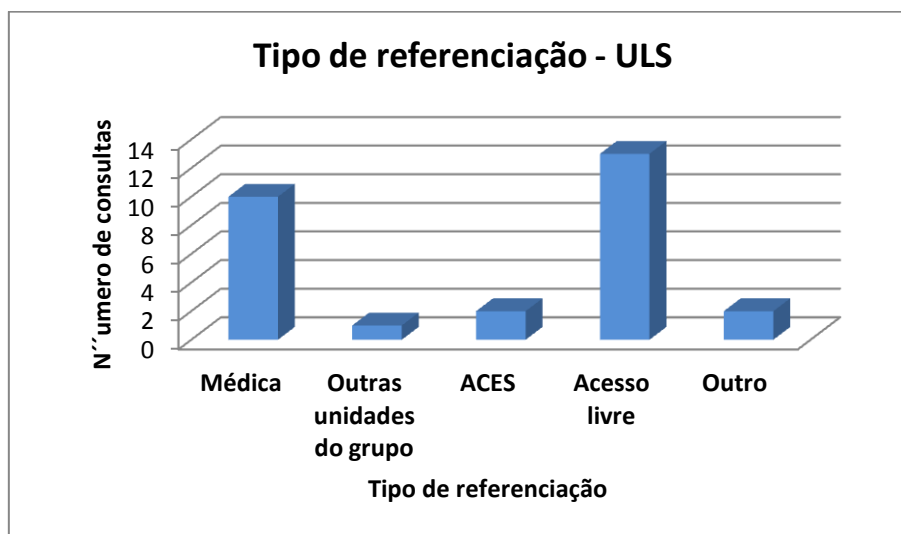
Nas alternativas de acesso à consulta referidas nos hospitais, inclui-se o acesso livre ou facilitado:

- Para os funcionários da instituição, em 4 hospitais;
- A cônjuges dos utentes da consulta;
- Aos adolescentes, no âmbito de um projeto com as escolas locais;
- Através de uma linha de apoio;
- Ao utente que já tenha processo clínico no hospital.



Quadro 28. Frequência do tipo de procedimento utilizado nos hospitais, total dos respondentes.

As respostas provenientes de 6 ULS (2 da região Norte, 2 da região Centro e 2 do Alentejo), incluem respostas de centros de saúde e hospitais, pelo que se apresentam os resultados obtidos num quadro próprio (quadro 29). Nas 2 respostas consideradas no item “outro tipo de acesso”, é referido o acesso livre para funcionários da instituição.

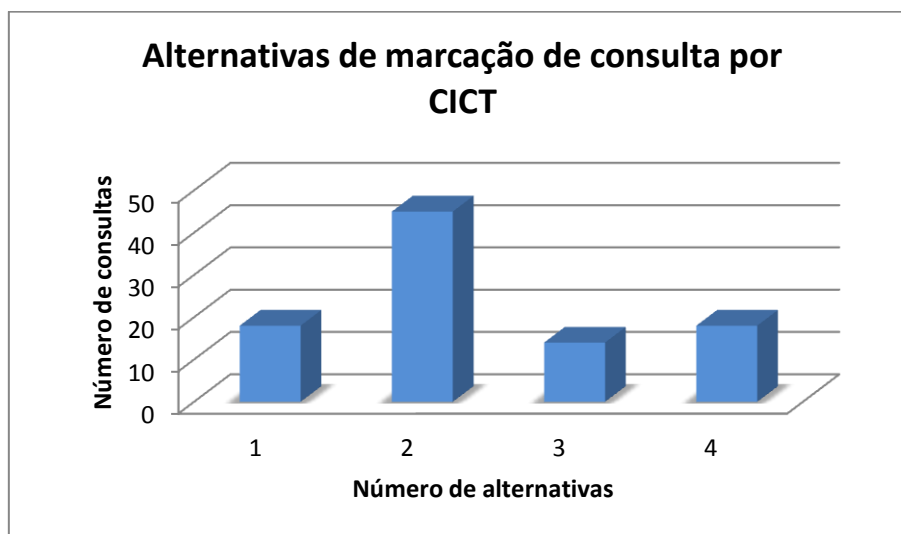


Quadro 29. Frequência do tipo de procedimento utilizado nos hospitais, total dos respondentes.

A maior parte das consultas (81,2%) permite diferentes procedimentos de marcação e apenas 18,8% utiliza somente um procedimento, sendo a marcação presencial, em 10 destas consultas, o processo mais utilizado.

ARS	Alternativas de marcação de consulta			
	1	2	3	4
Norte	9	8	5	4
Centro	4	17	2	8
LVT	4	14	6	3
Alentejo		3	1	1
Algarve	1	3		2
Total	18	45	14	18

Quadro 30. Número de alternativas de marcação utilizados, por consulta e ARS.

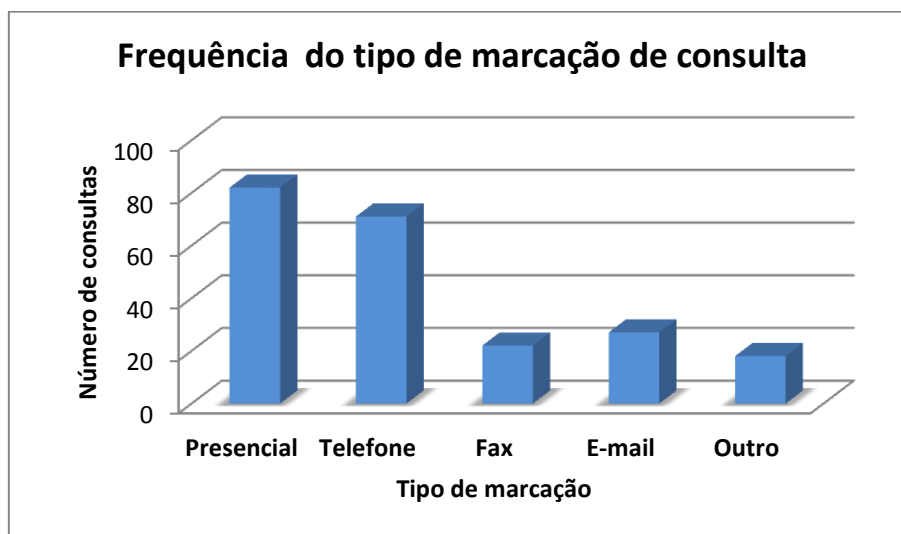


Quadro 31. Número de alternativas de marcação utilizados por consulta, % do total dos respondentes.

Quanto ao tipo de marcação da consulta, a marcação presencial (85%) ou por telefone (74%) são as mais utilizadas. A utilização da alternativa *e-mail* já apresenta alguma expressão, sendo utilizada em 28% das consultas (quadros 32 e 33).

Frequência das alternativas de marcação de consulta						
ARS	Presencial	Telefone	Fax	E-mail	Outro	...
Norte	21	16	4	7	8	2 - carta 3 - correio Através da consulta Referenciação por MF ALERT
Centro	28	29	8	9	3	Referenciação interna Site da UCC Médico assistente
LVT	23	18	7	7	6	2 - Carta Carta e sms Referenciação de médico Internet ALERT
Alentejo	4	3	1	2	1	Internet
Algarve	6	5	2	2		
Total	82	71	22	27	18	

Quadro 32. Frequência do tipo de marcação utilizado, por consulta e ARS.



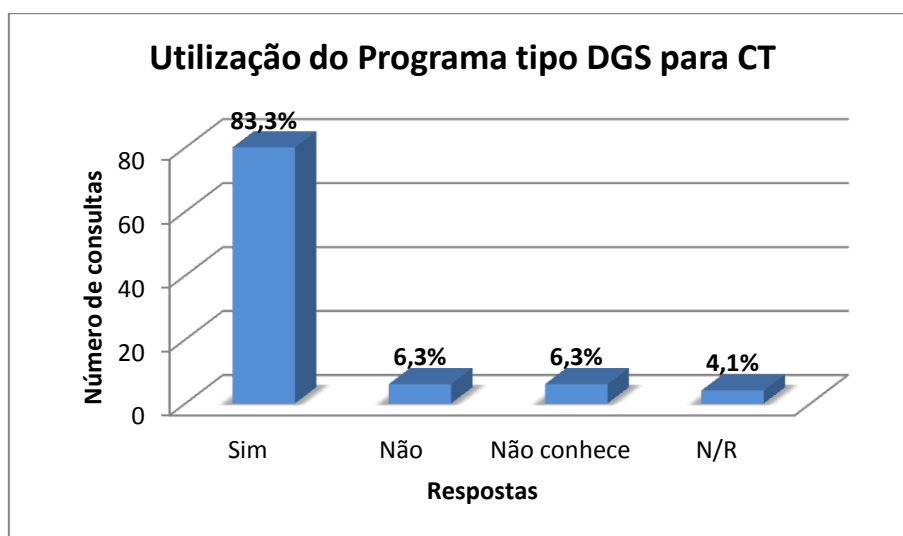
Quadro 33. Frequência do tipo de marcação utilizado por consulta, total dos respondentes

2.6. Modelo de intervenção terapêutica

Os responsáveis foram questionados quanto ao modelo clínico utilizado para a cessação tabágica. Tendo como referência o programa tipo da DGS para a cessação tabágica (2007), foi questionado se este era utilizado (quadros 34 e 35). Grande maioria dos respondentes suporta no referido programa a sua intervenção, ainda que cerca de metade destes apenas o aplique parcialmente.

ARS	Utilização do Programa tipo da DGS				Que modelo utiliza	N/R
	Integralmente	Parcialmente	Não	Não conhece		
Norte	8	12	3	2	Consulta de grupo de base CC 3 - Individualizado Ficha clinica Folha de papel + SAM	1
Centro	18	9	1	1	Modelo de Vaz Carneiro	3
LVT	13	10	2	2	Modelo criado pelo SPP Impresso criado para a consulta Folha de papel Individualizada	
Alentejo	4	1				
Algarve	4	1		1		
Total	47	33	6	6		4

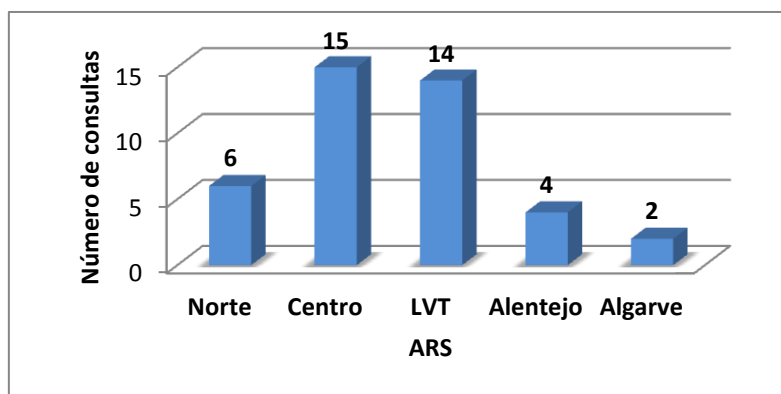
Quadro 34. Utilização do programa tipo da DGS e alternativas utilizadas, por ARS.



Quadro 35. Utilização do programa tipo da DGS e alternativas utilizadas, total dos respondentes.

2.7. Propostas para melhoria do funcionamento das consultas

Foram recebidos diversos contributos e sugestões para melhorar o funcionamento das consultas, conforme quadro 36.



Quadro 36. Número de propostas para melhoria da CICT, por ARS.

A constituição e a estabilidade da equipa, o apoio à consulta por parte de profissionais com formações específicas ou a colaboração de pessoal administrativo, são as propostas mais referidas. A seguir vem a necessidade da melhoria das condições relacionadas com o espaço da consulta, o material informativo e o equipamento em geral, onde se inclui por exemplo, a existência de medidor de monóxido de carbono no ar expirado. A necessidade

de informatização da consulta e de registo eletrónico é igualmente citada, conforme se observa no quadro 37.

Conteúdos	ARS					Total
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	
Aumento /estabilização da equipa/melhoria do apoio à consulta	4	4	11		2	21
Equipamento da consulta	3	6	3	5	2	19
Informatização/registo eletrónico da consulta	3	9	6		1	19
Melhoria dos procedimentos de referência/acesso à consulta	3	3	2			8
Formação	1	1	3	2		7
Aumento da carga horária da consulta	1	1	2	1	2	7
Outros	1	2				3

Quadro 37. Propostas para melhoria das CICT, por ARS.

3. Discussão e conclusões

A boa taxa de resposta ao presente estudo, por parte dos responsáveis das CICT, permitiu obter um retrato das condições gerais de funcionamento destas consultas. A análise realizada, não é, todavia, suficiente para tecer considerações conclusivas e precisas sobre alguns dos fatores considerados. Esta dificuldade prende-se com a pequena dimensão da população estudada e a limitação do questionário utilizado. O presente estudo carece, assim, de aprofundamento, eventualmente através da recolha de informação no local, com recurso à técnica de entrevista, que possibilite obter informação de natureza qualitativa, mais útil para esclarecimento de algumas dimensões, como o tipo de programa de acompanhamento terapêutico que é seguido e o sucesso alcançado, em termos da adesão dos utentes e das taxas de cessação tabágica, bem como a satisfação e necessidades pelos profissionais destas equipas.

Apesar destas limitações, é possível salientar algumas conclusões:

Cerca de 76% das consultas funcionam com equipas especificamente criadas para o efeito.

Cerca de um quinto das consultas funciona apenas com o médico responsável, sem o apoio organizado de outros profissionais. A maior parte destas situações foi observada na região Norte.

Cerca de 66% das consultas integravam pelo menos um médico e um enfermeiro.

Apenas um quinto das consultas contavam com o apoio de psicólogo e 10% de nutricionista.

A equipa multidisciplinar definida no Programa-Tipo da DGS (2007), que deveria incluir médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, foi encontrada em apenas 6 das 96 consultas desta amostra.

Apenas 59% das consultas dispunham de espaço próprio para realização da consulta.

Cerca de 70% das consultas dispõem de ficha clínica informatizada. Cerca de 22% usam uma ficha clínica em papel. Sete consultas disseram não usar ficha clínica e duas não responderam a esta questão.

Cerca de 74% das consultas possuíam um arquivo clínico próprio.

A maior parte das consultas tem uma periodicidade semanal; apenas 9 são quinzenais e uma mensal. A carga horária semanal situa-se, em quase metade das consultas, no intervalo 3 a 6 horas. Em 6 consultas o horário não estava definido.

Embora exista uma grande diversidade nos horários das consultas, o horário pós-laboral (após as 18h) estava disponibilizado em apenas 12% dos períodos de consulta.

Considerando que a população ativa, principalmente o grupo etário dos 35 aos 44 anos, apresenta a maior prevalência de fumadores, a existência de tempos de consulta em horário acessível para os utentes é uma medida importante. Não representando o tabagismo, para a população em geral, um problema de saúde evidente e premente, todos os obstáculos no acesso aos serviços têm um peso acrescido que dificulta o tratamento e a consequente diminuição do número de fumadores. Nesse sentido será de auscultar a população de utentes fumadores a fim de conhecer quais os horários de consulta que melhor podem responder às suas necessidades.

Em relação ao equipamento necessário para a realização da consulta, cerca de um quarto dos respondentes referiram carências várias quanto a este item, sendo que a falta de coxímetro, aparelho fundamental nesta consulta, foi a falta mais apontada.

Ainda no que respeita às condições de funcionamento da consulta com possível impacte na sua efetividade, é determinante que os profissionais tenham ao seu dispor ferramentas eletrónicas de registo de informação e acompanhamento dos utentes conforme preconizado no Programa de apoio à cessação tabágica da DGS. Apenas 21 consultas realizavam os registos de consulta em suporte eletrónico. A ausência desta possibilidade de registo, dificulta o acompanhamento da informação sobre a consulta e impede um adequado tratamento estatístico dos seus resultados.

A referenciação pode ser realizada através da utilização de vários procedimentos alternativos, com o acesso livre do utente em grande parte dos locais, menos frequente no entanto nas consultas em funcionamento nas instituições hospitalares onde predomina a referenciação interna. Uma limitação deste questionário resulta da falta de avaliação sobre a clareza e a divulgação dos procedimentos de referenciação junto dos potenciais referenciadores.

A marcação da consulta ainda era concretizada apenas através de um procedimento administrativo em 19% das consultas, e nestas, a maior percentagem implica a presença do utente.

Como foi anteriormente referido, a intervenção intensiva de apoio à cessação tabágica, impõe a existência de pessoal preparado e treinado para lidar com o tratamento desta dependência, em particular das situações mais complexas, não resolúveis através das designadas intervenções breves. Neste sentido, a existência de um modelo de intervenção que oriente os profissionais da consulta de cessação é decisivo na efetividade do processo terapêutico.

A utilização do modelo proposto pelo Programa-Tipo da DGS (2007) foi assumida, na sua totalidade, ou parcialmente, por mais de 83% dos respondentes. A não utilização deste modelo por opção é aceitável, mas os profissionais devem ter um modelo alternativo, o que em algumas das respostas não ficou muito claro.

Cerca de 44% dos respondentes enviou sugestões de melhoramento do desempenho da sua consulta. Destacam-se os assuntos relacionados com a constituição da equipa e a falta de apoio de profissionais à consulta, a existência e/ou substituição de equipamentos e a informatização dos registos clínicos da consulta.

Em menor número, mas com alguma expressão, foram ainda referidas preocupações com a melhoria dos procedimentos de referência e de acesso à consulta, com a necessidade de atualização científica dos profissionais da consulta e com a divulgação e adaptação da carga horária da consulta à procura por parte dos utentes.

Em conclusão, para que os profissionais consigam atingir desempenhos eficazes, necessitam de ter ao seu dispor condições logísticas que permitam a plena aplicação das suas competências. Por outro lado, tem de existir envolvimento das instituições na organização das consultas, incluindo dotação de espaço e equipamento, implementação de procedimentos de registo do acompanhamento dos utentes, condições para a formação adequada dos profissionais e avaliação do desempenho, quer em termos de realização de atividades, quer das taxas de sucesso terapêutico.

Por outro lado, as condições de acessibilidade à consulta ainda têm margem de melhoria, o que inclui uma prévia auscultação e posterior adaptação às necessidades dos potenciais utilizadores, em termos de horários e de localização, melhor utilização das tecnologias de informação existentes, procedimentos de referenciação claros e políticas de comunicação entre profissionais e instituições mais eficazes.

A ampla divulgação da existência destas consultas junto de todos os profissionais de saúde da respetiva instituição, no sentido de aumentar o número de utentes fumadores referenciados, e do público em geral, em particular de alguns grupos populacionais como as mulheres grávidas, os pais, os jovens e as pessoas com doenças crónicas, constitui uma medida crucial para aumentar a sua procura e, conseqüentemente, o número de pessoas fumadoras que para de fumar com sucesso.

Só deste modo será possível reduzir a curto prazo a prevalência de utentes fumadores e as doenças e complicações associadas ao tabagismo, objetivo último que se pretende alcançar com a melhoria do trabalho realizado no âmbito destas consultas.

Referências bibliográficas

Borges A et al. *Hábitos tabágicos em alunos do 6.º ano de Medicina e medidas antitabágicas*. Revista Portuguesa de Pneumologia. 14:2 (2008) 219-230.

Direção-Geral da Saúde. *Programa-tipo de cessação tabágica*. Circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007. Acessível em:
<http://www.dgs.pt/ms/5/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12636>

Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012 - 2016*. Lisboa, 2013.

Doll R. et al. – *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. British Medical Journal. 328 (2004) 1519-1528.

European Commission. *Attitudes of Europeans towards tobacco: Report*. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012.

Fiore et al. – *Treating tobacco use and dependence: 2008 update: clinical practice guideline*. Rockville, MD: Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional de Estatística – *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Dados Gerais. Lisboa: INSA, IP/INE, 2008.

Lei n.º 37/2007. Diário da República, 1.ª série, n.º 156, 14 de agosto de 2007.

Reis, I. et al. *Norma de Orientação Clínica para Cessação Tabágica*. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2008.

World Health Organization – *Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization, 2008.

Smoke-Free Ontario – Scientific Advisory Committee. *Evidence to Guide Action: Comprehensive Tobacco Control in Ontario*. Toronto, ON: Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2010.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt