



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**CESSAÇÃO TABÁGICA - A DINÂMICA DA  
MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**Joana Patrícia Santos Coelho de Almeida Abrantes**

**Aluna do 6º ano da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal**

**joana.c.abrantes@gmail.com**

# Índice

	Pág.
1. Lista de abreviaturas a acrónimos	3
2. Resumo/ <i>Abstract</i>	4
3. Introdução	7
4. Materiais e Métodos	9
5. Resultado	10
a. O tabagismo como dependência	10
b. O impacto do tabaco na saúde, família, sociedade e grupos de risco e vulneráveis	12
c. Prevenção e controlo do tabagismo	19
i. A OMS e a DGS no combate ao tabagismo	19
ii. Cessação tabágica e o controlo do tabagismo – O Médico de Família e a intervenção clínica	21
1- Intervenção Breve/Mínima	24
2- Intervenção intensiva	29
3- A Recaída	33
iii. Aconselhamento e tratamento comportamental	36
iv. Terapêutica farmacológica	43
d. Os resultados da cessação tabágica	52
6. Discussão e Conclusão	57
7. Referências bibliográficas	62
8. Anexos	69

## 1- Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEG – Electroencefalograma

GABA – *Gamma-AminoButyric Acid*

HDL – *High Density Lipoprotein*

LDL – *Low-density lipoprotein*

MAO – Monoaminaoxidase

MGF – Medicina Geral e Familiar

NMDA – N - metil D – aspartato

OMS – Organização Mundial de Saúde

RTP – Rádio e Televisão de Portugal

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

TSN – Terapêuticas de Substituição da Nicotina

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO FCTC – *World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*

## 2- Resumo

**Introdução:** O tabagismo constitui uma das principais causas evitáveis de doença e é um importante factor de mortalidade e morbidade, estando associado a grande número de patologias. Trata-se ainda de uma dependência crónica, com componente física e psicológica, que representa uma prioridade de Saúde Pública a nível mundial, tornando-se crucial tomar medidas urgentes.

**Objectivos:** são, assim, objectivos deste trabalho a actualização de conceitos, estratégias e modalidades de intervenção no domínio da prática clínica da presente temática, assim como abordar os resultados obtidos no plano da cessação tabágica na área da Medicina Geral e Familiar.

**Materiais e Métodos:** foi efectuada revisão de bibliografia publicada entre 2007-2014, mediante pesquisa no sítio da Internet da PubMed. Foram, também, consultados os sítios da internet da World Health Organization e da Direcção Geral de Saúde, assim como as seguintes revistas: Revista Portuguesa de Pneumologia, Revista Portuguesa de Clínica Geral, Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e Acta Médica Portuguesa. Constituíram ainda, objecto de consulta diversos livros e legislação em vigor.

**Resultados:** A cessação tabágica orientada por profissionais de saúde constitui a estratégia preventiva com o objectivo de diminuir a prevalência de fumadores. Aos Cuidados de Saúde Primários cabe um papel activo neste processo, pela sua acessibilidade e pela relação pessoal e profissional que o médico de família apresenta com os seus doentes. A sua abordagem passa pela prevenção primária, secundária e terciária. Desta forma, são distinguidos três tipos de intervenção clínica na cessação tabágica: intervenção breve, mínima e intensiva, que devem ser baseadas na boa relação médico-doente e na multidisciplinariedade entre diferentes profissionais de saúde, na qual o doente é visto de forma holística. Estas intervenções passam pelo aconselhamento e suporte comportamental do fumador, assim como farmacoterapia; a utilização de técnicas de entrevista motivacional para realçar os benefícios, alertar para os riscos e perceber quais os obstáculos permitem trabalhar a relutância em deixar de fumar. Existem grupos mais vulneráveis na população, com maior risco de consumo de tabaco, que poderão merecer especial atenção por parte dos profissionais de saúde. Um follow-up adequado é crucial para o sucesso da intervenção, prevenindo a recaída que tantas vezes faz parte do processo de cessação tabágica.

**Discussão e Conclusão:** É notada preocupação com a epidemia tabágica a nível mundial. A abordagem da temática pelo profissional de saúde e o apoio dado por este na

cessação tabágica aumenta a consciencialização dos fumadores e pode melhorar as taxas de sucesso da intervenção. A existência de um programa-tipo de actuação na cessação tabágica preconizado pela DGS, colocando em destaque o médico de família, é muito positiva como estratégia de combate ao tabagismo. A população portuguesa fumadora não está suficientemente sensibilizada para deixar de fumar, nem tão pouco dos riscos e custos que estão associados ao tabagismo. Daqueles que pretendem deixar de fumar, poucos recorrem ainda à ajuda médica. É necessária informação, comunicação e formação nas equipas de saúde, assim como na comunidade em geral.

Palavras – Chave: Cessação tabágica, Tabagismo, Cuidados de Saúde Primários, Aconselhamento comportamental, Farmacoterapia, Recaída.

## **Abstract**

Introduction: Smoking is one of the main evitable causes of diseases, as well as a major factor of mortality and morbidity, also related to a great number of pathologies. It's a chronic addiction, revealing a physical and psychological component, which makes it a Public Health priority all over the world, leading to urgent and crucial measures.

Objectives: the goal of this work is updating intervention concepts, strategies and modalities in the area of the clinical practice on this subject, besides approaching the achieved results in the smoking cessation plan in primary care.

Materials and Methods: bibliography revision has been made, published from 2007 to 2014, by searching in the PubMed Internet site; the same methodology has been taken with the World Health Organization and Portuguese Health Ministry Internet sites; also magazines, such as Portuguese Pulmonology Magazine, Portuguese General Clinic Magazine, Portuguese Society of Internal Medicine Magazine and Portuguese Medical Act. Several books and actualized legislation have also been source of consult.

Results: Smoking cessation guided by health professionals represents a preventive strategy which goal is to decrease smokers' prevalence. Primary health cares have an active role in this process, thanks to its accessibility and the personal and professional relation that the family physicians presents to his patients. His approach varies in primary, secondary and tertiary prevention. So three clinical intervention types are distinguished in smoking cessation: brief intervention, minimum and intensive, which must be based on a good

doctor/patient relationship and on the multidisciplinary among different health professionals, regarding the patient in a holistic way. Those interventions stand for advisement and smoker behaviour support, as well as pharmacotherapy; the use of technics of motivational interview to emphasize the benefits, alert to the risks and understand which obstacles can allow working the reluctance of giving up smoking. There are more vulnerable groups within the population, revealing a major risk of smoke addiction, which can get a special attention from the health professionals. An appropriated follow up is crucial to the success of the intervention, preventing a relapse that happens very often in this process.

Discussion and conclusion: There's a strong concern about the worldwide smoking epidemiology. Approaching the theme by the health professional and his support in the smoking cessation increases the awareness by the smokers and can improve the success rates of the process. The existence of a pattern programme to cope with smoking cessation, promoted by the DGS, is quite important as a strategy. The smoking Portuguese population is not aware enough to stop smoking, or about the risks and costs related to this habit. From those who want to quit, only a few ask for medical help. Information, communication and formation are crucial to the health teams, as well as to the general community.

Key words: Smoking cessation, smoking, primary health cares, behavioural intervention, pharmacotherapy, relapse.

### 3- Introdução

O tabaco é uma planta pertencente à família das Solináceas e a planta psicoactiva mais consumida no mundo. Trazida da América para a Europa por Cristóvão Colombo, até aos séculos XVI e XVII eram-lhe atribuídos fins terapêuticos e, embora já houvesse algumas contestações ao seu uso, o seu consumo começou a ser bastante prevalente. Em meados do século XX, o seu efeito prejudicial para a saúde começa a ser demonstrado.<sup>1</sup>

Actualmente, o tabagismo é considerado um grave problema de Saúde Pública, constituindo uma causa importante de morbilidade e mortalidade a nível mundial, bem como uma das principais causas evitáveis de doença. O tabaco é uma substância psicoactiva que causa dependência física e psicológica, entendida como problema mental e comportamental.<sup>2</sup> Os efeitos nocivos do consumo de tabaco estão documentados em numerosos estudos, sendo capaz de afectar quase todos os órgãos. De destacar cancros em diferentes localizações, doenças do aparelho respiratório e cardiovascular e efeitos na saúde reprodutiva.<sup>3</sup> O tabagismo apresenta, ainda, uma vertente social e económica, uma vez que coloca os fumadores passivos em risco<sup>3</sup> e representa elevados custos para o SNS (Serviço Nacional de Saúde) com o tratamento das doenças relacionadas com o tabaco.<sup>4</sup>

O tabaco mata cerca de 6 milhões de pessoas por ano no mundo, mais do que a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), tuberculose e malária combinadas. A OMS (Organização Mundial da Saúde) alerta que, se nada for feito para travar a epidemia tabágica, este número pode chegar, em 2030, a 8 milhões de mortes.<sup>2</sup> Segundo estimativas efectuadas, em 2010, em Portugal, o consumo de tabaco foi responsável por aproximadamente 10,3% do total de mortes verificadas nesse ano. Esta percentagem foi mais elevada no sexo masculino, que correspondeu a 83,2% das mortes atribuíveis ao tabaco.<sup>5</sup>

Segundo estudos do Eurobarómetro da Comissão Europeia, o consumo de tabaco na UE, em 2012, dos inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos, 28% eram fumadores.<sup>4</sup> Em Portugal, segundo o III Inquérito Nacional, em 2012, dos inquiridos entre os 15 e 64 anos, 26,3% tinham fumado nos 30 dias anteriores. Esta prevalência era superior nos homens, dos quais 35,1% eram fumadores, enquanto no sexo feminino 18% apresentavam esse hábito.<sup>5</sup>

Perante a dimensão do problema, a OMS entendeu a cessação tabágica como fundamental e criou a Convenção Quadro para o controlo do tabaco, também aprovada em Portugal.<sup>2</sup> Para responder a esta necessidade, foi implementado um Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, com carácter prioritário.

Assim, os Cuidados de Saúde Primários, pela sua acessibilidade e relação com a comunidade, surgem como fulcrais na prevenção e tratamento do tabagismo. Para o aumento da eficácia desta intervenção, é importante uma abordagem multidisciplinar, integrando as famílias, outras especialidades médicas e profissionais de saúde.<sup>6</sup> A abordagem por parte da MGF (Medicina Geral e Familiar) passa por três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária.<sup>7</sup> A prevenção terciária, caracterizada pela promoção da cessação tabágica, apresenta três níveis de actuação clínica: a intervenção breve e a mínima, a serem realizadas por todos os profissionais de saúde que contactam com doentes fumadores, e a intervenção intensiva, realizada por profissionais especializados, em fumadores voluntários que não conseguem deixar de fumar apenas com as intervenções anteriores, mas que pretendem auxílio.<sup>8</sup> Trata-se de um tipo de suporte que deve incluir aconselhamento e apoio comportamental e eventual farmacoterapia adaptados a cada indivíduo.<sup>6</sup>

Neste âmbito, o presente artigo tem como objectivo elaborar uma revisão da bibliografia, nacional e estrangeira, para actualizar conceitos, estratégias e modalidades de intervenção no domínio da prática clínica na cessação tabágica, assim como abordar os resultados obtidos com este mesmo plano, na área da MGF.



#### 4- Materiais e Métodos

A maioria dos artigos seleccionados para esta revisão foi obtida por pesquisa na base de dados da PubMed utilizando como palavras-chave *smoking cessation, tobacco e primary health care*. Foram utilizados alguns filtros de pesquisa, nomeadamente a língua em que estava escrito o artigo, seleccionando as línguas Portuguesa, Inglesa e Espanhola, assim como a data das publicações, pelo que foram analisados artigos dos últimos sete anos (2007-2014). Numa primeira fase, as publicações foram revistas através dos títulos e *abstracts*, de forma a avaliar se abordavam claramente o tema em estudo, excluindo aqueles em que se verificou discordância com o objectivo da revisão. Seguidamente, após leitura integral dos artigos seleccionados, estes foram agrupados por tópicos consoante os objectivos principais deste artigo de revisão. Entre os artigos escolhidos encontram-se artigos científicos originais, metanálises e artigos de revisão.

A pesquisa foi ainda completada com a consulta dos sítios da internet: World Health Organization (WHO – [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)), bem como da Direcção Geral de Saúde (DGS – [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)), nomeadamente a “Prevenção e controlo do tabagismo em números-2013” referente aos dados da população Portuguesa e da União Europeia sobre esta temática; o “Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo-Orientações Programáticas”; o “Programa Nacional de intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionada com Estilos de Vida” e “Cessação Tabágica – Programa Tipo”.

Foram também consultadas revistas como: Revista Portuguesa de Pneumologia, Revista Portuguesa de Clínica Geral, Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e Acta Médica Portuguesa. Efectuou-se ainda consulta do DECRETO-LEI nº 37/2007 do Diário da República.

Foram ainda objecto de consulta diversos livros, os quais constam da bibliografia, entendidos como fundamentais para a abordagem da temática em estudo

## 5- Resultados

### a. O tabagismo como dependência

Tendo em conta a alta prevalência do consumo do tabaco, o seu efeito negativo na saúde assim como as recaídas nas pessoas que tentam a cessação tabágica, torna-se importante conhecer e perceber melhor os mecanismos ligados à dependência do tabaco<sup>9</sup>.

A nicotina, que faz parte da composição do tabaco, é um alcalóide capaz de se ligar aos receptores neuronais de acetilcolina. É um componente extremamente viciante e é a substância psicoactiva primária do tabaco.<sup>9</sup> O mecanismo de dependência apresenta uma etiologia multifactorial,<sup>9,10</sup> envolvendo factores genómicos e não-genómicos.<sup>10</sup> Quanto aos factores não-genómicos, estão presentes factores ambientais, sociais, culturais, psicológicos<sup>9,10</sup> económicos e nutricionais.<sup>10</sup> Quanto aos factores genómicos, tem sido posta a hipótese que existem factores genéticos para várias drogas de abuso, contribuindo para aumento da dependência das mesmas. Assim, têm sido feitos estudos de genes com influência na resposta à nicotina e com efeitos na dopamina e neurotransmissores de serotonina, que podem predispor a estes comportamentos aditivos.<sup>9</sup> Tendo em conta a teoria da recompensa, vários genes foram identificados como estando relacionados com o controlo do sistema comportamental. Muitos dos processos fisiológicos são regulados por serotoninas, opióides, GABA (*Gamma-AminoButyric Acid*) e dopamina. A serotonina activa a secreção de opióide que, por sua vez, irá inibir a libertação de GABA. Esta diminuição estimula a produção de dopamina. Qualquer alteração genética relacionada com estes componentes pode levar a uma susceptibilidade de aquisição do hábito tabágico. Modificações genéticas que influenciem o metabolismo da nicotina podem também criar a mesma susceptibilidade, uma vez que influenciam a degradação e o nível de nicotina no organismo. Também mecanismos epigenéticos podem ser induzidos pelos componentes do tabaco e estar relacionados com o desenvolvimento de doenças causadas pelo tabaco. De acordo com estudos realizados com gémeos, cerca de 60 a 70% da variação interindividual de dependência da nicotina são explicados por factores hereditários.<sup>10</sup>

Além destes factores, podem ainda ser nomeados outros de vulnerabilidade para criar dependência da nicotina. A acumulação de eventos adversos ou a experimentação durante a adolescência são exemplos, uma vez que o stress crónico aumenta os níveis de cortisol, intensificando a transmissão de dopamina e induzindo, a longo termo, alterações dopaminérgicas<sup>9</sup>.

Sabe-se que a dependência está relacionada com processos de aprendizagem. A aquisição da dependência resulta de uma acção recíproca entre um mecanismo de reforço positivo e negativo. O mecanismo de reforço positivo resulta de um comportamento repetido que provoca sensação de prazer e recompensa. Este sentimento vai contribuir para aumentar a probabilidade da pessoa querer repetir o comportamento. Este efeito deve-se ao poder que as substâncias psicoactivas têm de aumentar directa e indirectamente a dopamina no estriatum. Por outro lado, o mecanismo de reforço negativo inicia-se quando o efeito de satisfação, sentido inicialmente, começa a desaparecer. É um efeito causado pela sobreestimulação do tabaco. O cérebro reage com mecanismos de retrocontrolo associados a estados afectivos negativos. Este estado emocional negativo é visto como uma motivação para manter a dependência, levando o indivíduo a continuar a consumir tabaco. O reforço positivo diminuiu com o uso repetido da substância, enquanto o reforço negativo vai aumentando, representando a motivação major para a manutenção da dependência. Outro factor importante é o aparecimento de estímulos relacionados com o uso da substância, associados a um valor motivacional excessivo e que se pensa estarem ligados ao desenvolvimento de hábitos viciantes, tornando o comportamento automatizado. O tabagismo aumenta a activação neuronal nas regiões relacionadas com o sistema mesolímbico de recompensa e nas regiões associadas ao desenvolvimento de hábitos motores. Além disso, as reacções neuronais aos sinais do tabagismo parecem aumentar quando o doente está em abstinência, levando, muitas vezes, a recaídas. Para a manutenção da dependência e o processo de recaída contribuem a criação de memória e mecanismos de neuroadaptação. O uso crónico do tabaco está associado a adaptações neurológicas, a longo termo, que consistem em aumentar o incentivo do consumo da substância, assim como criar memória quanto à mesma. A memória é criada pela associação entre estímulos ambientais e a activação do sistema mesolímbico de dopamina. As mudanças neuroadaptativas consistem, entre outras, na redução dos efeitos de recompensa, causando estados afectivos negativos. Factores genéticos podem influenciar estas mudanças neuroadaptativas. Acredita-se, ainda, que uma redução do controlo inibitório cognitivo e a existências de funções cognitivas prejudicadas possam também contribuir para a manutenção do comportamento de dependência.<sup>9</sup>

Quando um fumador pára de fumar abruptamente, o organismo tenta adaptar-se a viver sem a nicotina e é desencadeado um conjunto de sintomas, chamados de sintomas de privação. Estes podem ser variáveis de doente para doente. Alguns sintomas comuns deste síndrome de privação são: aumento do apetite, desejo imperioso de fumar (Craving), alteração

da concentração, depressão, irritabilidade, inquietação, perturbações do sono, tonturas e cefaleias<sup>9</sup>.

Podem ser distinguidos cinco estádios até um indivíduo se tornar um fumador diário e dependente da nicotina. Inicialmente, o indivíduo não fuma, mas apresenta susceptibilidade para iniciar o consumo. O segundo passo refere-se à iniciação (experimentação do primeiro cigarro), seguindo-se da experimentação, fumando vários cigarros e podendo já mostrar sinais de dependência. No quarto estádio, o indivíduo é um fumador regular e mostra sinais de dependência e, por último, é estabelecida a dependência da nicotina.<sup>11</sup>

A American Psychiatric Association inclui a dependência da nicotina como uma perturbação associada ao uso de substâncias no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Aí, os critérios de dependência de outras substâncias aplicam-se também à dependência do tabaco, critérios agora actualizados no DSM-V<sup>12</sup>. Nem todos os indivíduos apresentam os mesmos sintomas e intensidade dos mesmos. Desta forma, pode falar-se em graus de dependência e de problemas ou acontecimentos associados diferentes.<sup>13</sup>

#### **b. O impacto do tabaco na saúde, família, sociedade e grupos de risco e vulneráveis**

Mesmo antes de chegar à Europa, na era pré-Colombo, o tabaco era usado na América, pelas tribos, em práticas medicinais, tendo sido assim apresentado aos europeus, quando Cristóvão Colombo trouxe esta planta para a Europa. O consumo do tabaco foi-se expandindo pelo nosso continente e, até aos séculos XVI e XVII, eram enaltecidas as suas supostas propriedades terapêuticas, tendo sido mesmo usado por alguns médicos para curar doenças como a asma, o cancro, a depressão, entre outras. É apenas em meados do século XX que o efeito prejudicial para a saúde começa a ser demonstrado, através de vários estudos epidemiológicos que começam então a surgir. O primeiro estudo epidemiológico que demonstra a associação entre o consumo do tabaco e a doença surge em 1943, na Alemanha, publicado por Schairer e Schoniger. Nos anos 60, a relação entre o tabaco e o cancro do pulmão estava estabelecida. Posteriormente, o efeito prejudicial tem sido demonstrado para muitas outras patologias. O tabaco passa, assim, de panaceia a patologia.<sup>1</sup>

Sabe-se hoje que existem mais de 4000 químicos no fumo do tabaco, dos quais, até agora, 250 são conhecidos como tendo efeito prejudicial e mais de 60 são cancerígenos. Não

existem níveis de exposição seguros para o fumo do tabaco, tanto para o fumador primário como secundário.<sup>3</sup>

Nos últimos anos, têm surgido diversos estudos e novas descobertas sobre os malefícios do consumo do tabaco na saúde, estando já estabelecida ligação entre o tabagismo e doenças de quase todos os órgãos do corpo humano. Alguns deles estão perfeitamente consolidados em termos de evidência científica, enquanto outros estão em fase de estudo e investigação. Surgeon General's report publicou um estudo que mostra o progresso sobre o conhecimento das consequências do tabaco para a saúde nos últimos 50 anos, até ao ano de 2014, mostrando que alguns estudos continuam a identificar novas doenças causadas pelo tabagismo, incluindo doenças tão comuns como a diabetes mellitus, artrite reumatóide ou cancro do cólon. O cancro do pulmão é aquele que as pessoas associam mais a esta dependência. Existe evidência suficiente acerca do aumento do risco de adenocarcinoma do pulmão em fumadores e, também, que a diminuição do consumo do tabaco tem coincidido com a diminuição de carcinoma de células escamosas do pulmão<sup>14</sup>. A nicotina tem um papel importante no desenvolvimento do cancro do pulmão, contribuindo para o aumento da proliferação, migração, invasão e angiogénese. Além disso, os fumadores parecem responder pior à radioterapia e quimioterapia.<sup>15</sup> No entanto, o tabaco está também relacionado com outros cancros como o carcinoma da orofaringe, laringe, traqueia, brônquios, estômago, pâncreas, hepatocelular, rins, ureter e bexiga, cancro do colo do útero e colorectal, assim como com o aparecimento de pólipos adenomatosos colorectais. O risco de morte em doentes com cancro da próstata é superior nos fumadores, relativamente aos não fumadores, estando associado a cancro de células menos diferenciadas e a doença em estadio mais avançado. Tem sido sugerida, ainda, a relação com cancro da mama.<sup>14</sup> O tabagismo é considerado a maior causa prevenível de cancro, estimando-se que 30% de todas as mortes de cancro sejam atribuídas a este factor. Em cancros para os quais a relação com o tabaco está bem estabelecida, este diminui a sobrevida, a qualidade de vida, dificulta a cicatrização de feridas e aumenta a taxa de recorrência. Em cancros não tradicionalmente relacionados com tabaco, o seu uso está também associado ao diagnóstico em estadios mais avançados, aparecimento em idades mais jovens, diminuição da compliance com o tratamento e aumento da sua toxicidade, diminuição da qualidade de vida, aumento do risco cirúrgico, de recorrência e mortalidade.<sup>15</sup>

Quanto a alterações no aparelho respiratório, o tabagismo constitui a principal causa de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) em mulheres e homens, nos Estados Unidos. É ainda responsável por intercorrências como enfisema e alterações nas vias aéreas do pulmão. É ainda um factor importante na exacerbação da asma em adultos, estando a ser

também sugerido que tenha responsabilidade na incidência da asma e na sua exacerbação em adolescentes. O aumento do risco de tuberculose, o aumento da mortalidade e de recorrência dessa patologia está também evidenciado. O tabaco é ainda um factor de risco para a pneumonia e outros efeitos neste sistema.<sup>14</sup>

O consumo do tabaco tem também sido relacionado com doenças cardiovasculares, entre estas: fenómenos trombóticos, aneurismas da aorta abdominal, aterosclerose e eventos coronários,<sup>14,16,17</sup> havendo evidência de que a implementação da lei do tabaco tem reduzido a ocorrência desses eventos na população abaixo dos 65 anos de idade<sup>14</sup>. O fumo do cigarro activa plaquetas e induz inflamação endotelial promovendo disfunção vascular, acelerando aterosclerose e a ruptura de placas, promovendo a ocorrência de síndrome coronário agudo.<sup>16</sup> O tabagismo é a segundo factor de risco modificável na ocorrência de enfarte agudo do miocárdio, depois da relação LDL:HDL (Low Density Lipoprotein : High Density Lipoprotein). Este risco aumentado de sofrer um evento coronário é reduzido para metade após um ano de cessação tabágica.<sup>17</sup> Tem sido sugerida, embora ainda não confirmada, a sua relação com o AVC (Acidente Vascular Cerebral) e outras doenças cardíacas como a angina.<sup>14</sup>

Têm sido também identificadas consequências ao nível do sistema reprodutor. É conhecida a relação entre o consumo do tabaco e a disfunção erétil no homem e efeitos no sistema reprodutor da mulher, incluindo diminuição da fertilidade. Tem-se demonstrado a relação entre o tabaco e intercorrências durante a gravidez, assim como repercussões na saúde do feto. O consumo de tabaco na grávida é um factor de risco para a gravidez ectópica, prematuridade e a ocorrência de fenda palatina no recém-nascido, tendo sido ainda sugerida, mas não confirmada, a relação com o aborto espontâneo. É ainda objecto de estudo a relação do tabaco com distúrbios do comportamento, deficit de atenção e hiperactividade em crianças cuja mãe foi fumadora durante o período pré-natal<sup>14</sup>. É de maior importância identificar as grávidas fumadoras uma vez que é uma prioridade promover a cessação tabágica neste grupo considerado de risco. É crucial avaliar a forma como as mulheres grávidas podem usufruir da melhor ajuda para parar de fumar.<sup>18</sup>

Outras patologias específicas, como a cegueira, cataratas, a degenerescência macular relacionada com a idade, a artrite reumatóide, periodontite e até a fractura da anca têm o tabaco como factor de risco. Existe ainda impacto no sistema imunitário, tanto da sua activação como supressão, levando ao aumento de doenças como infecções pulmonares e outras doenças imunes que se encontram também directamente relacionadas com o tabagismo. Existe evidência sugestiva, embora ainda não suficiente, de relação com a doença de Crohn e

cáries dentárias, assim como o efeito protector do tabaco na colite ulcerosa. Sabe-se ainda que o risco de desenvolver diabetes é superior, em cerca de 30 a 40%, em indivíduos fumadores, sendo por isso um factor de risco importante para esta patologia. Há ainda uma relação entre o número de cigarros fumados e o risco de desenvolver diabetes.<sup>14</sup>

No entanto, o consumo do tabaco não afecta somente a vida do fumador, representa, além disso, um problema social. Representa elevados custos económicos, a nível individual, familiar e ao país. Nestes custos, devem ser não só incluídas mortes e perda de produtividade relacionadas com o tabaco, mas ainda gastos económicos suportados pela família, como medicação, tratamentos domiciliários, transporte, perda de produtividade e absentismo, custos decorrentes da exposição dos não fumadores ao tabaco. Podem ainda ser contabilizados custos relativos ao efeito do fumo do tabaco a nível ambiental.<sup>19</sup>

A família agrega um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que promovem a saúde dos seus membros ou, pelo contrário, aumentam a vulnerabilidade dos mesmos para doenças. As famílias influenciam e são influenciadas pela saúde uns dos outros.<sup>20,21</sup> O uso de substâncias, tais como o tabaco, aumenta com a idade e encontra-se intimamente associado ao contexto familiar e à saúde mental. Estudos demonstram que uma família funcional onde existe convivência e coesão familiares, bem como uma relação positiva entre os pais, exerce um efeito protector na prevenção contra o uso de substâncias aditivas, reduzindo a delinquência juvenil, a depressão e os sintomas psicossomáticos. O papel da família, bem como o fortalecimento de vínculos familiares, passando pelo acompanhamento parental, apoio e comunicação entre pais e filhos tem sido enfatizado na prevenção de comportamentos de risco. É destacado na literatura que a realização de actividades em família, como conversar, passear juntos e realizar refeições em conjunto constituem factores protectores que reduzem condutas de risco. O apoio dos pais, o facto de estes demonstrarem interesse em relação à vida quotidiana dos filhos, aos lugares que frequentam, o que fazem nos tempos livres, os amigos com que se relacionam são também factores importantes. Por outro lado, as famílias disfuncionais estão associadas a um aumento dos comportamentos de risco por parte dos seus elementos. Existem factores familiares, como o baixo acompanhamento e apoio dos pais, a existência de pais dependentes de substâncias, violência familiar, entre outros, que podem gerar comportamentos de risco nos adolescentes, nomeadamente aumentar o consumo de substâncias psicoactivas.<sup>20</sup> Desta forma, a correcta abordagem familiar, nomeadamente as famílias disfuncionais, contribui para a melhoria da saúde não só da família como dos elementos doentes.<sup>21</sup>

De acordo com uma estimativa dos custos do tratamento das principais doenças atribuíveis ao tabaco, no ano de 2007, concluiu-se que o tabaco foi responsável pelo gasto de 126 milhões de euros em internamentos hospitalares no SNS e mais de 363 milhões de euros no ambulatório (medicação, consultas e meios complementares de diagnóstico).<sup>4</sup>

Não esquecer ainda o sofrimento humano, quer para o doente, quer para os familiares, devido à diminuição da qualidade de vida, incapacidade, morte prematura e carga económica.<sup>19</sup>

O tabagismo passivo consiste na exposição involuntária do não fumador ao fumo do tabaco de outros. É uma combinação do fumo resultante da queima do tabaco com o fumo inalado pelo fumador que é depois expelido. A exposição a este ambiente é também muito prejudicial e não há limiar de exposição seguro. Em 2004, estima-se que cerca de 603 mil mortes tenham sido atribuídas ao tabagismo passivo em todo o mundo.<sup>3,19</sup> É responsável por praticamente as mesmas doenças a que os fumadores activos estão sujeitos. A exposição secundária ao tabaco está ligada a problemas de saúde como AVC, irritação nasal, doenças do ouvido médio, sintomas respiratórios, debilitação da função pulmonar, infecções respiratórias, doença coronária, síndrome de morte súbita infantil e problemas reprodutivos na mulher, como ainda provocar baixo peso ao nascimento.<sup>14</sup> Além disso, é também um factor de risco importante para o desenvolvimento do cancro do pulmão. É estimado que viver com um fumador activo aumenta o risco de o não fumador exposto a esse fumo desenvolver cancro do pulmão em 20% a 30%.<sup>3</sup>

Existem grupos, na população, que apresentam maior vulnerabilidade e maior risco de consumo de tabaco e que podem merecer atenção especial pelos profissionais de saúde sendo, muitas vezes, importante o ajuste da forma como a cessação tabágica é abordada. Desse grupo fazem parte, por exemplo, pessoas com problemas de saúde mental, adolescentes, grávidas, pessoas com história passada de cancro, sem-abrigo ou indivíduos que apresentam outras dependências.

A adolescência é a fase da vida mais susceptível de iniciação tabágica.<sup>9,11</sup> Segundo o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012, em amostra representativa nacional, dos 15 aos 64 anos, concluiu-se que 88% dos fumadores iniciaram o consumo de tabaco entre os 12 e os 20 anos e o primeiro cigarro foi fumado, em média, aos 16 anos. A maioria, cerca de 81% dos fumadores, iniciou consumo regular entre os 14 e os 20 anos.<sup>5</sup> Têm sido descritos vários factores de risco para o desenvolvimento de hábitos tabágicos neste grupo. Nesses factores incluem-se determinadas características de personalidade tais como a impulsividade, insatisfação e sentido de procura



de novas experiências, assim como, necessidade de aumento da auto-estima<sup>9,11</sup>. Existem ainda factores socioculturais, incluindo o nível sociocultural e a existência de amigos fumadores que se tornam factores extremamente influentes à iniciação do consumo, assim como, a publicidade ao tabaco onde as crianças e adolescentes são o principal alvo. A existência de história familiar de tabagismo é ainda outro factor que pode influenciar os adolescentes a iniciar o consumo do tabaco, oferecendo-lhes um fácil acesso e familiarizando-os com os rituais de fumar. Desta forma, torna-se importante evitar o início do consumo do tabaco e promover a cessação tabágica neste grupo. Os adolescentes constituem um grupo de risco para muitos efeitos negativos para a saúde resultantes do consumo do tabaco, incluindo o facto de poderem tornar-se fumadores regulares em adultos.<sup>11,22</sup>

O uso do tabaco e problemas de saúde mental coexistem muito frequentemente. A taxa de pessoas com problemas de saúde mental que fumam é cerca de 32%, mais do dobro da população em geral. Cerca de 30% dos pacientes que tentam deixar de fumar sofrem de depressão. Existem diversas razões que levam doentes com patologia mental a refugiar-se no tabagismo. O humor depressivo, a ansiedade e o stress são muitas vezes apontados como gatilhos para iniciar este hábito. A sensação de não terem controlo sobre as suas vidas, sensação de desespero, falta de actividades onde se sintam úteis parecem ter papel importante na manutenção do hábito. Este é visto, por este grupo, como forma de mecanismo de coping, provocando sensação de alívio. O tabaco é ainda visto como “símbolo de controlo”, um “amigo” que dá segurança, companhia e facilita a interacção social. Além disso, muitas destas pessoas têm factores sociais, financeiros e familiares que complicam ainda mais o estado depressivo e dificultam a recuperação. Os fumadores deprimidos interessados em parar de fumar podem beneficiar do reforço do apoio psicológico e do suporte que o médico de MGF lhe pode proporcionar. Doentes deprimidos identificaram o médico de família como peça fundamental no processo de desabitação tabágica devido à sua relação de proximidade, sentindo-se com medo de desapontar o seu médico de MGF.<sup>23</sup>

O consumo do tabaco aumenta a probabilidade de ocorrência de complicações pós-cirúrgicas. Um dos problemas mais comuns de fumadores sujeitos a cirurgia é a ocorrência de complicações pulmonares. Está bem documentada a importância da cessação tabágica de forma a diminuir estes riscos.<sup>24</sup> Também os sobreviventes de cancro beneficiam desta cessação. O hábito tabágico está relacionado, nestes doentes, com aumento do risco de vir a desenvolver um novo tumor, de doenças cardiovasculares, pulmonares e de AVC. A Sociedade Americana de prevenção oncológica chamou a atenção para a importância de reduzir factores de riscos preveníveis nestes doentes.<sup>25</sup>

Menos atenção tem sido dada a outro grupo vulnerável da população, embora comecem já a surgir alguns estudos - os sem-abrigo. Este grupo tem uma das mais altas taxas de mortalidade. O uso de álcool e drogas representa o maior factor de risco para a condição de sem-abrigo, que está, em muitos casos, associado também ao consumo tabágico. Tem sido posta em evidência a importância de integrar a cessação tabágica no tratamento de dependência de outras substâncias, devendo começar a ser vista como outro objectivo a atingir no apoio a este grupo da população.<sup>26</sup>

O projecto “Liberta-te do tabaco” procurou criar um clima interno no Estabelecimento Prisional de Coimbra propício à cessação tabágica e de consciencialização colectiva para esta temática. A realização deste estudo permitiu ter dados inéditos, em Portugal da avaliação do padrão de consumo de tabaco e da sua flutuação de acordo com os condicionalismos de meio prisional. O estado de saúde de reclusos cujos problemas de dependência são de maiores dimensões encontram-se ainda mal caracterizados quer a nível nacional como internacional. O cigarro é usado nos estabelecimentos prisionais como moeda de troca, tendo uma grande carga cultural, social e económica e define relações de hierarquia entre os reclusos. Estimula comportamentos de violência, tanto física como psicológica, para a sua obtenção. Esta comunidade difere de outros grupos sociais em aspectos como o nível de educação, grupo socioeconómico, hábitos aditivos e atitudes em relação à saúde e estilos de vida, contribuindo para que o consumo de tabaco seja maior em relação à população normal. Neste estudo, cerca de 79,6% dos reclusos eram fumadores, em concordância com os dados internacionais existentes. Além do tabaco, estão associados outros consumos aditivos como drogas e álcool. A maioria dos reclusos deste estudo iniciaram cedo o comportamento aditivo, com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos, fumando actualmente 11 a 20 cigarros por dia. O consumo aumentou, após a entrada no estabelecimento prisional, a qual se revela ser promotora do consumo do tabaco, muito devido à situação de clausura a que os reclusos estão sujeitos, sobretudo se não existirem actividades distractivas, podendo assim constituir uma barreira à cessação. É, assim, justificável a implementação de medidas de cessação tabágica estruturadas e a criação de actividades que ocupem os tempos livres e a proibição de fumar em alguns locais da prisão. Na última consulta, foi verificada uma taxa de abstinência de 26,4%, 43,3% tinham reduzido o seu consumo diário em 50% ou mais e 30,2% mantiveram os hábitos iniciais. Concluiu-se, neste estudo, que os resultados de cessação e redução de consumo foram muito satisfatórios, tendo um balanço positivo.<sup>27</sup>

Tendo em conta todos os factores apresentados, são evidentes os benefícios de deixar de fumar. A cessação tabágica é benéfica de igual forma no homem e na mulher e, em qualquer idade. Os benefícios podem começar a ser vivíveis logo depois de 20 minutos após a cessação (Fig.1).<sup>3</sup>

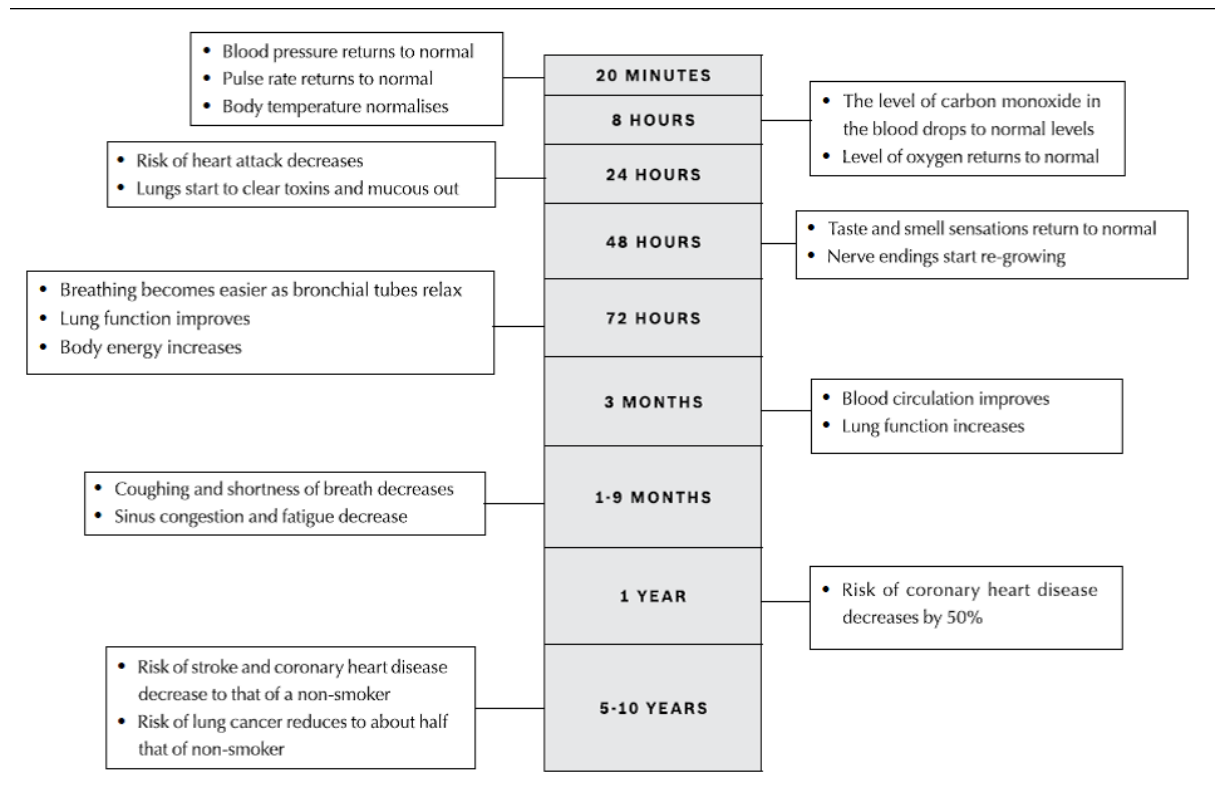


Fig.1 – Benefícios da cessação tabágica. Adaptado de: Health Promotion Board-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Treating Tobacco Use and Dependence.<sup>3</sup>

### c. Prevenção e controlo do tabaco

#### i. A OMS e a DGS no combate ao tabagismo

Há muitos anos que a OMS tem negociações intergovernamentais com o objectivo de prevenir e reduzir o uso do tabaco. Em 2003, a OMS lançou a WHO FCTC (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control), que tem sido a pedra angular do controlo do tabagismo. A WHO FCTC fornece a base para que os países implementem e orientem programas de controlo tabágico, de forma a controlar a epidemia do tabaco. Nesta convenção estão contempladas várias directivas, como as que se seguem: medidas financeiras e fiscais para reduzir a procura do tabaco; protecção à exposição ao fumo do tabaco;

regulação dos constituintes dos produtos do tabaco; regulação da publicidade do tabaco; rotulagem das embalagens do tabaco; educação e consciencialização pública; publicidade ao tabaco, promoção e patrocínio; medidas de redução da dependência tabágica e cessação tabágica; comércio ilícito do tabaco; venda a menores de idade; apoio para actividades alternativas economicamente rentáveis.<sup>2,28</sup>

Para ajudar a tornar isto possível, em 2008, a OMS editou o relatório MPOWER, um conjunto de medidas que se destinam a apoiar a implementação, a nível nacional, de intervenções eficazes para reduzir o consumo do tabaco contida na WHO FCTC. São então seis medidas: “Monitoring”- avaliar a prevalência do tabagismo e o impacto das políticas preventivas; “Protecting”- proteger a população da exposição ao fumo do tabaco; “Offering” – disponibilizar a ajuda necessária para deixar de fumar; “Warning” – alertar acerca dos malefícios do tabaco; “Enforcing” – proibir a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; “Raising” – aumentar os impostos do tabaco.<sup>28,29</sup>

Têm sido definidas metas específicas, de forma a apoiar e intensificar esforços na luta contra o tabaco e doenças não transmissíveis. Em 2013, na 66ª Assembleia Mundial de Saúde, implementou-se um plano de acção mundial para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis. Neste plano pretende-se alcançar, entre outros objectivos, a redução de 30% do consumo do tabaco até 2025.<sup>2</sup>

A luta contra o tabaco tem sido também um objectivo no contexto das políticas de saúde da União Europeia através de directivas sobre esta matéria. De realçar a Recomendação do Conselho, de 30 de Novembro de 2009, e a Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de Novembro de 2009, relativas à criação de espaços sem fumo.<sup>30</sup>

Em Portugal, a Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto, estabeleceu “ normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo”.<sup>31</sup>

O tabagismo foi considerado um problema de saúde público prioritário no âmbito do plano nacional de saúde e, desta forma, foi desenvolvido pela DGS um programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade igual ou superior a 15 anos em, pelo menos, 2% até 2016 e a eliminação da exposição ao fumo ambiental do tabaco são objectivos gerais deste programa. Além destes, são também mencionados objectivos específicos, que incluem a prevenção à iniciação do consumo de tabaco nos jovens; promoção e apoio à cessação tabágica; informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo; monitorização, avaliação e promoção à investigação e conhecimento sobre o tabagismo. Este programa define a criação de uma rede

nacional e coordenação e implementação do mesmo, integrando as administrações regionais de saúde que, a nível regional, se apoiam numa equipa técnica integrada por elementos de Saúde Pública, Planeamento e Contratualização. A nível local, pretende-se envolver todos os ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) e ULS (Unidades Locais de Saúde). As Unidades de Saúde Pública apoiam a execução do programa, nomeadamente na avaliação e monitorização.<sup>30</sup>

## **ii. Cessação tabágica e o controlo do tabagismo – o Médico de Família e a intervenção clínica**

O Ministério da Saúde aprovou, em 2004, o “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionadas com Estilos de Vida”, no qual o consumo do tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a actividade física e a gestão do stress são mencionados como factores prioritários. No contexto deste mesmo programa, o objectivo passa por reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis, aumentando factores de protecção relacionados com os estilos de vida, tendo em conta uma abordagem multidisciplinar e intersectorial. Dois dos objectivos específicos que este programa propõe são “reduzir a proporção de fumadores” e “aumentar o nº de espaços livres de fumo do tabaco”. Este programa assenta na cooperação e parceria entre vários sectores públicos e não-governamentais, contando com o envolvimento, a nível central, da DGS, ao nível regional, os Centros Regionais de Saúde Pública e, a nível local, os Centros de Saúde. Esta cooperação conta também com o envolvimento de farmácias, autarquias, escolas, empresas e outras estruturas pertinentes, de forma a serem criadas condições estruturais e ambientais favoráveis à saúde.<sup>32</sup>

É evidente que a instituição CS (Centro de Saúde), os níveis de cuidado de saúde primários e o médico de família estão numa posição privilegiada e são uma peça fundamental na luta contra o tabagismo, sendo considerados principal suporte do sistema de saúde. As características que lhe dão esta importância são várias: acessibilidade, sendo porta de entrada do paciente no sistema de saúde; compreensão; coordenação; personalização e continuidade, tendo um papel importante no follow-up do paciente e nos problemas de saúde comunitários. Os pacientes esperam que o seu médico esteja atento às suas necessidades e tenha a capacidade de os orientar, estabelecendo boa relação médico/doente.<sup>33</sup> Um estudo retrospectivo de 2 anos da consulta de cessação tabágica, no CS do Santo da Serra na Ilha da

Madeira, verificou que houve um aumento da procura/referenciação à dita consulta de cessação tabágica. Uma das causas apontadas no estudo para este resultado consistiu na boa aceitação e acessibilidade por parte dos utentes ao CS, que incentivaram familiares e amigos a frequentar a consulta.<sup>34</sup>

Um dos atributos essenciais de um médico de família é o seu papel activo como promotor de saúde. Além disso, o seu papel inclui a prevenção da doença, a manutenção do estado saudável, o aconselhamento e a educação do utente. Este deve estar habituado a aconselhar os seus doentes sobre variados problemas: psicossociais, familiares e estilos de vida onde se inserem as dependências. No nosso país, a posição que o médico de família ocupa permite-lhe ter a oportunidade e credibilidade para prevenir e tratar o tabagismo.<sup>35,33</sup> O médico de família segue a população ao longo do ciclo de vida, conhece os seus doentes ao longo do tempo, partilhando confiança, respeito e construindo uma relação de amizade.<sup>33,35,6</sup> Tem, por isso, diversas oportunidades de intervir no âmbito do programa de saúde infantil, de saúde escolar, de saúde da mulher e do adulto.<sup>35</sup> Médicos de outras especialidades não têm a oportunidade de estabelecer esta relação com os seus doentes e, por isso, a intervenção/aconselhamento do médico especialista em MGF é vista como tendo maior impacto, em comparação com a de outros profissionais de saúde.<sup>6,36</sup> Segundo vários estudos, estes são os que mais frequentemente avaliam os interesses do fumador em deixar de fumar, os que mais ajudam no processo de cessação e no seguimento destes doentes. Outros profissionais de saúde mencionaram que, tendo em conta as prioridades e o tempo disponível no seu trabalho e relação com os doentes, não tinham tempo nem preparação adequada para abordar este assunto, apontando os médicos de família como os mais indicados para esta abordagem. No mesmo estudo, a maioria dos médicos de MFG participantes concordam que faz parte do seu trabalho.<sup>36</sup>

Não deve ser esquecido que um plano de cuidados que englobe o estudo da família em questão é uma mais-valia na classificação do problema, assim como a continuidade dos cuidados, sendo mais eficiente que o plano individual. É fundamental ser “médico de famílias” e não olhar apenas para o doente, mas também ter em conta o seu passado, o meio sociocultural e familiar onde está inserido, tal como, o apoio que encontra na comunidade. Neste contexto de apoio às famílias, o médico de MGF é peça principal e é-lhe permitido, quanto à família, detectar disfunção, gerir conflitos, orientar problemas, promover saúde, prevenir risco de doenças e tratar com qualidade de cuidados.<sup>21</sup>

Estudos demonstram que, para melhorar os resultados da cessação tabágica, é fundamental que este processo não esteja apenas a cargo do médico de família. É

imprescindível um acompanhamento por parte de toda a equipa de Cuidados de Saúde Primários e de todos os profissionais de saúde. A multidisciplinaridade entre os vários profissionais de saúde apresenta mudanças e resultados positivos no trabalho desempenhado, contribuindo para melhorar as intervenções.<sup>37</sup> A equipa de consulta do tabagismo integra desde o secretariado à equipa de enfermagem e equipa médica até psicólogo e nutricionista, estes últimos, numa primeira consulta e seguintes, por referência médica.<sup>38</sup>

As estratégias de actuação contra o tabagismo devem centrar-se maioritariamente na dimensão preventiva. Dos objectivos da prevenção do tabagismo fazem parte: a prevenção da iniciação nos jovens, encorajamento e promoção da cessação nos fumadores, reduzir a quantidade de substâncias nocivas nos cigarros para diminuir o risco dos fumadores que mantenham o hábito e adoptar medidas de protecção para os não fumadores. Podem ser definidos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.<sup>7,33</sup>

A prevenção primária pretende promover a saúde e é destinada a toda a população ou a população de risco específico como, por exemplo, as crianças e adolescentes. É o tipo de intervenção mais eficiente; no entanto, é necessária uma correcta identificação dos indivíduos a quem se deve dirigir. Tem como objectivo evitar o início dos hábitos tabágicos, promovendo estilos de vida saudável, sendo importante para tal reduzir ou eliminar os factores do meio que favorecem o aparecimento deste problema. É parte importante desta prevenção a promoção de acções e comportamentos que evitem o início do comportamento de risco. Não só os médicos são importantes nesta fase mas também os professores devem ter a responsabilidade do exemplo, de incentivar e motivar os fumadores a deixarem de fumar.<sup>7,33</sup>

A prevenção secundária pressupõe um diagnóstico precoce do problema e é, assim, destinada aos fumadores. Deve ter como objectivo diminuir a prevalência do hábito tabágico e das doenças que com este se relacionam, assim como detectar precocemente o comportamento de risco, tendo como objectivo a mudança. Inclui-se neste tipo de prevenção o aconselhamento médico, a intervenção breve ou mínima e o tratamento farmacológico.<sup>7,33</sup>

A prevenção terciária destina-se aos fumadores e tem como objectivo o tratamento e a reabilitação. É importante incitar os fumadores a procurar meios para deixarem este hábito, promovendo programas de desabituação tabágica e, desta forma, conseguir reduzir as consequências dos efeitos desta adição, com atenção também à prevenção da recaída.<sup>33,7</sup>

A intervenção do médico na prevenção e controlo do tabagismo pode ser orientada em três níveis, segundo Luís Rebelo. Corresponde a uma pirâmide de base larga em que muitos médicos têm aptidões mínimas, usando-as no seu dia-a-dia na prática clínica com fumadores indiferenciados. No vértice da pirâmide, estão alguns médicos com especialização e

responsáveis por consultas de cessação tabágica para fumadores mais complexos. Existem médicos que não estão sensibilizados nem demonstram interesse em adquirir formação específica sobre o tabagismo e não têm, como rotina, abordar esse assunto com os seus doentes. Estes profissionais de saúde encontram-se no nível 0 de intervenção. O nível 1 corresponde aos médicos com formação sobre o tabaco como factor de risco para a saúde e propõem a cessação aos pacientes, promovendo ainda acções de prevenção primária. Os médicos que se encontram no nível 2 têm formação específica, avaliam sistematicamente o hábito tabágico, aplicam a intervenção breve, o aconselhamento motivacional e desenvolvem acções preventivas em diferentes populações de risco. No nível 3, o médico encontra-se capacitado para realizar a consulta especializada de cessação tabágica dirigida a pacientes mais complexos, promove e lidera um programa integrado de prevenção e cessação tabágica.<sup>35</sup>

Estudos mostram que os fumadores estão mais dispostos a parar o hábito quando um profissional de saúde recomenda a cessação. O facto de o profissional de saúde abordar o tema do tabagismo permite aumentar a percepção do doente acerca do conselho dado, permitindo melhorar a saúde da comunidade através da educação.<sup>39,40</sup>

Já há vários anos que tem sido defendida a importância da existência, em Portugal, de um Programa Nacional de Controlo do Tabagismo. Entre vários objectivos, pretendia-se que ficasse claro quem, quando e como se deve intervir no tratamento dos fumadores. Havia diversos protocolos publicados, sem existirem normas concretas.<sup>38</sup> Assim, em Dezembro de 2007, foi aprovado em Portugal, pelo Ministério da Saúde, um programa-tipo de actuação na cessação tabágica. Este programa passou a normalizar a conduta dos profissionais de saúde no que diz respeito ao tratamento dos pacientes fumadores.<sup>41</sup>

Este programa e a revisão da literatura apontam dois tipos de intervenção clínica para a cessação tabágica: a intervenção breve e a intervenção de apoio intensivo.

## 1. Intervenção Breve/Mínima

Este tipo de intervenção deve fazer parte da prática clínica de todos os profissionais de saúde que trabalham com doentes fumadores.<sup>42,8,41</sup> É uma intervenção que assenta numa abordagem de curta duração, tendo como objectivo ajudar uma pessoa fumadora a parar de fumar, contemplando a avaliação do consumo do tabaco e da motivação para parar o hábito, assim como estratégias que podem vir a ser adoptadas para uma mudança comportamental. Os



alvos são todos os fumadores que recorrem ao SNS e deve ser enquadrada em todas as visitas. Pode assumir a forma de aconselhamento mínimo, com tempo inferior a três minutos, ou intervenção breve, que não excede, em regra, os dez minutos. Este tipo de intervenção abrange cinco passos de aconselhamento de cessação do hábito conhecidos pela mnemónica dos “5 As” – Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar:<sup>41,8,42</sup>

- Abordar: devem ser identificados sistematicamente todos os fumadores em todas as consultas e registar no processo clínico. É importante incentivar o médico a questionar o doente acerca deste hábito. O médico deve, então, fazer perguntas como: “Fuma?”, “Já fumou?”, “Se fuma, quantos cigarros por dia?”, “Se deixou de fumar, fê-lo há quanto tempo?”<sup>41,8,43,33</sup> O uso de notas visuais dirigidas ao médico é uma forma fácil, eficaz e barata de promover o médico a discutir o assunto do tabagismo, podendo ser facilmente integrado na prática. O doente percebe melhor o aconselhamento, pelo que, potencialmente melhorará a saúde da comunidade através da educação.<sup>39</sup>

- Aconselhar a parar: os médicos devem fazer aconselhamento anti-tabágico de modo claro (expressando a necessidade absoluta de deixar de fumar), firme (realçando a importância de parar o hábito) e personalizado, tendo em conta as preocupações, experiências e valores do doente (informando sobre os riscos em continuar e os benefícios em parar). A programação de uma consulta específica para este aconselhamento pode aumentar a receptividade do doente para esta problemática. Perante um fumador que mostra intenção de deixar de fumar, é importante prosseguir-se a abordagem na mesma consulta ou numa próxima consulta, na qual serão avançados os três passos seguintes.<sup>41,33,8,43</sup>

- Avaliar a motivação: deve avaliar-se se existe ou não interesse em parar de fumar no mês ou nos seis meses seguintes, assim como os obstáculos à cessação, a história tabágica e os actuais níveis de dependência da nicotina. Deve questionar-se sobre o momento em que vão deixar de fumar e as tentativas anteriores. São exemplos de questões que o médico pode realizar: “ Alguma vez já deixou de fumar?”, “ Quer deixar de fumar agora?”, “O que o impede de deixar de fumar?”, “Quanto tempo passa até fumar o primeiro cigarro do dia?”. Caso o fumador esteja motivado a parar de fumar nos trinta dias seguintes, o médico deve avançar para os passos seguintes: “ajudar” e “acompanhar”. Se o fumador não está ainda motivado a parar de fumar, deve realizar-se intervenção motivacional. Pode ainda ser oferecida uma intervenção mais profunda, recorrendo a uma intervenção intensiva.<sup>41,33,8,43</sup>

- Ajudar na tentativa (ou referenciar): Para os que estão preparados a deixar o consumo do tabaco, é conveniente marcar uma data para deixar de fumar – o “ dia D”, que corresponde ao primeiro dia em que não fuma nenhum cigarro e, se indicado, prescrever

terapêutica farmacológica adequada ao fumador. É importante, nesta fase, fornecer informação prática com estratégias para ultrapassar os problemas e dificuldades tais como síndrome de privação, ansiedade, ganho ponderal. São exemplos de abordagem: “Quero ajudá-lo a deixar de fumar. Posso falar-lhe de algumas coisas que podem aumentar a probabilidade de sucesso” ou “ Quais as suas preocupações acerca de deixar de fumar? Está preocupado com o desejo de fumar durante a abstinência ou com o aumento de peso?”<sup>41,33,8,43</sup>

- Acompanhar a evolução: devem ser estabelecidos programas de seguimento após o “dia D”. Uma consulta durante a primeira semana após a cessação e outra no primeiro mês. Posteriormente, serão marcadas outras visitas ou contactos telefónicos em função das necessidades. Devem ser reforçados os benefícios de terem deixado de fumar e antecipar dificuldades e problemas que possam levar a recidiva. Deve ser avaliado o uso da terapêutica e de problemas. Caso necessário, pode considerar-se intervenção intensiva.<sup>41,33,8,43</sup>

Um estudo onde foi avaliado o uso dos “5 As” pelos clínicos demonstrou que tanto o paciente como o médico são responsáveis por realizar esta intervenção. Muitas vezes, foram os doentes que abordaram o tema do tabaco, complementando eles o passo “avaliar”, ao revelar que eram fumadores. A fase de aconselhamento é normalmente completa quando há uma ligação estabelecida entre o facto de ser fumador e uma condição de doença, ou quando os potenciais benefícios para a cessação no contexto de uma doença crónica são elevados. Está também bem documentado que é inapropriado questionar sobre o tema quando, durante a interação, o doente já estabeleceu a resposta. Os “5 As” devem ser abordados de forma sequencial para que o objectivo da intervenção seja alcançado.<sup>44</sup> A utilização de estratégias multicomponenciais no desempenho dos “5 As” aumenta a eficácia da intervenção, promovendo maiores taxas de abstinência. Esta estratégia resulta da conjugação do papel do profissional de saúde, do paciente e das estratégias utilizadas para a mudança comportamental. Estas intervenções são baseadas no modelo ecológico de mudança comportamental que defende que os comportamentos são afectados por vários níveis de influência, que podem agir positiva ou negativamente sobre o indivíduo.<sup>45</sup>

No entanto, muitos clínicos não usam este paradigma, muitas vezes por “falta de tempo” na consulta. Neste caso, a intervenção no tabagismo deverá, pelo menos, ser mínima (até cerca de três minutos), e recomenda-se a abordagem dos pontos “ Abordar” e “Aconselhar”.<sup>8</sup> Nesta situação, os clínicos têm ainda a possibilidade de referenciar o fumador para consultas específicas de cessação tabágica.<sup>42</sup>

Caso o fumador se mostre pouco motivado ou receptivo à ideia de parar de fumar, o médico deve tentar reforçar a motivação, recorrendo a uma abordagem motivacional breve, estruturada em função da mnemónica dos “5Rs”.<sup>41,8,43</sup>

- Relevância dos benefícios: Incentivar o fumador a descrever de que forma o abandono do tabaco é importante para ele e a identificar motivos para deixar de fumar que são pessoalmente relevantes. São alguns exemplos: gravidez, risco pessoal ou familiar de doença.

- Risco de continuar: Alertar para os efeitos negativos desta dependência para o fumador e para a comunidade, sempre que possível, de forma personalizada, relacionando com aspectos da história pessoal e familiar e enfatizando os riscos mais relevantes, a curto e a longo prazo.

- Recompensas em parar: Pedir ao fumador que identifique os benefícios de suspender o uso do tabaco, sugerindo e esclarecendo os benefícios mais relevantes de forma personalizada.

- Resistências em parar: Pedir ao fumador que identifique os obstáculos à cessação e informar sobre as formas de tratamento.

- Repetição: Este tipo de intervenção deve ser incluído em todas as consultas se o paciente ainda não se encontrar motivado. Deve informar-se ainda que muitas vezes, são necessárias várias tentativas até conseguir o êxito.

Esta abordagem deve ter por base a empatia, capacidade de ouvir o doente, realizando perguntas abertas e permitindo, assim, um processo interactivo. Criam-se, então, condições para a tomada de consciência, por parte do fumador, da sua dependência e ambivalência, assim como a necessidade e as capacidades que tem para mudar o seu comportamento.<sup>43,41,8</sup>

Sugere-se, desta forma, um algoritmo de orientação clínica na intervenção de apoio à cessação tabágica:

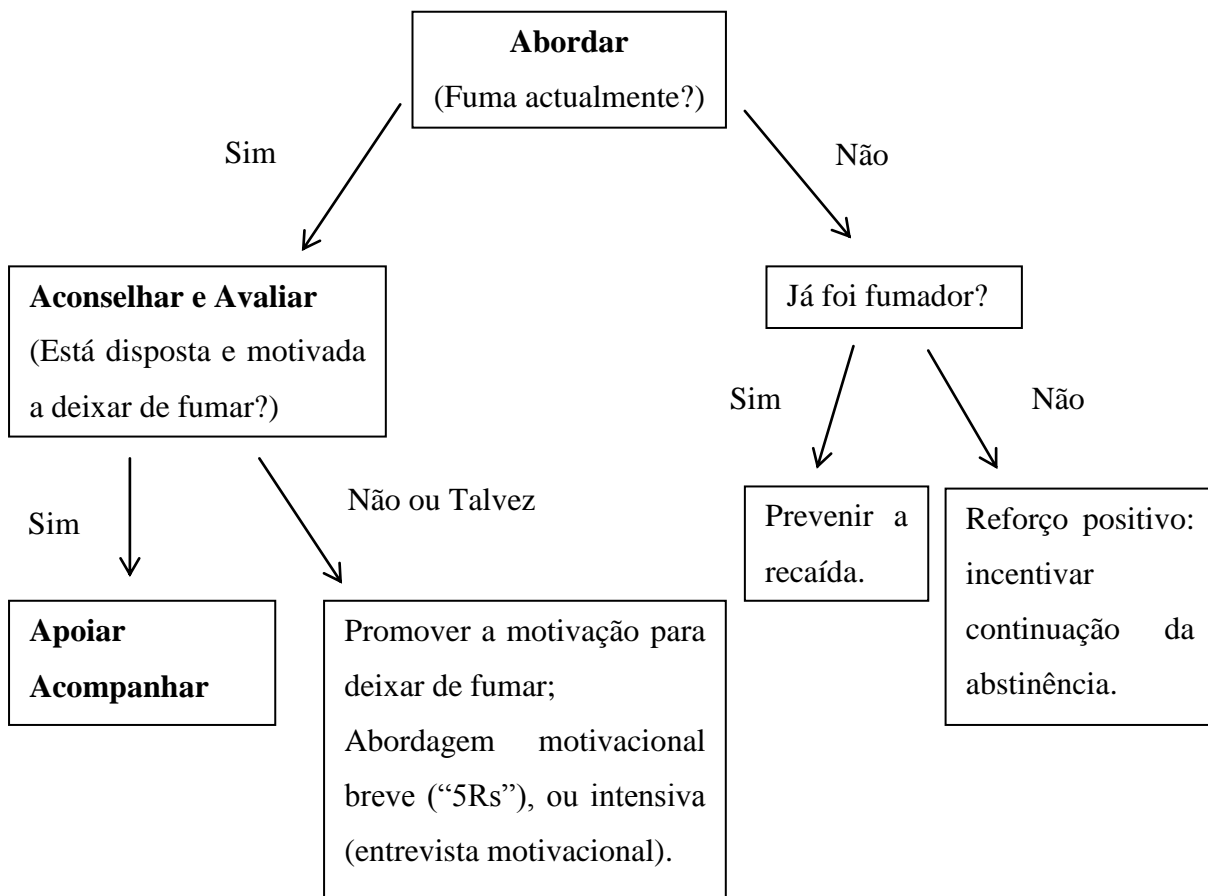


Fig. 2 - Algoritmo de orientação clínica na intervenção de apoio à cessação tabágica. Adaptado de: Cessação Tabágica – Programa Tipo, Direcção-Geral da Saúde.<sup>41</sup>

Vários estudos têm confirmado que a intervenção breve realizada pelos profissionais de saúde é eficaz na identificação dos fumadores e na promoção da cessação tabágica.<sup>40,46</sup> Baseado no resultado de uma metanálise, a intervenção breve parece aumentar as taxas de cessação tabágica de 1% para 3%. No entanto, é difícil estimar o efeito absoluto na cessação. Esta vai depender de diversos factores, como a motivação dos fumadores, o período de follow-up, a forma como a abstinência é definida, sendo necessária a confirmação bioquímica da abstinência. Este aconselhamento é uma intervenção na saúde pública eficaz com um potencial impacto na população.<sup>40</sup> Está demonstrado que a partilha de informação com os médicos pode ir para além da intervenção breve e entrar no domínio da mudança comportamental e na promoção da saúde da população.<sup>46</sup>

## 2. Intervenção Intensiva

Esta intervenção corresponde a um programa de vários meses e é realizada em consulta específica permitindo maior tempo de intervenção. É realizada por equipas especializadas (médico, enfermeiro, psicólogo), treinadas para fornecer suporte específico a fumadores que necessitam de ajuda para deixar de fumar, mesmo que já tenham sido sujeitos a aconselhamento breve, mas sem sucesso. Aplica-se aos fumadores que recorrem a este tipo de intervenção de modo voluntário e que estão motivados para deixar de fumar ou em evicção recente.<sup>8,41</sup> Embora todos os fumadores que desejem e se sintam motivados possam recorrer a estas consultas, uma triagem de fumadores para a inscrição numa consulta de tabagismo constitui um ponto-chave para o êxito desta intervenção.<sup>38,41</sup> A DGS indica, no programa tipo de actuação, que devem ter acesso prioritário os fumadores motivados, que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve, ou que apresentem uma dependência elevada da nicotina. Este acesso é também dirigido aos que preenchem determinados critérios clínicos de motivação e dependência, como:

- fumadores que encarem seriamente a opção de deixar de fumar nos trinta dias seguintes;
- fumadores que fumem o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar;
- fumador que consuma 20 ou mais cigarros por dia;
- fumador que apresentou sintomas de privação em tentativas anteriores;
- fumador que, após ter parado de fumar, apresente uma síndrome de privação muito intensa.

Para esta consulta, devem também ser referenciados fumadores com determinadas patologias relacionadas com o consumo do tabaco ou tenham os seguintes critérios clínicos:

- fumadores com patologias relacionadas com o tabaco, particularmente DPOC e tumor do pulmão;
- fumadores com cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas;
- fumadores com outros comportamentos aditivos;
- fumadoras grávidas ou em período de amamentação, assim como, mulheres em saúde sexual e reprodutiva que não respondem a intervenção breve.<sup>41</sup>

O facto de o início do hábito ter sido em idade jovem, a existência de outros fumadores conviventes e, caso o fumador apresente baixa confiança nas capacidades de

cessação, podem também ser factores que levem o médico a optar por um tipo de intervenção intensivo.<sup>8</sup>

A DGS propõe um programa de cessação tabágica, com base num modelo de abordagem de natureza comportamental e medicamentosa, estruturado em quatro a seis consultas médicas e três a quatro contactos telefónicos, a realizar pelo enfermeiro ou pelo médico. O cronograma de contactos programados com o fumador deve ser adaptado, tendo em conta as necessidades sentidas pelo próprio, assim como os resultados da avaliação inicial realizada pelo profissional de saúde. Deve ter em conta eventuais intercorrências após os primeiros três meses de abstinência que possam justificar a realização de mais consultas. A primeira consulta é, normalmente, a mais demorada, uma vez que aí devem ser realizadas tarefas que permitam conhecer o fumador, delinear e perceber o tipo de apoio que este necessita por parte da equipa. Neste primeiro contacto, é importante o fumador responder a um questionário que possibilita avaliar a história tabágica e ainda hábitos alimentares, alcoólicos e da existência de outras dependências. É fundamental avaliar aqui a motivação para deixar de fumar e o nível de dependência. Numa segunda consulta, é avaliado o fumador e é discutida a proposta de plano terapêutico. É aqui que deve ser marcado o “dia D” que corresponde ao primeiro dia do paciente sem consumo de tabaco.<sup>41</sup> A marcação deste dia é crucial e, contrariamente ao que se poderia pensar, parar de fumar abruptamente a partir desse dia é mais eficaz que deixar de fumar de forma gradual.<sup>47</sup> No “dia D” deverá haver um primeiro contacto telefónico. A partir desta etapa, estão programadas mais quatro consultas, das quais a terceira pode ser substituída por um contacto telefónico. Estas consultas visam avaliar o estado do fumador e a prevenção da recaída. Após estes contactos, estão preconizados, no programa, mais dois contactos telefónicos a realizar pelo médico ou pelo enfermeiro. Em anexo (anexo1), encontra-se a estrutura das consultas específicas de cessação tabágica preconizada pela DGS, com as tarefas a realizar em cada uma das consultas/contactos telefónicos.<sup>41</sup>

A avaliação da motivação para deixar de fumar é realizada por um questionário, desenvolvido por Richmond, que, como mencionado anteriormente, deve ser aplicado numa primeira consulta. Este teste de Richmond (Fig.4), apresenta quatro perguntas, sendo a pontuação obtida de 0 a 10 pontos. Quando o fumador apresenta 7 ou mais pontos, apresenta um nível de motivação alta. Aqui, deve ser questionado ainda sobre o número de tentativas anteriores realizadas.<sup>48</sup>

Perguntas	Resultados	Pontos
Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	Sim	1
	Não	0
Tem realmente vontade de deixar de fumar?	Nenhuma	0
	Pouca	1
	Alguma	2
	Muita	3
Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas duas semanas?	Não	0
	Talvez	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3
Acredita que será um ex-fumador(a) dentro de seis meses?	Não	0
	Pode ser	1
	Provavelmente	2
	Definitivamente	3

Fig.4 – Teste de Richmond. Adaptado de: Compendio de Atención Primaria - Concepto, Organización Y Práctica Clínica.<sup>48</sup>

Para avaliar a dependência, é utilizado o Teste de Fagerström para a dependência da nicotina (Fig.5). Os pacientes são classificados como apresentando alta, moderada ou baixa dependência, depois de responderem a seis perguntas.<sup>48</sup>

Perguntas	Resultados	Pontos
Quanto tempo passa desde que se levanta até fumar o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	Após 6 a 30 minutos	2
	Após 31 a 60 minutos	1
	Após mais de 60 minutos	0
Sente dificuldade em não fumar em locais onde não é permitido (cinema, biblioteca etc.)?	Sim	1
	Não	0
Qual o cigarro que lhe custa mais de deixar de fumar?	O primeiro da manhã	1
	Outro	0
Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos	0
	Entre 11 e 20	1
	Entre 21 e 30	2
	Mais de 30	3
Fuma com mais frequência nas primeiras horas depois de se levantar do que durante o dia?	Sim	1
	Não	0
Fuma quando está doente e acamado?	Sim	1
	Não	0

Fig.5 – Teste de Fagerström. Adaptado de: Compendio de Atención Primaria - Concepto, Organización Y Práctica Clínica.<sup>48</sup>

O ambiente da consulta e o espaço físico onde é realizada devem ter sinalização adequada que permita a identificação, o conforto e a informalidade que a mesma exige. Podem ser usadas estratégias que valorizam o espaço do consultório, sala de espera e do CS e que permitam informar e alertar o paciente para a temática do tabagismo. O uso de cartazes, quadros, placares informativos sobre a consulta e seus resultados, notícias sobre o tabaco e folhetos são alguns exemplos.<sup>38</sup>

Comparando a eficácia da intervenção intensiva e breve, é sugerido que existe uma pequena, mas significativa, vantagem no aconselhamento intensivo. Quando comparado em fumadores com elevado risco de doenças relacionadas com o tabagismo, esta vantagem é mais evidente.<sup>40</sup> Existe ainda evidência de que o sucesso da intervenção é directamente proporcional ao número de visitas. Desta forma, uma intervenção que inclui consultas de follow-up tem maior eficácia quando comparada com intervenções de apenas um contacto. Corresponde a uma associação de dose-resposta entre a intensidade das intervenções, o seu sucesso e as taxas de abstinência.<sup>40,49</sup>

Tem sido comparado o apoio intensivo fornecido individualmente e a grupos de fumadores. Porém, não tem sido mostrada diferença estatística significativa de cessação tabágica nestes dois grupos. Um estudo que fez esta comparação mostrou que a intervenção individual apresentou resultados um pouco melhores, embora não significativamente maiores que a intervenção em grupo. O suporte comportamental em grupo é mais longo e pode ser tido como desvantagem, uma vez que grande parte dos fumadores abandona as sessões no decurso da intervenção. Estudar o porquê destas desistências pode ser importante de forma a impedir tais perdas e na tentativa de perceber quais os fumadores que beneficiariam mais deste tipo de intervenção. O tempo investido pelos profissionais de saúde é um factor associado ao sucesso da cessação tabágica. Assim, a adesão ao tratamento é fundamental e a eficácia das intervenções parece ser directamente proporcional à frequência do contacto e duração de cada contacto. A intervenção mínima tem maior custo/benefício, enquanto a intervenção em grupo requer mais recursos disponíveis, tais como equipa de enfermagem.<sup>50</sup>

Novas ferramentas têm sido usadas e exploradas como meios que auxiliam os fumadores a abandonar esta dependência. Os telemóveis têm-se tornado, hoje em dia, uma forma útil utilizada pelos sistemas de saúde para informação do paciente. Os serviços de cessação tabágica começaram também a utilizar esta ferramenta para fornecer suporte. São de fácil uso, podem ser usados em qualquer lugar e a qualquer altura, apresentando uma boa relação custo/eficácia. As mensagens podem ser adequadas às características do fumador, sendo possível enviar mensagens motivacionais e de aconselhamento, além de mensagens



com conteúdo que possam ajudar o fumador a esquecer o desejo de fumar. Podem ainda, ajudar o fumador a entrar em contacto com outros para suporte social. Metanálises sobre esta utilidade têm demonstrado uma evolução favorável, ao longo dos anos, do benefício dela e eficácia desta ferramenta na cessação tabágica.<sup>51</sup> Tem vindo, também, a ser testada a eficácia de uma intervenção intensiva que recorra, além de contactos pessoais com o médico, ao contacto por e-mail em fumadores que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários. As vantagens deste tipo de contacto são semelhantes às referenciadas para o uso do telemóvel. Um estudo realizado em Espanha propôs que este tipo de intervenção pode ser útil para demonstrar uma percentagem mais elevada de abstinência tabágica entre fumadores que usam o e-mail regularmente, podendo vir a ser usado futuramente como uma forma complementar para o processo de cessação.<sup>52</sup>

Recentemente em Portugal, a RTP, a 31 de Agosto de 2014, noticiou que a Linha de Saúde 24 terá um serviço específico para acompanhar e aconselhar fumadores que tenham a intenção de deixar esta dependência com o nome “Linha de Cessação Tabágica”, sob a orientação da SPP (Sociedade Portuguesa de Pneumologia).<sup>53</sup>

### 3. A Recaída

É difícil combater a dependência do tabagismo, pois o poder da dependência e os rituais de comportamento criam um grande obstáculo no desejo de parar de fumar. Muitos dos fumadores entram num ciclo de múltiplos períodos de cessação e recaída. Cerca de 80% dos fumadores que deixam o tabaco sem ajuda dos profissionais de saúde têm uma recaída no primeiro mês de abstinência. A cessação tabágica não é um evento pontual, faz, sim, parte de um processo no qual a recaída é um dos componentes comuns, daí reconhecer a natureza desta condição se tornar muito importante. Antes de mais, torna-se importante prevenir a recaída. É importante dar a conhecer aos pacientes os obstáculos que vão enfrentar depois da abstinência. Informar os doentes sobre os possíveis sintomas de abstinência pode ajudá-los a saber lidar melhor com a situação.<sup>54</sup> Está demonstrado que indivíduos com mais preocupações no seu dia-a-dia apresentam maior desejo de fumar e mais angústia durante o período de abstinência. Esta associação é ainda mais forte em fumadores com baixa tolerância ao stresse. Devem ser encorajados a procurar apoio, se surgir algum problema que possa causar uma recaída e o profissional de saúde deve ser preparado para fornecer aconselhamento e assistência a estes doentes, assim que os sintomas surjam.<sup>55</sup>

Os sintomas causados pela abstinência causam não só stress cognitivo e social, como são a principal causa para a ocorrência de recaídas. O tratamento da dependência e abstinência pode restaurar a função cerebral, humor e habilidades cognitivas e, assim, apoiar a cessação. No entanto, é importante ter em conta que os sintomas e a sua duração variam de pessoa para pessoa, pelo que os fumadores deverão ter também essa consciência. Para a maioria das pessoas, estes sintomas surgem nos primeiros dias e diminuem dentro de 1 a 3 semanas. Um número de questionários foi desenvolvido para avaliar a presença e intensidade dos sintomas de privação. O uso destes questionários, antes da tentativa de parar de fumar, vai ajudar a identificar os pacientes que precisam de ajuda para se prepararem para essa tentativa. Aplicar o questionário novamente em visitas posteriores vai ajudar a controlar a intensidade e a duração dos sintomas de abstinência. Isto pode ser importante para ajustar a intensidade do tratamento e prevenir recaídas.<sup>54</sup>

Vários estudos têm-se focado no papel do suporte comportamental e de farmacoterapia para reduzir a ocorrência de recaídas. Até agora, a estratégia que parece ser mais eficaz para prevenir a recaída e levar a aumentar as taxas de abstinência é a combinação do medicamento mais eficaz para a cessação com um aconselhamento para a cessação relativamente intenso.<sup>54</sup>

Vários factores preditivos de sucesso na cessação do tabagismo podem ser utilizados para identificar recidivantes prováveis. Nestes factores preditivos de sucesso incluem-se a idade tardia de iniciação do tabagismo, maior duração da abstinência em tentativas anteriores, ausência de humor depressivo, baixa a moderada dependência da nicotina, ausência de outras dependências com o álcool, motivação, ser casado e não haver fumadores em casa. Assim, é desejável ter em conta as características individuais de cada fumador, de forma a oferecer a estratégia que será mais eficaz para cada um, aproveitando ao máximo os recursos de saúde disponíveis.<sup>54</sup>

A ocorrência da recaída não deve desencorajar nem o fumador nem o médico que o acompanha na tentativa de voltar a tentar a abstinência. Uma vez que a maioria das recaídas ocorre nos primeiros dias de abstinência, um follow-up rigoroso nos primeiros dias após o “dia D” é importante.<sup>54</sup> Estudos demonstram que o papel do médico no follow-up é importante e aumenta as taxas de abstinência. Os ex-fumadores necessitam de um suporte clínico pessoal e acessível, de forma a continuar a promover e encorajar a cessação tabágica, evitando, desta forma, uma recaída. Apenas passado um ano sem fumar podemos considerar o paciente como ex-fumador.<sup>56,57</sup> O acompanhamento dos pacientes no follow-up pode apresentar algumas dificuldades, tanto para aqueles que foram bem sucedidos na cessação, como aqueles que não o foram. Aqueles que conseguiram parar de fumar não perceberam qual

a importância de continuar em consultas de cessação tabágica, uma vez que o objectivo já tinha sido conseguido. Aqueles que não conseguiram deixar o hábito do tabaco, sentiram-se embaraçados por não terem conseguido aquilo a que se tinha proposto no início das consultas.<sup>50</sup> Os pacientes que não apresentam posterior diminuição da intensidade dos sintomas de abstinência encontram-se em maior risco de recaída. Nestes casos, o paciente poderá voltar a preencher, em cada consulta, um questionário que avaliará o progresso da cessação e a gravidade dos sintomas.<sup>54</sup>

Um papel importante do médico passa por proporcionar, ao doente, estratégias de forma a reforçar a importância de permanecer livre do tabaco. Estes esforços contínuos vão ajudar o paciente a não ter um sentimento de desânimo ou frustração com a ocorrência de uma recaída. É fundamental lembrar ao fumador que a dependência da nicotina é uma doença crónica e recidivante e que o sucesso pode ser obtido em tentativas posteriores. A recaída deve ser usada como forma de aprendizagem com o objectivo de aperfeiçoar a estratégia de cessação utilizada. Há que estar atento, percebendo as razões que levaram a este acontecimento e, desta forma, prevenir mais facilmente a possibilidade de futuras recaídas. Questões sobre stresse, sentimento de tédio, o ambiente onde o fumador se encontra inserido (se convive com fumadores ou não), o afecto, consumo de álcool, impulsos que o levam a pensar no tabaco e a disponibilidade de cigarros são de importante avaliação neste contexto. Deve realizar-se um plano de acção que defina as medidas que o fumador pode adoptar da próxima vez que estiver numa situação semelhante, para evitar voltar a fumar. Pode ser necessário aumentar a intensidade do tratamento e do seguimento. A abordagem deve ser feita tendo em conta as características do doente em questão e de acordo com os sintomas e a angústia de cada um. Poderá ser necessário o aumento da intensidade e frequência da intervenção e, caso o fumador esteja disposto, frequentar uma consulta de apoio intensivo. Poderá, também, ser necessário rever o tempo, a dosagem, eficácia e adesão à terapêutica por parte do fumador. Uma das opções é também usar inaladores de nicotina nos fumadores que apresentem um significativo componente comportamental associado a esta dependência, como alguns rituais, por exemplo, associação mão-boca. Aumentar a frequência e maior acompanhamento no follow-up, recorrendo ainda a contactos telefónicos e/ou electrónicos podem também ser uma opção importante a considerar. É necessário que o médico veja o doente tendo em conta o contexto familiar, o apoio social, o papel da família, amigos e colegas de trabalho, no apoio a esta etapa que o fumador apresenta.<sup>54</sup>

Caso o paciente se mostre motivado durante o follow-up, após uma recaída, deve ser tentada uma nova cessação o mais breve possível, definindo uma nova data para deixar de

fumar. Os fumadores que, após uma recaída, não estão ainda dispostos a realizar uma nova tentativa, devem ser alvo de uma intervenção breve, na qual deve ser reforçada a ideia da possibilidade e a importância de futuras tentativas. Nestes indivíduos, é necessário esperar por uma altura mais adequada para uma nova tentativa. Como alternativa a estes casos, pode tentar-se uma abordagem com o objectivo de reduzir o número de cigarros por dia, antes de uma abstinência total.<sup>54</sup>

### **iii. Aconselhamento e tratamento comportamental**

Existem vários modelos e teorias de mudança comportamental. O modelo de crenças de saúde tem como base a percepção, por parte do doente, dos malefícios do tabagismo e da avaliação do comportamento recomendado para prevenir e controlar o problema. A teoria do comportamento planeado refere que a aquisição de um comportamento está relacionada com as crenças, as atitudes e o controlo comportamental. Existe, ainda, uma teoria social cognitiva que menciona o comportamento como uma interacção dinâmica entre factores pessoais e influências ambientais e sociais que envolvem o indivíduo. O modelo transteórico do comportamento é baseado na teoria de Mudança Comportamental de Porschaska e DiClemente. Este é o modelo mais usado para desenvolver intervenções que promovem a mudança comportamental de dependências. Permite perceber o processo de mudança comportamental, fornecendo-nos a informação sobre o estágio da mudança onde o fumador se encontra, de forma a ser possível adaptar as intervenções a essa mesma condição.<sup>33</sup> Segundo esta teoria, existem cinco estádios de mudança:

- Pré-contemplanção: o fumador não tem qualquer intenção de deixar de fumar nos próximos seis meses.
- Contemplanção: o fumador encontra-se em ambivalência, considerando parar de fumar nos próximos seis meses.
- Preparação: o fumador tenciona modificar o seu comportamento a curto prazo, num intervalo de um mês e já fez tentativas durante o último ano.
- Acção: o indivíduo deixou de fumar e encontra-se em abstinência há menos de seis meses.
- Manutenção: o indivíduo deixou de fumar há mais de 6 meses, continuando em abstinência tabágica.<sup>58</sup>

Uma intervenção faseada, adaptada ao estadio em que o fumador se encontra, apresenta maior sucesso que intervenções que não têm em conta esse factor, tal como as intervenções breves. Vários autores afirmam que a evidência não suporta a restrição do aconselhamento da cessação e o encorajamento apenas a indivíduos que se encontram na fase de preparação e acção. Um estudo que adaptou a intervenção à fase de mudança em que se encontrava o fumador apresentou boas taxas de sucesso. Neste, aos indivíduos em fase de pré-contemplação e contemplação foi realizada uma intervenção breve e dada informação motivacional em forma de folheto. No caso de indivíduos em fase de preparação e acção que não pretendiam ajuda específica, foi efectuada uma intervenção mínima com recurso a aconselhamento breve, folheto informativo sobre estratégias de cessação, apoio farmacológico e uma consulta de follow-up. Naqueles que pretendiam ajuda profissional, foi realizada uma intervenção intensiva com apoio e aconselhamento comportamental e apoio farmacológico.<sup>59</sup>

Perceber a relutância do fumador a parar de fumar é útil para lidar com a ambivalência que é muitas vezes encontrada na prática clínica. A relutância é a resistência à mudança do comportamento, estando frequentemente envolvidos tanto os valores individuais do fumador como a sua relação com a sociedade. É o produto de uma ansiedade antecipada resultante de várias barreiras identificadas pelo paciente. De forma a tentar resolver este conflito interior, os fumadores tentam, muitas vezes, racionalizá-las e minimizar o problema, proferindo afirmações como “ Eu gosto de fumar”, “É o meu único vício” ou “já só fumo metade do que costumava fumar”.<sup>60</sup>

A técnica mais eficaz, e mais vezes empregue para aumentar a motivação de forma a mudar o comportamento aditivo, é a entrevista motivacional que permite explorar e resolver a ambivalência e a relutância que muitos dos fumadores apresentam, quando confrontados com a hipótese de deixarem de fumar.<sup>60</sup> Segundo o programa Kaiser TPMG, esta entrevista divide-se em seis partes: a abertura do encontro, negociação da agenda, avaliação da motivação, exploração da ambivalência, “tailor transition” e fechar o encontro. Rollnick identifica quatro princípios orientadores da entrevista motivacional usando a regra mnemónica “RULE”: Resistir ao “righting reflex” (Resist); Entender as motivações do paciente (Understand); Ouvir, utilizar empatia e escuta activa durante a entrevista (Listen); Fortalecer o paciente (Empower).<sup>33</sup> A entrevista motivacional é um método onde o médico ouve o paciente de forma reflexiva, abordando sistematicamente os desincentivos que o doente aponta, mas sem recorrer a confrontação. A entrevista procura perceber e discutir as próprias razões dos pacientes para alterar, ou não, o comportamento aditivo.<sup>60</sup> Para tal, o médico deve fazer perguntas abertas, dando tempo ao doente para contar a sua história.<sup>33</sup> A conversa deve ser

directiva, sem ser autoritária, objectivo-orientada e focar-se ainda nas preocupações do doente, tentando encontrar formas de as eliminar ou diminuir. Para tal ser possível, o médico deve perguntar e tentar perceber quais as armas usadas pelo paciente para tomar decisões e resolver os conflitos do dia-a-dia.<sup>60</sup>

Antes de mais, o facto de o fumador perceber a diferença entre os conceitos e comportamentos “hábito” e “compulsão” tem benefício na prática clínica. Não explicar ao paciente, durante a consulta, que fumar é um comportamento compulsivo e não um hábito faz com que o fumador desvalorize o comportamento, dificultando, neste caso, a eficácia do processo e da intervenção médica. O fumador deve estar consciente de que este vício não tem apenas uma componente física, mas que integra, também, um contexto psicológico importante. Assim, deve focar-se a intervenção não apenas no facto de ficar “livre do tabaco”, mas também na gestão dos problemas que advêm da abstinência. O processo de decisão resulta de um balanço que o indivíduo faz entre os prós e contras da mudança comportamental a que se está a propor. Uma abordagem tradicional passa por realçar os benefícios de estar livre do tabaco de forma a aumentar a motivação. Desta forma, parte-se do princípio que as motivações e os desincentivos apresentados pelo fumador são igualmente acessíveis às técnicas de aconselhamento comportamental. Quer isto dizer que o aumento da motivação diminui a importância dada pelo fumador aos desincentivos que sentia. No entanto, para este artigo, a relutância muitas vezes presente sugere que os desincentivos à cessação não são racionais, mas antes consequência da dependência. Esta condição associada a alterações emocionais e ao deficit de motivação aumenta, em grande escala, o desincentivo em relação ao processo de cessação que não é facilmente modificável. Desta forma, para que o aconselhamento apresente sucesso, é necessário o médico focar-se tanto no lado motivacional, tentando perceber quais as motivações para deixar de fumar, como abordar os obstáculos que o fumador sente relativamente à cessação tentando resolver esta ambivalência.<sup>60</sup> Estes factores dependem de variáveis sociodemográficas como o género, raça, níveis de educação e a idade. É importante o médico ter estas diferenças em consideração, a fim de adaptar a forma de intervenção a cada grupo. Em vários estudos foram pesquisadas quais as motivações mais comuns nos fumadores. Estas vão desde motivações financeiras, nas quais os fumadores dão conta do dinheiro que poderiam poupar se não comprassem tabaco, passando por influência social, uma vez que é proibido fumar em muitos dos locais públicos. Outras motivações apontadas são a possibilidade de suporte e encorajamento por parte do médico, familiares e amigos, a preocupação com a saúde, não só do próprio como dos que o rodeiam, avisos nas embalagens do tabaco, campanhas dos *media* e a existência de programas de cessação

gratuitos e acessíveis.<sup>61</sup> Segundo dados recolhidos pelo 3º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa, realizado em 2012, a preocupação com a saúde, o preço do tabaco e a influência da família e dos amigos foram os motivos mais frequentemente mencionados pelos fumadores e ex-fumadores.<sup>4</sup>

As barreiras que os fumadores apontam ao sucesso da cessação tabágica são também variadas. Barreiras pessoais passam por falta de confiança nas suas capacidades, o desinteresse em querer mudar e não saber como o fazer. O medo de ganhar peso na abstinência tabágica é um factor muitas vezes apontado, principalmente por pessoas do sexo feminino. O fácil acesso ao tabaco, o preço da farmacoterapia que poderá a vir ser necessária, o sentimento de falta de suporte social caso inicie a cessação, o stress são outros exemplos de dificuldades que os fumadores mencionam.<sup>61</sup> A influência social pode também ser uma barreira, caso o doente conviva maioritariamente com outros fumadores.<sup>61,62</sup> Exemplo disso é o facto de o sucesso da intervenção ser maior quando o parceiro do fumador não apresenta o mesmo hábito ou é ex-fumador. Isto porque, se um dos elementos da família fuma, a motivação para parar é menor do que se não houvesse conviventes fumadores. Assim, no caso de um casal fumador, é mais eficaz e aconselhável os dois iniciarem o tratamento simultaneamente.<sup>62,59</sup> Níveis baixos de instrução do fumador podem ser uma barreira para uma intervenção eficaz, tendo maior dificuldade em deixar o hábito quer com ou sem ajuda médica. Nestes casos, o médico, durante a intervenção e entrevista motivacional, deve apropriar o tipo de informação e a linguagem utilizada para estes fumadores, pois uma linguagem mais técnica pode não ser bem entendida e implicará repercussões negativas no sucesso da cessação.<sup>62</sup>

O uso das mensagens apropriadas é uma abordagem que aumenta o impacto da intervenção da cessação tabágica. A mensagem deve enfatizar os benefícios de mudar o comportamento, ou seja, mostrar ao fumador aquilo que ele pode ganhar em deixar de fumar. Neste contexto, as ideias a transmitir são, por exemplo, “Se deixar de fumar a sua saúde vai melhorar e terá muitos mais benefícios”, “Nunca é tarde para parar de fumar e terá benefícios tanto imediatos como a longo prazo”, “Após a cessação é possível controlar o desejo de voltar a fumar”. Outra forma de abordar o doente passa por enfatizar as consequências negativas para a saúde, caso continue com o comportamento, como, por exemplo, “Fumar é prejudicial à sua saúde, pode trazer problemas como cancro de pulmão e outros, cardiovasculares e risco de AVC”. Estas duas abordagens podem ter diferente eficácia em vários contextos, tendo sido objecto de estudo qual das formas é mais eficaz para o fim pretendido, atendendo às características do fumador.<sup>63</sup> Fornecer informação acerca dos riscos do tabaco para a saúde é

uma ferramenta importante e eficaz com efeito positivo no processo de cessação tabágica. A relação entre a doença e o tabaco pode ser dada de várias formas: verbal, numérica ou visual. Informar, por exemplo, acerca dos riscos cardiovasculares decorrentes do consumo do tabaco pode ser um forte incentivo para a mudança comportamental. Outra forma de alcançar o mesmo objectivo, passa por comparar o risco de desenvolver uma doença relacionada com o tabaco num fumador com a probabilidade de essa doença se desenvolver num não fumador. Assim, informações como “ Se para de fumar, o risco de vir a desenvolver um enfarte do miocárdio baixa de X para X%” ou “ Na sua idade, o risco de vir a desenvolver um enfarte agudo do miocárdio ou um AVC nos próximos dez anos é igual ao risco de uma pessoas com X anos, não fumadora” podem ser incentivadoras para a mudança comportamental.<sup>64</sup> Segundo Rothman e Salovey, tendo em conta que o tabagismo é um comportamento que pode ser prevenido, a utilização de mensagens que mostram os benefícios de uma vida sem tabaco são mais eficazes que as que enfatizam os malefícios da continuação do consumo na direcção de mudança de crenças, atitudes e comportamentos associados ao tabaco, apresentando maior poder persuasivo no sucesso precoce da cessação tabágica. A forma como é escolhido o tipo de mensagem a utilizar e o impacto da mesma depende também das características do fumador, as quais o médico deve ter em consideração. A percepção dos riscos do tabagismo por parte do fumador e o género têm influência na abordagem da cessação. Resultados de estudos revelam que as mulheres têm melhor percepção dos riscos do tabaco que os homens e fumadores que antecipavam riscos associados a abstinência tabágica apresentam recaídas mais cedo. Os fumadores que não têm a percepção do risco envolvido no consumo do tabaco ou que não têm capacidade para compreender beneficiam muito mais de uma abordagem que privilegie a informação acerca dos benefícios de deixar de fumar, em detrimento dos argumentos acerca dos malefícios para a saúde. O médico deve ainda ter em consideração o estadio de mudança comportamental onde o fumador se encontra, para encontrar a melhor estratégia para a abordagem motivacional. Nos fumadores que se encontram no estadio de contemplação, as mensagens positivas são as mais eficazes na motivação. O mesmo acontece com o tipo de expectativas dos fumadores e os níveis de confiança nas suas capacidades. O uso de argumentos sobre os benefícios associados à cessação em indivíduos com boas expectativas em relação à sua capacidade de parar o hábito mostra aumentar a probabilidade de cessação. Outro moderador amplamente estudado é a dependência da nicotina.<sup>63</sup> O tabagismo é um dos principais factores de risco para numerosas patologias, nomeadamente do trato respiratório, tal como a DPOC, acelerando o declínio da função pulmonar que, normalmente, estaria ligada à idade. Desta forma, a espirometria, que permite avaliar a função



pulmonar, pode ser usada como um instrumento motivacional para reforçar a mensagem da importância da cessação tabágica durante o aconselhamento motivacional. Embora muitos estudos pareçam mostrar que o uso da espirometria possa ter eficácia na intervenção motivacional, continua a ser um assunto controverso e mais estudos neste contexto são necessários para estabelecer conclusões definitivas.<sup>49</sup>

Sendo a adolescência propícia ao início do consumo do tabaco, torna-se necessário intervir mais activamente neste grupo etário, no qual a abordagem é difícil. Os argumentos que influenciam os adolescentes a querer parar de fumar são diferentes dos adultos, muito porque as preocupações não são as mesmas. O argumento financeiro não os atinge directamente, porque dependem de terceiros, e os argumentos acerca dos benefícios para a saúde também são pouco eficazes nesta faixa etária. Os argumentos capazes de motivar os adolescentes para a cessação tabágica estão relacionados com a auto-imagem, como o envelhecimento precoce e a performance física que notam ficar aquém do esperado.<sup>34</sup>

Os fumadores associam algumas rotinas do dia-a-dia ao comportamento de fumar um cigarro como, por exemplo, tomar café, final das refeições, encontros com os amigos. Uma forma tradicional de intervenção neste contexto passa por tentar quebrar essa ligação estabelecida. Neste tipo de aconselhamento, os fumadores são incentivados a tentar deixar de pensar no cigarro e aliviar o desejo de fumar substituindo este hábito por comportamentos saudáveis. No entanto, esta abordagem não pode ser usada isoladamente, uma vez que os factores mencionados anteriormente não podem deixar de ser explorados e resolvidos. Se o foco do médico estiver apenas em convencer o paciente a deixar de fumar, haverá grande probabilidade de frustração, tanto por parte do médico que não conseguiu ajudar o fumador, como por parte do fumador que não conseguiu alcançar o objectivo. Este sentimento será um obstáculo a futuras tentativas de cessação.<sup>60</sup>

O médico pode desenvolver metas e objectivos terapêuticos em parceria com o paciente, trabalhando as duas partes juntas para alcançar os mesmos objectivos. O método do “contrato em oito pontos”, que apoia a mudança comportamental do hábito tabágico, pode ser realizado e apresentado na primeira consulta. É um compromisso entre o paciente fumador e o médico, que é “assinado” no final da consulta. É também uma forma de colocar objectivos definidos aos fumadores, avaliados nas consultas seguintes. Desse contrato constam os seguintes pontos: diminuir o número de cigarros fumados por dia, até à próxima consulta; atrasar o primeiro cigarro do dia; escrever um “diário do fumador”, num dia típico da semana; quantificar o número de cigarros e caracterizar o contexto em que fumou cada um deles; retirar dos locais onde passa grande parte do tempo os artefactos associados ao hábito

tabágico; rever o plano alimentar, propondo-se a adoptar uma alimentação saudável, diversificada, com ingestão de líquidos, frutas vegetais e cereais; rever o plano de actividade física com o objectivo de aumentar a actividade de forma segura, até ao nível associado ao mais baixo risco cardiovascular (meia hora de actividade física na maioria dos dias da semana, escolha personalizada); conseguir o apoio de uma pessoa íntima, em particular no primeiro mês após o “dia D” e, por fim, marcar o “dia D”.<sup>38</sup>

O suporte social é um processo interactivo entre o fumador, profissionais de saúde, família e amigos que se revela eficaz e necessário. No entanto, o fumador precisa também de ter auto-regulação. Um estudo que compara a combinação entre o suporte social recebido e os factores de auto-regulação, como a motivação e as estratégias de coping, no processo da cessação tabágica, revelou que a conjugação destes dois factores é uma mais-valia para o sucesso da intervenção. O objectivo passa por fortalecer os recursos do próprio indivíduo, mas, também, incluir o ambiente social. Uma vez que conviver com um fumador acarreta riscos para a saúde daqueles que não fumam, mas que estão próximos dele, o incentivo e apoio social fornecidos por um convivente do fumador irá, não só, ajudar o fumador a parar, como também é benéfico para a sua saúde. No entanto, neste estudo, foi demonstrado que não existe um efeito compensatório do elevado suporte social, no caso de estarmos perante fumadores com baixos níveis de auto-regulação. Estes componentes têm, antes, um efeito sinérgico.<sup>65</sup>

Estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, tendo em conta a interacção médico-paciente, é parte crucial da intervenção. No entanto, não lhe é dada muitas vezes a devida atenção. A construção de um bom relacionamento entre o médico e o paciente acaba por ser também uma ferramenta. Esta relação é construída com base na confiança e no respeito mútuo, o que é implícito no contacto social entre o médico e o doente. Assim, é um ambiente de confiança e segurança em que o paciente se pode sentir confortável sobre as preocupações, os erros e as recaídas. O médico deve criar empatia, percepção e entendimento sobre a situação e os sentimentos do fumador, deixando claro que é capaz de o ajudar no processo. Deve, ainda, mostrar interesse constante pela saúde e pelo bem-estar do paciente. É importante encorajá-lo a articular a natureza das suas preocupações e procurar oportunidades para aliviar ou neutralizar os obstáculos de forma sistemática, permitindo que expresse a sua relutância em mudar sem consequência ou julgamento. Isto porque a natureza da dependência da nicotina é, muitas vezes, mal compreendida pelo público, deparando-se os fumadores, frequentemente, com atitudes acusatórias de amigos e familiares. Assim, sentem-se pessoalmente culpados pelas consequências médicas de seu vício. O discurso deve ser

personalizado, directivo, não autoritário permitindo a autonomia do doente. Devem encontrar-se métodos que sejam relevantes para o fumador como indivíduo, tendo em conta a sua capacidade para enfrentar os desafios e as suas crenças, levando-o a consciencializar-se de que a sua atitude de fumador não é única. A conversa não se deve tornar num debate e são de evitar frases como “eu sinto a sua dor”. Após várias tentativas que resultaram em recaídas, é normal que o fumador se sinta frustrado e com falta de esperança no sucesso do processo. Este sentimento é um obstáculo ao sucesso de novas tentativas e o médico deve, durante o seu discurso, evitar enfatizar demasiado a dificuldade que pode ser o processo de cessação tabágica, uma vez que poderá diminuir a auto-eficácia de forma não intencional. É papel do médico revigorar a esperança e manter a atitude positiva do paciente, valorizando as tarefas para a resolução do problema.<sup>60</sup>

No entanto, a entrevista motivacional pressupõe, por parte do médico, um certo distanciamento dos resultados, não numa perspectiva de deixar de ajudar, mas, sim, de que as pessoas podem fazer escolhas e têm direito a tomar decisões.<sup>33</sup>

#### **iv. Terapêutica farmacológica**

As directrizes actuais em relação ao tratamento da dependência da nicotina estabelecem que o tratamento farmacológico deve ser oferecido a todo o doente que queira fazer uma tentativa séria de abandono, em particular os que têm consumos médios acima de dez cigarros por dia, com excepção de casos em que existam contra-indicações.<sup>41</sup> Uma terapêutica não farmacológica é recomendada a fumadores não dependentes, fumadores ocasionais, que apresentem contra-indicações ou não estejam dispostos a recorrer à farmacoterapia.<sup>41,66</sup>

Com o tratamento farmacológico, pode conseguir-se que 15 a 30% dos doentes se mantenham em abstinência ao final de um ano, triplicando a capacidade de êxito, face ao abandono sem apoio.

O tratamento farmacológico deve ser utilizado a par de acompanhamento psicológico, uma vez que esta combinação é reconhecida como mais eficaz.

Existem três fármacos considerados de primeira linha: as TSN (Terapêuticas de Substituição da Nicotina), a bupropiona e a vareniclina. Uma metanálise comparou a eficácia das várias terapêuticas farmacológicas, assim como as suas reacções adversas. A TSN, a

bupirona e a vareniclina mostraram todas, boa eficácia no aumento da cessação tabágica, quando comparadas com placebo.<sup>67,68</sup>

A escolha do fármaco de primeira linha deve fazer-se com base em determinados factores, como a experiência profissional, contra-indicações do fármaco e os seus efeitos adversos, interações medicamentosas, preferências do doente, a sua experiência anterior e as características do doente (antecedentes depressivos, preocupação com o peso, possibilidades económicas). O nível de dependência da nicotina, medida pelo teste de Fagerström, tem sido também reportado como um factor influenciador na escolha da farmacoterapia.<sup>66</sup>

As TSN foram as primeiras com eficácia conhecida para o tratamento da dependência do tabaco e a única medicação que não necessita de prescrição médica e que apresenta um bom perfil de segurança, com poucas contra-indicações. O objectivo das TSNs é aliviar o desejo imperioso de nicotina e reduzir os sintomas de abstinência durante os dias e as semanas após a cessação. A biodisponibilidade da nicotina da inalação do fumo dos cigarros é perto de 100%, pois é absorvida a nível pulmonar e a nicotina dirige-se, assim, rapidamente, para o cérebro. No entanto, a biodisponibilidade das TSNs é muito menor que a nicotina dos cigarros e, por isso, apenas elimina parcialmente os sintomas de abstinência. A terapêutica é normalmente iniciada após o “Dia D”<sup>69,70</sup>, mas pode também ser utilizada com o objectivo de ajudar a redução do consumo tabágico e na fase de preparação.<sup>70</sup> A eficácia das TSN na abstinência depende de vários factores como a formulação, duração do tratamento e a dosagem.<sup>69</sup>

Existem várias formas comerciais disponíveis, desde gomas de mascar, sistemas transdérmicos, inalador bucal, spray nasal, comprimidos sublinguais e pastilhas. Diferem pelas suas características farmacocinéticas que determinam a sua indicação. Por exemplo, os sistemas transdérmicos permitem uma libertação contínua de nicotina por 16 a 24 horas. Pelo contrário, a administração por via oral das TSNs tem um tempo de actuação mais reduzido e a dose pode ser ajustada às necessidades do fumador. Estas múltiplas formas de administração podem ser uma mais-valia na adesão ao tratamento, pois os fumadores podem escolher a forma mais cómoda de administração, aumentando, assim, a adesão à terapêutica.<sup>69,70</sup>

Há situações em que a terapêutica com TSN deve ser usada com precaução, valorizando o custo/benefício do seu uso. Nestes casos, é importante a supervisão médica, uma vez que, além de serem contra-indicações ao uso de TSN, são também situações em que é recomendada a evicção tabágica. É o caso das doenças cardiovasculares, como hipertensão, angina de peito instável, enfarte do miocárdio (nas duas primeiras semanas após o enfarte), arritmias cardíacas, doença cerebrovascular em evolução, insuficiência arterial periférica,

hipertensão, doenças endócrinas (como hipertireoidismo, diabetes mellitus e feocromocitoma) e úlcera péptica (no caso uso de pastilhas e gomas). A gravidez, amamentação e adolescência pertencem também a estas situações particulares.<sup>66</sup>

Ainda há pouca informação acerca da eficácia da terapêutica com TSN durante a gravidez. A segurança durante a gravidez, o baixo peso ao nascimento, parto prematuro, mortalidade perinatal e necessidade de cuidados intensivos após o nascimento demonstrou ser menos frequente em mulheres com terapêutica TSN do que aquelas que continuaram o hábito tabágico ou que receberam placebo. Alguns autores defendem que se deve utilizar esta opção farmacológica em grávidas com níveis elevados a moderados de dependência e nos casos em que a intervenção comportamental e entrevista motivacional não foram eficazes. No entanto, o seu uso deve ser sob supervisão médica e utilizando a dose mais baixa possível e eficaz.<sup>71</sup>

A maioria dos efeitos secundários causados pela terapêutica farmacológica com TSN depende do tipo de TSN utilizado. Os sistemas transdérmicos podem causar irritação da pele no local de aplicação, cefaleias, sintomas semelhantes à gripe, dismenorreia, náuseas, mialgias e tonturas. Uma vez que é usado também durante a noite, pode causar insónias e alterações visíveis no EEG (Electroencefalograma). As pastilhas podem provocar dispepsia, dor mandibular e da boca, inflamação da garganta, tosse, soluços, desidratação da mucosa oral e úlceras, flatulência. As gomas para mascar têm como possíveis efeitos secundários: distúrbios gastrointestinais, soluços, dor mandibular, alterações orodentárias, cefaleias, indigestão e náuseas. O inalador pode provocar irritação local, aumentar sintomas de inflamação, sensação de queimadura, tosse, espirros, corrimento nasal, soluções, cefaleias e náuseas. Por sua vez, e tendo efeitos adversos semelhantes, o spray nasal pode provocar sintomas como irritação nasal, corrimento nasal, cefaleias, dor de coluna, dispneia, náuseas e artralgias.<sup>66</sup>

A bupropiona é um derivado da beta-feniletilamina e o primeiro fármaco não nicotínico a ser utilizado na cessação tabágica. É um antidepressivo atípico e o seu modo de acção é independente do seu efeito antidepressivo. Actua inibindo a recaptção da noradrenalina e dopamina e tem ainda um efeito antagonista no receptor  $\alpha^4\beta^2$  nicotínico.<sup>68</sup> Aumentando os níveis destas catecolaminas, reduz os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar.<sup>66,69</sup> A posologia recomendada é de 150mg, uma vez por dia, durante os seis primeiros dias, continuando depois com 150mg, duas vezes por dia, com intervalo mínimo de oito horas. A sua concentração no plasma só é obtida duas semanas após o início do tratamento. Desta forma, o fumador deve iniciar o tratamento cerca de duas semanas antes do “dia D”.<sup>66</sup>

Os efeitos secundários mais comuns incluem insónia, desidratação da mucosa oral, náuseas, ansiedade e cefaleias, mas apenas a insónia e a desidratação oral ocorrem mais frequentemente e podem ser resolvidos com a diminuição da dose, caso seja necessário. Além disso, tanto a insónia, como o sentimento de ansiedade fazem parte dos sintomas da síndrome de abstinência. A principal contra-indicação é a existência de antecedentes de convulsões, pois aumenta o risco de ocorrência de convulsão em 1:1000.<sup>66,69</sup> Está também contra-indicada em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos seus excipientes, casos de bulimia e anorexia nervosa e em fumadores que estejam a tomar inibidores da monoamina oxidase. Até agora, a bupropiona é considerada segura em pacientes com doenças cardiovasculares ou DPOC, mas não deve ser administrada a pacientes que se encontram com sintomas de abstinência de álcool ou benzodiazepinas, já que aumenta o risco de convulsões.<sup>69</sup> O uso deste fármaco durante a gravidez, embora seja ainda limitado o conhecimento acerca da sua eficácia neste contexto, não parece estar associado ao aumento do risco de malformações congénitas. No entanto, existe pequeno aumento do risco de aborto espontâneo, semelhante ao risco dos outros antidepressivos.<sup>71</sup>

A vareniclina é um agonista parcial, selectivo do receptor  $\alpha^4\beta^2$  nicotínico. Tem um efeito agonista, pois permite estimular a libertação de dopamina, mas esta libertação é menor quando comparada com a nicotina, reduzindo a urgência de fumar, os sintomas de abstinência e a sensação de satisfação associada ao consumo do tabaco. Pensa-se ter também propriedades antagonistas que podem prevenir a estimulação completa do receptor quando a nicotina é co-administrada, diminuindo, desta forma, o risco de recaída.<sup>68</sup> A vareniclina apresenta uma semi-vida de aproximadamente 24 horas e não tem um metabolismo hepático significativo, pelo que não constitui uma contra-indicação em doentes com insuficiência hepática. É excretada pela urina e a sua clearance renal é dose-proporcional. Assim, é necessária precaução na utilização por parte de doentes com insuficiência renal. Neste caso, é importante um ajuste da dose utilizada. A terapêutica deve ser iniciada uma semana antes do dia estabelecido para a cessação tabágica.<sup>69</sup> A dose deve ser progressivamente aumentada, de forma a minimizar os possíveis efeitos secundários. Assim, do primeiro ao terceiro dia, a toma é um comprimido de 0,5mg, uma vez por dia; do quarto ao sétimo dia, um comprimido de 0,5mg, duas vezes ao dia; a partir do oitavo dia, um comprimido de 1mg, duas vezes ao dia. A duração total do tratamento é entre três a seis meses.<sup>66</sup> Os efeitos adversos mais comuns são náuseas, cefaleias, insónias e pesadelos, sintomas estes que vão desaparecendo com a continuação da medicação. Têm sido também notificados sintomas como depressão, que pode levar a ideação ou tentativa de suicídio. No entanto, estudos realizados em pacientes

sem problemas psiquiátricos concluem que não há um aumento significativo sobre sintomas psiquiátricos para além de alterações dos hábitos de sono.<sup>69</sup> O aparecimento de situações de humor deprimido, alterações do comportamento e ideação suicida em fumadores a tomar vareniclina levou o Infarmed a recomendar precaução na administração deste fármaco a doentes com história psiquiátrica e investigar doença psiquiátrica prévia à utilização do fármaco.<sup>72</sup> Relativamente à sua utilização por mulheres grávidas, ainda não existem conclusões sobre o perfil de segurança neste grupo. Os estudos estão em progressão, mas ensaios pré clínicos em animais têm demonstrado um aumento do risco de malformações congénitas, pelo que, actualmente, só é aconselhável o uso de vareniclina em grávidas, quando os benefícios do tratamento são superiores aos do risco.<sup>71</sup>

Foi realizado um estudo com o objectivo de estimar a adesão à terapêutica com vareniclina e as consequências ao nível das taxas de cessação nos Cuidados de Saúde Primários. A não adesão à terapêutica é uma situação que ocorrer frequentemente e pode acontecer por várias razões. Os efeitos secundários do fármaco, a falta de eficácia e a percepção que o doente tem sobre a necessidade de tratamento farmacológico são alguns exemplos. A adesão por parte do fumador à terapêutica com vareniclina resultou na obtenção de maior taxa de abstinência, tornando-se evidente a importância de promover esta adesão. Serão importantes novos estudos focados nos factores que influenciam este comportamento e no desenvolvimento ou implementação de estratégias que aumentem a adesão terapêutica.<sup>73</sup>

A comparação entre a eficácia de TSN e bupropiona não mostrou diferenças significativas entre estas duas terapêuticas; no entanto, a vareniclina mostrou uma maior eficácia relativamente a estes fármacos.<sup>67</sup> Um estudo, que comparou o custo/efectividade a longo prazo da terapêutica com vareniclina com as restantes estratégias farmacológicas, concluiu que esta apresenta maior taxa custo/eficácia.<sup>74</sup> Estudos randomizados, que avaliaram e compararam o tratamento com vareniclina, bupropiona e placebo apresentaram, nos grupos sujeitos a tratamento com vareniclina, uma taxa de abstinência de 44%, após 12 semanas de tratamento.<sup>73</sup>

As intervenções de prevenção de recaída oferecidas no final do tratamento podem aumentar as taxas de sucesso a longo termo. Revisões sistemáticas têm concluído que o uso prolongado de TSN, bupropiona ou vareniclina é provavelmente eficaz quando usados para prevenir a recaída, apresentando, ainda, um benefício custo/eficácia. É viável oferecer o prolongamento da terapêutica com TSN que pode ser facilmente aceite pelos fumadores, uma vez que é também considerada uma terapêutica de uso fácil.<sup>75</sup>

A nortriptilina e a clonidina têm sido propostos como fármacos de segunda linha.

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico e parece reduzir os sintomas de abstinência, por inibir a recaptação de noradrenalina e serotonina. Embora tenha demonstrado eficácia na ajuda do abandono do hábito tabágico a longo prazo, os seus efeitos adversos são um obstáculo para que o fármaco tenha aprovação para ser considerado como fármaco direccionado para cessação tabágica.<sup>70</sup> A dose ideal e duração do tratamento permanecem por determinar. Deve iniciar-se por 25mg por dia, durante três dias, aumentando para 50mg por dia, durante quatro dias, seguido de 75mg por dia, durante doze semanas. Este tratamento inicia-se entre uma semana e um mês antes da data programada para parar de fumar. Os efeitos adversos associados são secura da boca, sedação, obstipação, visão turva, retenção urinária, cefaleias e toxicidade cardíaca.<sup>66</sup>

A clonidina é um agonista  $\alpha_2$ -adrenérgico que diminui o fluxo simpático. É usada para o tratamento da hipertensão e, embora não esteja aprovado o seu uso na cessação tabágica, estudos recentes têm demonstrado alguma eficácia na redução dos sintomas de privação, como craving, ansiedade, irritabilidade, tensão e sentimentos de raiva, decorrentes do uso de álcool e opiáceos. No entanto, apresenta algumas reacções adversas comuns como a sedação, secura da boca, tonturas, hipotensão, prurido ocular, vertigens e diarreia. Por estas razões, esta opção farmacológica não constitui a primeira linha de tratamento na cessação tabágica; Todavia, pode ser benéfica em algumas populações alvo. Exemplo disso são os fumadores com elevados níveis de ansiedade e irritabilidade após a cessação e que, desta forma, beneficiam de um efeito sedativo.<sup>66,70</sup>

Outra opção farmacológica que pode ser usada na cessação tabágica é a citisina. É um agonista parcial do receptor nicotínico  $\alpha_4\beta_2$ , similar à vareniclina. Tem sido utilizada há várias décadas por países da Europa de leste, mostrando boa eficácia e bom perfil de segurança quando usada para esta finalidade.<sup>66,70</sup> Um estudo recente que teve como objectivo avaliar a eficácia e segurança deste medicamento comparando-o com placebo, confirmou a boa eficácia. Além disso, o preço mais baixo, em comparação com outros fármacos pode torná-lo um tratamento mais acessível para que seja usado na cessação tabágica a nível global.<sup>76</sup>

O uso *off label* de outros fármacos, que são normalmente usados primeiramente para tratamento de outras patologias, pode ser considerado para ajudar no tratamento da dependência do tabaco. Perceber os mecanismos biológicos envolvidos nesta condição de adição permite abrir novas portas ao uso de novos fármacos. De seguida, serão abordados alguns deles.



Os ansiolíticos, devido à sua capacidade de diminuir a ansiedade, um dos principais sintomas da síndrome de abstinência, podem ser usados neste contexto. São exemplos: clonidina (já mencionada e usada como terapêutica de segunda linha), buspirona, diazepam, doxiepina, meprobamate, ondansetron e beta-bloqueante (metoprolol, oxprenolol e propranolol), no entanto, a clonidina é o que mais evidência de eficácia apresenta.<sup>70,66</sup>

Outros antidepressivos, incluindo os tricíclicos (doxipin, imipramine e nortriptilina), inibidores selectivos da recaptção da serotonina (fluoxetine, paroxetine e sertralina) e antidepressivos atípicos (bupropiona, tryptophan e venlafaxine) são também uma opção.<sup>66,70</sup>

A descoberta da associação entre o comportamento da dependência tabágica e os inibidores da MAO (Monoamina Oxidase) A e B levou a pensar nos inibidores dessas enzimas como uma classe farmacológica que pode ser também usada na cessação tabágica. Embora os primeiros ensaios tenham sido promissores quanto a esta teoria, ensaios subsequentes mostraram resultados que desapontaram. Os inibidores selectivos de MAO B, sozinhos, ou em associação com TSN transdérmicos, não mostraram ser suficientemente eficazes.<sup>70</sup>

Antagonistas opióides, incluindo naltrexone, buprenorphine e naloxone são também potencialmente eficazes pela sua capacidade de atenuar os efeitos de recompensa provocados pelo consumo do tabaco. Naltrexone é um agonista opióide que atenua certos efeitos de narcóticos e é também usado no tratamento do alcoolismo. Pensa-se conseguir reduzir o desejo de fumar por diminuição da activação dos receptores dopaminérgico mesolímbicos. A associação destes com TSN parece aumentar a eficácia dos resultados de abstinência tabágica.<sup>70,66</sup>

Parece haver evidência que antagonistas dos receptores canabinóides tipo 1, como o rimonabant e taranabant, possam ajudar também nesta dependência por restaurarem o balanceamento do sistema endocanabinoide, quebrado pela exposição prolongada ao fumo do tabaco. Receptores centrais canabinóides têm um papel na função de recompensa do cérebro e parecem influenciar, também, a dependência e habituação. O rimonabant foi inicialmente usado para o controlo do ganho de peso após a cessação; no entanto, após reportados aumentos de pensamentos suicidas e depressão consequentes da toma deste medicamento, foi, em 2008, afastado.<sup>66,70</sup>

Fármacos que influenciam a neurotransmissão de GABA ou NMDA (N - metil D – aspartato) podem diminuir as propriedades da nicotina. O topiramato inibe a neurotransmissão glutamérgica e, simultaneamente, potencia a actividade GABA. Aumenta cerca de quatro vezes a cessação tabágica, quando comparada com placebo, e parece ainda ser eficaz na

redução do tabagismo em alcoólicos fumadores. Encontra-se na fase III de desenvolvimento no estudo do seu uso como ajuda na cessação tabágica. Agonistas selectivos de GABA-B mostram alguma evidência clínica e pré-clínica para o tratamento da dependência do tabaco. Mais três fármacos que actuam no receptor NMDA, como a memantina e a cicloserina, têm estado a ser investigados, encontrando-se em fase I. Um estudo piloto realizado para explorar o efeito da N-acetilcistaina tem também demonstrado efeitos promissores.<sup>70</sup>

Antagonistas do receptor D3 têm mostrado resultados promissores em modelos animais e encontram-se em fase de investigação.<sup>70</sup>

Modafinil, um neurotrópico, que aumenta o estado de vigília em pessoas com sonolência excessiva, é utilizado em patologias como a narcolepsia e a apneia obstrutiva do sono. Tem sido estudado de forma a perceber a sua possível utilidade na cessação tabágica, no entanto, os ensaios têm sido descontinuados devido ao efeito negativo do medicamento observado sobre a cessação do tabagismo.<sup>70</sup>

Outra opção que tem sido estudada é a vacina de nicotina. O seu objectivo é estimular a produção de anticorpos pelo sistema imunitário que se ligam à nicotina, impedindo a sua entrada na corrente sanguínea e no cérebro pela barreira hematoencefálica. Desta forma, vão ser diminuídos os efeitos de reforço normalmente produzidos pela nicotina, o que facilita o processo de cessação. No entanto, os estudos realizados com esta vacina até ao momento não têm demonstrado grande aumento nas taxas de abstinência e um estudo recente, realizado para perceber a sua eficácia na prevenção da recaída, não conseguiu demonstrar um efeito significativo.<sup>70</sup> O seu uso ainda não está autorizado para a cessação nem prevenção das recaídas.<sup>67</sup>

Sendo o peso tantas vezes associado ao consumo do tabaco, o tabagismo foi durante muitos anos associado ao controlo do peso, sendo um argumento para o início do comportamento tabágico, muito comum entre adolescentes do sexo feminino. O aumento de peso é uma das razões mais frequentemente apontadas que dificultam o sucesso da cessação do hábito. Desta forma, tem sido estudada a prevenção do ganho de peso pela terapêutica farmacológica usada na cessação tabágica. Tanto os TSN como a bupropiona demonstram limitar o ganho de peso. A terapêutica combinada destes dois fármacos demonstra também a mesma situação, quando comparada com monoterapia.<sup>77</sup> À semelhança destes, a vareniclina limita o aumento de peso durante a fase activa do tratamento, um efeito que não persiste após o término do tratamento.<sup>69</sup> Segundo alguns artigos, a utilização de farmacoterapia a curto prazo e o suporte comportamental a longo prazo são sugeridos como uma estratégia eficiente na prevenção do aumento de peso nesta fase de dependência.<sup>77</sup>

Apesar de ainda não haver recomendações precisas sobre a utilização da terapêutica combinada, a associação de fármacos pode contribuir para a obtenção de benefícios terapêuticos acrescidos. Os diferentes tipos de TSN apresentam uma eficácia semelhante, mas, quando usados de forma combinada, a sua eficácia aumenta, sendo comparável à eficácia da vareniclina. Uma combinação de várias formulações de TSNs com diferentes velocidades de libertação de nicotina, como a de sistemas transdérmicos com formulação oral, vai permitir que a formulação transdérmica liberte lentamente a substância, mantendo níveis no sangue estáveis, e a formulação oral uma libertação mais rápida, que proporciona picos de nicotina no sangue nos momentos em que o fumador sente uma grande necessidade de fumar.<sup>67,69</sup>

A associação dos adesivos transdérmicos com a bupropiona mostra maior eficácia, sugerindo um benefício aditivo destas duas terapêuticas.

A eficácia e segurança da terapêutica combinada de vareniclina e bupropiona tem sido objecto de estudo. Um estudo, que comparou esta associação com a monoterapia, demonstrou aumento significativo do prolongamento do período de abstinência, ao fim de 12 e 26 semanas, no grupo com terapêutica combinada. No entanto, não demonstrou diferença significativa ao sétimo dia ou às 52 semanas. Os resultados demonstram, ainda, a atenuação do ganho de peso decorrente da evitação tabágica e a bupropiona parece interferir mais neste aspecto do que a vareniclina.<sup>78</sup>

Existem grupos populacionais nos quais são necessários estudos quanto à terapêutica que pode ser utilizada e que devem ter atenção especial. Para além das grávidas, como já referido, outro desses grupos são os fumadores com doenças psiquiátricas. As guidelines para o tratamento do tabagismo dos Estados Unidos recomendam que este grupo pode usar qualquer medicação utilizada na população geral, excepto quando esta se encontra contra-indicada. A terapêutica com TSN apresenta, aqui, uma eficácia modesta em doentes com esquizofrenia. Mas, as taxas de abstinência aumentam, se for combinada TSN com antipsicóticos atípicos, quando comparada com o uso apenas de antipsicóticos. A vareniclina e a bupropiona são também eficazes e seguras em pacientes com esta patologia.<sup>69</sup>

No caso dos adolescentes, metanálises recentes têm demonstrado que não existe eficácia significativa da terapêutica farmacológica.<sup>69</sup> Algumas guidelines recomendam TSN como um recurso para a cessação tabágica em adolescentes entre os 12 e 18 anos que sejam dependentes da nicotina. As restantes opções terapêuticas ainda não tiveram a avaliação de segurança e eficácia necessárias a este grupo etário, pelo que devem ser consideradas com muita precaução.<sup>66,70</sup>

#### **d. Os resultados da cessação tabágica**

A cessação tabágica constitui um aspecto na política da saúde onde a evidência da eficácia a nível clínico e económico são fortes. Um estudo teve como objectivo comparar os resultados e contrastes obtidos em vários países europeus e, para tal, investigadores locais recolheram dados relativos a várias doenças relacionadas com o fumo. Os custos e as taxas de doenças foram então modelados até 2030 para a redução do tabagismo, de 3%, 15% e 30%, utilizando uma ferramenta de projecção epidemiológica. De entre os países que integraram o estudo encontram-se Portugal, Roménia, Suécia, Áustria, Dinamarca, Reino Unido, Irlanda, Polónia Alemanha e França. Estas reduções dos fumadores são baseadas em estudos do Reino Unido e, obviamente, taxas de cessação podem variar entre os países. De entre os mesmos, todos apresentaram reduções iniciais em custos de serviços de saúde, bem como a incidência e mortalidade para as doenças combinadas. No entanto, a magnitude dos números varia consideravelmente entre os diferentes países, mesmo para aqueles cujas populações são de tamanhos semelhantes. Desta forma, é potencialmente errado usar a evidência verificada num país para informar a política de saúde noutro, uma vez que podem ter diferentes taxas de prevalência do tabagismo, de incidência de doenças relacionadas ao tabagismo e mortalidade por essas doenças, custos dos serviços de saúde, etc. Este modelo prevê um pico económico inicial de cuidados de saúde em geral em todos os países, no entanto, em 2030, a economia vai tornar-se negativa em todos os países, com excepção da Roménia, Suíça, Portugal e Áustria, devido ao custo de cuidar de maior número de pessoas idosas. A redução da mortalidade relacionada com o tabagismo significa que mais pessoas vivam até à velhice, o que tem implicações para os custos dos cuidados de saúde a longo prazo, situação que acabará por ocorrer em todos os países estudados, mas que demora mais tempo nos países que começam com uma população relativamente jovem. Estes resultados não podem ser interpretados como "negativos", uma vez que são o resultado directo de pessoas que vivem vidas mais longas e saudáveis, que é o objectivo explícito de política de cessação do tabagismo. A falta de dados tem dificultado a precisão dos resultados obtidos e é importante serem colectados rotineiramente no local, a fim de avaliar com precisão os efeitos da cessação do tabagismo. Desta forma, os resultados podem ser interpretados com maior confiança e permitir que os decisores políticos tomem decisões informadas sobre os custos e benefícios da implementação de programas de cessação do tabagismo.<sup>79</sup>

De acordo com o estudo Eurobarómetro, realizado em 2012, dos fumadores portugueses inquiridos, 54% nunca teriam feito qualquer tentativa para deixar de fumar, um

valor bastante mais elevado que a média europeia (39%). Apenas 14% dos inquiridos referiram ter já feito uma tentativa para parar de fumar nos doze meses anteriores ao questionário. Destes 14%, 84% não tiveram qualquer ajuda, cerca de 5% recorreram a ajuda farmacológica e apenas 5% pediram apoio ao médico ou a outros profissionais de saúde. Dos fumadores portugueses que tentaram parar de fumar em 2009, apenas 24% se mantiveram abstinentes dois meses após a última tentativa.<sup>4</sup>

Relativamente às consultas de cessação tabágica em Portugal, o facto de não existir um sistema de informação adequado aos registos clínicos e de enfermagem das actividades realizadas, tanto no âmbito do aconselhamento breve como da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, constitui uma limitação para obtenção de dados nesta área. No entanto, têm sido registados, nos últimos anos, modificações nos locais e nas equipas das consultas de apoio intensivo, que são atribuíveis às reformas em curso no sector da saúde e ainda à aposentação de muitos profissionais. Registou-se um aumento dos locais de consulta de apoio intensivo após a entrada em vigor da lei do tabaco; no entanto, registou-se uma diminuição a partir de 2010. Foi também caracterizada a procura das consultas de cessação tabágica a partir da contabilização de fumadores que iniciaram a consulta em estabelecimentos de saúde do SNS, em Portugal continental. Tendo por base uma recolha efectuada através de mapas de preenchimento manual, estima-se que sejam atendidos, por ano, cerca de 7000 utentes nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica. Todavia, não existem dados relativos à intervenção breve. Verificou-se um aumento do número de consultas até 2009, com um decréscimo acentuado em 2010 e alguma recuperação em 2011 e 2012 e 2013. Quando analisada a oferta de consultas de apoio intensivo por ACES, em 2013 verificou-se que apenas 70% ofereciam este tipo de consulta. Observa-se a ausência deste tipo de atendimento em 30,9% do total das ACES, o que é mais notório nas ARS (Administração Regional da Saúde) Norte e de Lisboa e Vale do Tejo.<sup>5</sup>

Existem alguns estudos realizados em Portugal de caracterização e análise de dados de consultas de cessação tabágica de forma a ser possível ter noção da eficácia das intervenções. Foi efectuada um estudo retrospectivo de dois anos dos resultados de consultas de cessação tabágica realizadas no CS do Santo da Serra no Funchal. A taxa de sucesso atingido neste estudo foi de 25%, tendo em conta os doentes que se encontravam em fase de manutenção. Se forem considerados os doentes em fase de manutenção e acção, a percentagem de sucesso sobe para 43%. Foi conseguida, em 28,5% dos fumadores, uma redução do hábito tabágico em doentes que não foram capazes de deixar totalmente de fumar. Registou-se uma taxa de abandono das consultas de 28,5% quer por desistência, alta por desmotivação e

incumprimento dos objectivos propostos e ainda mudança de residência dos doentes. Os casos de insucesso foram mais prevalentes nos grupos etários mais jovens e, quando comparadas algumas características dos doentes em fase de manutenção com os que não abandonaram o hábito, verificou-se que, no primeiro grupo, a carga tabágica e o grau de dependência eram superiores.<sup>34</sup>

Outro estudo realizado no Hospital de Santa Maria em Lisboa tentou procurar e entender as razões do sucesso. Neste estudo a taxa de cessação foi de 42,4% e a redução do consumo de tabaco superior a 50% foi de 1,9%. Registou-se igualmente uma grande taxa de abandono das consultas (41,6%), maioritariamente logo após a primeira consulta. Este abandono relacionou-se com as características dos doentes, a falta de motivação, o preço da terapêutica e o meio ambiente desencorajador.<sup>80</sup>

Foi realizado, em dois centros de saúde da ARS norte, um estudo de forma a avaliar os resultados terapêuticos das consultas de apoio intensivo de cessação tabágica. Houve um período de seguimento de 12 meses; no entanto, enfatiza-se a necessidade de estudos longitudinais com um período de seguimento mais alargado. Neste estudo foi também bastante elevado o nível de abandono da consulta (65,8%) e a taxa de recaídas foi de 19,5%. Após 12 meses, 14,7% mantiveram abstinência, tendo alta com sucesso. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os resultados terapêuticos e variáveis como idade dos utentes, horário das consultas, motivação para deixar de fumar, grau de dependência da nicotina e tipo de tratamento farmacológico. Neste estudo, o horário das consultas ao final da tarde obteve maior sucesso (44%), quando comparado com o sucesso dos utentes que frequentaram as consultas da manhã (2,3%). Este fenómeno foi explicado pelo facto de a maioria dos utentes serem população activa, o que poderá dificultar a disponibilidade para a frequência das consultas em horários laborais e, conseqüentemente, conduzir ao abandono desta. O estudo revelou ainda maior dificuldade de sucesso nos fumadores com níveis de dependência da nicotina mais elevados, estando também relacionado com maior nível de abandono. Relativamente ao tratamento farmacológico adoptado, os utentes a quem foi prescrita a vareniclina obtiveram uma taxa de sucesso de 45,2%. Dos que usaram TSN, apenas 23% tiveram êxito e dos doentes a quem foi ministrada bupropiona, 9,5% ficaram abstinentes. Foi nos primeiros 3 meses que se revelaram maior número de recaídas.<sup>81</sup>

É importante perceber o envolvimento actual dos médicos de família quanto à temática da cessação tabágica, assim como os factores que facilitam ou dificultam a abordagem por estes médicos, do assunto do tabagismo com os seus utentes. Os factores capazes de explicar a capacidade de abordagem do médico, à semelhança das soluções para alterar a situação,

apresentam um carácter multifactorial. Foi identificada uma trilogia de factores influenciadores que inclui características do médico, características do fumador e factores estruturais. A prevalência de fumadores na comunidade médica é uma das características que pode influenciar o processo de intervenção na cessação tabágica. Neste caso, os médicos não se vêem, necessariamente, como um exemplo para os seus pacientes. Uma grande maioria dos estudos demonstra que os médicos de família que são fumadores abordam o tema do tabagismo menos frequentemente que os não fumadores. Porém, um estudo comparativo de 11 países da União Europeia concluiu que, embora os médicos não fumadores estivessem mais propensos a aconselhar a cessação tabágica ao doente, esta diferença não era significativa comparativamente com os fumadores. É assim sugerido, como prioridade para alguns países, a promoção da cessação tabágica na comunidade médica e, desta forma, melhorar não só o estilo de vida dos médicos fumadores, como promover que estes mais facilmente discutam a questão do tabagismo com os seus pacientes. Para muitos médicos, a capacidade e atitudes promotoras de saúde e prevenção podem sair da sua zona de conforto profissional e, muitas vezes, preocupa-os que a abordagem do tema do tabagismo possa influenciar a relação médico-doente já criada. As características dos pacientes influenciam também a forma de abordagem dos médicos. A maior parte das vezes, os médicos de família são mais susceptíveis a aconselhar a cessação tabágica a doentes que apresentam sintomas relacionados com a sua condição de fumadores, abordando, desta forma, aqueles que parecem estar mais receptivos e motivados a receber este conselho. Outras barreiras que têm emergido relacionam-se com questões de factores estruturais. A falta de tempo durante as consultas é apontada como uma das principais barreiras ao sucesso da performance dos médicos de família.<sup>82</sup> Numa entrevista ao “Público” a 7 de Novembro de 2014, a SPP, representada pelo Prof. Doutor Robalo Cordeiro, considerou fundamental a existência de mais consultas de cessação tabágica nos hospitais e CS de forma a acabar com as listas de espera existentes para que os fumadores tenham acesso à consulta de cessação tabágica aumentando, desta forma, a acessibilidade e facilidade de recurso a estas consultas. Além disso, foi realçada a importância da envolvência do médico de família e dos Cuidados de Saúde Primários na abordagem a estes doentes assim como a forma multidisciplinar como deve ser tratada.<sup>83</sup>

É importante também que os médicos tenham a formação adequada de forma a lidar com estas situações, sendo essencial apostar na participação dos médicos em treino e especialização em cessação tabágica. É sugerido que esta temática seja parte integrante do processo de formação de todos os médicos de família. Alguns estudos têm avaliado a opinião dos médicos sobre o facto de não haver reconhecimento financeiro para esta prática

preventiva de forma, ainda, a perceber a influência na sua motivação para promover e questionar os utentes sobre o tabagismo. Contrariamente se pensaria, este factor não emerge, na perspectiva dos médicos de família, como uma das barreiras mais importantes, existindo, neste contexto, um nível de variabilidade de importância dependendo do país em questão. No entanto, existe evidência de que, quando a actividade preventiva é financeiramente reconhecida, em conjunto com uma boa forma de prescrição e referenciação para especialista hospitalar, pode levar a mudanças positivas no que à actividade da promoção da cessação tabágica diz respeito. A redução ou remoção dos custos dos tratamentos farmacológicos para a cessação parece aumentar a recomendação e prescrição destes medicamentos por parte dos médicos de família. As estratégias para ultrapassar estas barreiras devem ter um carácter multifacetado e aplicadas aos factores que mais influências têm em cada país.<sup>82</sup>



## 6- Discussão e Conclusão

Considerado um grande problema de saúde pública e, hoje em dia, classificada como uma doença mental, o tabagismo constitui umas das principais causas evitáveis de doença. São hoje conhecidas inúmeras consequências a nível da saúde, resultantes da utilização do tabaco, afectando praticamente todos os sistemas do organismo humano, o que contribui para que o tabaco aumente a morbilidade e mortalidade a nível mundial. Vários estudos recentes têm associado novas patologias ao consumo desta substância e algumas das associações não estão ainda confirmadas. Isto leva-nos a concluir que, durante os próximos anos, muito mais será esclarecido acerca das consequências negativas para a saúde do consumidor e novas doenças serão ligadas a esta dependência.

Além de problemas relacionados com a saúde do próprio fumador, este fenómeno representa um problema social e com elevados custos económicos para o fumador, a sua família e o país, acarretando sofrimento, tanto para o fumador como para aqueles que com ele convivem.

Segundo a OMS, o tabaco mata cerca de 6 milhões de pessoas por ano no mundo e, se nada for feito para travar a epidemia tabágica, este número pode chegar, em 2030, a 8 milhões de mortes. A alta prevalência deste consumo na nossa população e todas estas consequências negativas associadas ao tabaco tornam imperioso o controlo desta epidemia. Prova disso tem sido a notável actuação da OMS e da DGS no combate ao tabagismo. A criação da WHO FCTC e o MPOWER como pedras angulares no controlo do tabagismo, constituindo a base para a implementação de programas antitabágicos em vários países, assim como a inclusão da redução do tabagismo num dos objectivos num plano de acção mundial para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis, mostra a preocupação crescente com esta problemática. Tido pela DGS como um problema de saúde pública prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde, foi criado um programa nacional para a prevenção e o controlo do tabagismo e um programa-tipo de actuação na cessação tabágica.

A importância da diminuição desse consumo passa por, além de melhorar a qualidade de vida do fumador, diminuir a exposição da população não fumadora ao tabagismo passivo, o qual apresenta, igualmente, problemas para a saúde. Importante neste aspecto foi a implementação, em Portugal, da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto.

Os cuidados de saúde primários e o médico de família são uma peça fundamental para a intervenção, quer na prevenção primária, quer na promoção da cessação tabágica. O médico de família, pilar fundamental nos Cuidados de Saúde Primários, apresenta-se também como

uma porta de entrada do paciente no sistema de saúde, permitindo a acessibilidade necessária para a abordagem da cessação tabágica, assim como a coordenação, personalização e continuidade dos cuidados necessária para um follow-up tão importante para o sucesso da intervenção. A MGF tem como objectivo a promoção da saúde preconizando estilos de vida saudável aos seus utentes. O médico de família tem o privilégio de, na relação médico - doente, ser o agente de saúde em quem o doente mais facilmente confia e respeita. Este atributo advém-lhe também da possibilidade de seguir a população ao longo do seu ciclo de vida e conhecer os seus doentes, apresentando-se, relativamente a médicos de outras especialidades, num lugar privilegiado para a modificação dos comportamentos de risco dos seus doentes. A cessação tabágica não é apenas um problema individual do fumador, mas também dos que com este se relacionam na sua vida social, no seu trabalho e mesmo da própria família. Para o médico de MGF, é fundamental desenvolver o seu trabalho, assumindo-se como “médico de famílias” e não se focalizar apenas no doente, mas também ter em conta o seu passado, o meio sociocultural e familiar no qual está inserido. Sendo as famílias disfuncionais as mais associadas a comportamentos aditivos, importa promover a coesão familiar, fomentar relações positivas entre os vários elementos da família de forma a evitá-los, melhorando a saúde da família e dos elementos doentes.

A dimensão preventiva do tabagismo é onde se centra maioritariamente a estratégia de actuação contra esta epidemia. Assim, são definidos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. São objectivos desta actuação a prevenção da iniciação nos jovens, o encorajamento e a promoção da cessação nos fumadores, a redução da quantidade de substâncias nocivas nos cigarros e a adopção de medidas de protecção para os não fumadores.

Abordar o doente sobre a problemática do tabagismo por um profissional de saúde aumenta a consciencialização dos fumadores da necessidade de deixar de fumar.

Perante algumas ambiguidades no tratamento dos doentes fumadores, foi fundamental a criação pelo Ministério da Saúde de um programa-tipo de actuação na cessação tabágica e, desta forma, normalizar a conduta dos profissionais de saúde neste âmbito. A intervenção clínica na cessação tabágica padroniza-se por intervenção breve/mínima e o apoio intensivo. A evidência do aumento da taxa de sucesso na identificação dos fumadores e na promoção da cessação tabágica por parte da intervenção breve, mostrando um aumento de 1% para 3% no sucesso desta intervenção, revela a importância da realização desta prática. Consistindo numa abordagem de curta duração, é importante ser realizada por todos os profissionais de saúde que contactem com doentes fumadores. Consiste na abordagem de cinco passos, designados de “5 As” - Abordar, Aconselhar, Avaliar e Ajudar. Quando esta abordagem não é possível,

deve, pelo menos, tentar realizar-se uma intervenção mínima com a abordagem mínima dos pontos “ Abordar” e “Aconselhar”.

A intervenção intensiva é realizada em consulta específica com a duração de vários meses, o que permite maior tempo de actuação e um follow-up mais orientado, sendo notada a existência de uma pequena, mas significativa vantagem em relação à intervenção mínima. Já não é realizada por qualquer profissional de saúde, mas sim por equipas especializadas compostas por médico, enfermeiro e psicólogo, treinadas para fornecer esta forma de apoio mais específica. Este tipo de apoio é dirigido apenas a fumadores motivados, que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve, ou que apresentem uma dependência elevada da nicotina e algum dos critérios definidos pela DGS. O modelo de abordagem passa por uma componente comportamental, associada a uma componente medicamentosa. A DGS apresenta, no programa – tipo de actuação, a estrutura das consultas específicas de cessação tabágica que devem ser adaptadas a cada fumador, tendo em conta as necessidades do próprio e de eventuais intercorrências no decorrer da intervenção. A avaliação do fumador é imprescindível de forma a personalizar a actuação. Após o “dia D”, é essencial acompanhamento clínico do fumador, realizando correcto follow-up, com o objectivo de continuar a sua avaliação e prevenir a recaída e o sentimento de frustração que tantas vezes lhe está associado. Sendo a recaída um dos componentes comuns no processo de cessação tabágica, torna-se crucial apoiar o fumador nesta fase.

É imprescindível acompanhamento multidisciplinar por parte de toda a equipa de Cuidados de Saúde Primários, mas também de todos os profissionais de saúde, sendo uma mais-valia para o sucesso da intervenção ter o apoio não só da equipa médica, como também da equipa de enfermagem, psicólogo e nutricionista. De salientar ainda, a boa cooperação que deve existir entre a MGF e outras especialidades médicas na concretização dos objectivos da luta contra o tabagismo.

O uso de novas ferramentas, tais como o telemóvel, o e-mail e a internet, têm sido estudadas como uma nova vertente que pode ser complementar para fornecer suporte à cessação tabágica. O uso crescente destas novas tecnologias, principalmente pelas camadas mais jovens, que constitui também uma faixa etária de especial foco, torna-a apelativa e um recurso a desenvolver que poderá vir a beneficiar o sucesso da intervenção e a aumentar a consciencialização das pessoas para esta temática.

A entrevista motivacional constitui a técnica mais eficaz para aumentar a motivação para a mudança comportamental e tenta, desta forma, perceber a relutância do fumador à mudança. Perceber a fase do processo de mudança em que o fumador se encontra, baseado na

teoria de Mudança Comportamental de Prochaska e DiClemente, pode ajudar a adaptar as intervenções a esta mesma condição. A abordagem deve ser sempre feita de forma personalizada. A este acompanhamento psicológico pode ser aliada uma vertente de tratamento farmacológico que pode conseguir aumentar as taxas de abstinência. A investigação nesta área continua activa: novos fármacos estão a ser estudados, o que leva a crer que haverá, no futuro, novas opções a considerar.

É importante o médico estar atento a grupos mais vulneráveis que, por essa condição, apresentam maior risco de consumo de substâncias aditivas, pelo que a abordagem à cessação tabágica, nestes doentes, deve ser reforçada e ajustada.

Dos dados estatísticos apresentados, pode concluir-se que a população portuguesa fumadora ainda está pouco sensibilizada para deixar de fumar e, daqueles que o pretendem fazer, ainda são poucos os que recorrem a ajuda médica. A DGS, no seu relatório mais recente (2014) relativamente ao tabagismo em Portugal, confirma esta conclusão, dizendo que cerca de 86% dos fumadores portugueses, entre os 15 e os 64 anos, declararam ter baixa motivação para parar de fumar. Este problema é ainda agravado porque a cessação tabágica é, frequentemente, um processo difícil e sujeito a recaídas, notando-se que, para uma parte importante da população portuguesa, o tabagismo não é percebido como um grave problema de saúde pública.

Reconhece-se a necessidade de melhor análise do envolvimento dos médicos de família na cessação tabágica, percebendo os factores que facilitam ou dificultam esta abordagem. Concluiu-se que factores relativos a características dos médicos, dos fumadores e estruturais são altamente influenciadores do processo de cessação tabágica. Neste sentido, é essencial implementar algumas medidas facilitadoras deste processo. Assim, é sugerido como prioritário promover a cessação tabágica na comunidade médica, uma vez que são os médicos fumadores que têm menos propensão para abordagem deste tema com os doentes. Deverão incentivar-se todos os médicos e outros profissionais de saúde a discutir a problemática do tabaco, pois a maioria sente ainda alguma dificuldade na realização desta prática. Conclui-se que a falta de tempo durante as consultas é uma das limitações principais para o sucesso da performance dos médicos de família. No sentido de colmatar estas dificuldades, a SPP alerta para a necessidade da existência de mais consultas de cessação tabágica nos hospitais e CS, de forma a acabar com as listas de espera existentes. Percepção-se a necessidade de maior investimento na formação nos Médicos de Família na área de cessação tabágica com estratégias motivadoras e globalizantes.

São fundamentais as medidas na política do medicamento no sentido de tornar mais acessível o tratamento, diminuindo os custos dos fármacos, motivando, desta forma, a boa adesão ao tratamento. Devem preconizar-se, portanto, coberturas nacionais uniformizadas e satisfatórias, com o objectivo de minimizar problemas de acessibilidade ao tratamento, reduzindo fortemente o impacto pessoal, familiar, social e económico do tabagismo. Por outro lado, são imprescindíveis estudos e auditorias futuras aos resultados actuais (nota-se uma preocupação da DGS com este problema), permitindo aos médicos de MGF um papel mais activo e dinâmico que venha consolidar ainda mais a relação médico – doente na adesão ao tratamento. É muito importante também a divulgação pública dos resultados positivos da luta contra o tabagismo, demonstrando os benefícios na saúde dos doentes, na família e no trabalho, assim como o impacto económico que a cessação tabágica tem num país cujos recursos económicos são cada vez mais escassos.

## 7- Referências bibliográficas:

1. Fraga S. Tabaco - Panaceia no Século XVI e patologia no Século XX. *Acta Med Port.* 2010;23(2): 243-246.
2. World Health Organization. *European Tobacco Control Status Report 2014* [document on the Internet]. 2014. [cited 2014 August]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/248418/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/248418/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf)
3. Chan K, Chandler J, Cheong K, et al. Health Promotion Board-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Treating Tobacco Use and Dependence. *Singapore Med J.* 2013;54(07):411-416.
4. Direção-Geral da Saúde. Portugal-Prevenção e controlo do tabagismo em números-2013 [document on the Internet]. 2013 [cited 2014 August]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=25464>
5. Direção-Geral da Saúde. Portugal-Prevenção e controlo do tabagismo em números-2014 [document on the Internet]. 2014 [cited 2014 December]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=26706>
6. Mcivor A, Kayser J, Assaad J, et al. Best practices for smoking cessation interventions in primary care. *Can Respir J.* 2009;16(4):129-134.
7. Raposo M. Prevenção do Tabagismo. In: *Tabagismo - Do Diagnóstico Ao Tratamento.* 2ª ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2011. P.261-280.
8. Pamplona P. Intervenção na Prática Clínica. In: *Tabagismo - Do Diagnóstico Ao Tratamento.* 2ª ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2011. P. 115-150.
9. Martin-Soelch C. Neuroadaptive changes associated with smoking: structural and functional neural changes in nicotine dependence. *Brain Sci.* 2013;3(1):159-176.
10. De Viron S, Malats N, Van der Heyden J, Van Oyen H, Brand A. Environmental and genomic factors as well as interventions influencing smoking cessation: a systematic review of reviews and a proposed working model. *Public Health Genomics.* 2013;16(4):159-173.
11. Moyer V, U.S Preventive Services Task. Primary Care Interventions to Prevent Tobacco Use in Children and Adolescents: U . S . Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013;159(8):552-7.
12. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry.* 2013;170(8):834-51.

13. Filho HC. Tabagismo: Estratégias de ajuda para mudar o comportamento. O que deve saber o médico de família? *Rev Factores Risco* N<sup>o</sup>8 Jan-Mar. 2008:30-41.
14. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health, 2014.
15. Warren GW, Singh AK. Nicotine and lung cancer. *J Carcinog*. 2013;12:1.
16. Reilly MP. Tobacco-related cardiovascular diseases in the 21st century. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2013;33(7):1458-9.
17. Mallaina P, Lionis C, Rol H, et al. Smoking cessation and the risk of cardiovascular disease outcomes predicted from established risk scores: results of the Cardiovascular Risk Assessment among Smokers in Primary Care in Europe (CV-ASPIRE) study. *BMC Public Health*. 2013;13:362.
18. Rasmussen M, Heitmann BL, Tønnesen H. Effectiveness of the gold standard programmes (GSP) for smoking cessation in pregnant and non-pregnant women. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(8):3653-66.
19. World Health Organization. Part III: Training for primary care providers. In: *Strengthening Health Systems for Treating Tobacco Dependence in Primary Care*. 1<sup>a</sup>ed. Geneva: WHO; 2013.
20. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RR Do, et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:46-61.
21. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família- Plano de Cuidados*. 1<sup>a</sup> ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
22. Patnode CD, Connor EO, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C, Hollis J. Primary Care – Relevant Interventions for Tobacco Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents : A Systematic Evidence Review for the U . S . Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013;158(4):253-260.
23. Clancy N, Zwar N, Richmond R. Depression, smoking and smoking cessation: a qualitative study. *Fam Pract*. 2013;30(5):587-92.
24. Tønnesen H, Faurschou P, Ralov H, Mølgaard-Nielsen D, Thomas G, Backer V. Risk reduction before surgery. The role of the primary care provider in preoperative smoking and alcohol cessation. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:121.

25. Emmons KM, Sprunck-Harrild K, Puleo E, de Moor J. Provider advice about smoking cessation and pharmacotherapy among cancer survivors who smoke: practice guidelines are not translating. *Transl Behav Med.* 2013;3(2):211-7.
26. Tsai J, Rosenheck R a. Smoking among chronically homeless adults: prevalence and correlates. *Psychiatr Serv.* 2012;63(6):569-76.
27. Mendes A, Figueira A, Silva A et al. Projecto Liberta-te do Tabaco. 1ªed. Coimbra: Saúde em Português-Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde Primários dos Países de Língua Portuguesa; 2010.
28. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013* [document on the Internet]. 2013 [cited 2014 August]. Available from: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/)
29. World Health Organization. *MPOWER in Action - Defeating the Global Tobacco Epidemic* [document on the Internet]. 2013 [cited 2014 August]. Available from: [http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure\\_2013/en/](http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure_2013/en/)
30. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo-Orientações Programáticas [document on the Internet]. 2012 [cited 2014 August]. Available from: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A80BB1ED-C934-4331-AE4C-D52C7232754F/0/programa\\_nacional\\_tabagismo.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A80BB1ED-C934-4331-AE4C-D52C7232754F/0/programa_nacional_tabagismo.pdf)
31. DECRETO-LEI nº 37/2007. Diário da República, 1.ª série — N.º 156 — 14 de Agosto de 2007.
32. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionada com Estilos de Vida [document on the Internet]. 2004 [cited 2014 August]. Available from: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
33. Rakel RE, Rakel DP. *Textbook of Family Medicine.* 8ª ed. Philadelphia PA: Saunders E; 2011.
34. Dias C, Mina F. Quando as Medicinas Interna e Familiar se unem ... consulta de cessação tabágica : estudo retrospectivo de 2 anos. *Med Interna (Bucur).* 2012;19:175-182.
35. Rebelo L. Tabagismo nos cuidados de saúde primários - o papel do médico de família. In: *Tabagismo - Do Diagnóstico Ao Tratamento.* 2ª ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2011. P. 227-242.



36. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder S a. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(7):724-33.
37. Kunyk D, Els C, Papadakis S, Selby P. Tobacco use disorder treatment in primary care. 2014;60:646-655.
38. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica-uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral.* 2004:87-98.
39. Johns TL, Metzger K, Lawrence E. Smoking Cessation Counseling in Family Medicine: Changing Patient Perceptions. *J Prim Care Community Health.* 2014;5(3):194-197.
40. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5).
41. Nunes E, Candeias A, Mendes B, et al. Cessação Tabágica – Programa tipo de actuação. 1ªed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva; 2007.
42. Crane R. The most addictive drug, the most deadly substance: smoking cessation tactics for the busy clinician. *Prim Care.* 2007;34(1):117-35.
43. Larzelere MM, Williams DE. Promoting Smoking Cessation. *Am Fam Physician.* 2012;85(6):591-598.
44. Lawson PJ, Flocke SA, Casucci B. Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. *Am J Prev Med.* 2010;37(3):248-254
45. Papadakis S, McDonald P, Mullen K-A, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2010;51(3-4):199-213.
46. Land TG, Rigotti N a, Levy DE, Schilling T, Warner D, Li W. The effect of systematic clinical interventions with cigarette smokers on quit status and the rates of smoking-related primary care office visits. *PLoS One.* 2012;7(7):e41649.
47. Ussher M, Brown J, Rajamanoharan A, West R. How do prompts for attempts to quit smoking relate to method of quitting and quit success? *Ann Behav Med.* 2014;47(3):358-68.
48. Zurro M, Cano-Perez A. *Compendio de Atención Primaria - Concepto, Organización Y Práctica Clínica.* 6ª ed. Madrid: España E; 2008.
49. Martin-Lujan F, Piñol-Moreso JLI, Martin-Vergara N, et al. Effectiveness of a structured motivational intervention including smoking cessation advice and

- spirometry information in the primary care setting: the ESPITAP study. *BMC Public Health*. 2011;11(1):859.
50. Ramos M, Ripoll J, Estrades T, et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings : a randomized trial. *BMC Public Health*. 2010;10:89.
  51. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Borland R, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11).
  52. Díaz-gete L, Puigdomènech E, Briones EM, et al. Effectiveness of an intensive E-mail based intervention in smoking cessation ( TABATIC study ): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13:364.
  53. RTP Notícias. Linha Saúde 24 cria linha de combate ao tabagismo [document on the Internet] Lisboa: RTP; 2014 [last updated 2014-08-31; cited 2014 September]. Available from: <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=763433&tm=8&layout=122&visual=61>
  54. Caponnetto P, Keller E, Bruno CM, Polosa R. Handling relapse in smoking cessation: strategies and recommendations. *Intern Emerg Med*. 2013;8(1):7-12.
  55. Volz AR, Dennis P a, Dennis MF, Calhoun PS, Wilson SM, Beckham JC. The role of daily hassles and distress tolerance in predicting cigarette craving during a quit attempt. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(6):872-5.
  56. - Goroll AH, Jr& Albert G. *Primary Care Medicine: Office Evaluation and Mangement of the Adult Patient*. 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia PA: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
  57. Lou P, Zhu Y, Chen P, et al. Supporting smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease with behavioral intervention: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):91.
  58. Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory. Res Pract*. 1982;19(3):276-288.
  59. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez-Blanco T, Martin C, ISTAPS Study Group. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011;106:1696-1706.
  60. Leone FT, Evers-Casey S. Behavioral interventions in tobacco dependence. *Prim Care*. 2009;36(3):489-507.

61. Rosenthal L, Carrol-Scott A, Earnshaw VA, et al. Targeting cessation: Understanding barriers and motivations to quitting among urban adult daily tobacco smokers. *Addict Behav.* 2013;38(3):1639-1642.
62. Haug S, Meyer C, Ulbricht S, et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Educ Couns.* 2010;78(1):57-64.
63. Toll B a, Rojewski AM, Duncan LR, et al. “Quitting smoking will benefit your health”: the evolution of clinician messaging to encourage tobacco cessation. *Clin cancer Res.* 2014;20(2):301-9.
64. Neuner-jehle S, Knecht MI, Stey-steurer C, Senn O. Acceptance and practicability of a visual communication tool in smoking cessation counselling : a randomised controlled trial. *Prim Care Respir J.* 2013;22(4):412-416.
65. Ochsner S, Luszczynska A, Stadler G, Knoll N, Hornung R, Scholz U. The interplay of received social support and self-regulatory factors in smoking cessation. *Psychol Health.* 2014;29(1):16-31.
66. Carson K V, Brinn MP, Robertson T a, et al. Current and emerging pharmacotherapeutic options for smoking cessation. *Subst Abuse.* 2013;7:85-105.
67. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5).
68. Cinciripini PM, Robinson JD, Karam-Hage M, et al. Effects of Varenicline and Bupropion Sustained-Release Use Plus Intensive Smoking Cessation Counseling on Prolonged Abstinence From Smoking in Depression, Negative Affect, and other Symptoms of Nicotine Withdrawal. *Jama Psychiatry.* 2013;70(5):522-533.
69. Aubin H-J, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2013;77(2):324-336.
70. Le Houezec J, Aubin H-J. Pharmacotherapies and harm-reduction options for the treatment of tobacco dependence. *Expert Opin Pharmacother.* 2013;14(14):1959-67.
71. Cressman AM, Pupco A, Kim E, Koren G. Smoking cessation therapy during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2012;58:525-527.
72. Infarmed. Circular Informativa N.º 216/CD Champix – Novas recomendações de segurança [document on the Internet]. 2007 [cited 2014 December]. Available from: <http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/docs/1/8672460.PDF>

73. Liberman JN, Lichtenfeld MJ, Galaznik A, et al. Adherence to varenicline and associated smoking cessation in a community-based patient setting. *J Manag Care Pharm.* 2013;19(2):125-31.
74. Von Wartburg M, Raymond V, Paradis PE. The long-term cost-effectiveness of varenicline (12-week standard course and 12 + 12-week extended course) vs. other smoking cessation strategies in Canada. *Int J Clin Pr.* 2014;68(5):639-646.
75. Turner J, McNeill A, Coleman T, Bee JL, Agboola S. Feasibility of offering nicotine replacement therapy as a relapse prevention treatment in routine smoking cessation services. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:38.
76. West R, Zatonski W, Cedzynska M, et al. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *N Engl J Med.* 2011;365:1193-1200.
77. Yang M, Bhowmik D, Wang X, Abughosh S. Does combination pharmacological intervention for smoking cessation prevent post-cessation weight gain? A systemic review. *Addict Behav.* 2013;38(3):1865-75.
78. Ebbert JO, Hatsukami DK, Croghan IT, et al. Combination Varenicline and Bupropion SR for Tobacco-Dependence Treatment in Cigarette Smokers. *JAMA.* 2014;311(2):155-163.
79. Cohen D, Alam MF, Jarvis PS. An analysis of the economic impact of smoking cessation in Europe. *BMC Public Health.* 2013;(13):390.
80. Aguiar M, Felizardo M, Macedo R, Caeiro F. Casuística de quatro anos de uma consulta de apoio ao fumador. *Rev Port Pneumol.* 2009;15(2):179-197.
81. Igreja A. Consulta de apoio intensivo de cessação tabágica, a nível dos cuidados de saúde primários: da sua análise a propostas de intervenção. Mestrado [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2009.
82. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract.* 2009;59(566):682-90.
83. Público. Médicos pedem mais consultas de cessação tabágica para acabar com listas de espera [document on the Internet]. Lisboa: Público; 2014 [last updated 07/11/2014; cited 2014 November]. Available from: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/medicos-pedem-mais-consultas-de-cessacao-tabagica-para-acabar-com-listas-de-espera-1675536>

## **8. Anexos**

## Anexo 1

### 1ª Consulta médica – antes do dia D

Responsabilidade do médico, com apoio do 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 seu 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;
- Avaliar a dependência física (questionário de Fagerström);
- Proceder à recolha 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;
- 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;
- 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.

## **2ª Consulta médica – antes do dia D**

Responsabilidade do médico, com apoio do enfermeiro. Duração prevista: 20-30 minutos.

Principais tarefas:

- Discutir os resultados das avaliações realizadas na primeira consulta;
- Ajudar a reavaliar os riscos e recompensas potenciais da suspensão do consumo 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;
- Registrar 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;
- Felicitar o paciente 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;
- Registrar os dados na ficha clínica.

## **3.ª consulta médica — 8 a 15 dias após o dia D**

Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro. Duração prevista: 20 minutos.

Principais tarefas:

- Felicitar o paciente pelo sucesso;
- Se houve consumo de tabaco, rever sucintamente as circunstâncias e incentivar novo compromisso com abstinência total;
- Registrar o peso, pressão arterial e doseamento do monóxido de carbono;
- 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.

#### **4.<sup>a</sup> consulta médica — primeiro mês após o dia D**

Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro. Duração prevista: 20 minutos

Principais tarefas:

- Felicitar o paciente pelo sucesso;
- Se houve consumo de tabaco, rever sucintamente as circunstâncias e incentivar novo compromisso com abstinência total;
- Registrar o peso e pressão arterial;
- 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.

#### **2.<sup>o</sup> contacto telefónico ou 5.<sup>a</sup> consulta médica — 2.<sup>o</sup> mês após o dia D**

Responsabilidade do enfermeiro ou do médico. Duração prevista: 5 a 20 minutos.

Principais tarefas:

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



### **6.<sup>a</sup> consulta médica — 3.<sup>o</sup> mês após o dia D**

Responsabilidade do médico. Apoio do enfermeiro. Duração prevista: 20 minutos.

Principais tarefas:

- Felicitar o paciente pelo sucesso;
- Registrar o peso e pressão arterial;
- Discutir estratégias para lidar com a vontade de fumar;
- Avaliar a necessidade de prolongar a terapêutica farmacológica;
- Prevenção da recaída
- Registrar os dados na ficha clínica;

### **3.<sup>o</sup> contacto telefónico — 6.<sup>o</sup> mês após o dia D**

Responsabilidade do enfermeiro ou do médico. Duração prevista: 5 minutos.

Principais tarefas:

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

### **4.<sup>o</sup> contacto telefónico — 1.<sup>o</sup> ano após o dia D**

Responsabilidade do enfermeiro ou do médico. Duração prevista: 5 minutos.

Principais tarefas:

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