

**Assunto:** Programa-tipo de actuação em cessação tabágica

**Nº:** 26/DSPPS  
**DATA:** 28/12/07

**Para:** Todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde

**Contactos na DGS:** Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde  
Direcção de Serviços da Qualidade Clínica

## I – Norma

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, e tendo em consideração o disposto no artigo 21.º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, que estabelece a obrigatoriedade de criação de consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, publica o “Programa-tipo de actuação em cessação tabágica”, elaborado por um grupo constituído por representantes desta Direcção-Geral, das Administrações Regionais de Saúde e da Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

Este Programa-tipo constitui uma orientação técnica para os profissionais de saúde que, no âmbito destas consultas, desenvolvem a sua actividade junto dos funcionários ou dos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos estabelecimentos hospitalares públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, nos institutos e serviços de obstetrícia, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes.

A Direcção-Geral da Saúde desenvolverá, a nível nacional, o suporte e ajuda necessários à implementação deste Programa-tipo.

## II – Fundamentação

Em Portugal, o consumo de tabaco é, como em todo o mundo, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade evitáveis. Estima-se que em 2000 tenha sido responsável por 85% das mortes por cancro do pulmão, por 26% do total de mortes por cancro e por 9% do total de mortes por doenças cardiovasculares verificadas nos homens. Este consumo foi ainda responsável por cerca de 22% do total de mortes, por 18% das mortes por doença cardiovascular e por 65% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica verificadas nos homens dos 35 aos 69 anos, por 26% das mortes por cancro do pulmão e por 17% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica verificadas nas mulheres, no mesmo grupo etário (Peto e Lopez, 2005).

Por este facto, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem uma das áreas de acção prioritárias da Direcção-Geral da Saúde, inseridas no objectivo mais vasto de prevenção da doença e promoção da saúde, através da criação de condições que facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis.

No âmbito do Plano Nacional de Saúde, são identificadas diversas medidas a implementar até 2010, com particular referência para a redução do consumo do tabaco nos jovens, para o reforço das intervenções no domínio da cessação tabágica e para a protecção dos não fumadores da exposição ao fumo ambiental do tabaco.

Perante o exposto, e tendo presente que a evidência científica indica que o investimento na cessação tabágica constitui uma das vias mais efectivas para a obtenção, a curto e a médio prazos, de uma redução na morbilidade e mortalidade relacionadas com o consumo de tabaco, esta Direcção-Geral entendeu ser necessário e urgente emitir o Programa-tipo anexo à presente circular, no sentido de promover o pleno cumprimento das obrigações em matéria de criação e implementação de consultas de cessação tabágica nos serviços de saúde, conforme estabelecido na nova legislação de prevenção do tabagismo.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George

# **CESSAÇÃO TABÁGICA**

## **Programa-tipo de actuação**

**Direcção-Geral da Saúde**

**Dezembro de 2007**



**Autores:**

**Emília Nunes** – (coordenação)

*Médica especialista de Saúde Pública, Directora de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde, Direcção-Geral da Saúde*

**Alina Candeias**

*Enfermeira, Administração Regional de Saúde do Algarve I.P.*

**Berta Mendes**

*Pneumologista, Hospital Pulido Valente*

**Cecília Pardal**

*Pneumologista, Hospital Fernando Fonseca, Sociedade Portuguesa de Pneumologia*

**José Fonseca**

*Médico especialista de Medicina Geral e Familiar, Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P.*

**Luís Oliveira**

*Médico especialista de Saúde Pública, Administração Regional de Saúde do Centro I.P.*

**Luís Rebelo**

*Médica especialista de Medicina Geral e Familiar, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P.*

**Maria Manuel Açafrão**

*Médica especialista de Medicina Geral e Familiar, Administração Regional de Saúde do Centro I.P.*

**Manuel Rosas**

*Psicólogo, Administração Regional de Saúde do Norte I.P.*

**Mário Santos**

*Médico especialista de Medicina Geral e Familiar, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P.*

**Sérgio Vinagre**

*Médico especialista de Saúde Pública, Administração Regional de Saúde do Norte I.P.*

**Colaboração:**

**Ana Leça**

*Directora de Serviços de Qualidade Clínica Direcção-Geral da Saúde*

**Manuela Cabral**

*Assessora principal, Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde*

**Maria Otília Duarte**

*Assessora, Direcção-Geral da Saúde*

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE .....</b>	<b>3</b>
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
Constituintes do fumo do tabaco.....	5
Consumo de tabaco e repercussões na saúde .....	7
Efeitos da exposição ao fumo ambiental do tabaco .....	8
Consumo de tabaco – uma dependência.....	9
Consumo de tabaco - breve caracterização epidemiológica.....	12
Estratégias de prevenção e controlo.....	14
A importância da cessação tabágica .....	15
O processo de mudança comportamental.....	17
<b>II. INTERVENÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA.....</b>	<b>20</b>
Abordagem do fumador em contexto clínico .....	20
Intervenção breve .....	20
Intervenção de apoio intensivo .....	24
Programa estruturado de consultas de apoio intensivo .....	25
Aconselhamento e abordagem motivacional .....	34
Tratamento farmacológico do tabagismo.....	40
Cessação tabágica em grupos específicos .....	51
<b>III. PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO INTENSIVO .....</b>	<b>56</b>
Planeamento e estimativa de necessidades .....	56
Organização da consulta de apoio intensivo .....	57
Indicadores de avaliação.....	60
<b>IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>

## I. INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte, a nível mundial, representando cerca de 12,3% do peso da doença nos países europeus, expresso em anos de vida ajustados para a incapacidade (DALYs)<sup>5</sup>. (1)

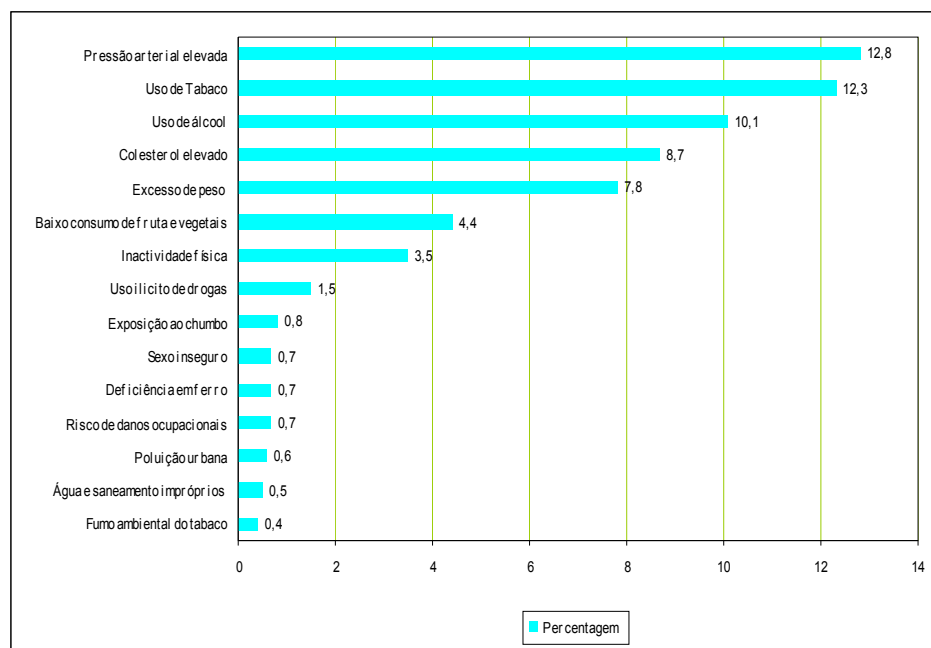


Figura 1. Proporção do peso da doença expresso em DALYs atribuíveis a 15 factores de risco conhecidos, na região europeia da OMS, 2000.

Fonte: Adaptado de WHO, The European Health Report, 2005.(1)

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde, morrem anualmente cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo, em consequência deste consumo. Se não forem instituídas medidas efectivas de prevenção e controlo, dentro de vinte a trinta anos, assistir-se-á à morte anual de cerca de dez milhões de pessoas a nível mundial.

Estima-se que, em 2000, o consumo de tabaco tenha sido responsável por cerca de 15% do total da mortalidade verificada na União Europeia (25 Estados-Membros), por cerca de 85% da mortalidade por cancro do pulmão, por cerca de 25% das mortes por qualquer tipo de cancro, por cerca de 30% da mortalidade por doenças do aparelho respiratório e por cerca de 10% do total de mortalidade por doenças cardiovasculares. (2)

Em Portugal, no ano 2000, segundo as estimativas de Peto, Lopez e colaboradores (dados revistos em Junho de 2006), o consumo de tabaco foi

<sup>5</sup> Um DALY (Disability adjusted life years) corresponde à perda de um ano de vida saudável.

responsável por cerca de 8 100 mortes. Destas, 3 400 foram provocadas por cancro em diferentes localizações, das quais 2100 por cancro do pulmão, 1 800 por doenças do aparelho circulatório, 1 400 por outras doenças do aparelho respiratório e 1 500 por patologias diversas. <sup>(3)</sup>

A exposição ao fumo ambiental é igualmente nociva para os não fumadores, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro do pulmão. Estima-se que, em 2002, tenha sido responsável pela morte de cerca de 20 000 pessoas não fumadoras na União Europeia (25 Estados-Membros). <sup>(4)</sup>

O consumo de tabaco constitui, assim, um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população - fumadora e não fumadora.

## **Constituintes do fumo do tabaco**

O fumo do tabaco é um aerosol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Para além da nicotina, contém mais de 4000 substâncias, várias das quais com efeitos tóxicos e irritantes, como o monóxido de carbono, a acetona, o metano, o formaldeído, ou a amónia, outras com efeitos cancerígenos, como por exemplo os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aldeídos, diversos metais pesados e substâncias radioactivas como o polónio-210. <sup>(5)</sup>

Muitas destas substâncias existem na folha do tabaco, outras resultam da absorção, pela planta, de substâncias existentes no solo ou no ar, como os pesticidas e os fungicidas; outras são produzidas durante o processo de cura e de armazenamento da folha. <sup>(5,6)</sup>

Por outro lado, a indústria do tabaco utiliza diversas substâncias, os chamados ingredientes ou aditivos, como sejam o mentol, a baunilha, o conhaque, o cacau, etc., com o intuito de humidificar o fumo, de o tornar menos irritante para as vias aéreas, ou de melhorar a sua aceitabilidade, em particular junto dos jovens. Alguns destes ingredientes poderão contribuir para potenciar o efeito aditivo da nicotina. <sup>(5,7)</sup>

A temperatura de combustão do tabaco ocorre a cerca de 900°C, durante a aspiração do fumo por parte do fumador, e a cerca de 600°C, nos intervalos entre as aspirações. Esta diferença de temperaturas, associada à maior ou menor presença de oxigénio, leva a que o fumo inalado pelo fumador (corrente principal do fumo) seja qualitativa e quantitativamente diferente do fumo libertado para a atmosfera, também designado por corrente lateral ou secundária. <sup>(6)</sup>

O fumo da corrente lateral ou secundária é mais alcalino e contém partículas de menor dimensão. Acresce que a concentração de algumas substâncias tóxicas é mais elevada, o que torna o fumo ambiental potencialmente mais nocivo à saúde do que o fumo inalado directamente pelo fumador. <sup>(6)</sup>

**Todos os produtos do tabaco são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição. (OMS, 2006)**

De acordo com directivas europeias, na rotulagem do tabaco é obrigatória a menção dos teores de nicotina, monóxido de carbono e de alcatrão. Todavia, independentemente dos valores expressos, medidos em função de normas internacionais, actualmente em revisão, todos os produtos do tabaco são nocivos à saúde. <sup>(5,7)</sup>

Na realidade, mesmo quando os referidos teores são baixos, o fumador pode, em função do modo e da frequência com que inala o fumo, ficar exposto a doses elevadas de nicotina, de alcatrão e de monóxido de carbono, razão que conduziu à proibição, na União Europeia, da utilização das expressões *light*, *ultralight* e *mild* na rotulagem destes produtos. <sup>(5,7)</sup>

### **O que é a Nicotina**

A nicotina é um alcalóide vegetal existente na planta e no fumo do tabaco.<sup>6</sup> Tem propriedades psicoactivas, alterando os estados de humor. Atinge o cérebro em poucos segundos, após a absorção através dos pulmões e/ou mucosa da boca, fossas nasais e orofaringe, espalhando-se através da corrente sanguínea a todo o organismo. <sup>(8)</sup>

Os efeitos da nicotina sobre o sistema nervoso central são determinantes no desenvolvimento da dependência do tabaco. A nicotina age sobre determinados receptores existentes a nível cerebral e periférico, provocando estimulação ou depressão, conforme a intensidade e frequência com que é inalada. Actua nos sistemas endócrino e neuroendócrino, na musculatura esquelética e no sistema cardiovascular. A nicotina actua também a nível da medula e do córtex supra-renais. <sup>(8)</sup>

### **O que é o alcatrão**

Designa-se por alcatrão o conjunto de partículas sólidas suspensas no fumo do tabaco. Na sua forma condensada, o alcatrão é uma substância gomosa e acastanhada, que provoca o amarelecimento dos dedos e dos dentes dos fumadores. O alcatrão contém mais de 3 500 substâncias químicas, entre as quais poderosos cancerígenos, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas. <sup>(5,6,7,8)</sup>

### **O que é o monóxido de carbono**

É um gás inodoro que, quando inalado em grandes quantidades, se torna mortal. Forma-se durante a combustão dos produtos do tabaco. É tóxico

---

<sup>6</sup> Um alcalóide é um composto orgânico constituído por carbono, hidrogénio, nitrogénio e por vezes oxigénio. A nicotina tem a fórmula C<sub>10</sub> H<sub>14</sub> N<sub>2</sub>.



para o organismo, reduzindo a capacidade do sangue para transportar oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos.

O monóxido de carbono tem grande afinidade com a hemoglobina - cuja função é o transporte de oxigénio para as células – dando lugar à formação de carboxihemoglobina, impedindo-a, assim, de cumprir adequadamente esta função.

O monóxido de carbono está associado ao desenvolvimento de doença isquémica coronária, pensando-se que esse facto resulte da interferência com a oxigenação do miocárdio e do aumento da adesividade das plaquetas e dos níveis de fibrinogénio. (5,6,7,8)

## Consumo de tabaco e repercussões na saúde

Os primeiros estudos científicos, bem fundamentados, relacionando o consumo de tabaco com o aparecimento de cancro, remontam à década de cinquenta (século XX). Destes estudos, os realizados por Richard Doll e Bradford Hill, primeiro em doentes afectados por cancro do pulmão e depois assentes na observação longitudinal de uma coorte de médicos ingleses, ao longo de cinquenta anos, iniciada em 1951, foram decisivos para a compreensão dos efeitos na saúde relacionados com o consumo de tabaco e dos benefícios que podem ser obtidos com a cessação tabágica. <sup>(9, 10)</sup>

Em 1964, nos Estados Unidos, é publicado um extenso relatório oficial - “Smoking and Health” - sobre os efeitos na saúde decorrentes do consumo de tabaco. Neste Relatório, cuja divulgação pública foi rodeada de fortes medidas de segurança, dadas as implicações do seu conteúdo, assume-se pela primeira vez, num documento oficial, a existência de uma relação causal entre consumo de tabaco e algumas formas de cancro - pulmão e laringe - no homem. <sup>(11)</sup> Estudos posteriores vieram a confirmar a associação do consumo de tabaco com outros tipos de cancro, tanto no homem, como na mulher.

Quarenta anos após a publicação deste Relatório, o *U.S. Department of Health and Human Services* fez publicar um novo relatório, sobre a mesma temática, no qual se revêem, à luz de critérios de evidência científica, os resultados da investigação neste domínio realizada naquele período. <sup>(12)</sup>

No momento actual, as consequências do consumo de tabaco estão bem estabelecidas para um grande número de doenças, com particular destaque para o cancro em diferentes localizações, para as doenças do aparelho respiratório, para as doenças cardiovasculares e para os efeitos na saúde reprodutiva. Os efeitos na saúde decorrentes da exposição ao fumo do tabaco continuam em investigação, e a associação com situações patológicas, para as quais a evidência não é hoje suficiente, poderá vir a ser reconhecida no futuro. <sup>(12,13)</sup>

O consumo de tabaco contribui para a redução da longevidade. Os estudos de Doll e colaboradores mostraram que um em cada dois fumadores, que inicie o consumo na adolescência e fume ao longo da vida, morre por uma doença provocada pelo tabaco, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos. <sup>(14)</sup>

O consumo de tabaco na infância e adolescência tem consequências imediatas. É lesivo para a maturação e função pulmonares, contribui para agravar a asma ou dificultar o seu controlo, bem como a sintomatologia respiratória, como a tosse e a expectoração, diminui o rendimento físico e altera os lípidos no sangue, designadamente o aumento das LDL. <sup>(12)</sup>

Na mulher, o consumo de tabaco contribui para uma menor fertilidade, para uma menopausa mais precoce, para o aparecimento de osteoporose e, em conjugação com a pílula contraceptiva combinada, nas mulheres com mais de 35 anos, para um risco aumentado de doença cardiovascular. <sup>(12, 15)</sup>

Na gravidez, o consumo regular de tabaco aumenta o risco de baixo peso ao nascer, prematuridade, placenta prévia, descolamento da placenta e mortalidade perinatal. Há evidência sugestiva de que possa aumentar, também, o risco de aborto espontâneo. O risco é tanto maior quanto maior o consumo. Este diminui para níveis semelhantes aos das mulheres não fumadoras no caso de a mulher parar de fumar antes da gravidez ou durante o primeiro trimestre. <sup>(12,15)</sup>

## **Efeitos da exposição ao fumo ambiental do tabaco**

O fumo ambiental do tabaco, também designado por fumo em segunda mão ou fumo passivo, é constituído pela corrente principal do fumo, expirada pelo fumador, e pela corrente secundária libertada directamente para a atmosfera.

O reconhecimento de que a exposição ao fumo ambiental do tabaco afecta a saúde dos não fumadores é relativamente recente. Consolidou-se após a publicação dos primeiros estudos, bem conduzidos, relacionando a exposição ao fumo ambiental do tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão em mulheres não fumadoras casadas com fumadores.

Hoje, é consensual reconhecer que o tabagismo é um factor de risco não só para o próprio fumador, mas também, para os não fumadores expostos em espaços poluídos pelo fumo do tabaco. <sup>(6,16,17,18,19,20)</sup>

As pessoas expostas ao fumo ambiental do tabaco têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças cardiovasculares, bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica. <sup>(6,16,17,18,19,20)</sup>

As crianças filhas de pais fumadores têm problemas respiratórios e do ouvido médio com maior frequência e agravamento das crises de asma, no caso de sofrerem desta doença. <sup>(6,16,17,18,19,20)</sup>

Os dados de evidência actualmente existentes permitem concluir, conforme é reconhecido pela OMS, pela *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, pelo *U.S. Department of Health and Human Services* e por outras entidades internacionais, que todos os produtos e

formas de tabaco, incluindo o tabaco de uso oral, são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição ao fumo do tabaco presente no ambiente. <sup>(6,16, 17,18,19,20)</sup>

## Consumo de tabaco – uma dependência

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo, resultante da interacção de vários factores, dos quais a presença de nicotina, substância psicoactiva com elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica, por processos semelhantes aos da heroína ou da cocaína, surge como factor primordial. <sup>(21)</sup>

Uma vez absorvida, a nicotina atinge o cérebro em menos de dez segundos. A este nível, activa os receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, na área ventral do tecto, levando à produção de dopamina e à sua libertação, através de neurónios axonais, no núcleo *accumbens*, zona cerebral muito importante na aprendizagem, em particular na atenção e na memória, bem como na motivação dos comportamentos. <sup>(21)</sup>

A estimulação nicotínica, para além da acção sobre o sistema dopaminérgico e o núcleo *accumbens*, actua sobre outras áreas cerebrais, como o hipocampo, provocando melhoria da atenção e da memória, sobre o cortex pré-frontal e agindo sobre as funções do controlo de comportamento e do controlo emocional, bem como sobre o sistema noradrenérgico, relacionado com as respostas ao stresse e implicado na depressão. Este efeito é semelhante ao produzido por outras substâncias, como a cocaína ou as anfetaminas. <sup>(21)</sup>

A nicotina é um estimulante psicomotor e, nos novos utilizadores, reduz o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória, reduz o stresse e a ansiedade e diminui o apetite. No entanto, induz tolerância, ou seja, a exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução dos efeitos inicialmente verificados, o que pode levar ao aumento das doses consumidas. <sup>(21)</sup>

Tal como outras substâncias de abuso, a nicotina pode produzir efeitos aversivos nos novos utilizadores, como náuseas, tosse, tonturas e ansiedade, que, com o uso continuado, acabam por desaparecer. Estes efeitos aversivos podem ajudar a explicar por que é que nem todos os adolescentes que experimentam fumar se vêm a tornar consumidores regulares. <sup>(21,22,23)</sup>

Embora a nicotina seja a principal substância química indutora de dependência, outras substâncias poderão estar implicadas no processo de adicção. Por outro lado, o pH do fumo interfere com a absorção da nicotina. Em pH alcalino, como é o caso do fumo dos charutos, a nicotina é mais facilmente absorvida. <sup>(7)</sup>

A dependência da nicotina está incluída, desde 1992, na 10.<sup>a</sup> Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e, desde 1994, no DSM-IV. De acordo com a CID-10, a dependência de substâncias contempla seis critérios. A presença

de, pelo menos, três desses critérios, de forma repetida, no ano anterior, indica a existência de dependência. <sup>(24,25)</sup> O DSM-IV propõe critérios semelhantes.

#### **Critérios de dependência de acordo com a CID-10:**

1. Um forte desejo, ou compulsão, para consumir a substância.
2. Dificuldade em controlar o consumo, em termos do seu início, do seu termo ou da sua intensidade.
3. Síndrome de abstinência.
4. Desenvolvimento de tolerância.
5. Perda progressiva do interesse por actividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância, ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização.
6. Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença.

No entanto, para além dos aspectos neuroquímicos de adição à nicotina, sabe-se que a presença de outros factores é igualmente necessária no processo de iniciação do consumo e dependência do tabaco – factores de aprendizagem e condicionamento social, factores associados à personalidade, factores genéticos e factores de natureza económica. <sup>(21, 24, 25, 26, 27)</sup>

Do ponto de vista comportamental, fumar corresponde a um acto regulado pelas suas consequências imediatas. A repetição deste comportamento resulta de processos de aprendizagem e de reforços (positivos / negativos) que, ao longo do tempo, se generalizam e se tornam automáticos, num padrão de comportamento estável e duradouro que conduz à dependência tabágica. <sup>(24, 25,26,27)</sup>

Os sintomas de dependência do tabaco podem surgir após alguns dias ou semanas de uso ocasional, muitas vezes antes de um consumo diário e regular se ter instalado, conforme dados recolhidos no âmbito do projecto DANDY – de avaliação do início e desenvolvimento da dependência à nicotina em adolescentes - parecem evidenciar. No entanto, nem todos os adolescentes ou jovens que experimentam consumir se vêm a tornar dependentes. <sup>(22,23)</sup>

Diversos estudos apontam para a existência de factores predisponentes da iniciação do consumo, que geralmente tem lugar durante a adolescência, tais como as normas e os valores da família e do grupo de pares, determinadas características pessoais, como, por exemplo, os factores sociodemográficos (idade, género, classe social, nível de escolaridade), a adopção de comportamentos problemáticos, a impulsividade, o baixo rendimento académico, a rebeldia e o consumo de álcool e de outras substâncias, bem como a facilidade de acesso aos produtos do tabaco. Diferenças genéticas a nível dos receptores cerebrais da nicotina podem, também, ajudar a explicar grande parte da variabilidade interindividual relativamente à iniciação e manutenção do consumo.

Fumar está igualmente associado a factores de condicionamento do comportamento (efeitos gratificantes provocados pela nicotina), a processos cognitivos (crenças, expectativas, imagem corporal) e emocionais. A publicidade e a pressão social para o consumo são factores com elevado impacto na população, nomeadamente nos jovens. <sup>(24, 25,26,27)</sup>

Importa, também, ter presentes as diferenças de género, já que muitos destes factores se exprimem de modo diverso entre os dois sexos. <sup>(27,28,29)</sup>

## **Síndrome de abstinência**

A síndrome de abstinência da nicotina caracteriza-se por uma série de sintomas característicos, como a irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono, entre outros. Para além destes sintomas, é frequente ocorrer a necessidade urgente em pegar num cigarro, aumento do apetite e dificuldade de concentração. Os sintomas da síndrome de abstinência têm início ao fim de poucas horas (2 – 12 horas) e alcançam um pico pelas 24-48 horas depois de se deixar de fumar. A maioria dos sintomas dura cerca de 4 semanas, mas a sensação de fome e a necessidade de nicotina pode durar 6 ou mais meses. <sup>(21)</sup>

Os sintomas da síndrome de abstinência podem camuflar ou agravar os sintomas de outras patologias psiquiátricas ou os efeitos secundários de outros fármacos.

Repetido consumo é a forma mais fácil e rápida de o consumidor habitual de substâncias, em situação de privação, se voltar a sentir bem.

A manutenção do consumo de tabaco poderá, assim, ser explicada não só pelos efeitos positivos e agradáveis da nicotina, mas também pela necessidade de reverter os sintomas de abstinência. <sup>(21)</sup>

Por outro lado, o uso de substâncias aditivas induz memórias de longa duração, que levam, mesmo após largos períodos de abstinência (meses ou anos), a que acontecimentos de stresse ou factores associados ao comportamento de fumar possam fazer disparar sintomas agudos de abstinência e, em muitos casos, conduzam à recaída. Assim, as recaídas fazem parte do processo de cessação tabágica, estimando-se que um fumador realize várias tentativas, seguidas de recaída, antes de conseguir parar com sucesso. <sup>(21,26)</sup>

## **Biomarcadores da exposição ao fumo do tabaco**

Existem diversos biomarcadores da exposição ao fumo do tabaco que nos permitem confirmar ou avaliar o grau de exposição.

- O monóxido de carbono, medido no ar expirado é um indicador da inalação de fumo do tabaco nas quatro a seis horas prévias, facilmente mensurável com recurso a um medidor específico para o efeito. Apesar de ser o menos específico, dada a possibilidade de inalação deste gás no ar poluído pelos escapes automóveis ou pelo

fumo de lareiras, é o de mais fácil utilização. O monóxido de carbono é avaliado em partículas por milhão no ar expirado.

- O doseamento da carboxi-hemoglobina, habitualmente elevada nos fumadores, pode também dar indicações quanto ao nível de exposição.
- A cotinina - principal metabolito da nicotina, pode ser medida no sangue, na urina ou, mais habitualmente, na saliva. É um excelente indicador da exposição ao fumo do tabaco, dada a sua especificidade relativamente à nicotina (a metabolização de alguns alimentos, como a beringela ou o tomate, poderá levar à produção de cotinina, mas seria necessária uma ingestão muito elevada destes alimentos para que a cotinina em circulação se elevasse de forma significativa).
- O tiocianato – metabolito do ácido cianídrico existente no fumo do tabaco, pode ser doseado no sangue, na urina ou na saliva.

Em contextos de investigação, têm sido utilizados outros biomarcadores, como o doseamento de carcinogéneos específicos do fumo do tabaco na urina de fumadores ou pessoas expostas ao fumo ambiental, ou ainda o doseamento de aductos de ADN (formas alteradas de ADN), por acção dos carcinogéneos do tabaco.<sup>(7)</sup>

## **Consumo de tabaco - breve caracterização epidemiológica**

Tendo por base uma análise comparativa entre os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) 1998/99 e 2005/06, verifica-se ter havido um ligeiro decréscimo nas prevalências totais de consumo em Portugal Continental, na população inquirida com 15 ou mais anos – de 20,5% para 20,2%. O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino – 31,0% nos homens e 10,3% nas mulheres. Registou-se, no mesmo período, uma descida nas prevalências de consumo no sexo masculino, mais marcada no grupo etário dos 25-44 anos. Pelo contrário, nos inquiridos do sexo feminino, registou-se um aumento de consumo em todos os grupos etários, mais marcado no grupo etário dos 15 aos 24 anos.<sup>(30)</sup>

A percentagem de ex-fumadores na população inquirida com mais de 15 anos, em Portugal Continental, tem vindo a aumentar em ambos os sexos, de acordo com os dois últimos Inquéritos Nacionais de Saúde.<sup>(30)</sup>

Fumadores por grupos etários

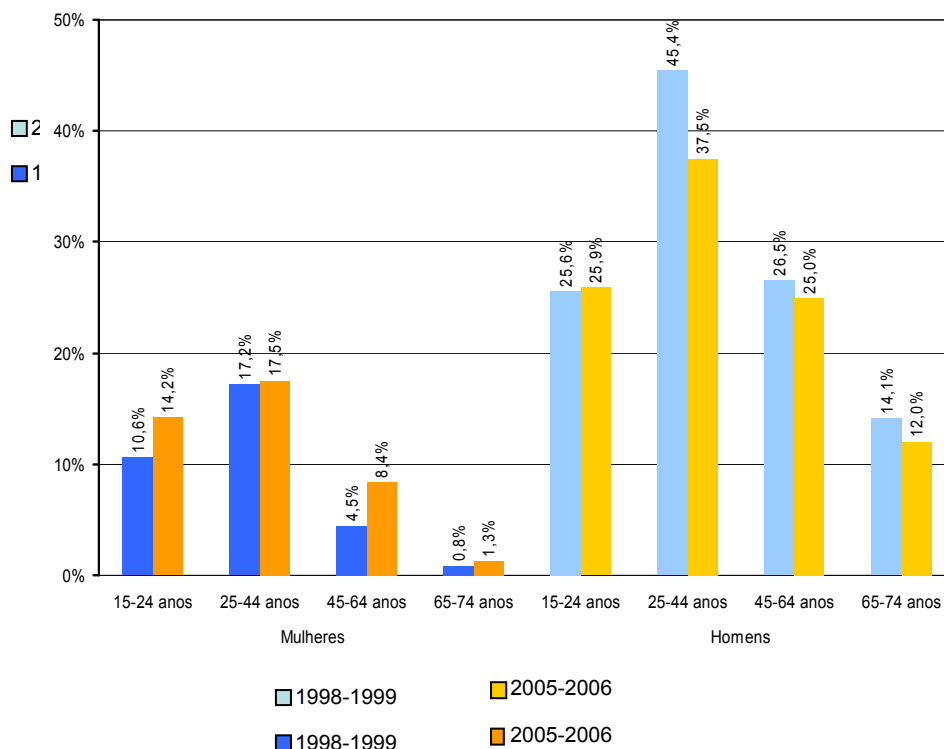


Figura n.º 2 Evolução do consumo diário de tabaco, por sexo e grupos de idade. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06.

Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Health Strategies in Portugal 2004-2010. <sup>(30)</sup>

Quadro I - Evolução da percentagem de ex-fumadores, segundo o sexo, nos inquiridos com mais de 15 anos. INSA/INE, 3º e 4º Inquéritos Nacionais de Saúde 1998/99 e 2005/06.

INS	1998/99	2005/06
Homens	23,5%	26,5%
Mulheres	4,4%	5,8%
<b>Totais</b>	<b>13,4%</b>	<b>15,7%</b>

Fonte: Gouveia M, Borges M, Pinheiro LS et al. Carga e custo da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Uma reflexão nacional. Portugal sem Fumo. Hospital do Futuro [disponível em <http://www.portugalsemfumo.org/>, acessado em 3 de Setembro de 2007]. <sup>(31)</sup>

Em relação aos jovens, no âmbito do Programa “Estudos em Meio Escolar”, promovido pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), dados do projecto ECATD/2003 revelaram que o consumo de tabaco nos jovens inquiridos (prevalências nos últimos 30 dias) foi de cerca de 8%, aos 13 anos,

(7% nos rapazes e 8% nas raparigas) e de 35% aos 18 anos, (38 % nos rapazes e 33% nas raparigas). Aos 18 anos, apenas 29% dos rapazes e 32% das raparigas referiram nunca ter fumado. <sup>(32)</sup>

De 2002 para 2006, de acordo com os dados do estudo “*Health Behaviour in School-aged Children*”, que incide em jovens escolarizados (6.º, 8.º e 10.º anos, Portugal Continental), assistiu-se a uma redução na percentagem de jovens que experimentaram tabaco (de 37,1% para 32,8%). Essa redução verifica-se tanto nos rapazes (de 37,8% para 34%) como nas raparigas (de 36,4% para 31,7%). <sup>(33)</sup>

Também no que diz respeito ao consumo de tabaco, comparando os resultados obtidos em 2002 com os obtidos em 2006, verifica-se igualmente uma redução no consumo de tabaco (opção todos os dias – de 8,5% para 5%), tanto para os rapazes (de 8,8% para 4,6%), como para as raparigas (de 8,1% para 5,4%). <sup>(33)</sup>

## **Estratégias de prevenção e controlo**

Dada a multiplicidade de factores implicados na génese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na protecção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adopção de estilos de vida saudáveis.

A Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, adoptada por Portugal em Novembro de 2005<sup>7</sup>, contempla as principais medidas que deverão ser adoptadas pelos Governos, no sentido de prevenir e controlar este grave problema de saúde pública.

De todas estas medidas, o aumento do preço dos produtos do tabaco é aquela que apresenta a maior efectividade, em particular nos adolescentes e grupos economicamente mais débeis.<sup>8</sup> A proibição total da publicidade e patrocínio aos produtos do tabaco, as disposições legais de restrição de fumar em locais fechados e a promoção da cessação tabágica constituem abordagens igualmente efectivas e que devem ser alvo de um forte investimento. <sup>(34,35)</sup>

---

<sup>7</sup>Decreto n.º 25-A de 8 de Novembro de 2005, que aprovou a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco



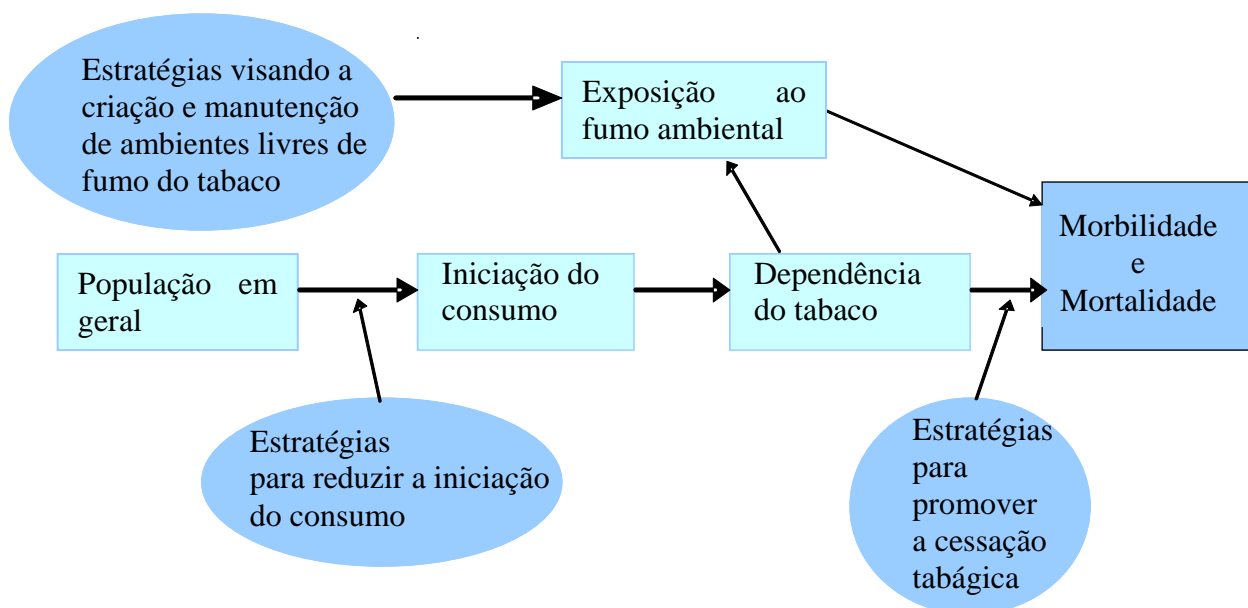


Figura n.º 3. Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo.

Fonte: Adaptado de Hopkins DP et al. and The task force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med, 2001;20(2s): 16- 66 <sup>(35)</sup>

## A importância da cessação tabágica

Com base nas estimativas do Banco Mundial e da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efectiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco. <sup>(34)</sup>

De facto, a menos que os actuais fumadores parem de fumar, o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início do consumo de tabaco e as doenças com ele associadas. <sup>(34)</sup>

De acordo com as estimativas elaboradas por Peto, Lopez e colaboradores, se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens que anualmente começa a fumar, evitar-se-ão vinte milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020 metade dos actuais fumadores parar de fumar, o número acumulado de mortes evitadas, em 2050, será de cento e oitenta milhões. <sup>(34)</sup>

Assim, embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva, naturalmente, continuar a merecer um forte investimento, em particular no contexto dos programas e iniciativas de promoção da saúde familiar, da saúde materna, infantil e juvenil, e em meio escolar, há necessidade de pôr em prática e de reforçar as estratégias de apoio aos fumadores que desejem parar

de fumar, em simultâneo com a implementação de medidas que visem a criação de ambientes livres de fumo do tabaco e que facilitem a adopção de estilos de vida promotores de saúde. <sup>(34,35)</sup>

## **Benefícios para a saúde associados à cessação tabágica**

A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual. Promove benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco.

O relatório do *U.S. Surgeon General* sobre as consequências para a saúde associadas ao consumo de tabaco, revisto em 2004, chama mais uma vez a atenção para os benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica, que se iniciam quase de imediato após o consumo do último cigarro e se continuam a manifestar ao longo dos anos. <sup>(12)</sup>

Uma vez finalizado o consumo de tabaco:

- **20 minutos** depois, o ritmo cardíaco baixa.
- **12 horas** depois, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.
- **2 semanas a 3 meses** depois, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.
- **1 a 9 meses** depois, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.
- **1 ano** depois, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador.
- **5 anos** depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador.
- **10 anos** depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui.
- **15 anos** depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.

Para além do referido, parar de fumar antes ou durante os primeiros meses de gravidez reduz o risco de ter um filho com baixo peso ao nascer para níveis idênticos aos de uma mulher não-fumadora. Há também redução da morbilidade e da mortalidade nas situações de doença arterial periférica, úlcera péptica, cancro do colo do útero e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). <sup>(15)</sup>

Não são ainda de menosprezar outros benefícios decorrentes da cessação tabágica, como sejam os económicos, os sensoriais, os estéticos e a melhoria da auto-estima.

Parar de fumar é benéfico em qualquer idade, mas os benefícios são tanto maiores quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica. Os estudos de

Richard Doll nos médicos ingleses permitiram concluir que parar de fumar antes dos trinta anos reduz significativamente os riscos associados ao consumo. <sup>(14)</sup>

## O processo de mudança comportamental

Mudar não é, em regra, um processo fácil. Por vezes, alguns acontecimentos da vida levam a mudanças radicais de comportamento. No entanto, quando a mudança é voluntária, acontece após um processo de decisão habitualmente marcado por sucessivos avanços e recuos.

Vários modelos teóricos têm procurado explicar o processo de mudança no que se refere aos comportamentos relacionados com a saúde. A maioria destes modelos entra em linha de conta com diferentes tipos de variáveis, como sejam a percepção da vulnerabilidade ao problema, a sua gravidade, os benefícios e os obstáculos inerentes à mudança. A percepção da auto-eficácia para a mudança é uma variável de grande importância neste processo. Se a pessoa não estiver convencida de que é capaz de mudar, não terá motivação suficiente para dar início ao processo, a menos que existam pressões exteriores muito fortes (proibição de fumar, por exemplo). <sup>(36)</sup>

Muitas pessoas conseguem deixar de fumar por si só, de forma não planeada e sem recurso a apoios estruturados por profissionais.

Para o estudo do processo de mudança comportamental relativamente ao tabaco tem vindo a ser adoptado um modelo transteórico, proposto por Prochaska e DiClemente, que ajuda a sistematizar as intervenções em função do estágio de mudança. <sup>(36,37)</sup>

Embora o processo de mudança, com frequência, não evolua de acordo com este modelo, a classificação do fumador num destes estádios permite avaliar se este pretende ou não deixar de fumar, permitindo assim adaptar o tipo de intervenção à fase de mudança. <sup>(38)</sup>

Este modelo considera a existência de cinco estádios no processo de mudança - pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção - , aos quais se poderá seguir uma recaída ou a abstinência definitiva.

**1. Pré-contemplação** – O fumador neste estágio, não se preocupa com o seu comportamento e não tem a intenção de deixar de fumar. Frequentemente, adopta uma postura defensiva e evita todo o tipo de informação. Os motivos mais apontados pelos fumadores para este comportamento são a desmotivação para fazer qualquer alteração do seu comportamento, o sentimento de desmoralização relativamente às suas capacidades para lidar com a situação e, em alguns casos, a ausência de uma verdadeira consciência quanto aos riscos associados ao consumo.

O fumador pode permanecer vários anos neste estágio. O aconselhamento intensivo pode contribuir para a progressão para o estágio seguinte. <sup>(38,39,40,41)</sup>

Neste estágio também se encontram muitos dos chamados "fumadores relutantes". Estes fumadores apresentam níveis de dependência elevados, encontrando-se predominantemente entre os grupos sociais mais desfavorecidos, o que impõe a implementação de abordagens que prestem uma atenção particular a estes grupos. <sup>(42,43)</sup>

**2. Contemplação** – O fumador neste estágio preocupa-se com o seu comportamento, mas encontra-se numa postura ambivalente em relação a deixar de fumar. O fumador está a pensar modificar o seu comportamento nos próximos seis meses. As razões para permanecer neste estágio prendem-se sobretudo com as dificuldades de autocontrolo, com o medo de não ser capaz de mudar e com as dúvidas acerca dos ganhos que pode obter com a mudança. <sup>(39, 40, 41)</sup>

**3. Preparação** – Neste estágio, o fumador está a pensar modificar o seu comportamento a curto prazo (um mês) e já fez tentativas para deixar de fumar durante o último ano (mais de 24 horas sem fumar). Estão neste estágio 10 a 20% dos fumadores. <sup>(39,40,41,44)</sup>

**4. Acção** – O fumador conseguiu parar de fumar e permanece sem fumar durante os 6 meses seguintes, sem recaídas.

**5. Manutenção** – Significa que a pessoa deixou de fumar há mais de 6 meses e mantém esse comportamento por um período até 5 anos. <sup>(36)</sup>

**6. Recaída** – É uma etapa do processo que se pode seguir à fase de acção ou de manutenção, após o que o fumador pode reiniciar o ciclo de mudança em qualquer um dos estádios anteriores. Cada fumador pode recair várias vezes antes de conseguir parar de forma definitiva. Após uma recaída, o fumador pode regressar a qualquer das etapas anteriores. <sup>(45,46)</sup>

É de distinguir o conceito de lapso ou deslize do de recaída. O lapso ou deslize caracteriza-se pelo facto de o fumador não abandonar a fase de acção, mantendo-se sem fumar após um consumo de tabaco accidental. <sup>(45,46)</sup>

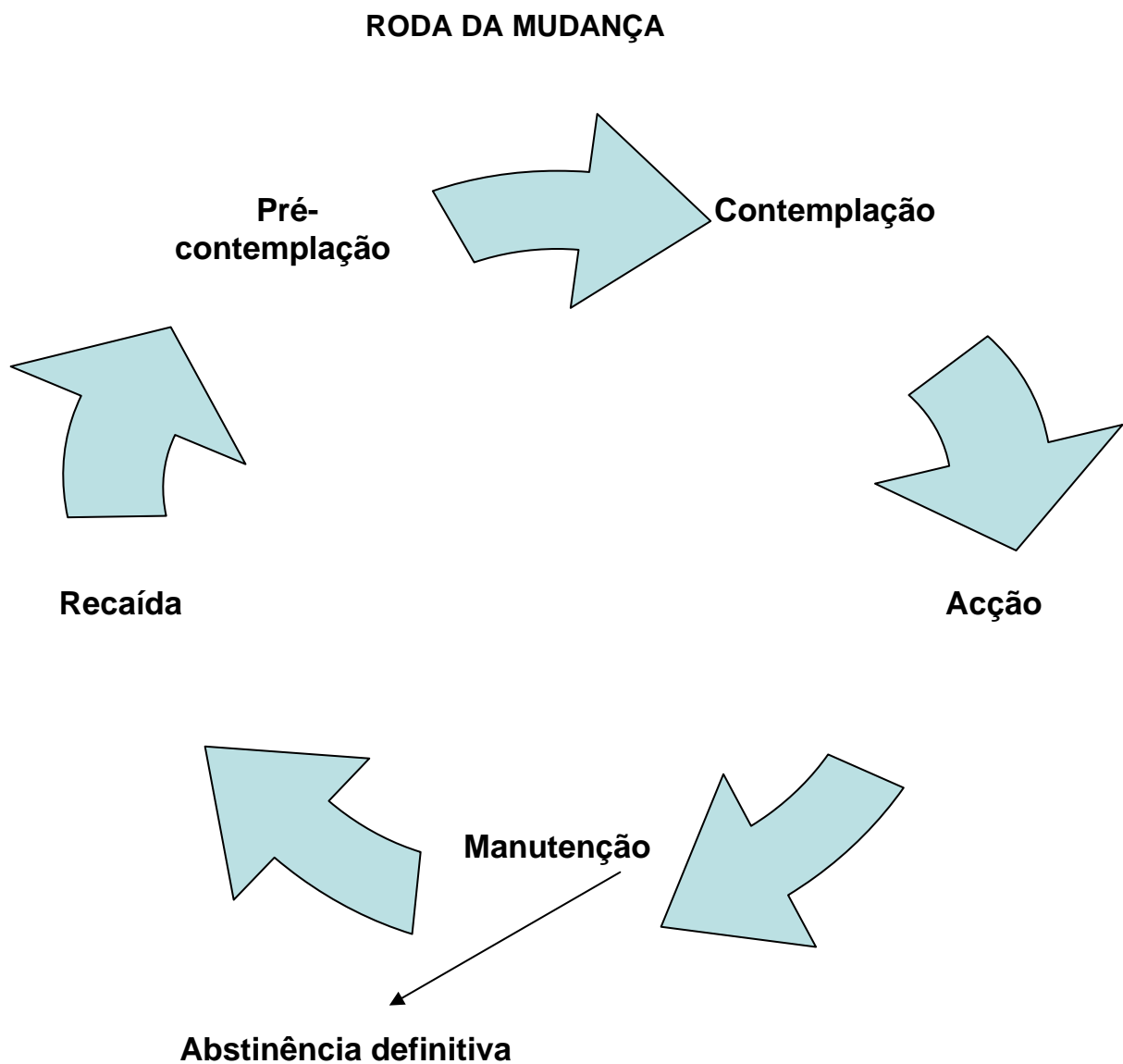


Figura n.º 4. Roda dos estádios de mudança

Fonte: Adaptado de Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative model of change. J Consult Clin Psychol, 1983;51:390-395. <sup>(46)</sup>

## II. INTERVENÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

O aumento do preço do tabaco e as restrições de consumo de tabaco em locais fechados, bem como as intervenções de informação e educação para a saúde, constituem estratégias que têm vindo a ser cada vez mais adoptadas e que podem levar a que muitos fumadores se sintam motivados a procurar a ajuda de um profissional de saúde no sentido de conseguirem parar de fumar.

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam, em particular no que se refere à prevenção e tratamento do tabagismo.

A maioria da população recorre, em diversos momentos, a uma consulta médica ou a outros serviços de saúde, o que oferece excelentes oportunidades para a avaliação do consumo de tabaco e a promoção da cessação tabágica.

### Abordagem do fumador em contexto clínico

Na abordagem clínica do fumador distinguem-se e são possíveis dois tipos de intervenção:

- uma intervenção oportunista, em que se aproveitam todos os contactos do paciente com o profissional de saúde para se abordar o problema do tabagismo e, no caso de pacientes fumadores, se realizar uma **intervenção breve**;
- uma **intervenção de apoio intensivo**, que requer uma abordagem mais demorada, ao longo de várias sessões, efectuadas em consulta especificamente programada para o efeito, por profissionais habilitados e treinados.

### Intervenção breve

A intervenção breve, visando ajudar uma pessoa fumadora a parar de fumar, assenta numa abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como as estratégias que poderão ser adoptadas para uma mudança de comportamento. Pode assumir a forma de um aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou de um aconselhamento mais aprofundado, que não excede, em regra os 10 minutos. (47,48,49,50,51,52)

A intervenção breve pode ser realizada por qualquer profissional de saúde.

Este tipo de intervenção prevê o cumprimento de cinco passos, correspondendo à mnemónica dos “5Ás”:

- Abordar
- Aconselhar
- Avaliar
- Ajudar
- Acompanhar

**1º A – (A)bordar hábitos:** abordar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação no processo clínico, relativamente às seguintes perguntas:

- Fuma?
- Já fumou?
- Se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos de um ano?
- Se fuma, quantos cigarros fuma por dia?

**2º A – (A)conselhar a parar:** aconselhar todos os fumadores a parar de modo claro: “*É importante parar de fumar e eu posso ajudá-lo*”; firme: “*Deixar de fumar é a atitude mais importante que pode fazer pela sua saúde*”; personalizado: informar sobre os riscos que aquele fumador naquela circunstância tem em continuar a fumar e os benefícios pessoais em parar.

Perante um fumador que quer deixar de fumar, deve prosseguir-se a abordagem na mesma consulta ou em novo encontro clínico, avançando para os três passos restantes.

**3º A – (A)valiar a motivação:** nesta etapa deve-se avaliar se há ou não interesse em parar no próximo mês ou nos próximos 6 meses. A motivação para parar é um aspecto crucial no processo de cessação tabágica.

No caso de estarmos perante um fumador motivado a parar de fumar nos 30 dias seguintes, deve-se continuar a intervenção através dos passos seguintes: “ajudar” e “acompanhar”.

**4º A - (A)judar na tentativa:** para aqueles que estão preparados para abandonar o tabaco, é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar – o **dia D**, que corresponde ao dia igual a zero cigarros. É desejável fornecer informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas. Pode ser dado um folheto informativo de auto-ajuda.

Exemplos de informação prática - comunicar à família e amigos pedindo compreensão e apoio, antecipar dificuldades, discutir os sintomas de privação, remover produtos de tabaco antes de parar, etc.

Se indicado, pode prescrever-se terapêutica farmacológica.

**5º A – (A)companhar:** programar o seguimento após o dia D, mediante marcação de consulta ou contacto telefónico, em função das necessidades. É de particular relevância envolver o cônjuge ou companheiro no apoio ao fumador em processo de cessação tabágica. Mostrar disponibilidade é muito

importante. No caso de o fumador se mostrar pouco motivado ou receptivo à ideia de parar de fumar, o profissional de saúde pode tentar reforçar a motivação mediante uma abordagem estruturada em função dos chamados “5 Rs”. (47,48, 50)

**1.º R – (R)elevância dos benefícios:** encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.

**2.º R – (R)iscos em continuar:** pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.

**3.º R – (R)ecompensas:** pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.

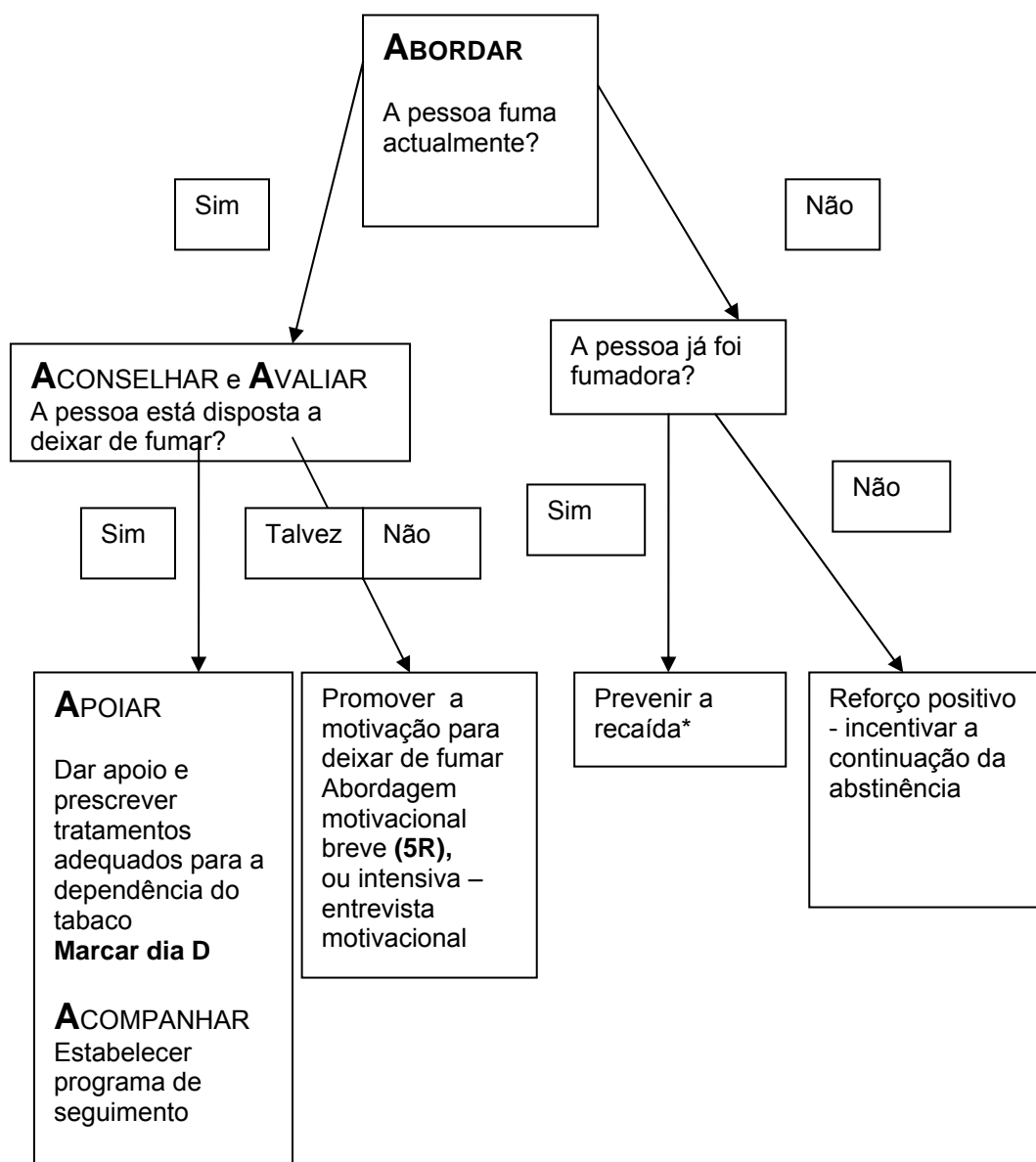
**4.º R – (R)esistências:** solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.

**5.º R – (R)epetição:** a intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento à ocorrência de momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave que ponha a vida em perigo, ou um diagnóstico de gravidez.

Em fumadores resistentes ou ambivalentes, o profissional de saúde deve recorrer a uma abordagem motivacional breve, mostrando empatia, utilizando perguntas abertas e uma atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto directo, num processo interactivo que crie condições para que o fumador tome consciência não só das suas ambivalências, mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança.



## ALGORITMO CLÍNICO



\*As intervenções de prevenção da recaída não são necessárias no caso do adulto que não fuma há mais de 5 anos

Fig n.º 5. Algoritmo de orientação clínica na intervenção de apoio na cessação tabágica adaptado de Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD, U.S. Department of Health and Human Services, 2000. <sup>(48)</sup>

## **Intervenção de apoio intensivo**

A intervenção de apoio intensivo assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica para o efeito.

Este tipo de intervenção possibilita um maior tempo de interacção entre o profissional de saúde e o paciente, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica. <sup>(47,48,49,50,51,52)</sup>

### **Critérios prioritários de acesso à intervenção de apoio intensivo**

Todos os fumadores que o desejem podem ser atendidos numa consulta de apoio intensivo; contudo, a eficiência deste tipo de consulta será maior se forem utilizados critérios de acesso prioritário.

Assim, deverão ter acesso prioritário a estas consultas todos os fumadores que se encontrem motivados para mudar o seu comportamento, que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve ou que apresentem uma dependência elevada à nicotina, associada a determinados critérios clínicos.

São critérios de motivação e de dependência os seguintes:

- Fumador em fase de preparação/acção, ou seja, que encare seriamente deixar de fumar nos próximos 30 dias;
- Fumador que fume o 1.º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar;
- Fumador que consuma 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumador que em tentativa anterior, mesmo com tratamento farmacológico adequado, não conseguiu manter-se sem fumar e registou síndrome de privação intensa;
- Fumador que, após ter parado de fumar, apresente uma síndrome de privação intensa.

Devem também ser referenciados para uma consulta deste tipo todos os fumadores que apresentem determinadas patologias ou critérios clínicos:

- Fumadores com patologias relacionadas com o tabaco, em particular DPOC e tumor do pulmão;
- Fumadores com cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas;
- Fumadores com outros comportamentos aditivos (álcool, drogas ilícitas, cafeísmo, jogo compulsivo, etc);
- Fumadores com doença psiquiátrica estabilizada;
- Fumadoras grávidas ou em período de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondam a abordagens do tipo “intervenção breve”.

## Programa estruturado de consultas de apoio intensivo

Um programa estruturado de apoio intensivo ao fumador inclui um conjunto de abordagens de natureza comportamental e medicamentosa assentes numa compreensão global da pessoa que fuma, do seu contexto pessoal, familiar e profissional, bem como das motivações e barreiras sentidas no processo de mudança. <sup>(36,47,48, 50,51,52,53)</sup>

Neste sentido, os serviços de saúde deverão oferecer um programa estruturado de consultas de cessação tabágica, realizado por profissionais habilitados, em horário e espaço físico adequados.

Propõe-se um programa de cessação tabágica, com base num modelo de mudança comportamental, estruturado em:

- 4 a 6 consultas médicas, e
- 3 a 4 contactos telefónicos a realizar pelo enfermeiro ou pelo médico.

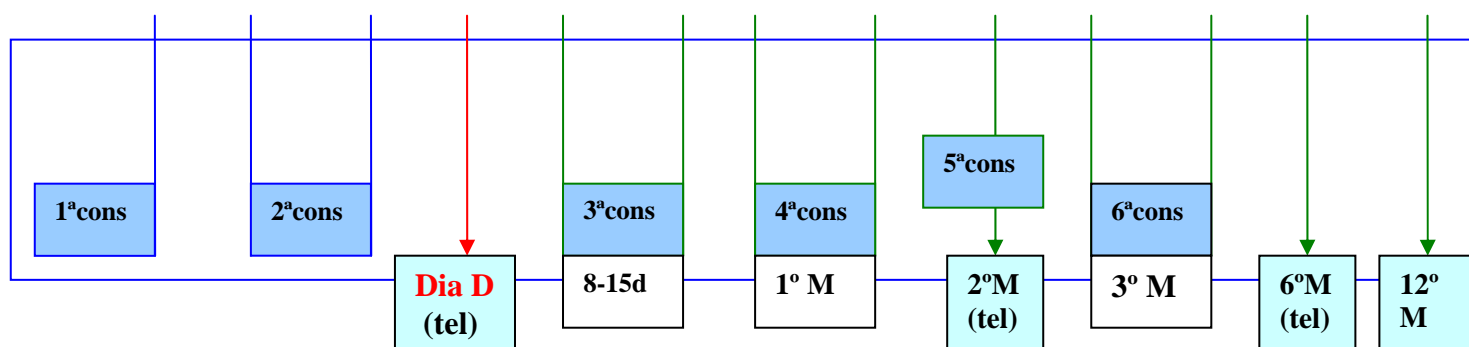


Figura n.º6. Cronograma do programa de consultas de apoio intensivo

**1.ª consulta** – Se o fumador estiver preparado para deixar de fumar e se não houver necessidade de efectuar outra consulta antes do dia D, o médico deve acumular nesta as tarefas previstas para a 2.ª consulta.

**2.ª consulta** – avaliação do fumador, discussão de proposta de plano terapêutico e marcação do dia D.

Nota – pode haver necessidade de uma terceira consulta ou de referência para outro(s) elemento(s) da equipa, antes da marcação do dia D.

**Dia D (1.º contacto telefónico)** – primeiro dia que corresponde a zero cigarros.

**3.<sup>a</sup> consulta** – marcada e realizada pelo médico, oito a quinze dias após o dia D

**4.<sup>a</sup> consulta** – consulta de avaliação e prevenção da recaída, marcada e realizada pelo médico um mês após o dia D.

**2.º contacto telefónico ou 5.<sup>a</sup> consulta** – a realizar decorridos dois meses após o dia D.

**5.<sup>a</sup> (ou 6.<sup>a</sup>) consulta** – consulta de avaliação e prevenção da recaída a realizar pelo médico, três meses após o dia D.

**3.º contacto telefónico** – a realizar 6 meses após o dia D. Pode ser efectuado pelo médico ou pelo enfermeiro.

**4.º contacto telefónico** – a realizar 1 ano após o dia D. Pode ser efectuado pelo médico ou pelo enfermeiro.

O presente cronograma de contactos directos e indirectos programados com o fumador deverá ser adaptado em função das necessidades sentidas pelo próprio e dos resultados da avaliação realizada pelo profissional de saúde, devendo ser tidas em conta eventuais intercorrências após os primeiros três meses de abstinência tabágica que justifiquem a realização de consultas ou contactos suplementares.

### **Protocolo das consultas médicas e dos contactos telefónicos de seguimento**

A primeira consulta é habitualmente mais demorada do que as consultas de seguimento, sendo decisiva para a continuidade de todo o processo. Na primeira consulta deverão ser realizadas diversas tarefas que possibilitem conhecer o fumador, a sua motivação para parar e o tipo de apoio que necessita por parte da equipa.

Antes da consulta médica, o fumador deve responder a um questionário de autopreenchimento, com os seguintes itens: dados pessoais; história tabágica; hábitos alimentares; hábitos alcoólicos; outras dependências; avaliação do grau de dependência e de motivação. Caso haja necessidade, o enfermeiro ou o médico podem ajudar o fumador a completar o questionário.

## 1.ª Consulta Médica – Antes do dia D

**Responsabilidade do médico, com apoio de enfermeiro.**

**Duração prevista: 30 - 45 minutos**

### Principais tarefas

- Rever em conjunto com o fumador a informação colhida através de autopreenchimento de acordo com a ficha clínica usada na consulta;
- Proceder à avaliação clínica do fumador e do consumo do tabaco;
- Avaliar as razões que levam ao tabagismo e aquelas que motivam o seu abandono;
- Ajudar a avaliar riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica;
- Valorizar a dependência física (questionário de Fagerström);
- Proceder à colheita da história clínica: problemas de saúde, terapêutica e factores de risco;
- Avaliar a fase de motivação (segundo estádios de mudança de Prochaska) e o grau de prontidão para a mudança; Ver Anexo I.
- Avaliar os apoios sociais e familiares (ajudar o fumador a identificar pessoas capazes de o apoiar);
- Reforçar a informação sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica;
- Apresentar e acordar o programa personalizado de tratamento (perspectivar “Dia D”, terapêutica, *follow up*);
- Identificar acontecimentos, estados de humor ou actividades que aumentam o risco de fumar ou recair;
- Identificar e treinar aptidões e competências para lidar com as situações de risco;
- Avaliar os dados antropométricos, a pressão arterial e dosear o monóxido de carbono (CO);
- Fornecer folheto informativo;
- Propor o auto-registo dos cigarros consumidos ao longo do dia, no sentido de que o fumador conheça melhor o seu comportamento tabágico, de modo a evitar consumir os cigarros de que “não necessita” e preparar a cessação;
- Apresentar e discutir a proposta terapêutica e proceder à prescrição farmacológica quando necessária;
- Registar os dados na ficha clínica.

Uma das principais tarefas a realizar na primeira consulta consiste na avaliação do fumador, o que implica a avaliação clínica e a avaliação do consumo de tabaco.

## **Avaliação clínica do fumador**

A avaliação clínica do fumador, tendo por base o preenchimento da ficha clínica, deve ser usada para conhecer a sua motivação para parar, bem como para compreender as dificuldades em conseguir deixar de fumar.

É importante conhecer o motivo que levou a pessoa à consulta, se foi por iniciativa própria ou por pressão do médico ou da família, bem como a eventual existência de problemas profissionais ou familiares que possam comprometer o processo de mudança.

Devem ser inquiridos alguns dados gerais, tais como a profissão, a situação profissional actual (activo, reformado ou desempregado) e o nível de formação. Os hábitos alimentares, o número de refeições, o consumo de álcool e o número diário de cafés, bem como o índice de massa corporal e o perímetro abdominal devem também ser abordados. Se existir obesidade ou excesso de peso, ou grande preocupação com este assunto, é de considerar o encaminhamento para um nutricionista. Deve igualmente inquirir-se sobre a ocupação de tempos livres e os hábitos de actividade física.

A co-morbilidade relacionada com o fumo do tabaco deve ser também avaliada: HTA, diabetes, dislipidémias, doenças cardiovasculares (cardiopatia isquémica, AVC, doença arterial periférica), doenças respiratórias (DPOC e asma) e doenças oncológicas. A existência destas doenças deve ser usada para incentivar a cessação.

É ainda importante apurar a existência de outras doenças, actuais ou anteriores, para uma boa adequação terapêutica, visto poderem constituir contra-indicação para alguns medicamentos (doença bipolar, epilepsia/convulsões, traumatismos cranianos, patologia da tiróide, úlcera gástrica/duodenal insuficiência renal e alergias a medicamentos) ou serem indiciadoras de dificuldade acrescida em deixar de fumar, como o alcoolismo, a toxicoddependência ou a depressão.

Para ponderar e ajustar a terapêutica, é necessário saber se o paciente está a fazer alguns dos medicamentos de uso frequente: xantinas, corticosteróides, insulina, antidiabéticos orais, anti-histamínicos, antidepressivos, benzodiazepinas, hipnóticos, quinolonas, tramadol e antiarrítmicos.

Nos fumadores é frequente a presença de sintomas de psicopatologia associada, como a ansiedade e a depressão, pelo que é aconselhável a sua avaliação, podendo para o efeito ser utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão de Zigmund e Snaith (HADS). Ver anexo II. <sup>(54)</sup>

Quando necessário, é de avaliar a existência de problemas ligados ao consumo de álcool com o auxílio do teste AUDIT-C (*Alcohol Use Disorder Identification Test*, WHO). Ver anexo III. <sup>(55,56)</sup>

## **Avaliação do uso e da dependência do tabaco**

A avaliação do uso de tabaco engloba informação sobre o início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros/dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, o tempo de duração, motivos de reinício e dificuldades sentidas).

Nem todos os fumadores fumam pelos mesmos motivos. Pode fumar-se por prazer, no convívio social, para combater o stresse, para melhorar a concentração, para levantar o moral, para não engordar ou por “vício de mão”.

A caracterização deste perfil do fumador pode ser feita usando uma escala analógica para responder à pergunta: Por que é que acha que fuma? Os possíveis contactos com fumadores (em casa, no emprego ou amigos) são também importantes, na medida em que podem constituir um estímulo para que o fumador continue a fumar.

A avaliação do grau de dependência é especialmente importante nos fumadores que querem parar de fumar, já que influencia o tipo de intervenção. O teste mais utilizado é o teste de Fagerström. Ver anexo IV.<sup>(57)</sup>

O ter de se levantar durante a noite para fumar é indício de dependência elevada. No caso da mulher, deve perguntar-se se fumou na gravidez, pois a resposta afirmativa demonstra uma maior dependência.

A motivação para parar de fumar resulta da conjugação de dois factores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a percepção sobre a capacidade para mudar (autoconfiança ou auto-eficácia). A avaliação da importância e da confiança pode ser efectuada com o auxílio de uma escala analógica, de 1 a 10.

Numa escala de 1 a 10:

- Que importância tem para si deixar de fumar?
- Com esta pergunta avalia-se a importância atribuída à mudança de comportamento.
  
- No caso de estar decidido a parar de fumar, como quantifica a sua confiança em conseguir parar?
- Com esta pergunta avalia-se a percepção sobre a capacidade de mudar o comportamento.

Com a mesma finalidade, é possível aplicar um teste quantitativo, o teste de Richmond.<sup>(58)</sup>

Após avaliarmos o consumo de tabaco e o grau de motivação, estamos aptos a escalonar o fumador no processo de mudança comportamental e a decidir se este está ou não preparado para deixar de fumar.

Se o fumador não estiver apto a deixar de fumar, devem ser usadas estratégias motivacionais, podendo ser marcada uma nova consulta ou fazer-se o encaminhamento para o psicólogo.

Nas consultas subsequentes, além do peso e da pressão arterial, devem ser averiguados os sintomas de abstinência e os efeitos secundários dos medicamentos.

O doseamento do monóxido de carbono no ar expirado tem interesse não só para confirmar o cumprimento da cessação tabágica, mas também para motivar o ex-fumador a manter-se abstinente.

## **2.ª Consulta médica - antes do Dia D**

**Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro**

**Duração prevista: 20 - 30 minutos**

### **Principais tarefas**

- Discutir os resultados das avaliações realizadas na 1.ª consulta;
- Ajudar a reavaliar os riscos e recompensas potenciais da suspensão do tabaco;
- Reavaliar o grau de motivação para o abandono do tabaco;
- Discutir e acordar com o fumador o plano terapêutico, com eventual prescrição farmacológica;
- Marcar o “dia D” ou considerar a necessidade de novo encontro;
- Registar os dados na ficha clínica.

## **Contacto telefónico no dia D = 1.º Dia Sem Tabaco**

**Contacto telefónico no dia D ou tão próximo quanto possível**

**Responsabilidade do enfermeiro ou do médico**

**Duração prevista: 5 minutos**

### **Principais tarefas**

- Confirmar a cessação tabágica;
- Congratular o fumador por ter deixado de fumar;
- Rever a adesão ao plano farmacológico e eventuais efeitos secundários;
- Incentivar o compromisso assumido;
- Encorajar o contacto com a equipa em caso de dúvidas/problemas;
- Registar os dados na ficha clínica.



### 3ª Consulta médica – 8 a 15 dias após o Dia D

**Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro**

**Duração prevista: 20 minutos**

#### Principais tarefas

- Congratular o sucesso;
- Se houve consumo de tabaco, rever sucintamente as circunstâncias e incentivar novo compromisso com abstinência total;
- Registrar o peso, PA e doseamento do CO;
- Avaliar os sintomas de privação. Se relevante, rever terapêutica farmacológica;
- Inquirir sobre eventuais efeitos secundários da terapêutica medicamentosa;
- Incentivar actividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis que compensem o “sentimento de perda”;
- Reavaliar os apoios sociais e familiares;
- Reforçar a disponibilidade da equipa, em caso de dúvidas/problemas;
- Registrar os dados na ficha clínica.

### 4ª Consulta médica - 1º mês após o dia D

**Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro**

**Duração prevista: 20 minutos**

#### Principais tarefas

- Congratular o sucesso;
- Se houve consumo de tabaco, rever sucintamente as circunstâncias e incentivar novo compromisso com abstinência total;
- Registrar o peso e PA;
- Reavaliar os sintomas de privação;
- Discutir as dificuldades;
- Ajudar a reavaliar resistências e recompensas;
- Ajustar a terapêutica, se necessário;
- Registrar os dados na ficha clínica.

No final desta consulta, deverá ser avaliada com o fumador a necessidade de um novo encontro com o médico ao 2.º mês para prevenção da recaída. Se não houver essa necessidade, recomenda-se o 2.º contacto telefónico.

## **2.º Contacto telefónico ou 5.ª Consulta Médica – 2.º mês pós o Dia D**

**Responsabilidade do enfermeiro ou do médico**

**Duração prevista: 5 ou 20 minutos**

### **Principais tarefas**

- Congratular o sucesso;
- Registar o peso e PA;
- Encorajar o fumador a permanecer em abstinência;
- Reavaliar benefícios (saúde, higiene, familiares, etc);
- Ajustar ou prolongar terapêutica farmacológica;
- Prevenção da recaída;
- Registar os dados se ocorrer contacto telefónico.

## **6.ª Consulta Médica – 3.º mês após o dia D**

**Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro**

**Duração prevista: 20 minutos**

### **Principais tarefas**

- Congratular o sucesso;
- Registar o peso e PA;
- Discutir estratégias para lidar com a vontade de fumar;
- Avaliar a necessidade de prolongar a terapêutica farmacológica;
- Prevenção da recaída
- Registar os dados na ficha clínica;

## **3.º Contacto Telefónico – 6.º mês após o dia D**

**Responsabilidade do enfermeiro ou do médico**

**Duração prevista: 5 minutos**

### **Principais tarefas**

- Congratular o sucesso;
- Avaliar as dificuldades;
- Encorajar a prossecução do compromisso assumido;
- Reforçar a disponibilidade da equipa em caso de dúvidas/problemas;
- Registar os dados na ficha clínica.

## 4.º Contacto Telefónico – 1.º ano após o dia D

### Responsabilidade do enfermeiro ou do médico

Duração prevista: 5 minutos

#### Principais tarefas

- Congratular o sucesso;
- Avaliar as dificuldades;
- Reforçar a disponibilidade da equipa em caso de dúvidas/problemas;
- Registrar os dados na ficha clínica.

Em caso de recaída, é aconselhável só iniciar um novo processo de apoio intensivo após três meses de intervalo, excepto em situações devidamente ponderadas, a fim de o fumador reforçar a sua motivação. <sup>(45, 59)</sup>

#### Factores preditivos de êxito na cessação tabágica

Vários factores contribuem para o êxito do processo de cessação tabágica, dos quais se salientam o estilo de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa fumadora, bem como as características pessoais fumadoras e o seu grau de dependência tabágica.

Vale a pena ter presentes alguns destes factores, para que o profissional os considere e valorize: <sup>(45, 57, 59, 60)</sup>

- Género (menor probabilidade de êxito na mulher, embora nem todos os estudos o confirmem; maior preocupação com o aumento de peso);
- Nível educacional (maior probabilidade de êxito em fumadores com nível de instrução superior);
- Quantidade de tabaco fumado/nível de dependência (menor probabilidade de êxito em fumadores com elevada dependência);
- Tentativa anterior mantida (maior probabilidade de êxito em fumadores com tentativas anteriores);
- Depressão (menor probabilidade de êxito);
- Factores familiares de natureza genética ou comportamental (menor probabilidade de êxito, se familiares directos grandes fumadores);
- Recaída nas duas semanas após o dia D (menor probabilidade de êxito).

#### Prevenção da recaída

A recaída entre os fumadores que param de fumar é muito frequente. Na Grã-Bretanha, país que dispõe de uma rede de âmbito nacional para a cessação tabágica, cerca de 50% dos fumadores seguidos em clínica especializada e

que marcam uma data para deixar de fumar recidivam após 4 semanas. Aos 12 meses, somente cerca de 15% se mantêm sem fumar. <sup>(61,62)</sup>

Em Portugal, segundo dados de um estudo Eurobarómetro, publicado em Maio de 2007, nos últimos doze meses, um em cada três fumadores (32%) realizou pelo menos uma tentativa para deixar de fumar. <sup>(63)</sup>

A presença de co-morbilidade, em particular de depressão, pode ajudar a explicar cerca de 25% das recaídas. <sup>(59)</sup>

O aumento de peso, que geralmente ocorre nos fumadores que param de fumar, pode constituir também um forte obstáculo ao sucesso da cessação tabágica, em particular na mulher. <sup>(63,64,65)</sup> A fim de lidar com este problema, os fumadores devem ser aconselhados a fazer uma alimentação saudável, em simultâneo com o aumento dos níveis de actividade física diária. Nas situações mais graves, em que se prevê que o aumento de peso possa constituir um problema, deve equacionar-se o encaminhamento para o nutricionista.

Embora a recaída faça parte do processo de cessação tabágica, existem diversas estratégias que podem ajudar o fumador a não recair. Entre elas, apresentam-se as seguintes:

- Identificar as situações de alto risco e os estímulos desencadeantes da vontade imperiosa de fumar;
- Aprender a evitar as situações de alto risco e os estímulos desencadeantes;
- Treinar previamente abordagens práticas para lidar com as situações de alto risco ( respirar fundo, beber água, andar, telefonar a um amigo);
- Reduzir ou eliminar outros comportamentos habitualmente associados ao consumo de tabaco – café, álcool e doces;
- Evitar estar na proximidade de pessoas a fumar;
- Preparar um plano estratégico para fazer face a uma eventual situação de lapso, para que este não se transforme numa recaída. No caso de ter havido recaídas anteriores, devem analisar-se as respectivas causas, de modo a retirar ensinamentos para uma próxima tentativa;
- Adoptar um estilo de vida mais activo e saudável. <sup>(64,65)</sup>

## **Aconselhamento e abordagem motivacional**

Fumar é um comportamento que se explica, como já referido, pela associação de vários factores - factores fisiológicos de dependência à nicotina, factores psicológicos de condicionamento do comportamento, factores cognitivos e, por último, factores sociais de disponibilidade, acessibilidade, publicidade e *marketing*. <sup>(26, 66,67,68,69)</sup>

O aconselhamento dos fumadores para parar de fumar é uma vertente fundamental no processo de apoio à cessação tabágica, podendo, nalguns casos, ser suficiente para ajudar a parar, sem necessidade de prescrição farmacológica.

Este aconselhamento pode ser efectuado no âmbito de uma intervenção breve, como anteriormente referido, ou ser efectuado no contexto de um apoio mais intensivo.

Para ajudar o fumador a parar de fumar, é fundamental, por um lado, compreender a pessoa fumadora, em particular os factores que conduziram à iniciação e manutenção do consumo, o tipo de consumo, o grau de dependência, os factores que a levam a querer parar e, por outro, ser capaz de adequar o aconselhamento ao estágio de mudança em que o fumador se encontra, no sentido de o motivar a progredir, de o ajudar a resolver a ambivalência, de o apoiar no processo de decisão, de o felicitar pelo sucesso alcançado e de o ajudar a não recair. <sup>(65,67,68,69)</sup>

Mesmo numa intervenção breve, o estilo de comunicação entre o profissional e o fumador pode ser decisivo para o sucesso. As abordagens de confronto, prescritivas ou punitivas desencadeiam resistências à mudança, sendo mais adequado adoptar um estilo de comunicação centrado na pessoa fumadora, empático e motivacional.

## **Entrevista motivacional**

A motivação para a mudança é um aspecto fundamental que deve ser tido em consideração em qualquer processo de mudança comportamental. Muitas vezes a pessoa pode desejar mudar, mas, simultaneamente, não se sentir suficientemente capaz e preparada para lidar com os sintomas de privação e o sentimento de perda associados à mudança. <sup>(36)</sup>

Assim, uma das maiores dificuldades no processo de mudança reside na ambivalência entre querer e não querer mudar, característica do período de contemplação.

A ambivalência traduz-se pela existência de um conflito psicológico resultante da incapacidade para decidir entre dois caminhos diferentes, isto é, entre o continuar e o parar de fumar. É difícil de ultrapassar porque cada lado do conflito tem os seus benefícios e os seus custos.

A motivação para a mudança comportamental é variável no tempo, podendo ser influenciada por factores internos e externos, como sejam as percepções sobre os riscos associados ao comportamento, sobre a susceptibilidade individual, sobre as capacidades individuais para mudar, sobre as expectativas de outras pessoas “significativas”, ou sobre os ganhos pessoais e sociais associados à mudança. <sup>(27, 36)</sup>

Conforme já referido, a forma como os profissionais de saúde comunicam com os pacientes em processo de mudança comportamental pode constituir um factor decisivo para o sucesso.

Rollnick e Miller chamaram a atenção para alguns princípios que devem estar presentes no processo de aconselhamento, de modo a torná-lo mais útil na resolução da ambivalência e no aumento da motivação. <sup>(70,71)</sup>

Segundo estes autores, a entrevista motivacional é uma forma de aconselhamento directivo, centrada na pessoa, visando estimular uma alteração comportamental, através de mecanismos de exploração e resolução da ambivalência e do reforço do grau de prontidão para a mudança.

Os objectivos da entrevista motivacional são os seguintes:

- Aumentar a consciência do problema (sentido de importância do problema e necessidade de mudar);
- Explorar e ajudar a resolver a ambivalência;
- Ajudar a ultrapassar os obstáculos – reforçar a auto-eficácia;
- Apoiar o processo de tomada de decisão para a mudança.

Numa abordagem motivacional, o profissional de saúde deve ser capaz de estabelecer uma relação de empatia com o fumador, de modo a evitar o confronto e a ajudar a resolver a ambivalência relativamente ao parar de fumar.

Assim, a entrevista motivacional baseia-se em quatro princípios: <sup>(70,71)</sup>

1 – Expressar empatia – aceitar a pessoa, compreender as suas dificuldades e evitar a argumentação são princípios básicos para uma boa interacção com o paciente fumador. O confronto é sempre contraproducente, apenas contribuindo para aumentar as resistências à mudança.

2 – Fazer emergir as discrepâncias - é importante que a pessoa tenha consciência da discrepância entre as consequências de continuar a fumar e as razões que a levam a querer parar. A motivação para a mudança surge quando se toma consciência da discrepância entre a realidade actual e a que se gostaria de alcançar.

3 – Lidar com as resistências – o profissional de saúde deve procurar não “lutar” com o paciente, devendo antes estabelecer um processo de comunicação empático e colaborante, como se “dançasse” com ele. Importa que as percepções do fumador sejam exploradas, no sentido de que este identifique e verbalize possíveis soluções e novas formas de ultrapassar as dificuldades. O paciente deve ser estimulado a reflectir sobre formas alternativas para contornar os obstáculos e alcançar com sucesso os seus objectivos de mudança.

4 - Reforçar a auto-eficácia – a convicção de que se é capaz de mudar é uma condição essencial para que o processo de mudança seja bem sucedido. Pode ser necessário incentivar o treino de competências. Os reforços positivos e as expectativas positivas do terapeuta, relativamente ao sucesso, são também um elemento importante.

A entrevista motivacional assenta num conjunto de técnicas de comunicação que facilitam a interacção com o paciente:

- Utilizar perguntas abertas - as perguntas abertas dão oportunidade ao fumador de se exprimir livremente e de verbalizar os seus pontos de vista. Embora as perguntas fechadas possam e devam continuar a ser usadas, essencialmente para esclarecer algum assunto de forma mais específica, as perguntas abertas levam o paciente a reflectir. Essa reflexão é fundamental para implicar a pessoa, de forma activa, na continuidade do processo.
- Fazer afirmações – o profissional deve fazer afirmações positivas, mas sempre sinceras, relativamente a capacidades, aspectos positivos ou pequenos sucessos já alcançados pelo fumador, no sentido de reforçar a auto-estima e a percepção de que a pessoa é capaz de mudar.
- Escutar de modo reflexivo – é a chave de todo este processo. Ouvir o paciente é crucial para se compreender a sua situação e o modo como pode ser ajudado. Devem estimular-se as “falas de mudança”, na medida em que ajudam a sair da fase de ambivalência.
- Fazer sínteses - estas sínteses, ou sumários, do que foi discutido ou acordado devem traduzir o que foi dito pelo fumador, salientando pontos-chave ou elementos úteis para direccionar e fazer progredir a entrevista no sentido desejado. Estas sínteses devem acontecer ao longo da interacção. Servem também para demonstrar atenção por parte do profissional de saúde relativamente àquilo que o fumador tem para dizer. Se a ambivalência for evidente, a síntese deve expressar esse facto, de modo a que o fumador tenha mais consciência sobre o que está em jogo no processo de decisão.
- Estimular afirmações de automotivação - é importante que o profissional de saúde facilite a elaboração de afirmações de automotivação: “eu tenho de fazer algo para deixar de fumar” ou “estou realmente preocupado com o tabagismo”.

A abordagem motivacional deve ser adaptada a cada estágio de mudança:

### **Fumador em fase de pré-contemplação**

De um modo geral, nesta fase o fumador não encara o seu comportamento como um problema. O aconselhamento de pessoas fumadoras que se situam nesta etapa deve centrar-se no fornecimento de informação factual, por exemplo um folheto, e na manifestação de disponibilidade para as apoiar. Deve evitar-se o confronto e a culpabilização. Quando o fumador adquire alguma consciência de que fumar constitui um problema, entra na fase de contemplação. <sup>(53, 70,71)</sup>

## **Fumador em fase de contemplação**

O contemplador considera a mudança, ao mesmo tempo que a rejeita, e é nesta fase que a ambivalência, estando na sua expressão máxima, deve ser trabalhada para possibilitar uma mudança de atitude em direcção à decisão de mudar. Para isso, é crucial entender como a ambivalência actua naquele indivíduo em particular, ou seja, quais são os factores pessoais e sociais em jogo, quais as crenças, as percepções, as barreiras e a autoconfiança.

É importante, também, conhecer as motivações e as expectativas quanto à mudança, ouvindo atentamente o que o fumador tem para dizer, com a ajuda de algumas frases que provoquem “falas de mudança”.

O profissional de saúde deverá conhecer as razões que levam o fumador a estar resistente à mudança. Podem ser variadas: falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, desconhecimento dos benefícios em parar, medos e crenças sobre a cessação, desmoralização após dificuldades em tentativas anteriores e baixa auto-estima. <sup>(53, 70,71)</sup>

## **Avaliação da intenção de mudança**

Para avaliar a intenção de mudança, pode perguntar-se: “Até que ponto é importante para si deixar de fumar?”, com o auxílio de uma escala analógica (pedindo ao fumador para quantificar o grau de importância que atribui à cessação tabágica, numa escala de 0 – “sem nenhuma importância” – a 10 – “máxima importância”) e encorajar-se de seguida, o fumador a descrever em que medida é que o abandono do tabagismo poderia ser mais relevante, procurando ser tão específico quanto possível, com ajuda da pergunta aberta: “O que seria preciso para dar mais importância?”, no caso de a importância atribuída ser baixa. <sup>(53,70,71)</sup>

Aumentar a motivação não está apenas restrito à dimensão da importância, mas também à percepção da capacidade (ser capaz, confiança em si) para conseguir a mudança de comportamento.

Para estimar a capacidade de mudança, pode-se questionar o fumador: “Como avalia a sua capacidade para parar de fumar?”, aplicando também uma escala analógica (pedindo agora para avaliar o grau de capacidade de mudança que atribui ao processo de cessação tabágica, numa escala de 0 – “sem nenhuma capacidade” – a 10 – “total capacidade”), seguida da questão: “Por que não fez uma avaliação inferior?”, explorando desta forma as razões de confiança que o fumador já possui.

Outro aspecto a considerar são as razões que levam o fumador a estar resistente à mudança. A resistência é habitualmente vista como um problema do paciente. Neste contexto, utiliza-se o termo “resistência”, para referir um padrão de comportamento observável (negação, argumentação, colocar objecções e mostrar relutância a manter uma conversa), que não é apenas



o resultado daquilo que o indivíduo traz para a consulta, mas também uma consequência da forma como os profissionais de saúde lidam com ele.

Como atrás referido, existem várias razões que favorecem a resistência do fumador, que importa explorar e contornar.

Para gerar expressões verbais de mudança e diminuir a resistência, o técnico pode perguntar: “O que seria necessário para ter uma maior confiança na sua capacidade de mudar?” e, desta forma, procurar na perspectiva do fumador, o que lhe falta para estar mais confiante.

Nesta fase, podem ainda ser usadas outras questões, no sentido de provocar, ou facilitar a expressão verbal da mudança.

- “Há alguma coisa que o preocupe sobre o consumo de tabaco?”
- “Notou algumas diferenças na sua saúde que o preocupem?”

Após a clarificação e ampliação da experiência pessoal do fumador no sentido de se convencer a si próprio sobre a mudança necessária, o profissional de saúde, mantendo uma escuta reflexiva, pode concluir a entrevista com as seguintes perguntas abertas:

- “Acha que o que conversámos pode ser útil para si no futuro?”
- “Há mais alguma informação que gostaria de ter?”

### **Fumador em estágio de preparação**

Uma vez a ambivalência trabalhada, entendida e ultrapassada, o indivíduo passa para o estágio de preparação. Nesta fase, o fumador está decidido e comprometido a mudar. Este é o momento de alterar a estratégia, no sentido de reforçar o compromisso com a mudança. O principal objectivo é auxiliar o fumador a confirmar e justificar a decisão da mudança já efectuada. <sup>(50,70,71)</sup>

Seguem-se alguns sinais indicativos de que a pessoa está a evoluir para o estágio de preparação:

- as resistências diminuem;
- diminuem as questões sobre o seu problema;
- está mais calma, parecendo ter resolvido as dificuldades;
- faz afirmações de automotivação;
- começa a falar de como seria se mudasse.

Na fase de preparação, o fumador encontra-se entre a contemplação e a acção, estando nos seus planos parar de fumar no próximo mês. Isto não significa que a ambiguidade relativamente à mudança esteja completamente resolvida. Se o fumador já fez outras tentativas, deve utilizar as experiências passadas e toda a aprendizagem que delas retirou, no sentido de começar a desenvolver um plano de acção.

Questões que provocam “falas de mudança” no estágio de preparação e que encorajam a pessoa a tomar a decisão de mudar:

- Que planos já fez para deixar de fumar?
- Diga-me que tipo de apoios gostaria de ter quando deixar de fumar?
- Como se sente, agora que começou a reduzir os consumos (no caso de se aplicar)?

Após a facilitação de expressões de mudança, pode-se estimular a elaboração de afirmações de automotivação, com a ajuda das seguintes perguntas:

- Acha que o que conversámos pode ser útil para si no futuro?
- O que falta fazer para deixar de fumar?

### **Fumador em fase de acção**

Atingida esta fase, a maior parte do trabalho da entrevista motivacional está realizada. O profissional deve fazer um resumo do que se passou até então, com o objectivo de listar o maior número de razões para o fumador deixar de fumar, ao mesmo tempo que verifica se subsiste alguma ambivalência ou relutância, passível de ser resolvida. <sup>(53,70,71)</sup>

Um aspecto importante é desenhar um plano negociado e acordado com o fumador, que poderá ser reduzido a escrito numa espécie de contrato, com objectivos, datas, terapêutica prescrita, resultados esperados, dificuldades possíveis e quem procurar em caso de necessidade.

Neste momento, o indivíduo está notoriamente no estágio de acção, que começa simbolicamente no dia determinado para parar, ou seja, no chamado dia D - o dia em que deixa de fumar. <sup>(53,70,71)</sup>

### **Tratamento farmacológico do tabagismo**

Os fumadores que queiram deixar de fumar, em particular os que têm consumos médios acima de 10 cigarros por dia, devem ser encorajados a usar terapêutica farmacológica, uma vez que o sucesso da abstinência tabágica aumenta de forma significativa, relativamente aos fumadores que param de fumar sem apoio. <sup>(46,47,49,71,72,73,74,75,76)</sup>

Os fármacos actualmente recomendados na cessação tabágica podem classificar-se como de primeira e segunda linha, consoante apresentem maior ou menor eficácia e mais ou menos efeitos secundários. De primeira linha consideram-se a Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN), nas suas diferentes formulações farmacêuticas, e a bupropiona SR. São considerados fármacos de segunda linha a nortriptilina e a clonidina. A vareniclina, recentemente introduzida no mercado, veio alargar o leque de opções farmacológicas disponíveis. <sup>(47,48,50)</sup>

## Terapêutica de substituição da nicotina

A farmacoterapia mais utilizada e conhecida para tratamento da dependência da nicotina é a que usa fármacos com nicotina (Terapêutica de Substituição de Nicotina - TSN). Torna mais fácil a evicção tabágica, por substituir, pelo menos parcialmente, a nicotina anteriormente obtida pelo consumo de tabaco, proporcionando os efeitos neurofarmacológicos mediados pela nicotina. <sup>(47,48,50,75,76,77,78,79,80,81,82)</sup>

Os substitutos de nicotina levam à redução dos sintomas de privação no fumador regular que pára de fumar. Formulações farmacêuticas como as gomas ou as pastilhas podem contribuir para atrasar o aumento de peso associado ao abandono do tabaco.

Existem diversas formulações farmacêuticas de substitutos de nicotina: gomas de mascar, sistemas transdérmicos, inalador bucal, *spray* nasal, comprimidos sublinguais e pastilhas de chupar. Diferem pelas características farmacocinéticas, que são as que determinam as suas indicações. As revisões do grupo *Cochrane*, que analisaram as diferentes apresentações concluem que todas as formulações são eficazes. <sup>(47,72,80)</sup>

A utilização de uma ou outra formulação deve ter em conta algumas características do fumador e experiências anteriores de cessação.

O tratamento com substitutos de nicotina inicia-se no dia escolhido para o abandono do tabaco. O fumador deve ser aconselhado a não fumar quando os utiliza.

Em Portugal, estão disponíveis as gomas de mascar, as pastilhas de chupar e os sistemas transdérmicos.

### Gomas de nicotina de mascar

As gomas de mascar libertam quantidades controladas de nicotina, a qual é absorvida através da mucosa bucal. O nível máximo de nicotina no sangue é atingido vinte minutos após o início da mastigação, mais lentamente que quando se fuma um cigarro. <sup>(77,82,83,84)</sup>

Existem gomas doseadas a 2 e 4 mg, com diferente sabor e consistência, que permitem uma maior adesão do fumador à terapêutica.

Há evidência de que a dosagem de 4 mg é mais efectiva para os fumadores que consomem mais de vinte cigarros por dia.

É essencial sensibilizar o fumador a utilizar as gomas correctamente, para atingir a sua máxima eficácia e para evitar o aparecimento dos efeitos secundários mais frequentes. É ainda necessário ensinar-lhe a forma correcta de utilização: mastigar lentamente até se notar um sabor forte, altura em que se pára de mastigar e se coloca a goma junto à bochecha até o sabor se atenuar. Em seguida, recomeça-se a mastigar lentamente e assim

sucessivamente, até que deixar de existir sabor, altura em que se deve parar. A pastilha deve ser utilizada durante trinta minutos, para que a nicotina seja totalmente absorvida

As bebidas ácidas (café, colas, sumos e cerveja) podem interferir com a absorção oral da nicotina, pelo que devem ser evitadas, 15 minutos antes e durante o uso das gomas.

A dosagem recomendada em monoterapia baseia-se no grau de dependência, que pode assentar quer no número de cigarros consumidos por dia, quer no tempo que decorre entre o acordar e o primeiro cigarro consumido, ou ainda na pontuação obtida no teste de Fagerström ou no nível de monóxido de carbono no ar expirado. As gomas de 4 mg devem ser prescritas ao consumidor de mais de vinte cigarros por dia e/ou ao fumador que fuma nos trinta primeiros minutos após o acordar. Nos restantes deve ser usada a dose de 2mg. <sup>(75,76)</sup>

A dose inicial é de uma a duas gomas, com intervalos de uma a duas horas, sendo aconselhável, nas primeiras seis semanas, o uso de pelo menos dez gomas por dia para obter maior eficácia na cessação.

A redução deve ser feita entre a sétima e a nona semanas, passando-se a uma goma de duas em duas ou de quatro em quatro horas e, entre a décima e a décima segunda semanas, a 1 goma de quatro em quatro ou oito em oito horas.

A principal vantagem desta apresentação é a forma relativamente rápida com que a nicotina atinge o Sistema Nervoso Central e alivia a privação, podendo ser usada de forma pontual pelos fumadores muito dependentes. No entanto, pode condicionar, e isto é um inconveniente, algum grau de adição.

A principal desvantagem das gomas é a sua subutilização, tanto no que diz respeito à dose, como à duração da mastigação (inferior a trinta minutos). A maioria dos efeitos adversos são locais, podendo ser ligeiros e transitórios. Devem-se sobretudo ao efeito mecânico da mastigação. Os mais frequentes são: irritação da mucosa oral e faríngea, indigestão, soluços, ulcerações, dor e hipertrofia dos músculos masseterianos, problemas da articulação temporomandibular e aumento de problemas odontológicos. <sup>(74,75,76)</sup>

As suas contra-indicações específicas são muito raras e pouco importantes: inflamação da orofaringe, patologia temporomandibular, problemas odontológicos prévios e uso de próteses dentárias removíveis.

## **Pastilhas de nicotina de chupar**

As pastilhas de chupar libertam nicotina de forma constante e uniforme ao serem chupadas, pelo que não devem ser mastigadas ou deglutidas. Existem pastilhas doseadas a 1,5 e 2 mg, com diferente sabor e consistência, que permitem uma maior adesão do fumador à terapêutica. <sup>(74, 75, 76, 77, 84)</sup>

A quantidade de nicotina libertada pelas pastilhas de chupar é cerca de 25% superior à fornecida pelas gomas de mascar. <sup>(77, 78)</sup>

As pastilhas de chupar têm a vantagem de não aderir aos dentes, sendo preferidas por muitos fumadores que não gostam de mascar pastilhas elásticas. Dissolvem-se na boca em cerca de vinte a trinta minutos. A técnica de chupar é semelhante à aplicada nas gomas. Não devem, igualmente, ser ingeridos alimentos ou bebidas ácidas, quinze minutos antes ou durante o seu uso.

Apresentam como principais desvantagens as mesmas que as gomas, ou seja, a possibilidade de subdosagem e a má técnica de utilização.

As reacções adversas locais são menos frequentes que as associadas ao uso de gomas. As mais frequentes são: irritação da orofaringe e aumento da salivação, alterações digestivas ligeiras e soluços. Estas reacções podem ser atenuadas com uma utilização adequada.

### **Sistemas transdérmicos de nicotina**

Os chamados adesivos permitem um aporte mais constante de nicotina, que é absorvida através da pele. <sup>(76, 77, 78, 85)</sup>

Existem diversos tipos de adesivos. Diferem no formato, farmacocinética e na duração de acção. Em Portugal, estão disponíveis adesivos que libertam nicotina durante 24 ou 16 horas. As quantidades de nicotina libertadas são muito semelhantes, atingindo a sua concentração máxima entre as quatro e as dez horas. A eficácia dos adesivos de 16 ou de 24 horas é sobreponível. As concentrações alcançadas com os adesivos de 16 horas são semelhantes às encontradas no fumador. Os adesivos de 24 horas apresentam-se em dosagens de 21, 14 e 7 mg e os de 16 horas em dosagens de 15, 10 e 5 mgr de nicotina.

A principal diferença entre ambos tem a ver com a libertação de nicotina durante a noite, pelos adesivos de 24 horas, o que os responsabiliza por uma maior incidência de insónias. Os adesivos de 24 horas podem evitar mais facilmente os sintomas de privação nas primeiras horas do dia. <sup>(50,76, 77,85,86)</sup>

Não existe evidência de que a utilização durante oito semanas seja menos eficaz do que a verificada em períodos mais longos. Pelo contrário, há evidência de que doses mais elevadas são mais eficazes nos fumadores de mais de dez cigarros por dia.

A dose recomendada varia de acordo com a dependência do fumador. Tal como para as gomas, algumas recomendações têm em conta o número de cigarros fumados por dia, outras o tempo decorrido entre o acordar e o consumo do primeiro cigarro, outras o grau de dependência obtido pelo teste de Fagerström ou ainda o nível de monóxido de carbono (CO) no ar expirado.

Geralmente um fumador de mais de dez cigarros por dia deve iniciar a terapêutica com adesivos de 21 mg/dia durante seis semanas, reduzindo para 14 mg/dia durante mais duas semanas e para 7 mg/dia durante mais uma a duas semanas. Quando se opta pela utilização dos adesivos que libertam nicotina durante 16 horas, a dose indicada é de 15 mg/dia seis semanas, 10 mg/dia 2 semanas e 5mg/dia nas últimas uma a duas semanas.

Se o fumador não estiver abstinente ao fim de 2 semanas, a terapêutica com adesivos de nicotina deve ser suspensa. Após avaliação individualizada deve ser marcada nova data para a cessação tabágica e considerada a utilização de doses mais elevadas de adesivos de nicotina, de terapêutica combinada ou de outro fármaco.

Os adesivos apresentam como principal vantagem a facilidade de utilização o que proporciona uma boa adesão ao tratamento. A sobredosagem é rara. A principal desvantagem manifesta-se no fumador muito dependente por não proporcionar picos de nicotina.

Os adesivos devem ser aplicados de manhã na pele íntegra, seca e glabra, e retirados ao deitar (adesivos de 16 horas) ou na manhã seguinte (adesivos de 24 horas). O local de aplicação deve variar todos os dias, não se devendo repetir durante a semana seguinte, para evitar ou reduzir os efeitos adversos locais.

O principal efeito adverso é a irritação cutânea e prurido. Muito raramente podem surgir mialgias, cefaleias, vertigens, insónias, sonhos vívidos, náuseas, vômitos, dispepsia, palpitações, sudação, taquicardia e precordialgia relacionados com a sobredosagem. Os efeitos secundários sistémicos podem desaparecer com a redução da dose.

A aplicação de corticosteróides tópicos ou a administração de anti-histamínicos por via oral pode ser necessária para minimizar a irritação cutânea e o prurido.

A doença dermatológica generalizada é contra-indicação específica.

É difícil distinguir a insónia desencadeada pela aplicação dos adesivos da causada pelos sintomas de privação. Deve optar-se pelos adesivos de 16 horas quando há problemas com o sono. Caso se estejam a aplicar os adesivos de 24 horas, podem ser retirados durante a noite.

## **Segurança e contra-indicações da terapêutica de substituição de nicotina**

Há um conjunto de contra-indicações à utilização da TSN comuns a todas as formulações farmacêuticas, situações estas em que também é recomendada a evicção tabágica, pelo que deve ser ponderado o risco/benefício à sua utilização, designadamente:

- Enfarte agudo do miocárdio recente (primeiras 2 semanas);
- Angina instável;
- Arritmias cardíacas graves;
- Acidente vascular cerebral em evolução;
- Gravidez e amamentação;
- Menores de 18 anos.

A segurança em relação a situações particulares, como a gravidez, a amamentação, a doença cardiovascular instável ou a adolescência deve ser ponderada. No caso de continuar a haver consumo de tabaco, a prescrição de TSN poderá eventualmente ser uma alternativa benéfica, sob controlo médico. Nestes casos deve optar-se por uma formulação de curta duração, preferencialmente as gomas ou pastilhas, e na grávida deve obter-se um consentimento informado.

Receios injustificados na prescrição de substitutos de nicotina não devem levar a subdosagem; a terapêutica é segura, com raros efeitos secundários. A utilização de TSN é muito mais segura que a manutenção do tabagismo, uma vez que o utilizador deixa de estar exposto a todos os restantes produtos do tabaco. <sup>(47,50, 76, 85)</sup>

Diversas organizações recomendam dosagens e duração de tempo de terapêutica que servem apenas de orientação para prescrição de substitutos de nicotina. Mostra-se, no quadro abaixo, um exemplo de uma dessas recomendações adoptadas pela Sociedade Espanhola de Pneumologia e Cirurgia Torácica e pela Sociedade Espanhola de Especialistas em Tabagismo. <sup>(79)</sup>

## Quadro II – Terapêutica de substituição da nicotina

Terapêutica de Substituição da Nicotina					
Determinações			Opções terapêuticas		
Nº Cigarros	PTF	CO	Gomas (nºgomas/dia* e duração)	Adesivos 24 horas	Adesivos 16 horas
10-19	3 ou ↓	<15	2 mg 8-10 gomas/dia 8-10 semanas	21 mg – 4 semanas 14 mg – 4 semanas	15 mg – 4 semanas 10 mg – 2/4 semanas
20-30	4-6	15-30	4 mg/ cada 90 minutos 12 semanas	21 mg - 6 semanas 14 mg - 4 semanas 7 mg - 2 semanas	15+10mg - 6 sema- nas 15 mg – 4 semanas 10 mg – 2 semanas
> 30	7 ou ↑	↑ 30	4 mg/ cada 60 minutos 12 semanas	21 mg – 6 semanas 14 mg - 4 semanas 7 mg – 2 semanas	15+10 mg – 6 semanas 15 mg – 4 semanas 10 mg – 2 semanas

PTF – Pontuação de Teste de Fagerström; CO – monóxido de carbono;\* redução gradual do número de gomas

Fonte: Adaptado de Ferrero B, Mezquita A, Garcia T. eds. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, 3ªed, GlaxoSmithKline SA. Madrid, 2006 (79).

## Terapêutica não nicotínica

### Bupropiona

Foi o primeiro fármaco não nicotínico aprovado na cessação tabágica. O modo de acção da bupropiona não é bem conhecido na evicção tabágica. Actua inibindo a recaptção da noradrenalina e da dopamina, aumentando os níveis extracelulares destas catecolaminas. (50, 79, 87, 88, 89,90)

Este fármaco reduz os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar, podendo ajudar a limitar o aumento de peso associado ao abandono do tabaco.



Há estudos dirigidos a doentes com patologias específicas do foro psiquiátrico, cardiovascular e DPOC que comprovam a eficácia da bupropiona na cessação tabágica.

A bupropiona é bem tolerada, desde que se respeitem as contra-indicações, as interacções medicamentosas e as situações que exigem ajustes posológicos.(75,76,77)

As reacções adversas mais frequentes, insónia e secura da boca são dose-dependentes, pelo que se recomenda a diminuição da dose para metade ou a antecipação da dose nocturna, no caso de insónia. Os efeitos adversos mais preocupantes são as convulsões (0,1%). Deve ser evitado o seu uso quando existem factores de risco que favorecem crises convulsivas. (75,76,77) Ver quadro III.

Quadro III - Factores de risco que favorecem crises convulsivas

<p><b>Situações clínicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História prévia ou actual de convulsões</li> <li>• Traumatismos cranianos</li> <li>• Tumor cerebral</li> <li>• Anorexia ou bulimia</li> <li>• Doença bipolar</li> </ul>
<p><b>Factores pessoais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo excessivo de álcool</li> <li>• Toxicodependência</li> <li>• Diabetes tratada com hipoglicemiantes orais ou insulina</li> <li>• Interrupção brusca do tratamento com benzodiazepinas</li> <li>• Interrupção recente da monoaminoxidase</li> <li>• Uso de estimulantes ou anorexígenos</li> </ul>
<p><b>Fármacos que reduzem o limiar convulsivo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicóticos, antidepressivos, antimaláricos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticosteróides</li> <li>• Anti-histamínicos sistémicos com efeitos sedantes</li> </ul>

Está contra-indicado nos indivíduos com hipersensibilidade ao produto, com história prévia ou actual de convulsões, tumor do sistema nervoso central, diagnóstico prévio ou actual de bulimia ou anorexia nervosa, cirrose hepática grave, doença bipolar, toxicodependência, bem como nos doentes que suspenderam abruptamente o consumo de álcool ou benzodiazepinas, ou que estão a tomar, ou pararam recentemente, inibidores da monoaminoxidase. Também não deve ser usado na gravidez e em menores de 18 anos.

Nos casos de insuficiência hepática leve a moderada, no idoso ou nas outras situações associadas a risco de convulsões deve ser usada a dose de 150mg /dia. Nos casos de insuficiência renal a dose terá de ser ajustada à situação clínica.

Aconselha-se precaução e, se necessário, diminuição da dose quando se associa bupropiona com  $\beta$ bloqueantes, antiarrítmicos, captopril, loratadina, codeína, cimetidina, orfenadrina, ciclofosfamida, ifosfamida, ritonavir, levodopa e zolpidem.

Existe em comprimidos de libertação prolongada de 150 mg. A dosagem aconselhada é de 300 mg por dia dividida, em duas tomas de 150 mg. O tratamento deve ser iniciado com 150 mg e ao sétimo dia elevado para 300 mg por dia, com um intervalo mínimo de oito horas entre as duas tomas, para reduzir o risco de toxicidade. Recomenda-se que o abandono do tabaco se faça a partir da segunda semana após o início da primeira toma.

O tratamento deve ter a duração aproximada de 7 a 9 semanas e deve ser interrompido se houver uma recaída.

### **Vareniclina**

A vareniclina é um novo fármaco aprovado para a cessação tabágica, disponível em Portugal desde Março de 2007.

Trata-se de um agonista parcial específico do receptor  $\alpha_4\beta_2$  nicotínico, que reduz a urgência em fumar, os sintomas de abstinência e a sensação de satisfação associada ao fumo de cigarro. (91,92,93,94)

Os efeitos secundários mais comuns são as náuseas, as cefaleias, a insónia e os pesadelos que vão desaparecendo com a continuação da medicação. Foram notificados sintomas de depressão, podendo incluir ideação suicida e tentativa de suicídio, conforme circular informativa do INFARMED.<sup>9</sup>

A terapêutica deve ser iniciada sete a quatorze dias antes do dia estabelecido para a cessação tabágica. A dose deve ser progressiva, para minimizar os possíveis efeitos secundários: do primeiro ao terceiro dia, um comprimido de 0,5 mg, uma vez ao dia, do quarto ao sétimo dia, um comprimido de 0,5 mg, duas vezes ao dia; a partir do oitavo dia, um comprimido de 1mg, duas vezes ao dia. Devem ser ingeridos com um copo de água e nunca em jejum.

O tratamento tem uma duração de doze semanas. Segundo os estudos disponíveis, as taxas de abstinência com a vareniclina são superiores às conseguidas com os substitutos de nicotina e a bupropiona. (91,92,93,94)

A dose deve ser reduzida no caso de efeitos adversos; na insuficiência renal a dose deve ser ajustada à situação clínica.

---

<sup>9</sup> INFARMED, Circular Informativa n.º 216/CD de 14/12/2007.

Não deve ser administrado a menores de 18 anos nem a doentes com hipersensibilidade ao fármaco. Não está indicado na gravidez e na amamentação. Não existem ainda estudos sobre o seu uso em fumadores com psicopatologia. Os fumadores em tratamento com vareniclina que desenvolvam ideação suicida deverão interromper o tratamento e consultar o seu médico de imediato, nos termos da circular informativa do INFARMED acima citada.

Não se aconselha a realização de terapêuticas combinadas. Não foram identificadas interações medicamentosas com outros fármacos.

### **Nortriptilina**

Trata-se de um antidepressivo tricíclico, usado como medicamento de 2.<sup>a</sup> linha na cessação tabágica.

A dosagem ideal e a duração do tratamento permanecem por determinar. Deve iniciar-se por 25 mg/dia durante três dias, aumentando para 50 mg/dia durante quatro dias, seguido de 75 mg/dia durante doze semanas. Deve ser iniciada duas a três semanas antes da cessação. (47,48,50,95,96)

Tem como efeitos adversos: secura de boca, sedação, obstipação, visão turva, retenção urinária, cefaleias e toxicidade cardíaca.

### **Clonidina**

A clonidina é um agonista  $\alpha_2$ -adrenérgico que tem sido usado para tratamento da hipertensão e para a redução dos sintomas de privação decorrentes do uso do álcool e opiáceos. Pode também ser útil para diminuir a síndrome de abstinência do tabaco. (47,48,50)

Recomenda-se a dosagem de 0,15 a 0,75 mg/dia, durante 3 a 10 semanas.

A incidência frequente de reacções adversas, como hipotensão, secura de boca, sonolência, sedação, vertigens e diarreia tem limitado a sua utilização. Está contra-indicado na gravidez.

### **Tratamento farmacológico combinado**

Apesar de ainda não haver recomendações precisas sobre a utilização da terapêutica combinada, sabe-se que a associação de fármacos pode contribuir para a obtenção de benefícios terapêuticos acrescidos. Esta combinação pode incluir 2 tipos de formulações terapêuticas de TSN, associados ou não à bupropiona. (48,50, 78, 89)

A terapêutica combinada de substitutos de nicotina consiste na associação de dois tipos de substitutos com diferente velocidade de libertação de nicotina. Uma das formulações vai libertar lentamente a substância, mantendo os níveis no sangue mais estáveis, e a outra, de libertação mais rápida, vai proporcionar

picos de nicotínemia nos momentos de necessidade imperiosa de fumar. A primeira tem uma dose programada e a segunda é doseada pelo fumador, de acordo com as suas necessidades.

Para a libertação lenta empregam-se os adesivos e para a rápida as gomas de mascar ou as pastilhas de chupar.

Quando se associa a Bupropiona aos adesivos transdérmicos, estes devem ser iniciados no dia estabelecido para a cessação tabágica.

Nos fumadores em que se utiliza esta associação está recomendada a monitorização da pressão arterial, por eventual perigo de hipertensão. (97)

### **Tratamento com doses elevadas de TSN**

Em fumadores com consumos superiores a trinta cigarros e doseamento de monóxido de carbono superior a 30 ppm, pode ser adequado um esquema terapêutico com doses elevadas de TSN superiores a 21 mg (por exemplo, associação de dois adesivos de nicotina – 15mg + 10mg). Também pode ser útil no tratamento dos fumadores com insucesso prévio com as doses habituais, devido à intensidade dos sintomas de abstinência. Idealmente, o tratamento com doses terapêuticas elevadas deverá ser realizado em centros especializados e monitorizado com doseamento de metabolitos da nicotina.(76,85,89)

### **Redução do consumo ou redução de danos com TSN**

Embora o objectivo a atingir para todos os fumadores seja a cessação tabágica, muitos fumadores não a desejam ou não a conseguem, apesar de muitas tentativas.

A estratégia de redução de consumo de tabaco visa diminuir os efeitos negativos para a saúde, com substituição progressiva dos cigarros por pastilhas de nicotina.

Esta abordagem ainda não conseguiu demonstrar que haja uma redução das taxas de morbidade e mortalidade por doenças associadas ao consumo de tabaco, pelo que deve haver cautela na sua recomendação. (76,79)

### **Escolha da terapêutica**

Na decisão da prescrição de terapêutica deve ter-se em conta: a motivação do fumador para parar e a eventual adesão à terapêutica, o uso prévio de fármacos, as contra-indicações e a potencial ocorrência de efeitos adversos, o grau de dependência, a opção do fumador e, por fim, a experiência do prescriptor.

## **Cessação tabágica em grupos específicos**

Entre os fumadores existem alguns grupos que, pelas suas especificidades, merecem uma abordagem específica. É o caso das crianças e adolescentes, da mulher grávida, do fumador com doença psiquiátrica, do fumador idoso e do doente internado fumador.

### **Crianças e Adolescentes**

Como é amplamente reconhecido, a maioria dos fumadores inicia o consumo de tabaco durante a adolescência. Três em cada 5 jovens que experimentam fumar vêm a tornar-se fumadores regulares. Destes, metade virá a morrer prematuramente devido às doenças provocadas pelo tabaco. (98,99)

Os pré-adolescentes podem assumir atitudes moralizadoras e negativas relativamente ao tabaco. No entanto, isso não os protege de poderem vir a fumar. De facto, à medida que os adolescentes crescem, as influências sociais, em particular dos pares, associadas a uma certa curiosidade, podem conduzir ao desejo de experimentar. (99)

Os jovens que atingem o final da adolescência sem nunca terem fumado, provavelmente não virão a fumar. São conhecidos alguns factores de protecção. Assim, ter pais, amigos ou namorado/a não fumadores, ter sucesso escolar, praticar desporto, ter uma boa imagem corporal, não beber álcool nem consumir drogas e dispor de pouco dinheiro para os gastos diários são factores associados à possibilidade de o adolescente não vir a fumar. (98)

A grande maioria dos jovens não tem uma verdadeira consciência do poder aditivo do tabaco e tem a percepção de que poderá interromper o consumo sem dificuldade. No entanto, dados do projecto DANDY parecem revelar que muitos adolescentes manifestam síndrome de privação e sintomas de dependência antes de um consumo regular se ter instalado, embora a maioria não se torne dependente antes de decorridos dois a três anos de consumo irregular. (22,23,100)

Alguns estudos internacionais mostram que muitos adolescentes desejam parar de fumar, mas, porque já se encontram dependentes, não são capazes de o fazer por si sós.

Neste sentido, os profissionais de saúde poderão fornecer algum apoio, importando conhecer quais as abordagens que devem ser adoptadas.

Não existe, ainda, suficiente investigação neste domínio, pelo que se recomenda alguma precaução na utilização das abordagens acima preconizadas para os adultos, em particular, a utilização de terapêutica medicamentosa, não recomendada a menores de 18 anos.

A intervenção de apoio intensivo não está, em princípio, indicada nestes grupos etários. Pode ser utilizada a intervenção breve (5 As) no caso de o adolescente já ser fumador.

As intervenções de aconselhamento comportamental efectivas nos adultos devem também ser consideradas nos adolescentes. O seu conteúdo deve ser modificado e adaptado ao grau de desenvolvimento de cada adolescente. <sup>(48,50)</sup>

No aconselhamento, são de reforçar os ganhos imediatos versus os ganhos futuros. É também importante corrigir o falso conceito de que a maioria dos jovens fuma. São de evitar as abordagens negativas, moralizadoras ou centradas na ameaça das doenças provocadas pelo tabaco, sendo de valorizar as abordagens que contribuam para capacitar e habilitar os jovens a resistir às pressões dos pares e a decidir de modo informado, responsável e autónomo. É também importante ajudar o adolescente a tomar consciência sobre as suas ambivalências relativamente ao tabaco, tendo presente o seu poder aditivo, de modo a clarificar as suas opções nesta matéria. <sup>(48,50,101,102)</sup>

Os pais fumadores devem ser informados sobre os riscos associados ao tabagismo activo e à exposição ao fumo ambiental do tabaco. Devem ser aconselhados a não fumar juntos dos seus filhos e a pararem de fumar.

A prevenção da iniciação do consumo é a melhor estratégia, pelo que o apoio às famílias ao longo do ciclo de vida familiar no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis é uma tarefa de grande importância no âmbito dos cuidados de saúde primários. <sup>(102,103)</sup>

Os programas centrados no meio escolar, desenvolvidos em espiral ao longo da escolaridade, constituem, também, uma abordagem preventiva que deve ser apoiada e reforçada pelos profissionais de saúde, em particular mediante o apoio privilegiado que deverá ser dado aos professores e aos pais neste domínio. <sup>(98,99,104)</sup>.

## **Mulher grávida**

A mulher grávida fumadora coloca um importante desafio ao profissional de saúde. Sabemos que cerca de um quarto das mulheres fumadoras quando engravidam continuam a fumar. Na sua maioria são jovens, solteiras e de baixa escolaridade. <sup>(105)</sup>

Os efeitos nocivos do fumo do tabaco no feto e na grávida são graves e bem conhecidos. Também é sabido que a gravidez é um importante estímulo para a cessação tabágica e que cerca de um quarto das mulheres deixam de fumar no 1.º trimestre, embora a maioria volte a fumar após o parto.

Na mulher grávida fumadora recomenda-se uma intervenção psicossocial, mais intensa que a “intervenção breve”, que deverá ser realizada o mais precocemente possível. A medicação farmacológica está contra-indicada;

contudo, em certas circunstâncias e sob supervisão médica, poderá ser usada terapêutica de substituição nicotínica.

Quanto ao conteúdo do aconselhamento, não se deve culpabilizar a grávida por se manter a fumar, no entanto, esta deverá estar consciente dos riscos associados ao consumo de tabaco durante a gravidez, quer para si própria, quer para o feto.

Os programas personalizados de treino de aptidões, efectuados por pessoal preparado, ao longo de várias consultas, em particular quando a grávida tem bons níveis de literacia e o suporte do cônjuge, parecem oferecer os melhores resultados. <sup>(48,50)</sup>

### **Fumador com doença psiquiátrica**

A prevalência do tabagismo entre os doentes com problemas de saúde mental é particularmente elevada. Cerca de 80 a 90% dos doentes com esquizofrenia são fumadores, consumindo um elevado número de cigarros por dia. Entre os doentes com distúrbios de ansiedade e depressão, a prevalência do tabagismo é de cerca de 50%.

A probabilidade de recaída entre fumadores que apresentam depressão é duas vezes superior à verificada nos restantes fumadores. Entre os doentes com “Defice de atenção e hiperactividade (DAH)” a prevalência do tabagismo é de cerca de 40%. <sup>(106,107)</sup>

O alcoolismo é a dependência mais frequentemente associada ao tabagismo. Sabe-se que os alcoólicos têm um consumo de tabaco duas vezes superior ao dos bebedores ocasionais. Na população fumadora, o alcoolismo é 10 vezes mais frequente do que na população não fumadora. <sup>(106,107)</sup>

Está bem estabelecida a associação entre o tabagismo e o consumo de drogas ilícitas: 85% dos toxicodependentes são fumadores e a maior frequência de consumo de tabaco surge entre os dependentes de heroína.

A cessação tabágica em fumadores com problemas de saúde mental é de particular dificuldade, contudo, é necessário implementar programas que se adaptem às características destes fumadores.

São recomendadas terapêuticas farmacológicas com antidepressivos – bupropiona e nortriptilina. Provavelmente, a sua combinação com substitutos de nicotina aumenta a taxa de abstinência.

Em doentes com diagnóstico psiquiátrico anterior e seguidos por médico da especialidade, deverá programar-se um trabalho em equipa para conhecimento mútuo da situação clínica, da oportunidade do início do tratamento e eventual ajuste na medicação psiquiátrica. Nos doentes do foro mental, mas sem diagnóstico, com terapêutica recente ou em crise, recomenda-se uma atitude de precaução, com actuação só após três a seis meses de estabilização do quadro clínico. <sup>(106)</sup>

## **Pessoas idosas fumadoras**

As pessoas idosas fumadoras têm algumas características especiais, tais como: uma história de tabagismo mais longa e cumulativa; uma forte dependência da nicotina; a presença mais frequente de sintomas ou doenças relacionadas com o tabaco; uma menor actividade física; o isolamento. Por outro lado, desvalorizam o interesse de deixar de fumar na sua idade e não acreditam na possibilidade de o conseguir. <sup>(105)</sup>

Os benefícios para a saúde da cessação tabágica são semelhantes em qualquer grupo etário. No idoso traduzem-se, como nos restantes grupos etários, por um aumento da qualidade de vida e da longevidade, e por uma redução da morbilidade.

A abordagem do tabagismo na pessoa idosa deve ser semelhante à utilizada habitualmente, mas tendo em conta as suas características próprias. Em muitos casos é importante assegurar o apoio social e psicológico; o aconselhamento telefónico próactivo tem mostrado ser útil.

A terapêutica farmacológica contempla os mesmos fármacos de primeira linha, substitutos de nicotina, bupropiona ou vareniclina, desde que não existam contra-indicações.

A farmacodinâmica da nicotina é similar no idoso ou no jovem, mas a eliminação é prejudicada na insuficiência renal, pelo que a dose deve ser ajustada nestes casos. É aconselhável preferir os sistemas transdérmicos ou pastilhas de chupar para os idosos que usam próteses dentárias móveis. Não deve ser esquecida a redução da dosagem da bupropiona para metade, nos indivíduos com mais de 65 anos. <sup>(76,79,81)</sup>

## **Doente internado fumador**

Os doentes internados num serviço de saúde, qualquer que seja a patologia ou motivo de internamento, não podem fumar. Deve-se aproveitar esta oportunidade para aconselhar e motivar o doente a deixar de fumar definitivamente, valorizando o fumo do tabaco como factor de agravamento das doenças existentes. Esta intervenção é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Pode ser facilitada se existirem protocolos de apoio. Estes doentes devem ter apoio comportamental e, se necessário, podem ser orientados para uma consulta de apoio intensivo, após a alta. <sup>(108)</sup>

No caso dos doentes internados mais dependentes da nicotina, deve ser equacionada a necessidade de instituição de terapêutica com os substitutos de nicotina para evitar sintomas de abstinência importantes.

No caso de doença cardiovascular grave ou instável (arritmias graves ou angina de peito instável) ou de enfarte do miocárdio recente (menos de duas semanas), não existem estudos que evidenciem que o uso de substitutos de nicotina seja seguro, devendo ser evitados nestes doentes. <sup>(108,109)</sup>



No caso de internamentos programados, nomeadamente nas cirurgias, o doente fumador deve ser abordado nas consultas de anestesia ou cirurgia.

Sabe-se que mais de 10% dos doentes desenvolvem complicações do foro respiratório ou cardiovascular no período pós-operatório e que estas são mais frequentes nos fumadores. Fumar aumenta três a seis vezes o risco de complicações pulmonares intra-operatórias (62) e duas a cinco vezes o risco de complicações perioperatórias nos doentes com doença pulmonar ou cardíaca crónica. Assim, nas cirurgias programadas os doentes devem parar de fumar oito semanas antes da cirurgia, para reduzir a incidência de complicações. <sup>(108, 109,110,111)</sup>

### **III. Planeamento e Organização dos Serviços de Apoio Intensivo**

#### **Planeamento e estimativa de necessidades**

Numa população de pessoas fumadoras estima-se que cerca de 70% gostaria de deixar de fumar, se o pudesse fazer com facilidade. No entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo. Tendo por base os resultados de diversos estudos sobre a distribuição dos fumadores em função dos diferentes estádios de mudança, estima-se que, anualmente, cerca de 30% dos fumadores faz uma tentativa para parar de fumar.

Muitos fumadores deixam de fumar sem grande dificuldade, pois nem todos apresentam um elevado grau de dependência.

Todos os adultos e grávidas que acorrem a uma consulta num serviço de saúde deverão ser questionados quanto aos seus hábitos tabágicos e aconselhados relativamente às vantagens de parar de fumar.

Como atrás referido, as consultas de apoio intensivo destinam-se aos fumadores que apresentam uma situação clínica mais complexa, que obrigue a um maior acompanhamento.

#### **Estimativa de necessidades**

Num centro de saúde que abranja uma população inscrita de 100 000 utentes, existirão cerca de 20 a 25 000 fumadores, dependendo da respectiva pirâmide etária e prevalência de consumo. De acordo com alguns estudos, estima-se que a maioria se encontre em fase de pré-contemplação e de contemplação e que só cerca de 10% destes fumadores esteja em fase de preparação, o que corresponde a cerca de 2000 a 2500 fumadores. Destes, cerca de 20%, 400 a 500, correspondem a situações mais complicadas, necessitando de apoio intensivo em consulta especializada. <sup>(39,41)</sup>

De acordo com as presentes orientações, cada fumador deverá realizar, entre quatro a seis consultas médicas, com uma duração média de vinte minutos.

Serão, assim, necessárias 1 600 a 3 000 consultas médicas/ano, o que corresponderá a um total de 533 a 1000 horas de consulta/ano, ou seja, a dividir pelas 52 semanas do ano, 10 a 19 horas por semana, realizadas por um ou mais médicos, num só local ou em vários. Pressupõe-se que estas consultas médicas sejam complementadas por apoio de enfermagem, de psicologia e de nutrição.

A equipa do centro de saúde deverá promover o desenvolvimento de um programa de saúde que englobe actividades de prevenção primária do tabagismo nos estabelecimentos de saúde, nas escolas, em empresas, etc.

bem como o interesse de todos os profissionais de saúde pelo tema e a sua acção no apoio aos fumadores em pré-contemplação e em contemplação.

Nos hospitais deve existir também uma consulta de apoio intensivo de modo a assegurar a cessação tabágica aos doentes fumadores internados e em ambulatório, bem como aos profissionais de saúde que desejem deixar de fumar.

Exemplo de estimativa de necessidades de consultas de apoio intensivo para a cessação tabágica numa Unidade de Saúde Familiar (USF) com 15 000 inscritos e uma prevalência de fumadores de cerca de 22%:

- Prevalência de fumadores (22%): 3 300.
- Percentagem de fumadores com dependência não preparados para parar (cerca de 80%): 2640.
- Percentagem de fumadores preparados para parar (cerca de 10%): 330.
- Percentagem de fumadores preparados para parar, com situação complexa ou com indicação prioritária para uma consulta de apoio intensivo (cerca de 20%): 66.
- Se forem realizadas 4 a 6 consultas médicas por fumador complexo, serão necessárias: 260 a 390 consultas médicas.
- Considerando um tempo médio de consulta de cerca de 20 minutos, serão necessárias 86 a 130 horas de consulta/ano, ou seja cerca de 1,7 a 2,5 horas semanais de consulta.

Assim, em termos médios e tendo em consideração o tempo de contacto com outros profissionais da equipa, será necessário organizar um período semanal (uma tarde ou uma manhã) para atendimento de pessoas fumadoras em processo de cessação tabágica.

## **Organização da consulta de apoio intensivo**

### **Espaço e ambiente**

A consulta de cessação tabágica, pelas suas características, pressupõe uma organização específica. Deve realizar-se num consultório cuja decoração e sinalização permitam a sua identificação. É desejável que exista proximidade entre os locais de trabalho dos diferentes elementos da equipa. A sala de espera deve promover o contacto informal entre os fumadores, pois a troca de informações e o cruzamento de testemunhos é já uma parcela do plano terapêutico. Cartazes, quadros, placares informativos sobre a consulta e os seus resultados, notícias sobre o fumo do tabaco e a disponibilização de folhetos, são estratégias a valorizar no espaço do consultório, na sala de espera e no estabelecimento de saúde.

## **Horário**

O horário da consulta não se deve confundir nem sobrepor com as outras actividades do médico ou da enfermeira. Os horários pós-laborais devem ser estimulados, pois a maioria dos potenciais utilizadores pertencem à população activa.

## **Equipamento**

Na consulta de cessação tabágica deve existir o equipamento necessário para a avaliação dos sinais vitais e do nível de monóxido de carbono – balança com escala numérica para medição da altura, aparelho aneróide de medição de pressão arterial, doseador de monóxido de carbono, arquivo de processos clínicos, fichas clínicas, cartão de contacto da consulta com os dados de identificação e contacto necessários e computador com *software* clínico de apoio à consulta.

Deverá existir acesso a uma linha telefónica dedicada e, eventualmente, um endereço electrónico ou uma página na Internet para informação do público.

## **Equipa multiprofissional**

O fumador complexo requer uma equipa multiprofissional para o seu acompanhamento. A equipa nuclear é constituída por um médico, um enfermeiro e um administrativo. Sempre que possível, a equipa deve ter o apoio de um psicólogo e de um nutricionista.

## **Funções do administrativo**

O administrativo realiza a inscrição do fumador, marca as consultas e valida as credenciais e o receituário. Presta informações de tipo administrativo sobre a consulta, presencialmente, via telefone ou electrónica.

## **Funções do enfermeiro**

Ao enfermeiro é pedido o acolhimento do fumador, o ensino do tópico “tabaco ou saúde”, a avaliação da fase de motivação, o registo de dados antropométricos - peso, altura, índice de massa corporal, pressão arterial, doseamento do nível de monóxido de carbono -, o apoio ao autopreenchimento de questionários e a entrega de folhetos informativos de acordo com a fase de motivação. Ainda, esclarecimento de dúvidas, avaliação periódica do estado de evolução do paciente, presencialmente, via telefone ou Internet, ou outras, de acordo com as suas competências, necessidades e distribuição de tarefas dentro da equipa.

## **Funções do médico**

Ao médico caberá avaliar os hábitos e comportamentos aditivos do fumador, os seus apoios sociais e familiares, a história tabágica, os factores de risco, a

patologia prévia e a terapêutica farmacológica actual. Deverá, ainda, discutir e avaliar os resultados dos inquéritos de dependência, motivação e perfil do fumador, assim como avaliar os dados antropométricos e o nível de monóxido de carbono, propor um plano de mudança comportamental e, se adequado, prescrever terapêutica farmacológica. Poderá ser feita referenciação, sempre que necessário, para o psicólogo, o nutricionista ou outros especialistas.

### **Funções do psicólogo**

Ao psicólogo pede-se aconselhamento motivacional a fumadores que se encontrem em fases de pré-contemplação e de contemplação, seguimento de fumadores com dificuldade de controlar a ansiedade ou a depressão durante o período de cessação tabágica e prevenção da recaída.

### **Funções do nutricionista**

Ao nutricionista pede-se que realize inquérito alimentar, avaliação de dados antropométricos e aconselhamento alimentar junto dos fumadores que tiveram aumento ponderal superior a três kilos em tentativa anterior de cessação tabágica ou que já tem peso excessivo (IMC > 25), ou que refiram ansiedade elevada quanto à possibilidade de aumento de peso.

### **Ficha clínica**

A consulta de apoio intensivo deve ter uma ficha clínica específica.<sup>10</sup> Na ficha clínica deverão anotar-se os dados biográficos, hábitos alimentares, comportamentos aditivos e suporte de familiares, a caracterização do hábito tabágico e eventuais tentativas anteriores e terapêuticas em curso, bem como as respostas aos questionários que avaliam a dependência à nicotina, o grau de motivação, o perfil do fumador e a eventual presença de ansiedade e depressão. Devem registar-se ainda os resultados dos parâmetros vitais e dos doseamentos de monóxido de carbono e o plano de actuação farmacológico e não farmacológico.

As consultas de seguimento devem ser registadas em folha própria.

---

<sup>10</sup> Nota: será oportunamente divulgado um modelo de ficha clínica que após pré-teste será aplicado a todo o País.

## Indicadores de avaliação

O “Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo” deve ser avaliado anualmente. A consulta de cessação tabágica deve ser igualmente avaliada segundo indicadores pré-definidos.

### Indicadores de avaliação (exemplos)

1. Percentagem de inscritos maiores de 16 anos com registo de hábitos tabágicos no último ano (*Indicador de desempenho da USF*). <sup>(112)</sup>
2. Proporção de fumadores da unidade de saúde familiar apoiados na consulta de cessação tabágica, por sexo e grupo etário/ano (taxa de cobertura)
3. Proporção de fumadores (inscritos pela 1.<sup>a</sup> vez há pelo menos 6 meses) que continuam sem fumar após seis meses do dia D/ano/sexo e grupo etário/grau de dependência/grau de motivação
4. Proporção de fumadores (inscritos pela 1.<sup>a</sup> vez há pelo menos 12 meses) que continuam sem fumar após 12 meses do dia D/ano/ sexo e grupo etário ano/ por sexo /grupo etário/grau de dependência/grau de motivação
5. Número médio de consultas por fumador, num período de 12 meses, por sexo e por grupo etário.

## IV. Referências Bibliográficas

- 1) World Health Organization. The European Health Report, 2005: public health action for healthier children and populations. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2005.
- 2) The Aspect Consortium for European Commission. Directorate General for Health and Consumer Protection. Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future. European Commission, Luxembourg, 2004.
- 3) Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries, 2nd edition, updated, June 2006. [disponível <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/> , aceso 27/04/07].
- 4) The Smoke free Partnership. Lifting the smokescreen. 10 reasons for a Smoke free Europe. Brussels, Feb, 2006. [disponível [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org), aceso 14/03/2007].
- 5) World Health Organization, Tobacco:deadly in any form or disguise. World no Tobacco Day 2006. Geneva, 2006:46p.
- 6) World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol.83. Tobacco smoke and involuntary smoking, IARC, Lyon, France, 2004.
- 7) World Health Organization, The scientific basis of tobacco product regulation. Report of a study group, WHO Technical Report Series 945, WHO, Geneva, 2007.
- 8) U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. 1988.
- 9) Doll R, Hill BA. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report, BMJ, 1950, 2:739-748
- 10) Doll R, Hill BA, The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. BMJ, 1954, 228, (i): 151-155.
- 11) U.S. Department of Health and Human Services. Smoking and health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, 1964.

- 12) U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, 2004.
- 13) Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na Saúde. Revista Port. Clínica Geral, 2006;22:225-244.
- 14) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. BMJ, 2004;328:1519-1528.
- 15) British Medical Association. Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health, London, 2004.
- 16) U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- 17) Comissão das Comunidades Europeias. Livro Verde. Por uma Europa sem Fumo. Opções estratégicas a nível comunitário. COM 2007(27)Final, Bruxelas, 2007. [Available at: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_smoke\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pt.pdf)]
- 18) California Environmental Protection Agency (CalEPA). Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke (1997). [disponível [http://www.oehha.ca.gov/air/environmental\\_tobacco/finalets.html](http://www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/finalets.html), acedido em 23/03/07]
- 19) U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Toxicology Programme. 11<sup>th</sup> Report on Carcinogens, Jan 2005. [disponível <http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/toc11.html>, acedido em 30/02/07).
- 20) Calheiros J. Fumo ambiental e saúde. Revista. Port. Clínica Geral, 2006;22:245-253.
- 21) World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve, WHO, 2004.
- 22) DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. Tob Control, 2002; 11: 0-7.



- 23)Centers for Disease Control and Prevention. Tips. Health effects of smoking among young people, 1999. [disponível <http://www.cdc.gov/tobacco/stspta5/htm>, acedido 10/03/07].
- 24)World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva, WHO, 1992.
- 25)American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV), 4<sup>th</sup> ed, Washington D.C. American Psychiatric Association, 1994. Tradução portuguesa. Fernandes JC edt, Climepsi Editores, Lisboa, 1996.
- 26)Carles Ariza e Manuel Nebot. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro In: Monografía Tabaco, Ed. E. Becoña, Adicciones, Vol.16, sup. 2, 2004
- 27)Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. Neuroscience biobehavioral explanation. Neuroscience Biobehavior Review, 8: 503-513.
- 28)Hoving C, Reubsaet A, Vries H. Predictors of smoking stage transition for adolescents boys and girls. Prev Med, 2007, 44(6): 485-489.
- 29)Becoña, E. Factores asociados ao consumo de tabaco na mulher e medidas preventivas. In: Precioso J (eds), Prevenção, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Centro de Investigação em Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Univ.Minho. pp 43-65.
- 30)Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Health Strategies in Portugal. The National Health Plan 2004-2010. [disponível [http://www.acs.min-saude.pt/NR/rdonlyres/2C33107B-38E9-47BA-B4C1-1E2AE844DA61/9652/healthstrategiesinportugal\\_2.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/NR/rdonlyres/2C33107B-38E9-47BA-B4C1-1E2AE844DA61/9652/healthstrategiesinportugal_2.pdf), acedido 15/09/07]
- 31)Gouveia M, Borges M, Pinheiro LS et al. Carga e custo da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Uma reflexão nacional. Portugal sem Fumo. Hospital do Futuro [disponível <http://www.portugalsemfumo.org/> acedido 3/10/07]
- 32)Feijão F, Lavado E. Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental/2003 (ECTAD/2003). Instituto da Droga e Toxicodependência, Ministério da Saúde.
- 33) Matos MG, Simões C, Tomé G et al , Aventura Social e Saúde. A saúde dois adolescentes portugueses. Hoje e em 8 anos. Relatório preliminar do estudo HBSC 2006, Faculdade de Motricidade Humana, Centro de Malária e outras doenças tropicais, coordenação Nacional para a infecção VIH/SIDA, Health Behavior in Scholol –aged Children/OMS,

- 34)Prahbat, J. & Chaloupka, F.J. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. New York, World Bank, 1999.
- 35)Hopkins DP et al, The Task force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med, 2001;20(2s): 17- 86.
- 36)Glanz K, Rimer BK, Lewis FM Edits. Health behavior and health education, theory, research and practice, 3<sup>rd</sup> ed, Jossey-Bass, San Francisco, USA, 2002.
- 37)Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. Psychotherapy:Theory, Research and Practice, 1982, 19(3):276-288.
- 38)Riemsma RP, Pattenden J, Bridle et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. BMJ; 2003, 326:1175-1177.
- 39)Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. Prev Med 1995; 24:401-411
- 40)Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO. Applying the transtheoretical model to representative sample of smokers. Addict Behav 1995; 20: 189-203.
- 41)Etter J-F, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. Prev Med 1997; 26:580-585.
- 42)Jarvis MJ, Wardle J, Waller J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. BMJ, 2003, 326:1061
- 43)MacIntosh H, Coleman T. Characteristics and prevalence of hardcore smokers attending UK general practitioners. BMC Family Practice, 2006;7:24
- 44)Laforge RG, Velicer WF, Tichmond RL, Owen N. Stage distributions for five health behaviors in The United States and Australia. Prev Med 1999; 61-74.
- 45)Mezquita MAH, Bustos MG, Hernández MAS. Estratégias para la prevención de las recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico. In Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT eds. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3<sup>a</sup>ed, GlaxoSmithKline, Madrid, 2006.

- 46) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 1983;51:390-395.
- 47) Soares I, Vaz Carneiro A. Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco. Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde, 1ªed, Lisboa, 2002.
- 48) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- 49) National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings, Public Health Intervention Guidance n.º 1, March 2006.
- 50) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence*. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. October 2000. [disponível: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrq.htm#Front>, acessado 20/05/07 ]
- 51) Rebelo L. Consulta de cessação tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clín Geral* 2004;20:87-98.
- 52) Rebelo L. O médico de família e a dependência tabágica. Uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. *Rev Port Clín Geral* 2004; 20:75-84.
- 53) Santos M. Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. *Revista. Port Clin Geral*, 2006;22:255-262.
- 54) Zigmund & Snaith (1983), tradução portuguesa: Silva, I. Ribeiro, J. P., Cardoso, *Psychologia da Universidade de Coimbra*, 2006, 41, 193-204.
- 55) Bush K, Kivlahan DR, Mc Donnell MB, et al. The Audit alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Inter Med*. 1998, 16: 1789-1795.
- 56) Babor TF et al. AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. 2<sup>nd</sup> ed, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2001.
- 57) Heatherton TF et al. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Brit J Addiction* 1991;86:1119-1127.

- 58) Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 1993; 88: 1127-1135.
- 59) Tonnesen P et al. ERS task force. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Resp J*. 2007;29:390-417.
- 60) Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jorgensen T. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 40(2005) 278-284.
- 61) Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jorgensen T. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 40(2005) 285-292.
- 62) Raw M, McNeill A, Coleman T. Lessons from the English smoking treatment services. *Addiction*, 100 (Suppl.2), 84-91.
- 63) European Commission, Directorate General Communication for Directorate General SANCO. Special Eurobarometer 272c/wave 66.2 – TNS Opinion & Social, Attitudes of Europeans towards tobacco. Report, May 2007.
- 64) Alberg AJ et al. Weight gain as an impediment to cigarette smoking cessation: A lingering problem in need of solutions. *Commentary. Prev Med* 2007;44:296-297.
- 65) Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine & Tobacco Research* 2001; 3: 51-60.
- 66) Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007;335: 37-41.
- 67) Jarvis, M. (2004) Why people smoke. *BMJ*, vol 328, pag. 277-280.
- 68) Becoña, E. Guia clínico deixar de fumar. Socidrogalcohol, Valência, 2004.
- 69) Becoña, E. et al. Tratamiento del tabaquismo, Dykinson, Madrid, 1998.
- 70) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. The Guilford Press, New York, 1991.
- 71) Motivational interviewing (resources for clinicians, researchers and trainers). Motivational interviewing principles. [Disponível em: <http://www.motivationalinterview.org/clinical/principles.html>, acessado 23/07/07]

- 72)CA, Jimenez-Ruiz, JI de Granda Orive, S Solano Reina, F Carrion Valero, P Romero Palacios y Barrueco Ferrero. Normativa SEPAR. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003;39(11):514-23
- 73)World Health Organization. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence 2003.
- 74)Henningfield JE, Slade J. (1998). Tobacco dependence medications: public health and regulatory issues. Food Drug and Law Journal, 53,suppl:75-114.
- 75)Henningfield JE, Fant RV, et al. Pharmacotherapy for nicotine dependence. CA Cancer J Clin 2005;55;281-299.
- 76)Martin F, Corral LP. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Transtornos Adictivos 2004; 5(2); 103-112.
- 77)Schnoll RA, Lerman C. Current and emerging pharmacotherapies for treating tobacco dependence. Expert Opin. Emerging Drugs 2006;11(3)
- 78)Fagerström K. New perspective in the treatment of tobacco dependence. Monaldi Arch Chest Dis 2003; 60:3, 179-183.
- 79)Ferrero B, Mezquita A, Garcia T. eds. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo,3ªed, GlaxoSmithKline SA. Madrid, 2006.
- 80)Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3. 2004.[disponible em <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html> , acedido 10/10/2007].
- 81)Balfour DJK, Fagerström KO. Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. Pharmacol. Ther 1996 72: 51-81.
- 82)Molyneau A. Nicotine replacement therapy . BMJ. 2001; 328: 454-6.
- 83)Benowitz NL, Jacob III P, and Savanapridi C) Determinants of nicotine intake while chewing nicotine polacrilex gum. Clinical Pharmacology and Therapeutics,1987, 41:467-473.
- 84)Russel MA, Feyerabend C, Cole PV. Plasma nicotine levels after cigarette smoking and chewing nicotine gum. Br. Med. J. 1976;1:1043-1046.
- 85)Fredrickson PA, Hurt RD, Lee MG et al. high dose transdermal nicotine therapy for heavy smokers: safety, tolerability and measurement of nicotine and cotinine levels. Psicopharmacology 1995; 122: 215-222.

- 86) Ebbert J O, Sood A, Hays JT, Dale LC, Hurt RD. Treating tobacco dependence: review of the best and latest treatment options. *J. Thorac Oncol.* 2007;2: 249-256).
- 87) Sweeney CT, Fant R, Jorenby DE, Leischow, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 1999; 340: 685-691.
- 88) Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. *Drug and Alcohol review* 2003;22:203-20.
- 89) Fagerström KO et al. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rational, efficacy and tolerability. *CNS. Drugs* 2001; 15: 453-467.
- 90) Hays TJ, Hurt RD, Rigotti NA. Sustained release bupropion for relapse prevention after smoking cessation. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423-433.
- 91) Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int J Clin Pract*, May 2006, 60, 5, 571-576.
- 92) Gonzales D et al. Varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. *JAMA*, 296(1):47-55.
- 93) Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA*, 296(1):56-63.
- 94) Tonstad et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA*, 296(1):64-71.
- 95) Prochaska AV, Weaver MJ, Keller RT et al. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2035-2039.
- 96) Elin Roddy. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ*, Feb 2004; 328:509-511.
- 97) Otero MJ: Efectos adversos del tratamiento farmacológico del tabaquismo; 2006 Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo 3ª edición GlaxoSmithKline SA. Madrid, 2006.279-312
- 98) Pan American Health Organization. Tobacco-free Youth. A "life skills" primer. Scientific and Technical Publications n.º 579, World Health Organization, Washington D.C., 2000.

- 99) Candace C et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO, 2004.
- 100) Carles Ariza e Manuel Nebot. La prevención del tabaquismo en los jóvenes. realidades y retos para el futuro, in Becoña, E., Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, sup. 2, 2004
- 101) American Academy of Pediatrics Committee on substance abuse. Tobacco's toll: implications for the paediatrician. *Pediatrics* 2001; 107 (4): 794-798.
- 102) Jammer, L.D. et al. (2003) Tobacco use across the formative years: A road map to developmental vulnerabilities. *Nicotine & Tobacco Research*, Vol.5 sup 1 Dez.2003.
- 103) Milton MH, Maule CO, Yee SL, Backinger C, Malarcher AM, Husten CG. U.S.. Youth tobacco cessation. A guide for making informed decisions. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2004.
- 104) Nunes E. Tabaco e Saúde in Ministério da Educação, Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direcção-Geral da Saúde, Instituto da Droga e Toxicodependência. Consumo de substâncias psicoactivas e prevenção em meio escolar, Lisboa, 2007:19-37
- 105) Coleman T. Special groups of smokers. *BMJ* 2004;328:575-577
- 106) Kahn JP. Dependência tabágica, desabituação e psicopatologia. In: Martinet Y, Bohadana A. O Tabagismo. Da prevenção à abstinência. 313-324. Climepsi Editores 2003.
- 107) McNeill A. Smoking and mental health – a review of the literature. Smoke Free London Programme, London, 2001.
- 108) Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
- 109) Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359 (9301):114-117).
- 110) Bluman LG, Mosca L, Newman N, Simon DG. Préoperative smoking habits and pos-operative pulmonary complications. *Chest* 1998; 113:883-889.

- 111) Scwilk B, Botner U, Schraag S, Georgieff M. Perioperative respiratory events in smokers and non smokers undergoing general anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41:348-355.
- 112) Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa, Abril, 2006.



## ANEXOS

### ANEXO I - Avaliação dos estádios de mudança comportamental

- 1) *No último ano, quantas vezes deixou de fumar durante pelo menos mais de 24 horas?*
  - Nenhuma*
  - Uma ou mais vezes*
- 2) *Actualmente fuma e tem a intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias.*
  - Sim*
  - Não*
- 3) *Actualmente fuma e tem a intenção de deixar de fumar nos próximos 6 meses.*
  - Sim*
  - Não*
- 4) *Actualmente fuma, mas não tem a intenção de deixar de fumar nos próximos 6 meses.*
  - Sim*
  - Não*

Precontemplação : Resposta afirmativa à pergunta 4

Contemplação: Resposta afirmativa à pergunta 3

Preparação: Resposta afirmativa à pergunta 2 e resposta “uma ou mais vezes” à pergunta 1.

Fonte: Prochaska e DiClemente <sup>(36)</sup>

## ANEXO II - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Leia cada item e coloque uma cruz na frase que mais se aproxima da forma como se tem sentido na última semana.

<b>1 (A) – Sinto-me tenso/ a ou nervoso/a:</b>		<b>8 (D) – Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:</b>	
Quase sempre	3	Quase sempre	3
Muitas vezes	2	Muitas vezes	2
Por vezes	1	Por vezes	1
Nunca	0	Nunca	0
<b>2 (D) – Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:</b>		<b>9 (A) – Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:</b>	
Tanto como antes	0	Nunca	0
Não tanto como agora	1	Por vezes	1
Só um pouco	2	Muitas vezes	2
Quase nada	3	Quase sempre	3
<b>3 (A) – Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer:</b>		<b>10 (D) – Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:</b>	
Sim, e muito forte	3	Completamente	3
Sim, mas não muito forte	2	Não dou a atenção que devia	2
Um pouco, mas não me aflige	1	Talvez cuide menos que antes	1
De modo algum	0	Tenho o mesmo interesse de sempre	0
<b>4 (D) – Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:</b>		<b>11 (A) – Sinto-me de tal forma inquieto (a) que não consigo estar parado/a:</b>	
Tanto como antes	0	Muito	3
Não tanto como antes	1	Bastante	2
Muito menos agora	2	Não muito	1
Nunca	3	Nada	0
<b>5 (A) – Tenho a cabeça cheia de preocupações:</b>		<b>12 (D) – Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:</b>	
A maior parte do tempo	3	Tanto como antes	0
Muitas vezes	2	Não tanto como antes	1
Por vezes	1	Bastante menos agora	2
Quase nunca	0	Quase nunca	3
<b>6 (D) – Sinto-me animado/a:</b>		<b>13 (A) – De repente tenho sensações de pânico:</b>	
Nunca	3	Muitas vezes	3
Poucas vezes	2	Bastantes vezes	2
De vez em quando	1	Por vezes	1
Quase sempre	0	Nunca	0
<b>7 (A) – Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:</b>		<b>14 (D) – Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:</b>	
Quase sempre	0	Muitas vezes	0
Muitas vezes	1	De vez em quando	1
Por vezes	2	Poucas vezes	2
Nunca	3	Quase nunca	3

HAD – A: \_\_\_\_\_

HAD – D: \_\_\_\_\_

Interpretação: ≤ 7: sem sinais de perturbação 7 -10: duvidoso > 11: com sinais de perturbação - clinicamente significativa. Adaptado de Zigmund & Snaithe (1983), tradução portuguesa: Silva, I. Ribeiro, J. P., Cardoso, Psychologia da Universidade de Coimbra, 2006, 41, 193-204.

### ANEXO III - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)

	0	1	2	3	4
1 - Com que frequência consome bebidas que contém álcool?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
2 - Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou mais
3 - Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
<b>TOTAL</b>					

#### Pontuação do AUDIT:

As perguntas têm uma cotação entre 0 e 4 pontos.

Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 12. O score máximo é 12 e acima de 4 (maior ou igual a 5) no homem e acima de 3 (maior ou igual a 4) na mulher existe consumo excessivo.

No entanto, quando o *score* obtido decorre exclusivamente da resposta à pergunta 1, com pontuação nula nas restantes perguntas, pode assumir-se que os consumos estão dentro de valores aceitáveis, sugerindo-se a repetição do teste para confirmação, em consultas subsequentes.

Usualmente, quanto maior o *score*, maior a probabilidade de existirem consumos de álcool acima do recomendado.

Fonte: Adaptado de Bush K, Kivlahan DR, Mc Donnell MB, et al. The Audit alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Arch Inter Med. 1998, 16: 1789-1795.

## Anexo IV - Teste de Fagerström adaptado

Perguntas		
Após acordar, quando é que fuma o 1º cigarro?	Nos primeiros 5 minutos Após 6 – 30 minutos Após 31 – 60 minutos Após > 60 minutos	3 2 1 0
É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	Sim Não	1 0
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	O primeiro da manhã outros	1 0
Quantos cigarros fuma por dia?	< = 10 11 – 20 21 – 30 > 31	0 1 2 3
Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	Sim Não	1 0
Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	Sim Não	1 0

A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes.

Fonte: Adaptado de Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction. 1991;86(9):1119–1127