

Artigo de Revisão

Título: Estratégias de Prevenção Secundária do Tabagismo em Medicina Geral e Familiar

Autor: Ana do Carmo Monteiro Valente

Data de Nascimento: 5 de Outubro de 1992

Naturalidade: Santo-Tirso

Afiliação: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Email: ana_-_carmo@hotmail.com

Coimbra,

Março de 2016

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	4
ABREVIATURAS.....	5
RESUMO	6
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 MATERIAIS E MÉTODOS	14
3 A RELEVÂNCIA DA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	16
4 INTERVENÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA	19
5 IMPORTÂNCIA DA PRESTAÇÃO DO ACONSELHAMENTO DE CESSAÇÃO TABÁGICA PELO MÉDICO DE FAMÍLIA	22
6 FATORES QUE INFLUENCIAM O INTERESSE DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE APOIO À CESSAÇÃO TABÁGICA	23
7 INTERVENÇÃO BREVE.....	26
8 ESTÁDIOS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL	32
9 ESTRATÉGIAS MOTIVACIONAIS	34
10 BARREIRAS IDENTIFICADAS PELOS MÉDICOS NA PRESTAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE	37
11 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TABAGISMO.....	39
11.1 TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO DA NICOTINA (TSN).....	41
11.2 VARENICLINA.....	46
11.3 BUPROPIONA	49

11.4	FÁRMACOS MENOS UTILIZADOS	53
12	ASSOCIAÇÃO DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS E FARMACOLÓGICAS.....	58
13	AS RECAÍDAS.....	60
14	OUTRAS ESTRATÉGIAS.....	61
15	INTERVENÇÃO INTENSIVA.....	66
16	CESSAÇÃO TABÁGICA EM POPULAÇÕES DE RISCO.....	69
16.1	JOVENS ADOLESCENTES.....	69
16.2	GRÁVIDAS FUMADORAS.....	71
17	FORMAÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA	73
18	DISCUSSÃO	76
19	CONCLUSÃO	80
20	AGRADECIMENTOS.....	854
21	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	845

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Modelo dos 5 A's - Ask	27
Tabela 2: Modelo dos 5 A's - Advise	27
Tabela 3: Modelo dos 5 A's - Assess.....	28
Tabela 4: Modelo dos 5 A's - Assist.....	29
Tabela 5: Modelo dos 5 A's - Arrange.....	30
Tabela 6: Estádios de Mudança Comportamental.....	32
Tabela 7: Estratégia dos 5 R's.....	34

ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

TSN – Terapêutica de Substituição da Nicotina

SNS – Sistema Nacional de Saúde

STOP - *“Smoking – the opinions of physicians”*

FDA – *Food and Drug Administration*

IMAO – Inibidores da Monoaminoxidase

HTA – Hipertensão arterial

CO – Monóxido de Carbono

RPCSRCT – Rede de prestação de cuidados de saúde e de referenciação em cessação tabágica

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ULS – Unidades Locais de Saúde

RESUMO

O consumo tabágico representa uma das principais causas evitáveis de patologia, incapacidade e mortalidade. A promoção da cessação tabágica apresenta-se como a estratégia primordial para alcançar uma redução da mortalidade atribuível ao consumo de tabaco a breve prazo, recorrendo-se para isso a um reforço das estratégias de promoção da cessação tabágica a nível dos cuidados de saúde primários. Contudo, o abandono deste hábito consiste normalmente num processo penoso e sujeito a múltiplas recaídas, com Portugal a apresentar as taxas mais baixas de tentativas de abandono tabágico da Europa. Apesar do conhecimento atual relativo aos riscos decorrentes do consumo do tabaco e da existência de abordagens terapêuticas comprovadamente eficazes, as intervenções antitabágicas continuam a ocorrer de forma diminuta.

OBJETIVO: O presente trabalho possuía como primeiro objetivo a apresentação de uma revisão sistematizadas das estratégias de Cessação Tabágica a implementar pelo especialista em Medicina Geral e Familiar no decorrer das suas consultas, com a intenção de promover a prevenção secundária do Tabagismo ao nível dos cuidados de saúde primários. Deste modo, são abordadas com especial enfoque as estratégias de intervenção breve e farmacológica que devem ser efetuadas pelos médicos de família.

METODOLOGIA: A revisão bibliográfica foi realizada com recurso à plataforma eletrónica *PubMed*, bem como a outras bases de dados científicas, com destaque para a *Cochrane Community Archive*, compreendendo publicações maioritariamente datadas nos últimos 15 anos. Foram também consultadas diversas publicações e revisões científicas da Direção-Geral de Saúde.

RESULTADOS E CONCLUSÕES: A cessação do hábito tabágico revelou-se como a única medida que permite reduzir, a curto prazo, a incidência na população, das doenças crónicas associadas ao tabagismo. Os médicos de família, que contactam com a maioria destes doentes de forma regular, apresentam um papel fundamental na diminuição das taxas de consumo tabágico. A identificação dos doentes fumadores e a ulterior prestação de aconselhamento breve de cessação tabágica deve integrar todas as consultas dos cuidados de saúde primários, sendo que tanto as intervenções comportamentais como as opções farmacológicas devem ser disponibilizados a todos os doentes que se apresentem motivados para realizar uma tentativa de cessação tabágica. Apesar de ambas as abordagens terapêuticas se revelarem eficazes na redução das taxas de prevalência do tabagismo, assume-se que estas devem ser disponibilizadas em associação, sempre que possível, proporcionando, assim, uma elevação da taxa de sucesso da cessação tabágica. A formação dos médicos de família no contexto desta problemática potencia também a promoção destas práticas de controlo do tabagismo a nível dos cuidados de saúde primários.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; Cessação tabágica; Prevenção secundária do tabagismo; Intervenção breve; Terapêutica de Substituição da Nicotina; Bupropiona; Vareniclina.

ABSTRACT

The tobacco consumption is a major cause of preventable disease, disability and mortality. The promotion of smoking cessation presents itself as the primary strategy for achieving a reduction in mortality attributable to the short-term tobacco use, resorting to this to a strengthening of strategies for promoting smoking cessation at the level of primary health care. However, the abandonment of this habit is usually a painful and subject to multiple relapses process, with Portugal to present the lowest rates of smoking cessation attempts in Europe. Despite the current knowledge on the risks of tobacco use and the availability of proven effective therapeutic approaches, the anti-smoking interventions continue to occur in small ways.

OBJECTIVES: This work has as its primary objective the presentation of a review of systematic Smoking Cessation strategies to be implemented by the general practitioner in the course of their consultations, with the intention to promote secondary prevention of smoking at the level of primary health care. Thus, they are covered with special focus on the short and pharmacological intervention strategies that should be made by general practitioners.

METHODS: The literature review was carried out using the electronic platform PubMed, as well as other scientific databases, highlighting the Cochrane Community Archive, published mostly in the last 15 years. They were also consulted several publications and scientific reviews of the General Health Directorate/"direção geral da saúde".

RESULTS AND CONCLUSION: The smoking cessation has proved to be the only measure that can reduce in the short term, the incidence in the population of chronic diseases associated with smoking. The general practitioners, which contact the majority of these patients on a regular basis, have a key role in reducing tobacco consumption rates. The identification of patients smoking and the subsequent provision of brief counseling smoking cessation should

include all queries of primary health care, and both behavioral interventions such as pharmacological options should be available to all patients who present motivated to perform a smoking cessation attempt. Although both therapeutic approaches prove effective in reducing the prevalence of smoking rates, it is assumed that these should be available in combination, where possible, thus providing a higher success rate in smoking cessation. The training of general practitioners in the context of this problem also enhances the promotion of these tobacco control practices at the level of primary health care.

KEYWORDS: Smoking; Smoking Cessation; Brief Intervention; Replacement Nicotine Therapy; Bupropion; Varenicline

1 INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é uma importante causa de morbidade e de mortalidade, sendo referenciado como uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial. Associa-se a um elevado número de patologias, nomeadamente Cancro, Doença Cardiovascular, Respiratória e relaciona-se ainda com um número significativo de complicações na Gravidez de mulheres fumadoras. Para além disto, o tabaco condiciona também um aumento do número de mortes prematuras e a diminuição da produtividade.(1) (2) A mortalidade entre fumadores é duas a três vezes superior à mortalidade de não fumadores, determinando uma redução da esperança média de vida de cerca de 10 anos.(3) Segundo a OMS o tabaco foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX e poderá vir a matar mil milhões ao longo do século XXI, assumindo-se como causa de 5,4 milhões de mortes em todo o mundo, anualmente.(4) Em Portugal, o número de óbitos atribuído ao tabaco foi de cerca de 11800 no ano de 2010.(5) Apesar de todas as constatações, a taxa de fumadores na Europa é de 26%, com os produtos de tabaco a serem consumidos por aproximadamente ¼ dos Portugueses, ocorrendo um consumo médio diário de 14,9 cigarros. (6)

Os fumadores, quando questionados sobre o interesse em deixar de fumar, respondem maioritariamente de forma positiva (67%). De entre estes fumadores que manifestam vontade em deixar de fumar, 83% mencionam pelo menos uma razão relacionada com a saúde como motivo para ambicionarem cessar o hábito.(7) Contudo, Portugal apresenta as taxas mais baixas da Europa referentes às tentativas de abandono tabágico, com apenas 32% dos fumadores a afirmar com rigor que efetivamente tentaram parar de fumar. (6)

A cessação tabágica é frequentemente um processo difícil e sujeito a várias recaídas. (5) A maioria dos fumadores estabelece consumos regulares de tabaco e evidencia muitas

dificuldades para abandonar esse mesmo consumo devido ao efeito aditivo da Nicotina, uma substância psicoativa geradora de dependência.(1) (8)(9) Contudo, enquanto a nicotina mantém os consumidores de tabaco dependentes, subsiste uma grande variedade de fatores sociais e comportamentais que estimula e motiva os jovens a consumir tabaco e que torna mais difícil aos consumidores parar de fumar.(2)

Estudos que clarificaram muitos dos aspetos relacionados com a dependência do tabaco, permitiram o desenvolvimento de estratégias terapêuticas, quer de aconselhamento, quer farmacológicas, que se têm revelado eficazes no combate do tabagismo, e que aumentam a taxa de sucesso das tentativas de cessação. Contudo, no nosso país a taxa de tentativa de abstinência do consumo tabágico, sem assistência, é de 72%, recorrendo-se a apoio de profissionais da saúde em apenas 7% dos casos. (6)

Apesar do conhecimento atual relativo aos riscos do consumo do tabaco e da existência de abordagens terapêuticas comprovadamente eficazes, as intervenções antitabágicas continuam a ocorrer de forma diminuta, com Portugal a apresentar uma das taxas mais baixas de ex-fumadores da Europa (12%) (6) É ainda de referir que embora *guidelines* afirmem a importância do aconselhamento pelos médicos de família, grande parte dos fumadores carecem ainda deste aconselhamento. Na verdade, é difícil identificar qualquer outra condição que apresente uma junção tão díspar de letalidade, prevalência e negligência, apesar da existência de intervenções eficazes e prontamente disponíveis.(10) Daqui decorre a necessidade de mudança na atitude dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, na tentativa de integração destas intervenções no que se considera uma boa prática clínica.

Tendo em conta as estratégias a serem implementadas, o governo reuniu o trabalho do controlo do tabagismo num conjunto de ambições nacionais. Assim, foi elaborado em 2012, em

Portugal, o Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo, apresentando como objetivos gerais a redução da prevalência do consumo de tabaco, em pelo menos 2% até 2016, e a eliminação da exposição ao fumo ambiental do tabaco. Para isso apresenta como eixos estratégicos: a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens; a promoção e apoio à cessação tabágica, a proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco; informação, alerta e promoção de um clima social favorável ao não tabagismo e a monitorização, avaliação e promoção da formação profissional, a investigação e o conhecimento no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.(2)(11)

A cessação tabágica apresenta-se como a estratégia fundamental para alcançar uma redução da mortalidade atribuível ao consumo de tabaco previamente a 2050, dado que, uma redução, ainda que substancial, na diminuição da taxa de iniciação do consumo tabágico em jovens adolescentes terá efeitos sobre a mortalidade somente após 2050.(3) Assim, a menos que os atuais fumadores abandonem o consumo tabágico, o número de mortes relacionadas com o tabagismo continuará a aumentar nos próximos anos, devido ao tempo de latência decorrente entre o início do consumo e as doenças com ele associadas. A prevenção da iniciação do consumo é crucial, contudo, os resultados manifestar-se-ão somente a longo prazo, podendo associar-se ao controlo da epidemia tabágica das gerações futuras.(11) Esta cessação tabágica determina ainda repercussões benéficas na saúde não só do próprio indivíduo, como dos que o rodeiam. Parar de fumar ocasiona sempre benefícios, quer imediatos, quer a longo prazo, em ambos os sexos, em todas as idades, embora os ganhos sejam tanto maiores quanto mais precocemente ocorrer a abstinência definitiva.(12) É importante evidenciar também que o elevado número de consultas destes doentes ao nível dos cuidados de saúde primários(10)(13) bem como a existência de uma relação médico-doente já possivelmente estabelecida, facilitam a prestação destas intervenções antitabágicas, nomeadamente no decorrer das consultas. A cessação tabágica contribui ainda para a diminuição da visibilidade do ato de fumar, cooperando

como uma estratégia importante na prevenção da iniciação do consumo por parte dos mais jovens, bem como auxilia numa menor exposição ao fumo ambiental do tabaco.(14)

Tendo em conta os fundamentos anteriormente expostos, este trabalho tem como objetivo abordar as Estratégias de Cessação Tabágica a implementar pelo Médico de Medicina Geral e Familiar aquando das suas consultas, sob o ponto de vista de uma Prevenção Secundária do Tabagismo ao nível dos cuidados de saúde primários. Deste modo, são abordadas intervenções eficazes no auxílio da cessação tabágica, que ambicionam sobretudo a promoção da cessação tabágica previamente à existência de patologia decorrente do consumo do tabaco, referenciando-se ainda a necessidade da integração das intervenções de cessação do tabagismo em atendimento clínico de rotina no sistema nacional de saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo de revisão foi concretizado com o suporte das normas para elaboração do trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre, no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Recorrendo-se inicialmente à plataforma eletrónica da *PubMed*, realizou-se uma revisão sistemática da literatura que incluísse palavras-chave como “cessação tabágica”, “tabagismo”, “prevenção secundária do tabagismo”. A revisão bibliográfica foi realizada também com recurso a outras bases de dados científicas, com destaque para a *Cochrane Community Archive*, assim como se precedeu à consulta de diversas publicações e revisões científicas da Direção Geral de Saúde. Tendo em conta os resultados dessa mesma pesquisa, selecionaram-se os artigos que melhor se enquadrassem no objetivo desta Tese de Mestrado, correspondendo estes a artigos redigidos em inglês e em português, publicados maioritariamente nos últimos 15 anos, com informação relativa a epidemiologia, prevalência, e terapêutica motivacional e farmacológica do Tabagismo. No decorrer da realização desta pesquisa bibliográfica foi necessário também recorrer às referências bibliográficas de artigos selecionados.

Foi ainda consultada informação relativa às atitudes dos europeus face ao tabaco e cigarros eletrónicos, recentemente divulgada no inquérito do Eurobarómetro 429, no mês de maio de 2015.

“Mas um homem entrou na Tabacaria (para comprar tabaco?),

E a realidade plausível cai de repente em cima de mim.

Semiergo-me enérgico, convencido, humano,

E vou tencionar escrever estes versos em que digo o contrário.

Acendo um cigarro ao pensar em escrevê-los

E saboreio no cigarro a libertação de todos os pensamentos.

Sigo o fumo como uma rota própria,

E gozo, num momento sensitivo e competente,

A libertação de todas as especulações

E a consciência de que a metafísica é uma consequência de estar mal disposto.

Depois deito-me para trás na cadeira

E continuo fumando.

Enquanto o Destino mo conceder, continuarei fumando.”

Excerto de *Tabacaria*

Álvaro de Campos

(Heterónimo de Fernando Pessoa)

3 A RELEVÂNCIA DA CESSAÇÃO TABÁGICA

A dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como uma doença crónica, associada a um impacto devastador na saúde pública das comunidades, com necessidade de avaliações constantes e intervenções reiteradas por parte dos profissionais de saúde.(2) Cerca de metade dos fumadores vivos irá morrer de forma prematura em consequência de uma doença diretamente causada pelo consumo do tabaco, motivando a que o tratamento da dependência do tabaco se apresente como a mais relevante modificação da prática médica e de saúde pública dos nossos tempos. Os fumadores ao abandonarem os hábitos tabágicos potenciam e promovem não só a sua própria saúde e bem-estar, como das suas famílias, reduzindo ainda o risco de os seus filhos se tornarem fumadores.(10)

A promoção da cessação tabágica apresenta-se como a principal estratégia para reduzir a mortalidade atribuível ao consumo de tabaco previamente a 2050, na medida em que, uma redução, ainda que substancial, na taxa de iniciação do consumo tabágico em jovens adolescentes, apenas se refletirá sobre as taxas de mortalidade após 2050.(3)

Se refletirmos sobre a evolução epidémica do tabagismo nas populações, esta desenvolve-se em 4 estadios: inicialmente existe um aumento, seguido de um declínio das taxas de prevalência do tabagismo, seguida, após 2 a 3 décadas, de uma tendência semelhante, mas relativa à incidência de doenças relacionadas com o tabagismo. Esta evolução temporal decorre do elevado tempo de latência existente entre o início do consumo e o surgimento das doenças associadas ao consumo de tabaco.(15)

A utilização do tabaco evidencia uma rara confluência de circunstâncias. Ainda que o tabagismo represente uma ameaça colossal para a saúde dos indivíduos fumadores, persiste,

entre os clínicos, uma grande relutância para intervir de forma consistente, apesar da existência comprovada de intervenções eficazes na promoção da cessação tabágica.(10)(16)(17)

Por conseguinte, a cessação tabágica determina benefícios substanciais para a saúde, imediatos e a longo termo, independentemente da idade em que ocorra. Ainda assim, o abandono do hábito tabágico em idades de 60, 50, 40 ou 30 anos acarreta um ganho, respetivamente, de cerca de 3, 6, 9 ou 10 anos de expectativa de vida. De um modo geral, os fumadores que abandonam o hábito antes dos 25-35 anos de idade evidenciam taxas de mortalidade similares às de indivíduos não fumadores.(12)(15) Contudo, esta redução da taxa de mortalidade e do risco difere de acordo com as diversas patologias associadas ao tabagismo. Em termos de extensão numérica, os maiores impactos na saúde, associados ao tabagismo, resultam de doenças respiratórias e cardiovasculares. A cessação tabágica precoce revela-se especialmente importante em indivíduos com suscetibilidade para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).(15)Analogamente, a cessação tabágica antes dos 30 anos, reduz 90% do risco de desenvolvimento de cancro do pulmão ao longo da vida. O risco de cancro oral e esofágico decorrente do tabagismo, expressa uma redução para cerca de metade, 5 anos após a cessação do hábito. Relativamente ao risco de enfarte agudo do miocárdio, este reduz de forma rápida após a cessação do hábito, evidenciando ao fim de um ano de abstinência uma redução de 50%, apresentando-se, ao fim de 15 anos, igual ao da população que nunca fumou.(15)

Ainda assim, o único método que efetivamente propicia esta redução do risco associado ao consumo de tabaco é de facto a cessação tabágica completa.(18)(19) Por conseguinte, o que se pretende não é uma redução do número de cigarros consumido por dia, mas a completa cessação dos hábitos tabágicos. Além de não existir um limiar considerado seguro de exposição ao fumo do tabaco, considera-se que os fumadores iriam compensar a redução do número de cigarros consumido diariamente optando por fumar cada cigarro com maior intensidade. Esta

medida revela-se ainda contraproducente visto que condiciona um alívio parcial da pressão associada à necessidade de deixar de fumar. Várias Guidelines recomendam especificamente que não se deve aconselhar simplesmente a redução do consumo tabágico.(18)(20)

Um conjunto de medidas tem-se revelado eficaz ao propiciar também um aumento da taxa de cessação tabágica, nomeadamente as campanhas publicitárias, o aumento dos preços do tabaco e as políticas para espaços sem fumo.(9)

4 INTERVENÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Os serviços de saúde locais que realizam intervenções de cessação tabágica desempenham o tipo de suporte mais efetivo na redução das taxas de consumo tabágico, salientando-se de entre estes o aconselhamento pelos Médicos de família.(2) Até mesmo a prestação de aconselhamento breve pelo médico de família reforça a hipótese de um doente fumador suprimir os seus hábitos tabágicos.(16)

A maioria dos Médicos de Família reconhece como parte integrante das suas funções a divulgação de informação relativa à cessação tabágica e a intervenção contra o tabagismo.(20)(21) No entanto, ainda que a avaliação dos hábitos tabágicos dos doentes ocorra, numa percentagem elevada, no decorrer das primeiras consultas, a percentagem de médicos que refere atualizar esses mesmos dados em consultas subsequentes é bastante menor.(20) Um estudo desenvolvido no Reino Unido revelou que o registo de hábitos tabágicos ao nível dos cuidados de saúde primários ocorreu, em média, em 90% dos doentes inscritos em consultas, contudo, estes registos não se encontravam atualizados e incluíam incorreções em aproximadamente 20% dos doentes.(22) Em alternativa, um outro estudo realizado na Alemanha evidenciou que apenas 45,9% dos médicos de família avaliavam os hábitos tabágicos do doente na sua primeira consulta e unicamente 6,9% questionavam os doentes acerca dos seus consumos tabágicos em todas as consultas.(23) Desta forma, enquanto não se proceder à averiguação precisa e regular dos hábitos tabágicos dos doentes, vão persistir as falhas associadas às intervenções que deveriam ocorrer nos fumadores regulares conhecidos. (22) Outro dado marcante, associa-se à abordagem desta questão pelo médico, visto que o modo de formulação da questão condiciona a resposta obtida através do doente. Tendo isto em consideração, é fundamental que a nossa abordagem não se restrinja apenas à questão de o doente ser fumador, visto que os fumadores ocasionais ou *light smokers* podem não se

considerar a eles mesmos como fumadores, respondendo não há questão previamente formulada.(24)

Várias *guidelines* recomendam que os cuidados primários intervenham de forma regular em relação a esta problemática, procedendo à avaliação dos hábitos tabágicos dos doentes a cada consulta, aconselhando-os a parar de fumar, avaliando o seu grau de interesse em cessar o hábito tabágico, disponibilizando follow-up e referenciando para intervenção intensiva sempre que necessário. Os médicos devem ainda disponibilizar a informação adequada referente às estratégias farmacológicas disponíveis para a abordagem do tabagismo.(13)

A percepção de que o auxílio prestado aos fumadores, quer através de aconselhamento quer através de medicação específica, pode duplicar ou triplicar as possibilidades de cessação tabágica, é fundamental para incentivar a sua aplicabilidade ao nível dos cuidados de saúde.(10)

De um modo geral, se aos dois pressupostos de que os médicos de família estão frequentemente em contacto com fumadores(10)(25) e de que a maioria dos fumadores manifesta interesse em deixar de fumar(7), adicionarmos ainda a grande credibilidade que os doentes atribuem aos médicos, estabelecemos um ambiente ideal de intervenção para a promoção da cessação tabágica. Contudo, somente menos de metade dos fumadores que tiveram consulta com o seu Médico de família no último ano, mais precisamente 48,3%, reportaram ter recebido aconselhamento de cessação tabágica.(9) Um estudo análogo, realizado em 12 países Europeus, revelou que apenas 36% dos profissionais de saúde assume aconselhar sempre os seus doentes para abandonarem o hábito tabágico. (26) Uma outra investigação revelou ainda que aproximadamente 40% dos doentes fumadores gostariam de contactar com um especialista de aconselhamento de cessação tabágica, manifestando-se este interesse superior para idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos, com aumento linear tendo em conta o grau de dificuldade socioeconómica.(22)

Os atuais fumadores, com tentativas prévias para cessação do hábito tabágico no último ano, e os ex-fumadores, que deixaram de fumar com sucesso no decorrer dos últimos 2 anos, recorreram à utilização de farmacoterapia para cessação tabágica e à prestação de aconselhamento em somente 31,7% dos casos, sendo que unicamente 4,3% dos doentes utilizaram ambas as intervenções. De entre os doentes que usufruíram de aconselhamento e/ou medicação, 30% utilizaram fármacos (sendo a TSN a mais usada) e 5,9% recorreram ao aconselhamento. O uso de aconselhamento e/ou medicação tem tendência a ser maior nas mulheres e a aumentar com a idade. Desta forma, e tendo em conta os dados previamente expostos, persiste a constatação de que cerca de 68% dos fumadores que realizaram uma tentativa para deixar de fumar, fizeram-no sem recurso a nenhum tipo de aconselhamento ou medicação.(9)

5 IMPORTÂNCIA DA PRESTAÇÃO DO ACONSELHAMENTO DE CESSAÇÃO TABÁGICA PELO MÉDICO DE FAMÍLIA

Em pleno século XXI, vivenciamos, enquanto cidadãos, um cultura social na qual o médico de família evidencia um papel crescente na educação e na promoção da saúde. Associadamente, os médicos de Família são considerados o pilar das estratégias de cessação tabágica do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A importância de uma boa relação médico-doente, o respeito que as pessoas manifestam pelo médico de família relativamente a questões relacionadas com a saúde, os contactos regulares entre os clínicos e os doentes fumadores nos cuidados de saúde primários, bem como a eficácia atribuída a estas intervenções, estão na base da importância atribuída ao médico de família como constituinte fundamental desta intervenção, pelo que deve, desta forma, pelo menos sentir necessidade de abordar o assunto com os doentes e aconselha-los a cessar o hábito tabágico.(8) A presteza, competência e confiança com que os médicos de família prestam apoio para a cessação dos hábitos tabágicos potencia o sucesso da cessação tabágica por parte dos seus doentes.(27)

6 FATORES QUE INFLUENCIAM O INTERESSE DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE APOIO À CESSAÇÃO TABÁGICA

Uma revisão de conhecimentos relativa ao interesse e empenho dos médicos de família perante a cessação tabágica indicia determinados fatores como exercendo influência nesse compromisso. Os elementos indicados como exercendo influência na abordagem desta problemática incluem os hábitos tabágicos do médico de família, bem como a sua atitude relativamente ao aconselhamento em cessação tabágica, a existência de sintomatologia relacionada com o consumo de tabaco, a constatação de cargas tabágicas muito elevadas, o consumo de tabaco durante a gravidez, o tempo disponível para a prestação destas intervenções, a remuneração pelo trabalho efetuado, a formação específica nesta área, a falta de conhecimentos e técnicas para realizar métodos e tratamentos específicos de cessação tabágica ou a falta de conhecimento quanto à existência de serviços de cessação tabágica especializados.(28)

Relativamente à possível influência que os hábitos tabágicos do médico de família exercem numa correta abordagem aos doentes fumadores, foi verificado no estudo “*Smoking – The Opinions of Physicians*” (STOP), desenvolvido em 16 países, que 42% dos médicos em estudo eram fumadores, constatando-se ainda que significativamente menos médicos fumadores que não fumadores considerou fumar como uma atividade prejudicial (64% vs. 77%), bem como uma percentagem mais elevada de clínicos não fumadores considerou a cessação tabágica como o único grande passo para promover a saúde (88% vs. 82%). O STOP evidenciou ainda que os médicos fumadores são menos propensos a debater a cessação tabágica com os seus pacientes em todas as consultas e a informar e promover atividades de consulta para ajudar diretamente os fumadores a abandonar o hábito, apesar de ambos os grupos, quer

os médicos fumadores quer os não-fumadores, continuarem a subutilizar os tratamentos efetivos de cessação. Desta forma, é perceptível que muitos profissionais da saúde são fumadores, independentemente do manifesto conhecimento relativo às consequências associadas ao consumo do tabaco e, tendo em conta as deduções expressas, isto pode comprometer os esforços globais de assistência de cessação tabágica dos fumadores. Surge então a necessidade de implementar estratégias específicas para encorajar os médicos fumadores a parar de fumar assim como estratégias de motivação adicional para potenciar a prestação de serviços de cessação tabágica e de suporte aos seus doentes fumadores.(21)(29)

No que concerne às crenças negativas dos médicos de família em relação aos serviços de cessação tabágica, estas podem também intervir como barreiras na recomendação e implementação prática destas intervenções. Quanto mais os médicos de família acreditam na ineficácia destes serviços, menos propensos serão a recomendá-los. Assim, se inicialmente abordarmos estas crenças, podemos intensificar a probabilidade com que os clínicos recomendam ou executam essas intervenções.(29)

Ainda respeitante ao empenho e interesse do médico de família face a esta problemática, um determinado estudo, em que se procedeu à distribuição de questionários aos doentes antes e depois de uma consulta de medicina geral e familiar, relativos às intervenções de cessação tabágica, dispondo o médico de conhecimento sobre conteúdo do questionário em causa, constatou uma maior propensão por parte do clínico em proceder ao registo da discussão relativa aos hábitos tabágicos no processo clínico do doente. Deste modo, esta medida originou uma alteração no comportamento médico face à problemática do tabagismo.(30) Evidências de um outro estudo sugerem que uma forma similar de potenciar a *compliance* dos médicos de família em relação às práticas clínicas de cessação tabágica consiste na conceção de um feedback mensal, gerado através de registos de saúde eletrónicos, constituído por relatórios de

avaliação de desempenho do prestador de cuidados no aconselhamento de cessação tabágica, com informações relativas à implementação dos 5 A's na prática clínica. Estes dados seriam comparados com médias clínicas equivalentes. A aplicabilidade deste feedback no decorrer da investigação elevou as taxas de documentação de assistência de cessação tabágica.(31)

No âmbito do projeto “*GPs Empowerment Project*”, aproximadamente 50% dos médicos considerou que os seus pacientes fumadores não iriam concordar/colaborar com o aconselhamento sobre cessação tabágica, constituindo este parecer um fator preditor da falta de adesão dos clínicos às intervenções de cessação tabágica.(21)

Consequentemente, as estratégias a implementar, direcionadas ao aumento da frequência e da qualidade desta intervenção de cessação tabágica pelo médico de família, devem considerar os vários fatores que condicionam a prática dos médicos de família, bem como refletir os amplos e diversos contextos existentes na Europa, adaptando-se a cada um deles.(28)

7 INTERVENÇÃO BREVE

De acordo com as diretrizes para a implementação do artigo 14.º da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde, deve ser promovido o desenvolvimento de uma infraestrutura nacional que possibilite, a todas as pessoas fumadoras, um amplo acesso a serviços de apoio no tratamento da dependência do tabagismo. Este apoio necessita incluir: abordagens populacionais, das quais se destaca a intervenção breve, que deve ser disponibilizada a todos os níveis dos cuidados de saúde; abordagens intensivas; tratamento farmacológico; e a utilização de novos recursos tecnológicos de comunicação, nomeadamente as linhas telefónicas de apoio ou aplicações para internet ou telemóveis.(32)

As intervenções breves, cuja duração não supera geralmente os 10 minutos, podem ser facultadas por qualquer médico, apesar de se revelarem especialmente pertinentes para clínicos que tratam uma ampla variedade de doentes e com grandes limitações de tempo por consulta. A população alvo desta intervenção terapêutica é vasta e diversificada, podendo ser aplicada em adolescentes, grávidas, idosos, doentes com outras comorbilidades médicas, problemas mentais, bem como minorias étnicas e raciais. Esta estratégia revela-se eficaz em 3 tipos de doentes: fumadores que se apresentam motivados para realizar uma tentativa de cessação tabágica, fumadores que não estão motivados para tentar deixar de fumar no momento e Ex-fumadores que abandonaram o hábito tabágico recentemente. O objetivo destas intervenções é possibilitar a identificação de todos os fumadores e providenciar-lhes pelo menos a intervenção breve a cada consulta médica.(1)(10)

Um estudo evidenciou que a duração média da sessão de aconselhamento breve relativa à cessação tabágica foi de aproximadamente 7 minutos, contudo, os médicos consideraram como duração ideal os 10 minutos.(23)

As intervenções breves devem ter em conta o tipo de fumador que se apresenta perante o médico. Considerando, a título de exemplo, que nos deparamos com um paciente relutante em deixar de fumar, devem ser primariamente identificadas as razões dessa resistência à cessação do hábito, procedendo à abordagem inicial dessas questões.(24) Devemos também considerar o grau de dependência de nicotina do doente, mensurável com a utilização do teste de Fagerstrom.

O aconselhamento breve a nível dos cuidados primários deve ser realizado tendo em conta 5 etapas fundamentais, que constituem o chamado Modelo dos 5 A's. Este modelo compreende o "Ask", no qual o doente é questionado relativamente aos seus hábitos tabágicos, definindo-se aqui como fumador ou não fumador; o "Advice", em que o doente é aconselhado pelo médico a cessar os seus hábitos tabágicos; o "Assess", no qual se interroga o doente sobre a sua vontade e motivação para parar de fumar; o "Assist", que inclui a assistência e acompanhamento médicos a disponibilizar aos doentes motivados para parar de fumar; e por fim o "Arrange", que comporta o follow-up do doente como método de evitar a recaída. (1) (10)

Tabela 1: *Modelo dos 5 A's - Ask*

<i>Ask</i>	Sugestões de implementação
Questionar os doentes sobre os seus hábitos tabágicos em todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir questões sobre os hábitos tabágicos do doente durante a consulta, nomeadamente aquando da medição dos sinais vitais; - Recorrer a métodos que facilitem a lembrança da implementação desta tarefa.

Tabela 2: *Modelo dos 5 A's - Advise*

<i>Advise</i>	Sugestões de implementação

Aconselhar todos os doentes a deixar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> - O aconselhamento deve ser claro, conciso e personalizado; - Os médicos devem referir de que forma o tabaco afeta a saúde do doente, das crianças ou de outros membros da família, se esta situação se verificar; - Devem ser abordados os custos sociais e económicos associados a este consumo; - Deve também ser referenciada a prontidão do doente em abandonar o tabagismo.
---	--

Tabela 3: *Modelo dos 5 A's - Assess*

<i>Assess</i>	Sugestões de implementação
Avaliar motivação do doente em deixar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a motivação em abandonar o consumo de tabaco, pedindo ao doente para, numa escala de 0 a 10, sendo 0 não estar nada motivado e 10 estar extremamente motivado, identificar o seu grau de motivação; - A motivação para a cessação tabágica pode também ser avaliada através do teste de Richmond; -A avaliação da motivação pode ainda ser realizada tendo em conta o modelo da mudança comportamental; - Se o paciente se apresentar motivado para tentar deixar de fumar: disponibilizar aconselhamento breve, medicação, e materiais de autoajuda; -Se, por outro lado, o doente manifestar uma baixa motivação para realizar a tentativa de cessação tabágica devemos

	<p>identificar as razões subjacentes, inquirir sobre o que o faz gostar e não gostar de fumar, e abordar as principais vantagens e desvantagens da cessação tabágica.</p>
--	---

Tabela 4: *Modelo dos 5 A's - Assist*

<i>Assist</i>	Sugestões de implementação
<p>Auxiliar o doente durante a sua tentativa de cessação tabágica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o doente a realizar um plano de cessação tabágica: <ul style="list-style-type: none"> Marcação do dia D, dia em que o paciente deixa de fumar, de preferência num espaço de duas semanas após a consulta; Apelar e encorajar o apoio por parte de familiares e amigos; Antecipar os estímulos que motivam a fumar e identificar estratégias de adaptação alternativas; - Auxiliar o doente na mudança do seu ambiente, devendo este manter-se afastado de locais onde contacte muito com pessoas a fumar, apelar aos amigos e familiares para não fumarem em locais onde o paciente passe demasiado tempo; - Prestar informações básicas associadas ao hábito de fumar e à cessação, nomeadamente a natureza aditiva do tabagismo, a importância de uma completa abstinência e a possibilidade de surgirem sintomas de abstinência; - Recomendar Farmacoterapias, a não ser que existam contraindicações, e/ou terapia comportamental para a cessação tabágica; - Disponibilizar ainda materiais de autoajuda.

Tabela 5: *Modelo dos 5 A's - Arrange*

<i>Arrange</i>	Sugestões de implementação
Organizar os contatos de follow-up do doente	<ul style="list-style-type: none"> - O primeiro follow-up deve ocorrer após cerca de uma semana do dia D, o segundo ainda no espaço de um mês e os seguintes agendados conforme necessário. - Durante as visitas de follow-up, o sucesso deve ser felicitado; - Se o doente apresentar uma recaída, devem ser revistas as circunstâncias em que tal aconteceu, recomendado um novo compromisso de abandono do hábito e pode ainda ser considerada a possibilidade de um tratamento com base numa abordagem intensiva de cessação tabágica; - Os follow-up podem ser realizados pessoalmente, por telefone ou por e-mail.

No decorrer do processo de cessação tabágica podem despoletar-se situações específicas para as quais o doente requer ajuda e auxílio por parte do médico de família. Relativamente aos sintomas de abstinência, que se caracterizam clinicamente por irritabilidade, ansiedade e inquietação, estes manifestam-se habitualmente através de um pico sintomático ao fim da primeira semana de abstinência, podendo ainda prolongar-se cerca de 2 a 4 semanas. Nestas situações, a Terapêutica de Substituição da Nicotina pode revelar-se particularmente útil. O síndrome de privação pode também associar-se a sintomatologia depressiva ou precipitar um episódio de depressão, sendo necessário averiguar a existência de alterações do humor nestes doentes. A Bupropiona pode revelar-se apropriada como terapêutica de cessação tabágica em doentes em risco de iniciar episódios depressivos. Outra problemática muitas vezes subjacente

ao abandono do hábito tabágico é a possibilidade de aumento de peso, podendo a preocupação dos doentes face a este assunto, colocar em risco a tentativa de cessação tabágica. A utilização de fármacos como a Bupropiona SR e as TSN, nomeadamente a formulação em gomas, pode ser benéfica, dado que condicionam um atraso do ganho de peso quando utilizados. (33)(34)

Informações obtidas através de um estudo realizado no Canadá, com o objetivo de avaliar a contribuição de prestadores de cuidados de saúde na implementação de tratamentos de cessação tabágica, evidenciaram que, nos 12 meses prévios, 74% dos doentes fumadores foram aconselhados a deixar de fumar - “*advised*”, porém, somente 58,5% receberam assistência e acompanhamento médicos no contexto da cessação tabágica - “*assist*”.(35) Esta mesma investigação identificou ainda determinados fatores que se associam a uma taxa mais elevada de aconselhamento baseado no modelo dos 5 A’s. Consequentemente, se o prestador de cuidados manifestar interesse e enfatizar a importância da cessação tabágica, se o doente se revelar convicto na vontade de cessar o hábito tabágico, se coexistir alguma doença relacionada com o consumo tabágico, e se tiver ocorrido pelo menos uma visita anual aos serviços de saúde primários, consideramos estar perante uma maior propensão na prestação desta intervenção terapêutica.(35)

Estas intervenções breves de cessação tabágica manifestam um pequeno, mas significativo efeito nas taxas de abandono tabágico. Estudos demonstram um aumento estatisticamente significativo das taxas de cessação tabágica quando comparada a implementação de aconselhamento breve com a ausência de qualquer tipo de aconselhamento, revelando-se as intervenções breves eficazes de potenciar a taxa de abandono tabágico em 1 a 3 %.(16)

8 ESTÁDIOS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

A existência de um modelo categorizado por estágios de mudança comportamental auxilia na estratificação dos pacientes fumadores, tendo em conta a sua motivação e vontade em cessar o hábito tabágico. Este modelo compreende a subdivisão dos estádios de mudança comportamental, envolvendo 5 fases motivacionais: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção. Se, eventualmente, um individuo manifesta desinteresse em deixar de fumar no período de 6 meses, considera-se inserido no estadio de Pré-contemplação, ao passo que, ao revelar vontade em cessar o hábito nos 6 meses que se seguem, se enquadra numa fase de Contemplação. Relativamente às restantes fases motivacionais, a fase de Preparação inclui os fumadores que ambicionam deixar de fumar nos próximos 30 dias, enquanto o estadio de Ação engloba os ex-fumadores que com sucesso deixaram de fumar há não mais de 6 meses, e o de Manutenção, inclui os ex-fumadores que com sucesso deixaram de fumar há pelo menos 6 meses.(1) (24)

Tabela 6: Estádios de Mudança Comportamental

Estádios de Mudança Comportamental	Descrição
<i>Précontemplação</i>	- Indivíduo não tenciona deixar de fumar nos próximos 6 meses;
<i>Contemplação</i>	- O doente considera a alteração do seu comportamento nos próximos 6 meses;
<i>Preparação</i>	- Inclui os fumadores que ambicionam deixar de fumar no prazo de 30 dias;

Mestrado Integrado em Medicina
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO TABAGISMO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

<i>Ação</i>	- Reúne os ex-fumadores que com sucesso deixaram de fumar há não mais de 6 meses;
<i>Manutenção</i>	- Abrange os ex-fumadores que com sucesso deixaram de fumar há pelo menos 6 meses.

9 ESTRATÉGIAS MOTIVACIONAIS

Perante doentes não motivados e desinteressados em parar de fumar, surgiram evidências recentes de que as intervenções motivacionais aumentam a quantidade de tentativas de cessação tabágica praticadas por esses fumadores. Estas estratégias de intervenção motivacional foram delineadas na tentativa de promover a motivação em cessar o hábito tabágico, consistindo num aconselhamento centrado e direcionado para o doente. Desta forma, a discussão sobre a cessação tabágica requer uma comunicação que enfatize a autonomia, as escolhas e as preferências individuais do doente. Assim, os Médicos de família devem aplicar técnicas de intervenção motivacional focadas em explorar os sentimentos, crenças, ideias e valores relacionados com o consumo de tabaco do paciente em questão, na tentativa de encontrar alguma ambivalência quanto a este hábito.(10)(36)

O propósito desta estratégia interventiva requer a abordagem de 5 componentes, os denominados 5R's, que incluem *Relevance*, *Risks*, *Rewards*, *Roadblocks* e *Repetition*. Estes constituem as áreas a abordar na estratégia motivacional, na tentativa de potenciar a motivação do doente para parar de fumar, com conseqüente aumento do número de tentativas de cessação tabágica futuras.(1)(10)

Tabela 7: Estratégia dos 5 R's

5 R's	Descrição
<i>Relevance</i>	- Encorajar o paciente a identificar razões que sejam relevantes para ele para cessar o hábito tabágico;
<i>Risks</i>	- Avisar o fumador dos efeitos nefastos decorrentes do consumo de tabaco, quer para o fumador quer para as pessoas

	envolventes, incorporando aspetos da história pessoal e familiar sempre que possível;
<i>Rewards</i>	- Pedir ao doente para identificar os benefícios da cessação tabágica;
<i>Roadblocks</i>	- Explorar as barreiras ao abandono do tabagismo que o fumador pode enfrentar;
<i>Repeat</i>	- Incluir aspetos dos 5 R's em cada consulta médica com fumadores não motivados.

Existem alguns comportamentos, colocados em prática pelo Médico de Família, que favorecem esta integração no contexto de uma intervenção motivacional. De entre estes podemos salientar: a prestação de aconselhamento com permissão prévia facultada pelo doente, perguntando primeiro ao doente se está interessado e disponível em receber o aconselhamento; afirmar e reforçar a força de vontade, os esforços e as capacidades do doente para conseguir alcançar o seu objetivo; enfatizar o controlo do paciente e a liberdade de escolha nos seus comportamentos de saúde; obter permissão antecipadamente a expor as preocupações relativamente à intenção, plano e objetivos do doente; Possibilitar suporte, recorrendo a observações de compaixão e solidariedade para com o fumador.(36)

Resultados de uma investigação desenvolvida entre 2005 e 2008, num estado Norte-americano, demonstraram que os médicos praticaram pelo menos um comportamento concordantes com os ideais das intervenções motivacionais em cerca de 56% das intervenções médicas. Este valor revelou-se similar à percentagem que indica a ausência destes mesmos tipos de comportamentos e estratégias motivacionais.(36)

Estudos concluem que, quando comparada a eficácia do aconselhamento motivacional com o aconselhamento simples, não é notório um benefício significativo do primeiro, contudo, o aconselhamento motivacional parece elevar a probabilidade de os doentes efetivarem uma tentativa de cessação tabágica.(16) Deste modo, é declarado que esforços com o objetivo de aumentar a eficácia atribuída às estratégias de cessação tabágica deveriam passar pela potenciação da formação clínica relativamente aos modelos de intervenções motivacionais breves, com conseqüente aquisição de capacidades nesta área, reforçando assim o recurso a estes métodos de intervenção motivacional.(36)

10 BARREIRAS IDENTIFICADAS PELOS MÉDICOS NA PRESTAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE

Como já referido anteriormente, ainda que muitos médicos assumam as intervenções de cessação tabágica como parte integrante das suas funções e deveres enquanto clínico, persiste uma baixa adesão na prática clínica a este tipo de abordagens. Dado isto, tentaram identificar-se as razões apontadas pelos clínicos como estando associadas a esta baixa adesão, sendo este conjunto de razões comumente identificadas como as Barreiras desta intervenção clínica.²⁹ Desta forma, foi possível detetar a existência de um elevado número de limitações da implementação corrente do aconselhamento de rotina dos fumadores.(20)

As razões mais comumente apontadas como dificultando a adesão à prática da cessação tabágica são a perceção de baixas taxas de sucesso associadas a este tipo de suporte, o elevado tempo gasto com este tipo de intervenções, o défice de formação e conhecimentos na prestação correta destas intervenções, a preferência pela referenciação para especialistas em cessação tabágica, a carência de uma remuneração adequada, a perceção de que estas intervenções ultrapassam os deveres de um médico de família e a falta de interesse por parte do clínico. Contudo, as duas últimas barreiras expressas são apenas identificadas por uma minoria dos médicos de família.(23)(37)(38)

Os médicos de família podem ainda manifestar uma maior comodidade na prestação de assistência a doentes fumadores quando este auxílio deriva de um pedido do próprio doente, em resultado de uma manifestação de vontade do mesmo em cessar o hábito tabágico. Daqui advém um enquadramento facilitado daquilo que são as expectativas da consulta por parte do próprio doente. Encontrar tempo para abordar um tema que não foi o motivo para a consulta, bem como

desenvolver as habilidades para o realizar de forma a não interferir ou prejudicar a relação médico-paciente ainda representa um grande desafio.(20)

11 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TABAGISMO

Os médicos de família dispõem nos dias de hoje de terapêuticas farmacológicas que se têm revelado eficazes no tratamento do tabagismo, aumentando a probabilidade de sucesso das tentativas de cessação tabágica.(16)(17)(39)(40)(41)

No entanto, uma investigação desenvolvida no Canadá revela que a prescrição de farmacoterapia de suporte para cessação tabágica, em consultas de medicina geral e familiar, ocorreu em apenas 11,6% dos doentes fumadores.(35) Também a proporção de médicos de família que reportam prescrever fármacos, na generalidade, permanece reduzida, encontrando-se, contudo, diferenças entre e dentro de determinados países. Essas disparidades podem refletir um elevado número de fatores como a disponibilidade das diferentes opções terapêuticas, a existência de Guidelines e políticas nacionais específicas, bem como o interesse e exigência do paciente.(28)

Tendo em conta a eficácia desta medida terapêutica, o tratamento farmacológico recomenda-se a todos os fumadores com idade superior a 18 anos, com um consumo diário superior a 10 cigarros, no momento da realização de uma tentativa de cessação tabágica, excetuando-se os casos em que coexistam contra-indicações ou se tratarem de populações específicas para as quais se constate uma evidência insuficiente de eficácia terapêutica.(42) Estas estratégias farmacológicas devem ainda ser utilizados quando o paciente se revelar motivado a parar de fumar de forma espontânea ou após alcançar a motivação com apoio do médico de família. O fármaco a selecionar deve ter em conta a experiência pregressa com fármacos para tabagismo e a presença de comorbilidades, bem como as doses prescritas variam com o grau de dependência da nicotina apresentada pelo doente.(42)

Os fumadores usualmente já procederam à realização de várias tentativas de cessação tabágica no passado e um número considerável já utilizou um ou mais fármacos. Se prescrever um fármaco que previamente suprimiu a urgência associada ao consumo do tabaco é uma medida sensata, por outro lado, utilizar fármacos que causaram efeitos adversos marcados, que não atuaram da melhor forma em tentativas pregressas ou que o paciente simplesmente acredita não ser eficaz, não se revela uma boa estratégia.(8)

Atualmente, as terapêuticas identificadas como de primeira linha incluem a Vareniclina, as Terapêutica de substituição da nicotina (TSN) e a Bupropiona. Apesar de todas estas terapêuticas serem recomendadas, não podemos descuidar do facto de também se associarem a contraindicações, avisos, precauções e efeitos secundários específicos.(10) Um estudo desenvolvido com a finalidade de avaliar a eficácia das diferentes intervenções terapêuticas e de hierarquizar essas mesmas eficácias, demonstrou que a Bupropiona não se revela mais eficaz do que a TSN, sendo contudo a Vareniclina mais eficaz do que a TSN e a Bupropiona. No entanto, mais comparações entre os diferentes fármacos são necessárias para fortalecer as inferências acerca da superioridade da Vareniclina.(17) Ainda assim, a TSN e a Bupropiona possibilitaram uma elevação do número de fumadores que cessou o hábito tabágico em cerca de 80%, comparativamente com o placebo. A Vareniclina mais do que duplicou a possibilidade de cessação tabágica comparativamente com o placebo, apontando que por cada 10 pessoas que cessarem o hábito tabágico com o placebo, seriam esperadas 28 pessoas, se utilizada a Vareniclina.(39) Apesar da superioridade evidente da eficácia da Vareniclina em comparação com a TSN quando utilizada de forma isolada, a mesma não se verifica quando comparada com a combinação de duas formulações distintas de TSN.(39)

Desta forma, é fundamental que os doentes sejam corretamente informados sobre as várias possibilidades de terapêuticas farmacológicas disponíveis para auxiliar na cessação tabágica.

11.1 TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO DA NICOTINA (TSN)

A terapêutica de substituição da Nicotina encontra-se disponível para comercialização em Portugal nas formulações de Pastilhas e Gomas para mascar, propiciando uma reposição mais rápida de níveis de nicotina, e de Sistemas Transdérmico, que se associam a uma restituição mais lenta dos níveis de nicotina e prolongada ao longo do tempo. Outros países comercializam também distintas formulações terapêuticas, como os comprimidos sublinguais, o *spray* nasal e o inalador bucal. Estes diferentes tipos de apresentações do fármaco são todos eles eficazes no tratamento da síndrome de privação de nicotina, como facilitador da supressão do hábito tabágico, diferindo unicamente pelas suas características farmacocinéticas, não necessitando de prescrição pelo médico responsável.(41)(43) Os diferentes tipos de TSN apresentam geralmente igual eficácia na terapêutica da cessação tabágica.(39) A utilização de uma ou outra formulação deve contemplar algumas características do fumador, experiências prévias de cessação e considerações de custos.(1)(41) A TSN parece representar uma estratégia farmacológica comumente utilizada, nomeadamente os selos transdérmicos, prescritos por cerca de 60% dos médicos de família.(37) Permanece uma pequena evidência quanto ao papel da TSN em indivíduos que consomem menos de 10 cigarros por dia.(41)

Esta abordagem terapêutica implica uma paragem do hábito tabágico no momento em que se inicia a utilização do fármaco, dado que ocorre uma substituição direta da nicotina consumida com o tabaco, proporcionando os efeitos neurofarmacológicos mediados pela

nicotina e reduzindo os sintomas de privação.(43) O fumador deve por isso ser aconselhado a não fumar enquanto utiliza este tipo de terapêutica.(1) Apesar de estas terapêuticas conterem nicotina, a substância responsável pela dependência física do tabaco, a ausência das outras substâncias existentes no fumo do cigarro como o alcatrão, o monóxido de carbono ou outros tóxicos, proporciona um menor risco para a saúde.(44)

A recomendação do uso de TSN é frequente, com o selo a apresentar-se como a forma mais popularmente utilizada.(20) Uma investigação evidenciou que aproximadamente 8 em cada 10 médicos de família aconselhou pelo menos um dos seus pacientes fumadores a utilizar TSN no mês prévio.(38) Contudo, a prescrição revela-se menos comum, sendo notório que, apesar de 86% dos médicos de família considerarem a TSN eficaz, apenas 47% reconhecem o seu custo-benefício como compensador e somente 32% admitem que esta deveria incorporar as participações abrangidas pelo SNS.(20)

Um estudo de revisão demonstrou que todas as formulações terapêuticas de TSN disponíveis ampliam a probabilidade de cessação tabágica de sucesso, revelando-se eficazes com ou sem aconselhamento médico adicional, evidenciando-se que a possibilidade de cessação tabágica quando o doente realiza TSN se eleva entre 50 e 70%, comparativamente ao grupo controlo. Este mesmo estudo concluiu que existe uma maior eficácia relacionada aos sistemas transdérmicos comparativamente às gomas de mascar. Contudo, em fumadores com elevada dependência da nicotina, foi notório um benefício significativo das gomas de 4mg comparativamente às de 2mg. Esta evidência é contudo mínima, evidenciando apenas um benefício ligeiro, quando avaliada a possibilidade de utilização de maiores doses associadas aos sistemas transdérmicos, comparativamente à utilização das doses *standard* de 21mg/24horas ou 15mg/16h.(41)

No entanto, estes fármacos associam-se com determinadas reações adversas, nomeadamente cefaleias, vertigens, náuseas, vômitos, taquicardia, insónia, que de um modo geral se revelam pouco marcadas ou ausentes, dada a tolerância adquirida pelo indivíduo através do consumo de nicotina decorrente do seu hábito tabágico. Podem ainda ocorrer reações adversas mais específicas tendo em conta a formulação terapêutica utilizada, nomeadamente irritação local associada aos sistemas transdérmicos e o efeito irritante local, boca seca, sensação parestésica da língua e boca, dor localizada à articulação temporomandibular e ulcerações orais aquando da utilização das pastilhas ou gomas.(41)(42)(43) Efeitos secundários mais raros, nomeadamente urticária e dificuldade respiratória, respiração irregular, dificuldade em engolir, edema dos lábios, garganta e rosto, podem também ocorrer.(44)

Respeitante às contraindicações e precauções do recurso às TSN, considera-se a utilização do fármaco em adolescentes, grávidas, lactantes, o uso em situações de acidente cardiovascular recente, angina de peito, arritmias graves, insuficiência arterial periférica, feocromocitoma, úlcera gastroduodenal, hipertensão e a ocorrência de algum tipo de reação alérgica prévia com edema localizado aos lábios, rosto, orofaringe ou erupção cutânea com prurido associado. O indivíduo deve ser acompanhado com aconselhamento e apoio psicológico.(43) A TSN não é adequada para crianças com menos de 12 anos, visto que há um maior efeito da nicotina em crianças do que em adultos, podendo desta forma originar uma intoxicação grave e mesmo morte em crianças. Não deve também realizar-se troca das diferentes formulações terapêuticas durante a tentativa de cessação tabágica.(42)(44)

No que concerne às gomas de mascar, e possivelmente às pastilhas, podem ser necessárias precauções adicionais, nomeadamente se o doente possuir prótese dentária, devido à dificuldade na mastigação, ou se apresentar úlceras orais, esofágicas, estomacais ou duodenais, visto que a nicotina ingerida pode potenciar um agravamento da sintomatologia associada. O doente não

deve ingerir alimentos enquanto estiver a proceder à toma do fármaco, nem tão pouco consumir bebidas ácidas, tais como sumo de fruta, café ou refrigerantes, uma vez que influenciam a absorção de nicotina na cavidade bucal. Para garantir que o efeito máximo é atingido, a ingestão destas bebidas deve ser evitada pelo menos 15 minutos antes da utilização da goma para mascar.(42)(44)

Por comparação, perante a utilização dos sistemas transdérmicos pode surgir a necessidade de verificar a existência de dermatite ou eczema alérgico, dada a eventualidade de reação aquando à sua utilização. É ainda relevante selecionar uma área da pele limpa, seca e com ausência de pilosidade para colocar o penso, de modo a assegurar que este fica bem aplicado. Devem ser evitadas áreas de pregas cutâneas ou onde sejam evidentes sinais de irritação e rubor. O adesivo habitualmente deve permanecer no local de aplicação durante as 24 horas, contudo, deve sempre proceder-se à alteração da área da pele onde é aplicado novo adesivo, não se repetindo a mesma área da pele onde foi implantado o sistema transdérmico, durante pelo menos 7 dias.(44)

Podem também surgir interações medicamentosas com fármacos como a teofilina, tacrina, clozapina, ropinirol, pelo que a toma conjunta deve ser evitada.(44)

A posologia deve ser estabelecida para cada indivíduo, de acordo com o seu consumo de tabaco habitual e grau de dependência associado.

As gomas de mascar encontram-se comercializadas em dosagens de 2, 2,5 e 4 mg, podendo ainda apresentar diversos sabores, nomeadamente menta e fruta.(43) A dosagem de 2mg é mais adequada para fumadores de menos de 20 cigarros por dia, ao passo que a dosagem de 4mg mais apropriada para doentes que consumam mais de 20 cigarros/dia. Para indivíduos com idade superior a 18 anos, e tendo em conta a utilização de uma dose *standard* de 2mg, a toma pode ser efetuada da seguinte forma: inicialmente 8 a 12 gomas/dia de 2mg, com a

utilização da goma preferencialmente quando surge o desejo intenso de fumar. O fármaco pode ser utilizado desta forma durante os primeiros 3 meses, necessitando de uma redução gradual do número de gomas diário nos meses seguintes. Quando a utilização for somente de 1 a 2 gomas de 2mg por dia deve abandonar a toma por completo. Mesmo depois da desabituação do fármaco, se, por vezes, o doente manifestar um desejo intenso de fumar, pode recorrer ao consumo de goma, realizando assim um tratamento de suporte. A dose recomendada não deve ser excedida, não devendo utilizar-se mais de 15 gomas de 2mg em 24h, nem utilizando em simultâneo outros produtos contendo nicotina(44)

Relativamente às pastilhas, estas existem em formulações de 1, 1,5, 2 e 2,5 mg. Em regra, utilizam-se 8-12 pastilhas de 2 mg/dia. Os grandes fumadores devem iniciar o tratamento com as pastilhas de 4 mg de dosagem. Numa primeira fase, decorrente entre a primeira e a sexta semana de tratamento, o doente deve ingerir uma média de uma pastilha de 2mg a cada uma ou duas horas, recomendando-se um mínimo de 9 pastilhas por dia. Posteriormente, entre a sétima e nona semana de tratamento, deve ingerir uma pastilha a cada duas a quatro horas, reduzindo este número entre a décima e décima segunda semana de tratamento, passando a chupar uma pastilha a cada quatro a oito horas. Como suporte para permanecer sem fumar nas 12 semanas seguintes, pode recorrer a 1 a 2 comprimidos por dia, nas situações em que o desejo de fumar é intenso. Não deve, contudo, ser ultrapassada a dose de 50 mg/dia.(44)

Nomeadamente aos sistemas transdérmicos, estes devem ser aplicados consoante o consumo de cigarros e o grau de dependência do doente, podendo a dosagem ser de 10, 15 e 25 mg por cada 16h ou 7, 14 e 21 mg nas 24 horas. O adesivo deve ser utilizado apenas uma vez, por um período máximo de 24 horas. Se o doente fumar 10 ou mais cigarros por dia, então deve iniciar numa primeira fase, com 6 semanas de duração, a utilização de um sistema transdérmico de 21mg/24 horas. Posteriormente, durante mais duas semanas, reduz a dose para 14mg em 24

horas e, por fim, utiliza um sistema transdérmico com uma dose de 7 mg/24horas por mais duas semanas. Os adesivos podem ser aplicadas durante mais 10 semanas se necessário.(44) Apesar das indicações existentes para a utilização do fármaco, investigações sugerem que 8 semanas de tratamento recorrendo aos selos transdérmicos é tão eficaz como a utilização mais prolongada do fármaco. Outra das evidências apresentada é que a utilização do sistema transdérmico apenas durante as horas de vigília, cerca de 16 horas por dia, é tao eficaz como a sua utilização durante 24 horas por dia.(41)

Perante fumadores altamente dependentes recomenda-se o recurso a doses mais elevadas ou combinações de Terapêuticas de Substituição nicotínica. A combinação de TSN é também vantajosa em doentes com antecedentes de sintomas de abstinência severos.(10) Existem ainda evidências de que a combinação do selo de nicotina de longa duração, com outros fármacos de TSN de curta duração possa elevar as taxas de abstinência a longo prazo.

11.2 VARENICLINA

A Vareniclina, cujo nome comercial em Portugal é *ChampixTM*, constitui o primeiro agonista parcial dos recetores $\alpha_4\beta_2$ da acetilcolina a ser desenvolvido para a cessação tabágica. Estes recetores são responsáveis por mediar o reforço das propriedades da nicotina a nível cerebral, sendo este fármaco importante no auxílio da cessação tabágica ao mimetizar os efeitos dopaminérgicos da nicotina, ocasionando uma diminuição dos sintomas de ansiedade em relação a fumar e das alterações de humor displicentes/desagradáveis. Outro modo de atuação consiste no bloqueio da ligação da nicotina a estes mesmos recetores, resultando numa diminuição dos efeitos da nicotina do tabaco durante o consumo de tabaco. Desta forma, é possível constatar uma redução não só dos sintomas de abstinência, como da satisfação associada ao ato de fumar.(45)(46)

Foi demonstrado, através da realização de uma meta-análise, que a utilização de Vareniclina em dose *standard*, 1mg duas vezes ao dia, eleva, entre duas a três vezes, a possibilidade de cessação tabágica de sucesso, a longo-prazo, quando comparada com a ausência de farmacoterapia. Este estudo revelou também que a utilização de menores doses, nomeadamente com a utilização de 1mg uma vez/dia ou 0,5mg duas vezes/dia, confere benefícios para a cessação, com taxas de cessação similares às obtidas com TSN e Bupropiona, permitindo ainda uma redução da incidência de efeitos adversos nas semanas iniciais de tratamento. Esta mesma meta-análise demonstrou igualmente que a Vareniclina exerce um efeito superior ao placebo na redução dos sintomas de abstinência, o que se apresenta em concordância com a sua base de ação teórica.(45) Evidências, apesar de limitadas, sugerem que a Vareniclina pode desempenhar um papel importante na prevenção da recaída, nomeadamente se o tratamento se prolongar para além das 12 semanas.(45)(47)

Segundo descrito no Prontuário Terapêutico, este fármaco deve ser iniciado uma a duas semanas antes da data marcada para a cessação tabágica. A dose inicial deve ser de 0.5 mg/dia, numa toma diária, durante 3 dias. Posteriormente a dosagem diária deve ser aumentada para 1mg/dia, efetuando duas tomas de 0,5mg durante os 4 dias seguintes, elevando-se finalmente para 2 mg por dia, subdividida em 2 administrações diárias de 1mg, durante 11 semanas, perfazendo assim um total de 12 semanas de tratamento. Pode proceder-se à repetição do esquema terapêutico se ocorrer risco de recaída.(43)

As reações adversas descritas para este fármaco incluem alterações do foro gastrointestinal, modificações do apetite, xerostomia, variações do paladar, alterações do sono e sonhos agitados. Com menor frequência são observadas sede, aumento do peso, estomatite aftosa, dor precordial, hipertensão, taquicardia, fibrilhação auricular, palpitação e ataques de pânico. Depressão e ideação suicida foram também referenciadas.(43) De entre os efeitos

secundários anteriormente expostos, o mais comumente associado à toma de Vareniclina são as náuseas, sendo contudo de média intensidade com propensão a diminuir de intensidade no decorrer da duração do tratamento. Este efeito é minimizado se a ingestão da medicação ocorrer após as refeições e com uma quantidade considerável de água. A descontinuação do fármaco motivada pelas náuseas surge em 0,6 a 7,6% dos casos.(42)(45)

O recurso a este fármaco deve ser evitado em doentes que apresentem estados de privação abruptos e deve ser utilizado com precaução em doentes com história de patologia psiquiátrica.(43) Não deve ainda ser utilizado em doentes com idade inferior a 18 anos visto não estarem disponíveis estudos dirigidos à população pediátrica. As dosagens devem também ser adaptadas em situações de doença renal moderada a grave, sendo que doentes com doença renal significativa necessitam de uma maior monitorização da função renal e podem mesmo não ser candidatos apropriados para este tipo de terapêutica. Deve ainda ocorrer vigilância perante os doentes mais idosos, que normalmente manifestam já algum défice de função renal, podendo ser preferível diminuir a dose de fármaco utilizada. Não existem estudos adequados em mulheres grávidas, integrando este fármaco a categoria C. Desta forma, a Vareniclina deve apenas ser utilizada em mulheres grávidas se os potenciais benefícios ultrapassarem os potenciais riscos para o feto.(48)

No que concerne às interações farmacológicas, determinadas alterações fisiológicas podem habitualmente surgir com a cessação tabágica e estas podem despoletar alterações na farmacocinética e/ou na farmacodinâmica de determinados fármacos como a teofilina, varfarina e insulina, devendo a dosagem destes fármacos ser ajustada se necessário.(48)

Possíveis associações com eventos adversos graves, nomeadamente complicações do foro psiquiátrico ou cardiovascular, não pode ser prontamente excluídas. Um estudo evidenciou um

aumento do risco de desenvolver efeitos adversos graves em cerca de 1/3 dos casos em que se recorreu à Vareniclina.(45)

De uma forma geral, a Vareniclina considerou-se eficaz e satisfatoriamente tolerada em todas as doses ensaiadas e durante todos os períodos de tempo testados. Contudo, a vigilância pós-comercialização do fármaco promoveu novas preocupações. Em fevereiro de 2008, a “*EUA Food and Drug Administration*” (FDA) emitiu um alerta de saúde pública, a notificar qua a existência de uma associação entre a Vareniclina e uma elevação do risco de mudança comportamental, agitação, humor deprimido, ideação e comportamento suicida "parece cada vez mais provável". Três meses depois, a FDA aprovou mudanças no rótulo do produto, incluindo um alerta na caixa, e no guia do medicamento, produzido pela Farmacêutica *Pfizer*. O mais recente comunicado da FDA, realizado em 2011, relativo à segurança deste fármaco, conclui que "Com base na avaliação da FDA dos dados atualmente disponíveis, a agência continua a acreditar que os benefícios do fármaco superam os riscos e as advertências atuais no rótulo do fármaco *Chantix* são apropriados"(45) Esta situação alertou os clínicos para a necessidade de monitorizar estes sintomas nos seus doentes, solicitando mesmo aos pacientes que reportem estas alterações ao seu médico de família caso, eventualmente, surgam.

Este medicamento, comercializado através da farmacêutica *Pfizer*, não é participado pelo Sistema Nacional de Saúde, e o seu preço de comercialização revela-se bastante elevado, sendo que uma embalagem contendo 28 comprimidos de 1mg, tem um custo monetário de aproximadamente 47 Euros.(43)

11.3 BUPROPIONA

A Bupropiona, também denominada Bupropiom, cujo nome comercial pode ser *Wellbutrin XR* ou *Elontril*, dependendo da empresa farmacêutica que o comercializa, respetivamente a *GSK* ou a *Bial*, consiste num fármaco antidepressivo, também comumente

utilizado no tratamento adjuvante de programas de cessação do consumo da nicotina.(43) Este fármaco atua inibindo a recaptação da dopamina e noradrenalina.

Subsistem várias evidências com as quais se fundamenta a utilização de antidepressivos no tratamento da cessação tabágica. De entre estas destaca-se a possibilidade de o síndrome de abstinência poder ocasionar sintomas depressivos ou desencadear um episódio de depressão major, o facto de a nicotina poder promover alguns efeitos antidepressivos, exercendo os fármacos antidepressivos a substituição deste mesmo efeito, e a constatação de que alguns antidepressivos apresentam influências específicos nas vias neuronais ou em recetores neuronais que estão na base da adição nicotínica.(40) Desta forma, este fármaco possibilita uma redução dos sintomas de abstinência e do desejo compulsivo de fumar, podendo ainda contribuir para a limitação do aumento de peso associado ao abandono do tabaco.(1)

A Bupropiona evidencia também ser eficaz independentemente da constatação ou ausência de antecedentes pessoais de patologia depressiva ou da existência de sintomas depressivos aquando do processo de cessação tabágica.(40)

Uma investigação desenvolvida com o intuito de avaliar as implicações terapêuticas das atitudes e crenças dos doentes em relação à Bupropiona demonstrou que convicções sobre a importância e utilidade da Bupropiona como auxiliar na cessação tabágica foram significativamente relacionadas com uma maior adesão ao tratamento e com uma maior expectativa de sucesso na cessação quando utilizado este fármaco. De acordo com modelos cognitivos sociais, os fumadores que preveem maiores resultados decorrentes da utilização da Bupropiona e se revelam mais confiantes nas suas capacidades de utilizar a Bupropiona da forma indicada, são mais propensos a cumprir a toma do fármaco e a aderir aos esquemas terapêuticos de forma adequada. Consequentemente, essas crenças podem aumentar a eficácia global do tratamento farmacológico em causa.(49)

Na cessação do consumo de nicotina a dose terapêutica inicial é de 150 mg/dia, em uma administração diária, elevando-se posteriormente a dose para 300 mg/dia ao 4º dia de tratamento, com 2 administrações diárias, separadas de pelo menos 8 horas. A terapêutica deve ser iniciada 2 semanas antes de o doente planejar deixar de fumar e deve ser mantido até 12 semanas após o seu início.(43) É relevante informar o doente que o tratamento deve ser interrompido se ocorrer recaída.

Este fármaco apresenta como reações adversas perda de peso, cefaleias, enxaqueca, insónia, irritabilidade e ansiedade, podendo o tremor surgir em 20% dos expostos. Pode causar ainda hipertensão arterial, efeitos anticolinérgicos e hipersudação.(43) De entre estes efeitos apontados, os mais comumente identificados são a insónia e a xerostomia. Perante uma insónia persistente deve recomendar-se a redução da dose do fármaco para metade, ou a antecipação da toma noturna. Contudo, a insónia regride habitualmente até à 4ª semana de utilização do fármaco. Sintomas de depressão e ideação suicida devem ser também notificados, surgindo estes geralmente nas fases iniciais do tratamento.(1)(42) Uma meta-análise de estudos direcionados à Bupropiona evidenciou a existência de efeitos adversos graves, nomeadamente um excesso de eventos neuropsiquiátricos e cardiovasculares em utilizadores desta terapêutica.(39) Uma das principais prudências relativas a este fármaco associa-se com o elevado risco de desenvolver convulsões, sendo este risco de cerca de 1 em 1000, comparativamente a outros medicamentos antidepressivos.(40) As contra-indicações existentes são a Insuficiência Renal, Insuficiência Hepática e ainda história recente de enfarte agudo do miocárdio ou doença cardíaca instável.(43) Está ainda contraindicado em indivíduos com hipersensibilidade ao produto, com história prévia ou atual de convulsões, tumor do sistema nervoso central, diagnóstico prévio ou atual de bulimia ou anorexia nervosa, doença bipolar e toxicod dependência. Este fármaco também não deve ser prescrito durante a gravidez e amamentação, nem a jovens com idade inferior a 18 anos. A Bupropiona pode ainda afetar a

capacidade de realização de tarefas que necessitem destreza cognitiva e motora, recomendando-se por isso precaução, nomeadamente na condução ou utilização de máquinas.(1)

Dadas as possíveis interações medicamentosas, a Bupropiona não deve ser associado a IMAO nem a medicamentos com atividade sobre a MAO. O Ritonavir produz aumentos importantes das suas concentrações plasmáticas. O uso simultâneo de antidepressivos tricíclicos pode reduzir ainda mais o limiar convulsivante. Estão ainda documentadas interações farmacológicas potenciais com carbamazepina, fosfenitoína, fenitoína, fenobarbital e rifampicina.(43)

Um estudo desenvolvido no Reino Unido com o objetivo de determinar a eficácia da Bupropiona, evidenciou que a taxa de cessação tabágica às 52 semanas, posteriormente à realização de 8 semanas de tratamento com este fármaco, foi de 22%. Os doentes que falharam a tentativa de cessação tabágica apontaram como causa, em 8% dos casos, os efeitos secundários da medicação. A Bupropiona foi, assim, bem tolerada em 2/3 dos participantes do estudo, sendo o efeito secundário mais comumente manifestado pelos doentes a insónia, que ocorreu em 19% dos casos.(50) Também uma análise conjunta, de 2 ensaios idênticos, demonstrou que a Bupropiona se associou com maiores taxas globais de descontinuação da terapêutica, devido à globalidade de eventos adversos, em comparação com Vareniclina e placebo (respetivamente 13,9%, 9,5% e 8,2%).(51)

Ainda assim, uma meta-análise realizada no contexto da aplicação de antidepressivos no tratamento da cessação tabágica revelou que a Bupropiona tem um eficácia igual ou muito similar à obtida com TSN.(40) Estes dados foram concordantes com outros estudos similares.¹⁸ Outras investigações demonstraram, no entanto, que a Bupropiona é menos eficaz do que a Vareniclina no tratamento da cessação tabágica, associando-se a uma menor possibilidade de

abandono deste hábito com a toma de Bupropiona, comparativamente com a utilização de Vareniclina.(39)(40)

11.4 FÁRMACOS MENOS UTILIZADOS

Embora não tenham obtido aprovação pela *Food and Drug Administration* (FDA), os agentes farmacológicos de segunda linha, como a Clonidina e a Nortriptilina, associam-se a um aumento da probabilidade de cessação tabágica e devem ser considerados perante a falha terapêutica dos agentes de primeira linha, ou quando a utilização dos mesmos seja impossibilitada devido às suas contra-indicações.(10)(24)(39)(42)

A Nortriptilina integra o grupo farmacológico dos antidepressivos tricíclicos e recomenda-se a sua administração respeitando o esquema terapêutico de 25mg por dia durante três dias, elevando-se posteriormente a dose para 50 mg/dia durante quatro dias, seguido de 75 mg/dia durante 14 semanas. (1)(40) Este fármaco apresenta como efeitos adversos mais comuns boca seca, obstipação, náuseas, visão turva, retenção urinária e cefaleias, sendo contudo menos sedativo que os restantes antidepressivos tricíclicos em geral e revelando-se efetivamente perigoso em situações de *overdose*. Este fármaco associa-se ainda a possível toxicidade cardíaca. Tal como os restantes medicamentos deste grupo farmacológico, estão contraindicados, ou devem ser usados com especial cuidado, em idosos e crianças, que requerem reduções significativas da dose, dada a possibilidade de manifestação de reações paradoxais. A capacidade para conduzir pode ser também ser afetada. Os doentes devem, deste modo, ser alertados para estes sinais e sintomas que previsivelmente podem surgir, bem como do significado atribuído aos mesmos. Estes fármacos podem apresentar também interações medicamentosas com fármacos simpaticomiméticos, relevando risco elevado de Hipertensão arterial, com as hormonas tiroideias, pimozida e com antiarrítmicos, dado o risco de potenciação do efeito arritmogénico.(43)

A Clonidina consiste num agonista α_2 , depressor da atividade adrenérgica, normalmente utilizado no tratamento da HTA e abstinência dos opiáceos, podendo também ser empregue no tratamento da cessação tabágica. Recomenda-se que a dosagem varie entre 0,15mg a 0,75mg por dia, durante 3 a 10 semanas de tratamento, procedendo, se necessário, a adaptações da dose administrada, na presença de efeitos adversos. Este fármaco apresenta como reações adversas mais comuns tonturas, pesadelos, depressão, retenção hidrossalina, hipotensão ortostática, bradicardia sinusal e bloqueio auriculoventricular. As contra-indicações e precauções na implementação desta terapêutica associam-se com a doença do nodo sinusal, bloqueio auriculoventricular de 2º e 3º grau, diminuição de perfusão cerebral e periférica e hipersensibilidade aos constituintes. Este fármaco encontra-se ainda contra-indicado na gravidez. Perante uma insuficiência renal deverá ser realizada uma adaptação da dose terapêutica. A suspensão da Clonidina não deve ser brusca, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome de abstinência, que pode surgir aproximadamente 18 a 36 horas após suspensão do fármaco e que se caracteriza por hiper-reatividade simpática, manifesta clinicamente sobre a forma de taquicardia, tremor, hipersudorese, elevação da tensão arterial e ainda por dores abdominais e cefaleias. Em caso de administração concomitante de um β -bloqueante, a interrupção deste último, se necessária, deve ocorrer de forma gradual, a fim de evitar uma possível crise hipertensiva.(1)(43) Apesar de a Clonidina se associar a um aumento da probabilidade de cessação tabágica, esta potenciação deve ser contrabalançada com o conjunto de eventos adversos, dose-dependentes, previamente exposto.(39)

A Cistisina, um medicamento farmacologicamente semelhante à Vareniclina, apresentando-se como um agonista parcial dos recetores nicotínicos, evidenciou resultados positivos, na ausência de efeitos adversos significativos. Apesar de ter sido utilizado durante cerca de 50 anos como uma terapêutica auxiliar da cessação tabágica, é hoje em dia comercializada apenas na Rússia e em alguns outros países como a Bulgária e a Polónia. O

regime terapêutico habitual consiste em 25 dias de tratamento, sendo a data de abandono do hábito tabágico o 5º dia de tratamento. Inicialmente o doente procede à toma de 6 comprimidos de 1,5 mg por dia, com uma redução gradual, para 2 comprimidos diários. Contudo, mais investigações são necessárias para averiguar o potencial da cistisina como um tratamento eficaz e custo-efetivo.(39)

Estudos desenvolvidos com a finalidade de avaliar a eficácia de distintos fármacos, nomeadamente antidepressivos, dos quais se destacam alguns Inibidores da Recaptação da Serotonina como a Fluoxetina, a Venlafaxina e Inibidores da Monoamino oxidase (IMAO) não revelaram eficácia significativa dos mesmos.(40)

Uma experiência prévia de sucesso com determinado fármaco sugere que talvez esse fármaco possa ser vantajoso se utilizado novamente nesse mesmo doente, especialmente se bem tolerado e considerado de fácil utilização pelo doente.(10) No entanto, um estudo demonstrou apenas uma mínima evidência de que a utilização reiterada de TSN em pacientes que recaíram após recente utilização de sistemas transdérmicos resulte em benefício adicional quanto à possibilidade de cessação tabágica.(41)

Na generalidade dos casos, recomenda-se que o tratamento medicamentoso seja adotado durante cerca de 12 semanas e posteriormente suspenso.(42) Contudo, a instituição de uma terapêutica mais prolongada parece ser útil em determinadas situações, nomeadamente em doentes que reportem sintomas de abstinência persistentes durante a administração *standard* da medicação, que tenham recaído ao consumo tabágico após interrupção da terapêutica em tentativa prévia de cessação e se os próprios fumadores manifestarem vontade em realizar terapêuticas mais prolongadas. A utilização de fármacos por períodos superiores a 6 meses parece não apresentar nenhum risco conhecido para a saúde, assim como o desenvolvimento de

dependência com a medicação é também incomum. Desta forma, a *FDA* aprovou até o recurso a Bupropiona SR, Vareniclina e algumas TSN por mais de 6 meses.(10)

Conjuntamente, a combinação de fármacos deve ser ponderada perante fumadores que manifestem dificuldade em cessar o hábito tabágico devido há existência de sintomas de abstinência severos, apesar da utilização de doses adequadas de terapêuticas isoladas.(24) Estudos demonstram que o recurso a TSN durante uma tentativa de cessação tabágica, combinando um sistema transdérmico de nicotina, ocasionando uma reposição mais lenta dos níveis de nicotina, com uma formulação de ação mais rápida, nomeadamente as gomas ou pastilhas, se associa a uma maior probabilidade de sucesso da tentativa de abandono do tabagismo, comparativamente à administração isolada de apenas uma das formulações terapêuticas.(41) Esta combinação de Terapêuticas de substituição nicotínica revelou ainda ter uma eficácia equivalente à obtida com a utilização de Vareniclina, auxiliando mais pessoas a deixar de fumar do que a administração isolada de apenas uma das formulações.(39) Persistem insuficientes evidências de que combinar Bupropiona ou Nortriptilina com Terapêuticas de Substituição da Nicotina possa originar benefícios adicionais, a longo termo, existindo estudos que concluem mesmo que TSN em combinação com Nortriptilina ou Bupropiona não é mais eficaz do que a TSN utilizada de forma isolada.(39)(40) Persistem, inclusive, dados que afirmam que associação de Bupropiona com TSN, principalmente as formulações transdérmicas, pode até elevar a pressão arterial do doente, sendo necessária monitorização deste sinal vital em todas as consultas.(42)

Relativamente à utilização combinada de Vareniclina com TSN, foi notória uma potenciação dos efeitos adversos dos fármacos, particularmente uma maior incidência de náuseas, cefaleias, vômitos, tonturas, dispepsia e fadiga. O recurso a Vareniclina em associação a TSN não é, portanto, aconselhável. Comparativamente, a combinação de Vareniclina e

Bupropiona não revelou alterações da farmacocinética dos fármacos. A segurança e eficácia da Vareniclina em combinação com outras estratégias farmacológicas antitabágicas não se encontra aprofundada.(48)

Não obstante, estudos de segurança e eficácia da terapêutica concomitante de Vareniclina e Bupropiona ou TSN ajudariam a determinar a utilidade potencial da terapêutica de combinação de fármacos com mecanismos de ação distintos.(51) Atualmente, no tratamento da cessação tabágica, a eficácia da associação de medicamentos não foi ainda comparada de forma consistente com o procedimento monoterápico. Desta forma, deve ser utilizada em casos especiais, permanecendo a possibilidade de potenciação dos efeitos adversos.(42)

12 ASSOCIAÇÃO DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS E FARMACOLÓGICAS

Diversas *Guidelines/Diretrizes* relativas a práticas clínicas sugerem que os prestadores de cuidados devem providenciar ambas as classes de intervenções – comportamentais e farmacológicas – aos fumadores dispostos a realizar uma tentativa de cessação tabágica, baseando-se no facto de a associação destas intervenções poder beneficiar de um efeito aditivo ou mesmo multiplicativo das suas eficácias.(19)

Intervenções que associem farmacoterapia com suporte comportamental elevam a taxa de sucesso da cessação tabágica, comparativamente com o recurso singular a intervenções breves, ainda que ambas as intervenções revelem eficácia comprovada quando aplicadas de forma isolada. Estudos realizados recentemente revelaram que recorrendo a uma combinação de suporte comportamental e farmacológico, podemos elevar as hipóteses de uma cessação tabágica de sucesso em cerca de 70 a 100%, comparativamente às suas hipóteses de sucesso caso se recorra unicamente ao aconselhamento breve.(19) Deve também valorizar-se que o aumento absoluto nas taxas de cessação tabágica de sucesso atribuído ao uso de TSN, será ainda maior quando a possibilidade de sucesso basal se encontrar previamente aumentada devido à prestação de um suporte comportamental.(41)

Deste modo, assume-se que estas duas abordagens terapêuticas apresentam modos de ação complementares, e que proporcionam de forma independente o aumento da probabilidade de manutenção da abstinência a longo prazo. Tendo isto em conta, devem ser disponibilizadas ambas as formas terapêuticas associadas, sempre que possível.(10)(19)

Contudo, permanece ainda incerta a eficácia de determinadas combinações específicas comparativamente a outras, bem como se essas combinações conseguem alcançar um maior êxito em determinadas populações e ambientes.(19)

No entanto, apesar das evidências expressas, o número de fumadores a quem é disponibilizada esta combinação terapêutica, permanece reduzido. Dados relativos a um estudo desenvolvido nos EUA, referem que 64,2% dos doentes que realizam uma tentativa para deixar de fumar, o fazem sem recorrer a qualquer tipo de tratamento de cessação tabágica, 8,8% recorrem a terapêutica comportamental, 32,2% a terapêutica farmacológica e em apenas 5,9% das tentativas de cessação tabágica realizadas, foi utilizada a combinação de terapêutica comportamental e farmacológica.(52) É também afirmado que perante a disponibilização de farmacoterapia, os doentes revelam uma menor adesão ao suporte comportamental. Os prestadores de cuidados de saúde possuem um papel fundamental a este nível, devendo inicialmente enfatizar a importância das tentativas para abandonar o hábito tabágico e, posteriormente, garantir que os seus doentes realizam farmacoterapia em combinação com o suporte comportamental.(19)

13 AS RECAÍDAS

Perante um paciente que tenha recaído, é recomendado que o médico avalie as circunstâncias dessa mesma recaída e que sugira um novo compromisso de cessação tabágica. É também importante relembrar ao paciente a forma correta de utilização dos fármacos, caso a situação se aplique, e que seja disponibilizado acompanhamento num menor espaço de tempo, após a nova data de cessação. Uma abordagem de modificação comportamental para cessação tabágica pode também ser considerada. Por fim, os pacientes devem ser relembrados que as recaídas se apresentam como oportunidades para compreenderem o que os motiva a fumar e a aprender a lidar melhor com situações semelhantes no futuro.(24)

14 OUTRAS ESTRATÉGIAS

Perante fumadores não motivados em cessar o hábito tabágico, persiste a necessidade urgente de implementação de medidas de intervenção mínima e menos intensiva.(53)

O número de médicos de família que considera as intervenções de cessação tabágica como dissipadoras de demasiado tempo é muito elevado, sendo expressa a preferência em referenciar os doentes fumadores para intervenções especializadas de cessação tabágica.(38) Um estudo concluiu que o encorajamento sistemático dos médicos de família na referenciação do doente para serviços de cessação tabágica adequados e eficazes, como são exemplos as linhas telefónicas de apoio à cessação tabágica, resultaram em um aumento das taxas de cessação tabágica, duas a três vezes superiores às obtidas quando os médicos de família apenas prestaram acompanhamento isolado em consulta. Este efeito foi direccionado ao apoio extra obtido pelos fumadores, enquanto usufruíam de apoio base similar em cada consulta. O benefício parece, desta forma, resultar da combinação da ajuda extra com o apoio prestado em cada consulta pelo médico de família. Desta forma, perante a existência de serviços de referenciação, adequados e eficazes, recomenda-se a referenciação como estratégia para potenciar a cessação tabágica nos cuidados de saúde primários.(54)

Nos EUA todos os estados têm linhas telefónicas de apoio à cessação tabágica, sem custos. Estas linhas telefónicas podem ser uma estratégia de referenciação para aqueles prestadores de cuidados de saúde que carecem de tempo ou de uma equipa para promover o aconselhamento de cessação recomendado, com base nos 5 A's.(9) O aconselhamento telefónico pode ser eficaz, com estudos a demonstrarem esta eficácia em diversas populações.(10)(16) Entre os fumadores que contactaram linhas telefónicas de apoio à cessação tabágica, as taxas de cessação foram superiores em grupos que receberam múltiplas sessões de

aconselhamento proactivo. Existe ainda alguma evidência relativamente à relação dose-resposta, dado que uma ou duas chamadas breves são menos prováveis de potenciar benefícios consideráveis, quando comparadas com três ou mais chamadas, que podem até potenciar um aumento das taxas de abandono do tabagismo superior comparativamente a disponibilização de materiais de autoajuda, aconselhamento breve ou farmacoterapia isolada.(55) Foi perceptível ainda que Médicos de família que referenciam os seus doentes para linhas nacionais de cessação tabágica estão geralmente mais envolvidos em outros aspetos do suporte de cessação tabágica, nomeadamente na partilha de materiais de autoajuda, na disponibilização de follow-up, referenciação para consultas de apoio intensivo, e no aconselhamento quando às TSN. Desta forma, uma linha telefónica nacional de apoio à cessação tabágica parece potenciar o envolvimento dos médicos de família no processo de cessação tabágica. Contudo, muitos ativistas em cessação tabágica expressam preocupação com a introdução de uma linha telefónica nacional, revelando receio em que esta comprometa os esforços de desenvolvimento de unidades especializadas de cessação tabágica nos cuidados de saúde centrais.(38)

No que diz respeito à implementação deste serviço em Portugal, existem informações disponibilizadas recentemente nos meios sociais de informação relativamente à integração desde serviço na Linha de Saúde 24, incorporando assim o Serviço Nacional de Saúde. Contudo, após contactar a Linha de Saúde 24, foi-me disponibilizada a informação de que esta linha ainda não se encontra em funcionamento, apesar de tecnicamente se encontrar finalizada, aguardando-se a sua ativação para breve.(56)

No que concerne às consultas de *Follow up*, estas podem proporcionar benefícios adicionais, nomeadamente quando implementadas após consulta de aconselhamento, dada a eventualidade de potenciar o efeito desse mesmo aconselhamento.(16)

Componentes adicionais, como a demonstração de níveis de CO no ar expirado e facilitação de materiais de autoajuda, parecem influenciar apenas em pequeno grau das taxas de cessação tabágica.(16)

Materiais de autoajuda encontram-se amplamente difundidos, contudo, estes demonstram uma baixa eficácia na redução das taxas de consumo tabágico, principalmente devido à falta de personalização do seu conteúdo, que não sendo adaptado às características de determinado fumador, condiciona menores taxas de sucesso.⁵⁶ Estes apresentam-se normalmente sob a forma de materiais escritos, mas podem existir similarmente em formato audiovisual. O objetivo destes materiais de autoajuda consiste em propiciar alguns dos benefícios das intervenções comportamentais intensivas, na ausência de contato com um terapeuta. Uma revisão, desenvolvida com o objetivo de examinar a eficácia de diferentes materiais de autoajuda, verificou, em concordância com os dados anteriormente expostos, que estes materiais apenas propiciam aumentos ligeiros nas taxas de cessação tabágica, na ausência de qualquer outro contacto. Não foram também encontradas evidências de que a disponibilização de materiais de autoajuda se associe a benefícios adicionais face a outras intervenções como o aconselhamento breve ou terapêuticas de substituição da nicotina. Contudo, foi manifesto que materiais adaptados e personalizados a cada fumador são mais eficazes do que a ausência de intervenção e do que materiais não adaptados, apesar de o aumento efetivo das taxas de cessação tabágica permanecer mínimo.(57)

“Computer-generated tailored letters” podem auxiliar os médicos a suprimir barreiras contra a cessação, como a falta de tempo, de recursos financeiros ou capacidades metodológicas. Esta metodologia é adaptada ao estadio de mudança comportamental do doente, pretendendo desta forma alcançar todos os fumadores, independentemente do seu interesse ou brevidade em cessar o hábito tabágico. Este tipo de aconselhamento permite ainda uma

adaptação do estilo de linguagem e interação, tendo em conta fatores como o nível educacional ou as circunstâncias socioeconómicas do doente, possibilitando abranger um maior número de fumadores e potenciando as suas tentativas de cessação tabágica.(16)(53) O objetivo major reside em modificar os determinantes cognitivos associados ao ato de fumar e à cessação tabágica, de forma dirigida a crenças e expetativas, tentando reduzir a ambivalência associada ao hábito tabágico e aumentando a perceção de autoeficácia por parte do doente. Desta forma o doente é motivado a envolver-se numa atividade de cessação tabágica, com um aumento da perceção do tabagismo como um problema e elevando a probabilidade de reagir face a esta problemática.(53) Um estudo comparativo entre a eficácia de *Computer-generated tailored letters* e Intervenções Breves demonstrou que estas formas de intervenção têm, pelo menos, uma eficácia equivalente, revelando-se vantajosas quando implementadas de forma isolada. Ainda assim, a primeira, demonstrou ser mais eficaz relativamente à prevalência da abstinência. Foi assim possível evidenciar a eficácia a longo prazo destas estratégias de baixo custo, reconhecidas como intervenções promissoras, numa tentativa de superar as barreiras que normalmente surgem com o aconselhamento de cessação tabágica, podendo ser benéfica a implementação deste tipo de medidas nos cuidados de saúde primários.(58)

Uma outra investigação, desenvolvida com a intenção de avaliar a viabilidade da disponibilização de matérias de autoajuda adaptados a cada doente fumador, demonstrou a aceitabilidade da estratégia a nível dos cuidados de saúde primários. Desta forma, apesar das taxas de sucesso modestas, estas medidas poderiam representar grandes concretizações a nível da saúde pública face ao recrutamento potencial de doentes não motivados, incluídos numa prática de cuidados de saúde primários sobrecarregada, funcionando como um método eficiente de aconselhamento de cessação tabágica, que contribuiria assim para a diminuição da prevalência do tabagismo.(53) Contudo, estudos semelhantes em outros países, apresentam

resultados menos favoráveis, o que pode limitar a generalização destes resultados a toda a população.(58)

Intervenções disponibilizadas através da Internet ou de outras tecnologias de informação podem representar meios adicionais para assistência à cessação tabágica, dada a boa acessibilidade, alcance potencial e o baixo custo.(10) Apesar de mais estudos serem necessários para estabelecer a eficácia destas estratégias, elas aparentam ser mais vocacionadas para os adultos jovens, que se apresentam como o grupo etário onde há um maior número de tentativas de cessação tabágica, mas onde há uma menor possibilidade de recurso a aconselhamento médico ou farmacoterapia.(9)

15 INTERVENÇÃO INTENSIVA

Todos os médicos de família devem estar dispostos a registar o consumo de tabaco, realizar aconselhamento breve, promover as tentativas de cessação e encaminhar os utentes, sempre que necessário, para uma consulta de apoio intensivo, a denominada consulta de cessação tabágica. Desta forma, é possível, em algumas instituições de prestação de cuidados de saúde, os pacientes serem referenciados em determinadas circunstâncias para intervenções de cessação tabágica baseadas em aconselhamento intensivo. Estas intervenções clínicas intensivas de apoio à cessação tabágica impõem a existência de pessoal preparado e treinado para lidar com o tratamento de situações particularmente mais complexas, sem solução através da implementação das intervenções breves. Estas consultas podem ser facultadas por qualquer médico, desde que adequadamente treinado, em tempo e local definido para o realizar.(10)(59)(60)

Segundo o Artigo 21.º, da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, as consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendem deixar de fumar, destinadas a utentes e funcionários, deveriam existir em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde. Se eventualmente a dimensão dos serviços e da população atendida não o justificar, devem ser estabelecidos protocolos, com outras consultas especializadas, de modo a que o acesso adequado de todos os fumadores que necessitem deste apoio fique garantido apesar destas dificuldades.(61) No entanto, não até hoje possível alcançar uma adequada abrangência de todo o território Nacional.(32) Segundo dados nacionais referentes ao ano de 2013, 22% das consultas foram criadas nos últimos 5 anos, após a Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, mas o maior número, cerca de 44,8% têm entre 5 e 10 anos de existência.(59)

Esta abordagem tem por base a realização de consultas específicas, com duração mais prolongada, prestadas por médicos especializados em cessação tabágica, em local e horário próprios para o efeito, associadas com um elevado número de consultas adicionais subsequentes, normalmente ao longo de vários meses.(1)(16) Constata-se ainda uma forte evidência da relação dose-resposta, devendo por isso cada consulta durar mais de 10 minutos e contabilizarem-se no mínimo 4 sessões.(10)

Segundo dados nacionais, o número total de utentes atendidos em consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, evidenciou um decréscimo, revelando-se de 7748 utentes em 2009 e de 5460 em 2013, ostentando uma diminuição crescente da prática destas intervenções.(5)

Considerando que a população ativa, nomeadamente os grupos etários dos 25 aos 54 anos, apresentam a maior prevalência de fumadores(6), a existência de tempos de consulta em horário acessível para estes utentes constitui uma medida importante. É notório, em território nacional, que apesar da existência de uma grande diversidade de horário das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, o horário pós-laboral se encontra disponibilizado em somente 12% dos períodos de consulta. Todos os obstáculos no acesso a estes serviços manifestam um peso acrescido que dificulta o tratamento e a consequente diminuição do número de fumadores.(59)

Ainda no que respeita às condições de funcionamento da consulta, é notória a carência de equipamentos indispensáveis para o correto desenvolvimento da mesma, nomeadamente a existência de um coxímetro, aparelho fundamental e que se revela muitas vezes indisponível, bem como de ferramentas eletrónicas de registo de informação e acompanhamento dos utentes. Também as equipas multidisciplinares implícitas a este tipo de práticas, definida no programa tipo da Direção Geral da Saúde de 2007, devendo integrar um médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, estavam presentes em apenas cerca de 6% das consultas nacionais.(59)

Grande parte dos médicos de família admitem que o seu papel consiste em avaliar os hábitos tabágicos dos fumadores e aconselhar os fumadores a deixar de fumar, mas não em realizar intervenções de cessação tabágica intensivas.(29) Contudo, mais de ¼ dos profissionais parece exercer funções em consultas de apoio intensivo sem a preparação necessária, sendo a este nível evidente uma lacuna formativa que importaria esclarecer e resolver a breve prazo.(23)

Estudos comparativos diretos revelam uma pequena, mas significativa, vantagem do aconselhamento intensivo relativamente ao aconselhamento breve, sendo estes resultados mais perceptíveis quando o aconselhamento é facultado a fumadores que enquadram grupos de alto risco. Contudo, os benefícios marginais das intervenções mais intensivas são pequenos, e não podem ser justificados como rotina em fumadores não seleccionados.(16)

Permanece, desta forma, a necessidade de divulgar a existência desta tipologia de consultas junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos de família, para que reconheçam quando e para onde referenciar situações mais complexas e não resolúveis com a simples implementação das abordagens de intervenção breve ou prescrição farmacológica, em particular alguns grupos populacionais de risco como as mulheres grávidas, os pais de crianças fumadores e os jovens.

16 CESSAÇÃO TABÁGICA EM POPULAÇÕES DE RISCO

16.1 JOVENS ADOLESCENTES

A prevenção secundária do consumo tabágico dos jovens difere da prevenção primária dado que não intervém ao nível da precaução da iniciação do consumo, mas sim num enquadramento de advertência e alerta dos jovens que já apresentam hábitos tabágicos estabelecidos.

Os adolescentes constituem um grupo populacional que requer cuidados peculiares dado que o fumo do tabaco em idades tão precoces se associa a problemas diretos na saúde e desenvolvimento do jovem, bem como potencia um elevado número de mortes prematuras no futuro.(62) Apesar de já se encontrarem claramente estabelecidos os riscos que fumar representa para a saúde, muitos jovens persistem em iniciar este hábito.(63)

Um estudo Português, aplicado aos distritos de Vila Real e Viseu, desenvolvido com o objetivo de conhecer e caracterizar os hábitos de saúde e comportamentos de risco dos jovens do 2º, 3º ciclo e secundário, no que respeita ao consumo de tabaco, constatou que cerca de 1/3 dos jovens já experimentou o consumo tabágico, com a maior percentagem a observar-se em grupos etários mais avançados. No presente estudo, 12% dos rapazes e 5,6% das raparigas assumem consumir tabaco de forma regular.(64) Um outro estudo, desenvolvido em âmbito nacional, utilizando uma amostra representativa da população escolar Portuguesa do ensino público, com alunos do 6º, 8º e 10º ano, revelou também que 37,1% dos jovens já experimentaram tabaco, e que, em média, 8,5% consomem tabaco diariamente. Este consumo é ligeiramente superior no sexo masculino, e mais elevado para idades superiores a 15 anos. Este estudo revelou ainda que uma maior propensão para situações e comportamentos potencialmente lesivos da saúde, como experimentar e consumir tabaco, em associação com

“estar em dieta”, “sentir-se infeliz” e “ficar com os amigos depois das aulas”. Daqui inferimos que uma boa relação com o próprio e com o seu corpo, uma comunicação saudável com os pais e uma relação favorável com a escola, coexistem com uma maior frequência de comportamentos potencialmente ligados à saúde.(65)

Estudos dirigidos aos comportamentos de saúde dos adolescentes e aos fatores que os influenciam é fundamental para o desenvolvimento de políticas de educação e promoção para a saúde, bem como de programas e intervenções dirigidas.(65)

Um programa, dirigido aos jovens, para combater o consumo tabágico, incluindo a sua variedade de métodos, técnicas e instrumentos, deve ser adaptado e adequado às predisposições dos adolescentes, que resultam de fatores como a idade, o género, capacidades cognitivas, motivações, interesses, entre outros. A título de exemplo, um estudo desenvolvido durante 2 anos, com constatação de diferentes efeitos em áreas do conhecimento, atitudes e comportamentos face ao tabagismo, entre rapazes e raparigas, demonstrou que, aquando da estruturação de programas antitabaco, as diferenças e especificidades nas formas de aprendizagem e aquisição de capacidades entre os diferentes géneros deve ser tida em consideração.(62)

Segundo consta na literatura, verifica-se, entre os adolescentes, uma saturação de informação relativa aos riscos do consumo tabágico, não considerada útil ou prioritária pelo adolescente para o seu dia-a-dia ou futuro próximo, pelo que mais informação sobre este assunto não vai proporcionar benefícios adicionais.(65)

Para adolescentes com 12 ou mais anos, a TSN é a única terapêutica que pode eventualmente ser utilizada. Se os adolescentes reportarem várias tentativas de cessação tabágica falhadas, desejo intenso de fumar e sintomas de abstinência severos, o tratamento com TSN pode ser aconselhável.(8) Os jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos devem seguir o

esquema de tratamento relativo à Terapia de Substituição Nicotínica recomendado para os adultos, mas como os dados são limitados, a duração do tratamento neste grupo etário está limitada a 12 semanas. Se for necessário prolongar o tratamento, ou se os adolescentes não estiverem aptos a deixar de fumar de forma abrupta, devem ser referenciados para consultas de cessação tabágica.(44)

16.2 GRÁVIDAS FUMADORAS

Guidelines em diversos países apontam para necessidade de aumentar a intervenção junto de mulheres grávidas.(28)

Fumar durante a gravidez, associa-se a uma elevação das taxas de mortalidade fetais e perinatais, assim como ocasiona parto prematuro, uma redução do peso ao nascimento para a idade gestacional e uma diminuição, dose dependente, na função pulmonar e morbidade respiratória, em recém- nascidos e crianças.(15)(44)(66)

Deixar de fumar parece constituir a medida mais eficaz para melhorar a saúde tanto do feto como da própria grávida.(44) Contudo, persistem algumas reservas em relação às grávidas, nomeadamente o receio em potenciar a ansiedade da grávida durante o período de abstinência da nicotina, assim como a escassez de estudos comprovados sobre a segurança associada a Terapêuticas de Substituição Nicotínica durante a gravidez. Ainda referente à TSN, sabe-se que a nicotina atua como vasoconstritor, condicionando este facto preocupação tendo em conta bases teóricas, não existindo porém evidência direta de que isso se possa revelar prejudicial para o feto.(8) Deste modo, a intervenção ideal seria deixar de fumar sem recorrer à TSN. Contudo, se a grávida já procedeu a uma tentativa prévia e falhou, e se o risco associado ao seu hábito tabágico ultrapassar os riscos possíveis da intervenção farmacológica, este pode ser instituída, desde que a grávida seja corretamente acompanhada em consulta de cessação tabágica especializada. A decisão sobre a instituição desta terapêutica deve ser também

realizada o mais precocemente possível face ao tempo de gestação e idealmente o seu período de utilização deve limitar-se a 2 ou 3 meses. (44)

Assim, perante este grupo de risco, a abordagem preferencial deve consistir na disponibilização de intervenções que ultrapassem o aconselhamento mínimo, designadamente as intervenções de aconselhamento intensivas prestadas a nível das consultas de cessação tabágica.(34)

17 FORMAÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA

Segundo enunciado no ponto 4 do Artigo 20º da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, relativo a informação e educação para a saúde, a temática da prevenção e do tratamento do uso e dependência do tabaco deve fazer parte dos curricula da formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção de saúde.(67)

Estudos revelam que apenas cerca de ¼ dos médicos de família afirmam ter recebido formação no âmbito do aconselhamento de cessação tabágica.(20)(27) Ainda relativamente à educação em cessação tabágica, dados de um projeto realizado na Alemanha apontam um número de 22%, para a percentagem de clínicos que não realizou formação em assistência de cessação tabágica.(37) De forma bastante díspar, resultados de uma investigação realizada na Suécia afirmam que 63% dos médicos de família nunca executou nenhum tipo de formação referente à cessação tabágica, com 75% a manifestarem falta de conhecimento em relação a esta problemática, confirmando-se esta como uma das barreiras mais comumente identificadas na prestação de intervenções de cessação tabágica pelos médicos de família. Foi ainda notório um aumento da perceção da necessidade de mais educação e treino, ao longo dos anos, estando esta necessidade provavelmente relacionada com o aumento das atividades e métodos de cessação tabágica.(38) É ainda relevante adicionar informações obtidas de uma investigação no âmbito do projeto “*GPs Empowerment Project*”, que indiciam que 83,5% dos médicos de família gostariam de receber formação relativa a estratégias de cessação tabágica.(21)

De entre um conjunto de fatores que efetivamente se associam a uma reduzida atividade da prática de cessação tabágica por parte do médico de família, a percepção da ausência de formação adequada é mencionada como o preditor mais forte.(37)

Estas intervenções formativas, com o objetivo de potenciar o envolvimento dos prestadores dos cuidados de saúde no tratamento do tabagismo, revelaram-se eficazes, não só na modificação das taxas de cessação tabágica dos fumadores seguidos em consulta, como na alteração do comportamento dos Médicos de família, incluindo-se aqui a avaliação dos hábitos tabágicos e o posterior aconselhamento dos doentes fumadores.(25) Os médicos de família que realizaram formação nesta área revelam-se mais competentes e confiantes face ao acompanhamento do doente fumador, contribuindo para uma mudança favorável, em prol das atividades antitabágicas, nomeadamente com uma maior implementação dos 5 A's, correspondentes à intervenção breve, a nível das suas consultas.(27) Níveis mais elevados de educação nesta área de intervenção clínica relacionaram-se também com uma maior implementação de determinadas atividades de cessação tabágica, nomeadamente a discussão sobre a data de paragem do hábito tabágico, a disponibilização de materiais de autoajuda e a assistência com consultas de follow-up pelo médico de família.(38)

Um Programa educacional de cessação tabágica, denominado “*Tobacco world training program*”, desenvolvido e implementado em alunos do 3º ano do curso de Medicina durante os anos de 2003 e 2005, potenciou a familiarização dos estudantes com a aplicação metodológica dos 5 A's, bem como promoveu a aquisição de conhecimentos sobre técnicas de cessação tabágica e farmacoterapias nesta área. Daqui decorreu um aumento significativo de conhecimentos relativos a esta temática por parte dos estudantes intervencionados, da confiança em aconselhar estes doentes, da expressão de interesse em providenciar aconselhamento de

cessação tabágica por parte destes estudantes e ainda da frequência de cessação tabágica eficaz.(68)

A implementação de programas de formação dos clínicos, relativamente a estratégias clínicas a efetivar nesta área, parece ser mais eficaz quando dirigida a médicos ainda em formação, que se revelam desta forma mais moldáveis e suscetíveis a estas intervenções educacionais.(25)

Esta é contudo uma área subvalorizada e sub-representada da educação médica, apesar do potencial evidente na promoção do aconselhamento de cessação tabágica pelos futuros médicos.(21)(68) Assim, a formação clínica nesta área apresenta-se como um assunto prioritário, com vários estudos a demonstrarem que a participação em Formações de Cessação tabágica se correlaciona com um maior conhecimento, interesse e envolvimento prático por parte dos médicos de família relativamente a estas atividades. Contudo, deve persistir a ideia de que esta medida sozinha não é suficiente para ultrapassar todas as barreiras de promoção de aconselhamento de cessação tabágica de rotina.(20)(28)

18 DISCUSSÃO

Durante muitas décadas, Portugal apresentou-se com baixos índices de tabagismo em comparação com distintos países da Europa, devido, particularmente, a determinantes socioeconómicas. De entre estes fatores, destaca-se o facto de as mulheres terem iniciado o consumo tabágico mais tarde, como resultado de um atraso na implementação social e cultural das alterações relativas às diferenças de género, o que propiciou a que, durante longos anos, as taxas de prevalência do tabagismo se revelassem marcadamente mais baixas.(69)(70) No entanto, Portugal apresenta atualmente taxas mais elevadas de consumo tabágico comparativamente a 2006, sendo nesse ano consumo regular de tabaco apontado em 21,4% da população, segundo dados do eurobarómetro de 2006, comparativamente a um valor de 26% em dados relativos ao ano de 2014. É de referir ainda que simultaneamente à verificação deste aumento da taxa de consumo tabágico em Portugal, foi perceptível uma diminuição de 2 pontos percentuais a nível da média Europeia, com o consumo regular de tabaco a decrescer de 27%, no ano de 2006, para 25%, em 2014. Assim, a taxa de consumo tabágico em Portugal encontra-se neste momento mais elevada, inclusive quando comparada com a média Europeia.(6)(71)

Determinados países, como a Austrália, o Canadá, os EUA, a Irlanda, o Reino Unido e o Uruguai, inauguraram a implementação de estratégias de controlo do tabagismo, e demonstraram uma consistente diminuição nas taxas de consumo tabágico, proporcionando quer a redução da iniciação de consumo tabágico pelos jovens, quer promovendo a cessação do tabagismo de atuais fumadores.(69) Em Portugal, contudo, as atividades de controlo do tabagismo têm vindo, lentamente, a evidenciar um declínio de ação, comparativamente com os restantes países da europa. Deste modo, o reforço das estratégias de promoção da cessação tabágica constituem um imperativo nas políticas de saúde em Portugal, visto apresentar-se

como a única medida que permite reduzir a breve prazo a incidência de doenças crónicas associadas a este problema de saúde pública.

Tendo em conta a magnitude do problema, e a decadência progressiva das estratégias interventivas nesta área, em Agosto de 2015, foi publicado no Diário da República, ao abrigo do Ministério da Saúde, o Despacho n.º8811/2015, no qual é referida a necessidade de criação de uma rede de prestação de cuidados de saúde e de referenciação em cessação tabágica (RPCSRCT). Nos termos deste despacho, este programa deve abranger: atividades que visem estimular práticas de prevenção primária, particularmente no que diz respeito a grupos de risco, nomeadamente os jovens e as grávidas, assim como, ações de divulgação da importância da deteção precoce dos consumos e de intervenção breve; formação dos profissionais para atuação a este nível; projetos de investigação que visam a melhoria da implementação destas práticas, bem como, um modelo de monitorização e suporte da implementação e reconhecimento destas estratégias.(32)

Por um lado, se a averiguação dos hábitos tabágicos no momento do registo inicial do doente se revela quase universal, a monitorização de rotina desses mesmos hábitos tabágicos é notoriamente menos praticada, mesmo em países onde estas medidas são já recomendadas.(28) Deste modo, as falhas persistem maioritariamente a nível do aconselhamento regular e dos registos sobre os hábitos tabágicos dos doentes.(20) A atualização regular dos registos clínicos dos doentes fumadores, incluindo, nomeadamente, a reavaliação dos hábitos tabágicos, assim como o aconselhamento prestado pelos Médicos de família, constitui um importante precursor de futuras intervenções, bem como um alerta para o próprio clínico.(13)

Tendo em conta o que está estabelecido pelo programa-tipo de atuação da Direção Geral da Saúde, o apoio aos doentes fumadores deve realizar-se sob a forma de uma abordagem motivacional, recorrendo-se a dois tipos de intervenções: a intervenção breve, realizada de

forma oportunista, aproveitando todas as oportunidades de contacto com os utentes, e a intervenção de apoio intensivo, uma abordagem mais aprofundada, que se implementa ao longo de várias sessões, por uma equipa de profissionais especializados, em tempo e local especificamente destinado.

O especialista de Medicina Geral e Familiar deve privilegiar neste contexto a prestação da intervenção breve, a todos os doentes fumadores que se apresentem em consulta. Apesar de a eficácia atribuída às intervenções breves não apresentar um valor absoluto muito elevado, se provida em grande escala, potencia um resultado final substancial. A prestação de aconselhamento breve pelos médicos de família revela-se, deste modo, eficaz, estando agora ao alcance dos médicos de família a sua real transposição e aplicabilidade na prática clínica.(16) Novos esforços de comunicação devem transmitir maior esperança, confiança e um maior acesso aos tratamentos existentes, para que os consumidores de tabaco consigam em números progressivamente mais elevados iniciar a cessação tabágica, com recurso a terapias eficazes e possibilitando o alcance da abstinência.(10)

Os serviços de saúde devem garantir ainda que os médicos apresentam a formação e apoios necessários para garantir o auxílio a estes doentes. Contudo, são necessárias mais evidências relativamente aos tipos de formações mais eficazes.(20) Os Serviços Partilhados do Ministério da Educação, devem agora criar as infraestruturas informáticas necessárias para o registo clínico das intervenções realizadas, bem como a sua monitorização e avaliação. Juntamente com o investimento na abordagem e tratamento do tabagismo no âmbito da medicina geral e familiar, é fulcral reforçar a intervenção das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades Locais de Saúde (ULS) na implementação de medidas de âmbito populacional, que cooperem para a criação de um clima

social favorável ao não tabagismo e para aumentar a motivação das pessoas fumadoras para deixar de fumar.(32)

19 CONCLUSÃO

Tendo em conta toda a informação previamente exposta, é possível afirmar que o consumo de tabaco representa a causa ou fator de agravamento de doenças não transmissíveis mais prevalente, nomeadamente doenças neoplásicas, respiratórias e cardiovasculares. Apresenta ainda distintos efeitos nocivos, nomeadamente do foro sexual e reprodutivo, ocasionando diminuição da fertilidade e aumento da mortalidade fetal e perinatal. O risco de morte dos doentes fumadores revela-se duas a três vezes superior ao observado em indivíduos não fumadores, ocasionando uma perda, em média, de dez anos de expectativa potencial de vida.(32)

A cessação do hábito tabágico revela-se ainda como a única medida que permite reduzir, a curto prazo, a incidência na população, das doenças crónicas associadas ao tabagismo, dado o tempo de latência que persiste entre a iniciação do consumo e o aparecimento de doenças que dele decorrem. Desta forma, apesar da relevância atribuída ao investimento em estratégias de prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens, o reforço das estratégias de promoção da cessação tabágica constituem um imperativo nas políticas de saúde.

Apesar de uma minoria significativa de fumadores estar interessada em receber suporte de cessação tabágica, apenas uma pequena fração tenta efetivamente deixar de fumar. Um dos fatores que mais condiciona o fracasso das tentativas de cessação tabágica dos doentes fumadores é a dependência da nicotina.

Os médicos de família, que contactam com a maioria destes doentes de forma regular, apresentam um papel fundamental na diminuição das taxas de consumo tabágico. Se estes clínicos participarem de forma ativa no processo de cessação tabágica, proporcionarão reduções

significativas na prevalência do tabagismo, bem como da mortalidade e morbilidade associadas a este consumo.(28)

O encorajamento da cessação tabágica apresenta-se como uma das estratégias mais eficazes e com maior custo-benefício associado, que os médicos conseguem implementar nas suas consultas, com a finalidade de potenciar a saúde e prolongar a vida dos seus doentes.(15)

Os potenciais benefícios do aconselhamento breve prestado pelos médicos de família aos seus doentes fumadores já se encontram identificados, contudo, a dúvida persiste em se estes benefícios se irão converter em algo real, e isso dependerá da forma como os médicos de família se encontrem ou não dispostos a identificar os seus doentes fumadores de forma sistemática e oferecer-lhes aconselhamento de forma rotineira. Contudo, é necessário reforçar a ideia que cada fumador que compareça numa consulta de Medicina geral e familiar e não receba a mínima intervenção necessária associada a esta problemática representa uma “oportunidade falhada”.(16)

A identificação dos doentes fumadores e a ulterior prestação de aconselhamento breve de cessação tabágica deve, desta forma, integrar todas as consultas dos cuidados de saúde primários, sendo que tanto as intervenções comportamentais como as opções farmacológicas devem ser disponibilizados a todos os doentes que se apresentem motivados para realizar uma tentativa de cessação tabágica.(8) Para que isto suceda de forma sistematizada, pode ser vantajosa uma maior valorização dos hábitos tabágicos dos doentes, bem como de outros factos também associados a esta problemática, nos sistemas de informação e registo dos médicos de família.(14)

Relativamente às terapêuticas farmacológicas, em Portugal encontram-se disponíveis 3 fármacos de primeira linha, a Terapêutica de substituição da nicotina (TSN), a Vareniclina e a Bupropiona, com mecanismos de ação biológicos distintos, contudo revelando-se todos eles

eficazes. Apesar de ser difícil hierarquizar a eficácia de cada um deles e serem necessários mais estudos para que esta estratificação possa ser realizada com mais rigor, parece subsistir uma tendência para considerar a Vareniclina mais eficaz do que a Bupropiona e a TSN. No entanto, não se deve descuidar do facto de determinado fármaco se associar a contra-indicações, precauções e efeitos secundários específicos, devendo por isso a escolha ser adaptada às características do doente que se apresenta na consulta, nomeadamente o seu grau de dependência à nicotina, as suas comorbilidades, assim como a fatores económicos, que possam influenciar a compra do fármaco prescrito, bem como a história pregressa de fármacos utilizados em tentativas cessação tabágica prévias. É, desta forma, necessário reforçar perto dos médicos de família, que dada a eficácia comprovada destas estratégias terapêuticas, elas devem ser disponibilizadas a todos os doentes que se encontrem motivados para realizar uma tentativa de cessação tabágica, exceto se existirem contra-indicações ou se se tratarem de populações específicas para as quais exista uma evidência insuficiente de eficácia terapêutica.

Apesar de ambas as abordagens terapêuticas, quer as intervenções comportamentais quer intervenções farmacológicas, se revelarem eficazes na redução das taxas de prevalência do tabagismo, assume-se que estas duas intervenções apresentam modos de ação complementares, e que, desse modo, devem ser disponibilizadas em associação, sempre que possível, possibilitando, assim, uma elevação da taxa de sucesso da cessação tabágica, comparativamente com o recurso singular de cada uma delas.(10)(19)

Também as consultas de follow-up, sempre que exequíveis, ocasionam benefícios adicionais.(16) Linhas telefónicas de aconselhamento, a Internet, e outras tecnologias de informação são abordagens custo-efetivas, em particular para o público mais jovem, pelo que devem ser equacionadas em complemento das restantes intervenções.(14)

Simple *Guidelines* publicadas não constituem a garantia de que os médicos de família se tornarão mais ativos na promoção da cessação tabágica. Informações atualizadas, relativas às práticas que devem ser desempenhadas por estes clínicos, bem com os conhecimentos e atitudes que devem, respetivamente, possuir e praticar, em relação a esta temática, são necessárias, constituindo um determinante imprescindível na definição das tarefas necessárias à implementação ampla e difusa destas recomendações.(20)

A formação dos médicos de família no contexto desta problemática potencia a competência e autoconfiança dos mesmos para lidarem com os doentes fumadores, devendo esta vertente educacional ser implementada de forma contínua na educação médica, de forma a promover as práticas de controlo do tabagismo a nível dos cuidados de saúde primários. Deste modo, todos profissionais da saúde, incluindo estudantes de medicina, deviam receber formação relativamente à triagem de intervenções que tenham como objetivo a cessação tabágica.(68)

20 AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento ao *Dra. Conceição Milheiro*, do Centro de Saúde Norton de Matos, orientadora desta tese de mestrado, bem como ao *Prof. Dr. José Manuel Silva*, Regente da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, coorientador, pelo contributo, incentivo e apoio prestado na realização desta tese de mestrado.

Queria agradecer também à *Dra. Manuela Martins* e ao *Dr. Diogo Anes* pelo acompanhamento prestado no decorrer das consultas de cessação tabágica a que tive o prazer de assistir.

21 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nunes E et al. Programa-tipo de Cessação Tabágica, Lisboa: Gradiva, Direcção-Geral da Saúde. 2007;1-4.
2. Department of Health. Healthy Lives , Healthy People : A Tobacco Control Plan for England. Public Health. 2011;1-56.
3. Jha P, Peto R. Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. N Engl J Med. 2014;370(1):60-8.
4. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
5. Nunes E et al. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2014. Direcção Geral da Saúde. 2014;1-84. Direcção Geral de Saúde;
6. Commission E. Attitudes of Europeans Towards Tobacco and Electronic cigarettes - Special Eurobarometer 429 [Internet]. 2015. 214 p. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
7. Lader D. Opinions Survey Report No. 40 Smoking-related behaviour and attitudes, 2008 / 09. Off Natl Stat. 2009;(41).
8. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation Managing smoking cessation. Cancer Res. 2007;335(July):37-41.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting smoking among adults--United States, 2001-2010. MMWR - Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60(44):1513-9.
10. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Am J Prev Med. 2008 August ; 35(2): 158-176.
11. Nunes. E. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016, Direcção-Geral da Saúde. 2012;1-80.
12. Doll R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. Bmj [Internet]. 2004;328(7455):1519-0. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38142.554479.AE>

13. West R, McNeill A RM. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority Thorax*. 2000; 55(12):987–99.
14. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - Orientações Programáticas. 2012;1–13. Available from: <http://www.dgs.pt/?cr=22445>
15. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004;328(7433):217–9.
16. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013;5(5):CD000165. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728631>
17. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2006;6:300. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1764891&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Shields PG. Tobacco smoking, harm reduction, and biomarkers. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2002;94(19):1435–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359853>
19. Lf S, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Collab*. 2012;1–90.
20. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* [Internet]. 2001;10(1):27–32. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1763978&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori*. 2003;89(3):250–4.
22. Murray RL, Coleman T, Antoniak M, Fergus A, Britton J, Lewis SA. The potential to improve ascertainment and intervention to reduce smoking in Primary Care: a cross sectional survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008;8:6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18190687
23. Ulbricht S, Meyer C, Schumann A, Rumpf H-J, Hapke U, John U. Provision of

- smoking cessation counseling by general practitioners assisted by training and screening procedure. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2006;63(1-2):232–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16531000>
24. Okuyemi KS, Nollen NL, Ahluwalia JS. Interventions to facilitate smoking cessation. *South African Fam Pract*. 2007;49(1):28–38.
 25. Anderson P, Jané-llopis E, Jane-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction*. 2004;99(3):299–312.
 26. Puska PMJ, Barrueco M, Roussos C, Hider A, Hogue S. The participation of health professionals in a smoking-cessation programme positively influences the smoking cessation advice given to patients. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2005;59(4):447–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15853863>
 27. Turker Y, Aydin LY, Baltaci D, Erdem O, Tanriverdi MH. Evaluation of post-graduate training effect on smoking cessation practice and attitudes of family physicians towards tobacco control. 2014;7(9):2763–70.
 28. 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* [Internet]. 2009;59(566):682–90. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2734357&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 29. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' beliefs about effectiveness and intentions to recommend smoking cessation services: qualitative and quantitative studies. *BMC Fam Pract*. 2007;8(1):39.
 30. Coleman T, Wilson A, Barrett S, Wynne A, Lewis S. Distributing questionnaires about smoking to patients: impact on general practitioners' recording of smoking advice. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:153.
 31. Bentz C, Bayley B, Bonin K, Fleming L, Hollis J, Hunt J, et al. Provider feedback to improve 5A's tobacco cessation in primary care: A cluster randomized clinical trial. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2007;9(3):341–9. Available from: <http://ntr.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1080/14622200701188828>
 32. Diário da República, 2ª série, nº156, Despacho nº8811/2015, 10 de agosto de 2015. 2015;

33. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *Am Fam Physician*. 2012;85(6):591–8.
34. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Executive Summary. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
35. Papadakis S, Gharib M, Hambleton J, Reid RD, Assi R, Pipe AL. Delivering evidence-based smoking cessation treatment in primary care practice: Experience of Ontario family health teams. *Can Fam Physician*. 2014;60(7):362–71.
36. Werner JJ, Lawson PJ, Panaite V, Step MM, Flocke S a. Comparing primary care physicians' smoking cessation counseling techniques to motivational interviewing. *J Addict Med* [Internet]. 2013;7(2):139–42. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3638868&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
37. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* [Internet]. 2005;15(2):140–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15941758>
38. Boldemann C, Gilljam H, Lund KE, Helgason AR. Smoking cessation in general practice: the effects of a quitline. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(6):785–90.
39. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. 2013;(5).
40. Hughes J, Stead L, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Review). *Cochrane Libr*. 2014;(1):1–145.
41. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;11(1):CD000146.
42. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Associação Brasileira de Psiquiatria; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Associação Brasileira de Medicina Inte. Tabagismo. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;2(2):43–127.
43. <https://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>.

44. <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>.
45. Cahill K., Stead L.F., Lancaster T. - Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;
46. Dougherty PL. Varenicline: a new pharmaceutical approach to smoking cessation. *Nurs Womens Health*. 2008;12(1):66–9.
47. Nakamura M, Oshima A, Ohkura M, Arteaga C, Suwa K. Predictors of Lapse and Relapse to Smoking in Successful Quitters in a Varenicline Post Hoc Analysis in Japanese Smokers. *Clin Ther [Internet]*. Elsevier; 2014;36(6):918–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24811751>
48. Pfizer 2007, <http://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=557>; http://www.pfizer.com.br/sites/g/files/g10026951/f/product_attachments/Champix_PS.pdf (portugues!) - Pfizer Labs. (2007). Chantix™: Prescribing information. Retrieved November 19, 2007, fro.
49. O’Malley, Lisa M. Fucito, Benjamin A. Toll, Peter Salovey SS. Beliefs and Attitudes about Bupropion: Implications for Medication Adherence and Smoking Cessation Treatment. 2011;23(2):373–9.
50. Wilkes S, Evans A, Henderson M, Gibson J. Pragmatic, observational study of bupropion treatment for smoking cessation in general practice. *Postgrad Med J*. 2005;81(961):719–22.
51. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: A first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther. Excerpta Medica Inc.*; 2009;31(3):463–91.
52. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG. Use of smoking-cessation treatments in the United States. *Am J Prev Med*. 2008;34:102–11.
53. Gilbert H, Nazareth I, Sutton S. Assessing the feasibility of proactive recruitment of smokers to an intervention in general practice for smoking cessation using computer-tailored feedback reports. *Fam Pract*. 2007;24(4):395–400.
54. Borland R, Balmford J, Bishop N, Segan C, Piterman L, McKay-Brown L, et al. In-practice management versus quitline referral for enhancing smoking cessation in general practice: a cluster randomized trial. *Fam Pract [Internet]*. 2008;25:382–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18689856>

55. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev.* 2006;3(8).
56. http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/detalhe/linha_de_cessacao_tabagica_esta_concluida.html - Chamada realizada para a Linha de Saúde 24 a 25 de Novembro de 2015.
57. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev.* 2005;(3).
58. Meyer C, Ulbricht S, Baumeister SE, Schumann A, Rüge J, Bischof G, et al. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: A quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction.* 2008;103:294–304.
59. Nunes E et al. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - Relatório de caracterização das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica. *Direção Geral da Saúde.* 2013;1–30.
60. Nunes E et al. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - Relatório de caracterização das necessidades formativas dos profissionais das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica. *Direção Geral da Saúde.* 2013;1–32.
61. Lei nº 37/2007. *Diário da República.* 1ª série, :5277–85.
62. Kanicka M, Poniatowski B, Szpak A, Owoc A. Differences in the effects of anti-tobacco health education programme in the areas of knowledge , attitude and behaviour , with respect to nicotinism among boys and girls. 2013;20(1):173–7.
63. Milton B, Woods SE, Dugdill L, Porcellato L, Springett RJ. Starting young? Children’s experiences of trying smoking during pre-adolescence. *Health Educ Res [Internet].* 2008;23(2):298–309. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17656456>
64. Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., Carvalho G. Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes. *Esc Super Educ da UTAD [Internet].* :1–7. Available from: <http://hdl.handle.net/1822/6651>
65. Matos MG et al. Risco E Protecção : Adolescentes , Pais , . 2004;(1):1–12.
66. Hwang S-H, Hwang JH, Moon JS, Lee D. Environmental tobacco smoke and

- children's health. *Korean J Pediatr.* 2012;55(2):35–41.
67. Lei nº37/2007, de 14 de Agosto - Estudo Interpretativo, Direção-Geral da Saúde. 2007.
68. Leong SL, Lewis PR, Curry WJ, Gingrich DL. Tobacco world: evaluation of a tobacco cessation training program for third-year medical students. *Acad Med.* 2008;83:25–8.
69. Ravara SB, Miranda N, Calheiros JM, Berteletti F, Joossens L. Tobacco control progress in Portugal: The need for advocacy and civil society leadership. *Rev Port Pneumol [Internet]*. 2014;20(G):3–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25310927>
70. Cardone A. Project - General Practitioners Empowerment (Phase II), Università del Terzo Settore. 2002.
71. Bogdanovica I, Godfrey F, McNeill A, Britton J. Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tob Control.* 2011;20.