

Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina

Avaliação dos Resultados da Consulta de Cessaçã Tabágica da Unidade de Saúde de Aldoar



Realizada por:
Sofia Resende de Almeida
6º Ano Mestrado Integrado de Medicina
E-mail: sofiaalmeida12@hotmail.com

Orientadora:
Dr.ª Maria Emília Penêda
Especialista em Medicina Geral e Familiar

Porto, 19 de Junho de 2009

Avaliação dos Resultados da Consulta de Cessação Tabágica da Unidade de Saúde de Aldoar

Sofia Almeida*

RESUMO

Introdução: O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de morbi-mortalidade em todo o Mundo. O investimento na cessação tabágica constitui uma das medidas de melhor relação custo-eficácia para a obtenção de melhorias nos indicadores relacionados com o consumo de tabaco.

Objetivos: Caracterizar a consulta de cessação tabágica da Unidade de Saúde de Aldoar e avaliar a taxa de abstinência entre pacientes fumadores.

Metodologia: Estudo descritivo e retrospectivo. A colheita de dados baseou-se nos elementos das fichas clínicas. Foram estudados 106 utentes fumadores, correspondendo às primeiras consultas dos anos de 2005 a 2008. Utilizou-se uma versão abreviada do Teste de Fangerström para avaliar a dependência da nicotina e o teste de Richmond para determinar a motivação para deixar de fumar.

Resultados: Os fumadores estudados distribuem-se equitativamente pelos dois sexos, têm uma idade média de 44,0 anos e a maioria exerce uma profissão. A idade média de início de consumo regular de tabaco foi de 16,9 anos e o consumo médio de 21,5 cigarros/dia. O nível médio de dependência de nicotina apresentado pelos fumadores foi moderado (3,2) e a pontuação média obtida no Teste de Motivação de Richmond foi de 8,6, não existindo uma diferença significativa quanto ao sexo para estas duas variáveis. As principais razões apontadas para deixar de fumar foram “motivos de saúde” e o “medo das doenças associadas ao tabaco”. As taxas de abstinência aos 3, 6 e 12 meses foram respectivamente 17,1%, 11,5% e 5,8%.

Conclusões: Os fumadores estudados distribuem-se equitativamente pelos dois sexos, têm uma média de idades de 44 anos e a maioria exerce uma profissão. Iniciaram o consumo regular de tabaco pelos 17 anos fumando uma média de 22 cigarros/dia. Apresentam uma dependência moderada e estão motivados a deixar de fumar. Doze meses após a primeira consulta 5,8% encontravam-se abstinentes.

Palavras-chave: Tabaco; Consulta; Cessação Tabágica

* Aluna do 6º do Mestrado Integrado de Medicina
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
E-mail: sofiaalmeida12@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de morbilidade e mortalidade em todo o Mundo.

Em Portugal, no ano 2000, segundo estimativas de Peto et al. (2006), o consumo de tabaco foi responsável por 8066 mortes. Destas, 3418 foram provocadas por cancro (das quais 2100 por cancro do pulmão), 1772 por doença vascular e 1089 por doença pulmonar obstrutiva crónica.

A exposição ao fumo ambiental é igualmente nociva para os não fumadores, aumentando a probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças cardiovasculares, bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Assim, o consumo de tabaco constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública com repercussões para toda a população (fumadora e não fumadora).

Segundo os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) 1998/99 e 2005/06, em Portugal Continental observou-se uma diminuição da prevalência de consumo de tabaco na população com 10 ou mais anos, de 20,6% para 19,6%. O consumo continua a ser mais prevalente nos homens (28,7%) do que nas mulheres (11,2%); contudo, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo nos homens (em especial no grupo etário dos 25 aos 34 anos) e, pelo contrário, um aumento do consumo de tabaco no sexo feminino. Verificou-se também um aumento da percentagem de ex-fumadores em ambos os sexos (nos homens passou de 19,8% para 24,8% e

nas mulheres de 4,6% para 6,6%) com uma percentagem total a passar de 11,9% em 1998/99 para 15,3% em 2005/06.

Segundo a OMS (2003) e o Banco Mundial (1999), o investimento nas medidas de controlo do tabagismo (aumento do preço dos produtos do tabaco, proibição da publicidade e patrocínio, as disposições legais de restrição de fumar em locais fechados e a promoção da cessação tabágica através de terapêutica farmacológica) constitui a medida de melhor relação custo-eficácia para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco.

Os benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica são inúmeros (U.S. Department of Health and Human Services, 2004):

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

Por estes factos, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem uma das áreas de acção prioritárias, inseridas no objectivo mais vasto de prevenção de doença e promoção de saúde, através da criação de condições que facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis. Foram criadas, com este propósito, consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar.

Desde Fevereiro de 2005, após a formação efectuada a uma equipa constituída por médico, enfermeira, psicólogo e nutricionista, procedeu-se à organização na Unidade de Saúde de Aldoar (USA) da consulta de Cessação Tabágica.

Esta consulta, que se realiza com uma periodicidade semanal - das 9 às 12 horas de 5ª Feira -, é dirigida a todos os utentes inscritos na USA depois de referenciados pelo Médico de Família (MF), com os critérios definidos para a inclusão nesta consulta.

Têm acesso prioritário à Consulta Intensiva de Cessação Tabágica os utentes que:

- apresentem uma dependência tabágica grave;
- se encontrem motivados para cessar de fumar (pontuação ≥ 7 no teste de motivação de Richmond);
- não tenham obtido resultado com abordagem de curta duração do seu MF (intervenção breve).

Esta consulta segue o protocolo estabelecido pela Administração Regional (ARS) do Norte, que se baseia num programa estruturado de consultas de apoio intensivo (com um processo clínico específico com ficha de 1ª consulta e consultas de

seguimento), contactos telefónicos (dia D e 6 meses após), complementadas por uma prescrição farmacológica personalizada (se necessário).

Todas as acções são da responsabilidade da equipa pluridisciplinar da Cessação Tabágica, actualmente constituída por uma médica, uma enfermeira, uma nutricionista, uma psicóloga e que conta com o apoio administrativo da USA.

Este trabalho tem como principais objectivos caracterizar a Consulta de Cessação Tabágica da Unidade de Saúde de Aldoar e avaliar as taxas de abstinência obtidas aos 3, 6 e 12 meses entre pacientes fumadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo. Foram avaliados os primeiros quatro anos (2005-2008) da consulta intensiva de cessação tabágica da Unidade de Saúde de Aldoar, obtendo-se uma amostra de 106 fumadores.

Tendo por base os dados da ficha clínica foi possível obter as seguintes variáveis: sexo; idade; escolaridade; situação profissional; hábitos tabágicos; nível de dependência da nicotina; motivação para deixar de fumar; razões para deixar de fumar; terapêutica farmacológica instituída e taxa de abstinência tabágica aos 3, 6 e 12 meses.

Para avaliação do nível de dependência da nicotina utilizou-se uma versão abreviada do Teste de Fangerström. Esta versão considera 2 questões (“Quantos cigarros fuma por dia?” e “Após acordar, quando é que fuma o primeiro cigarro?”), cujas respostas permitem obter uma pontuação

final que varia de 0 (zero) a 6 (seis) pontos, classificando a dependência em ligeira (0-2), moderada (3-4) ou elevada (5-6).

A motivação do fumador para deixar de fumar foi avaliada pelo Teste de Richmond, um teste quantitativo com quatro questões e uma pontuação final de 0 (nenhuma motivação) a 10 (francamente decidido a deixar de fumar).

Foi pedido ao fumador que assinalasse a/as razões, dum conjunto de nove opções, que o levam a deixar de fumar.

Foi considerado como:

- abstinente aos 3, 6 e 12 meses - os utentes que, no registo das consultas de seguimento da ficha clínica, se mantiveram sem fumar desde o dia D (primeiro dia que corresponde a zero cigarros) até ao período correspondente;
- sucesso - os utentes que se mantiveram abstinentes após 12 meses o Dia D;
- em programa - os utentes que, à data da colheita de informação, ainda não tendo completado 12 meses após o dia D, se encontravam abstinentes numa consulta há menos de 6 meses.

A análise dos dados foi efectuada com o auxílio do programa estatístico SPSS v16.0 para Windows. As variáveis contínuas com distribuição normal são expressas como média $\pm$ desvio padrão e comparadas recorrendo ao teste t de student para amostras independentes. As variáveis categóricas são descritas sob a forma de frequências e comparadas usando o teste de Qui-quadrado.

Um valor de $p < 0,05$ será considerado estatisticamente significativo em todos os testes.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Caracterização da consulta

Durante o período de 2005 a 2008 foram registadas um total de 106 primeiras consultas, segundo a distribuição descrita na tabela I.

Tabela I – Distribuição das consultas de cessação tabágica					
	2005	2006	2007	2008	2009*
1ª Consulta	31	20	34	21	/
Total Consultas	65	53	77	52	7

* Período de Janeiro a Maio - as consultas descritas para este ano são referentes aos doentes que iniciaram o programa durante o ano de 2008

A média de consultas por utente foi de 2,4 consultas com um desvio padrão de 1,9. Os homens tiveram uma média de consultas de 2,7, superior à média das mulheres de 2,0 com um desvio padrão de 2,2 e 1,4 respectivamente ($p = 0,048$).

Características sócio-demográficas

Dos 106 utentes que iniciaram o programa de consultas de cessação tabágica no período de 2005 a 2008, 59 (55,7%) são do sexo masculino e 47 (44,3%) do sexo feminino ($p = 0,285$).

A idade média dos utentes é de 44,0 anos sendo de 45,5 anos para o sexo masculino e 42,2 para o sexo feminino com desvio padrão de 12,5, 13,8 e 10,5 respectivamente ($p = 0,171$). A idade

mínima foi de 15 anos e máxima de 75 anos. A distribuição etária por sexo está descrita na tabela II, sendo de realçar que a maioria dos utentes está distribuída entre 25 e os 64 anos.

A distribuição do nível de escolaridade e da situação profissional por sexo está descrita na tabela II. De salientar que a maioria dos utentes (65,8%) exerce uma profissão ($p = 0,008$).

Tabela II – Características sócio-demográficas						
	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
15-24	3	6,4	4	6,8	7	6,6
25-34	9	19,1	12	20,3	21	19,8
35-44	15	31,9	9	15,3	24	22,6
45-54	13	27,7	20	33,9	33	31,1
55-64	7	14,9	8	13,6	15	14,2
≥ 65	0	0,0	6	10,2	6	5,7
Total	47	44,3	59	55,7	106	100
Escolaridade[#]						
Ensino superior	7	26,9	6	20,0	13	23,2
12º Ano	4	15,4	12	40,0	16	28,6
9º Ano	6	23,1	4	13,3	10	17,9
Primária	8	30,8	7	23,3	15	26,8
Analfabeto	1	3,8	1	3,3	2	3,6
Profissão^{&}						
Activo	20	62,5	30	68,2	50	65,8
Desempregado	5	15,6	4	9,1	9	11,8
Em formação	2	6,2	2	4,5	4	5,3
Reformado	3	9,4	8	18,2	11	14,5
Outro	2	6,2	0	0,0	2	2,6

[#] Missing – 50 (47,2%)

[&] Missing – 30 (28,3%)

Hábitos tabágicos

A idade média de consumo regular foi de 16,9 ($\pm 5,4$) anos, com um mínimo de 6 anos e máximo de 39 anos. No sexo masculino o início foi ligeiramente mais precoce (16,2 anos) do que no feminino (17,9 anos), não sendo esta diferença estatisticamente significativa (Tabela III).

O número médio de cigarros por dia foi de 21,5 ($\pm 9,6$) cigarros, com um mínimo de 3 e um máximo de 60 cigarros. Em média os homens

fumavam mais do que as mulheres, mas esta não é uma diferença estatisticamente significativa (Tabela III).

Tabela III – Caracterização dos hábitos tabágicos por sexo			
	Sexo		p
	Feminino	Masculino	
Idade média de início de consumo regular	17,9 [£]	16,2	0,115
Consumo médio de cigarros / dia	20,4*	22,3	0,316

[£] Missing – 3 (6,4%)

* Missing – 1 (2,1%)

Os hábitos tabágicos do agregado familiar dos utentes que iniciaram o programa de cessação tabágica estão descritos na Tabela IV. De realçar a elevada percentagem de tabagismo nos pais e conjugues dos utentes (45,5% e 27,3% respectivamente).

Tabela IV – Hábitos tabágicos do agregado familiar [#]		
	n	%
Pai	45	45,5
Mãe	5	5,1
Irmão(s)	8	8,1
Conjuge	27	27,3
Filho(s)	13	13,1

[#] Missing – 7 (6,6%)

Para avaliar o nível de dependência da nicotina foi aplicada uma versão abreviada do teste de Fangerström com uma escala de dependência de 0 a 6. A pontuação média obtida foi de 3,2 – dependência moderada (não existindo diferenças significativas quanto ao sexo, $p = 0,962$). A distribuição dos utentes por dependência ligeira (0-2), moderada (3-4) e elevada (5-6) é apresentada na Tabela V.

Tabela V – Dependência da Nicotina[&]

Pontuação no Teste de Fangerström	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-2	12	28,6	20	36,4	32	33,0
3-4	22	52,4	23	41,8	45	46,4
4-5	8	19,0	12	21,8	20	20,6

[&] Missing – 9 (8,5%)

Para avaliar a motivação dos utentes para deixar de fumar foi aplicado o teste de Richmond, o qual possui uma escala de 0 a 10. A pontuação média obtida foi de 8,6 (elevada motivação), não existindo uma diferença significativa quanto ao sexo ($p = 0,630$). Convém, entretanto, lembrar que é critério de acesso prioritário à consulta de cessação tabágica uma pontuação igual ou superior a 7 no teste de Richmond. Os principais motivos apontados para deixar de fumar são os “motivos de saúde” e o “medo das doenças associadas ao tabaco” (Tabela VI).

A maioria dos utentes (82,8%) já haviam efectuado, pelo menos, uma tentativa prévia para deixar de fumar ($p < 0,001$).

Plano de actuação

Em 93% dos utentes foi prescrita terapêutica farmacológica para auxiliar na cessação tabágica (Tabela VII). A maioria (66% do total) foi medicada apenas com fármacos *anticraving* (bupropiona ou Vareniclina) que reduzem os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar. Apenas 17% foi medicada com a associação de um *anticraving* com terapia de substituição nicotínica sob a forma de gomas, pastilhas e/ou sistemas transdérmicos. Apenas 4 utentes (3,8%) foram encaminhados para consulta de psicologia e 3 (2,8%) para consulta de nutrição.

Tabela VII – Terapêutica farmacológica*

	n	%
Terapêutica farmacológica		
Nenhuma	7	7,0
TSN	10	10,0
Bupropiona	38	38,0
Bupropiona + TSN	15	15,0
Vareniclina	28	28,0
Vareniclina + TSN	2	2,0
Total	100	100,0

* Missing – 6 (5,7%)

TSN = Terapêutica de Substituição Nicotínica

Tabela VI – Razões para deixar de fumar[£]

Razões	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
Motivos de saúde	93	96,9	40	95,2	53	98,1	0,416
Medo das doenças associadas ao tabaco	49	51,0	23	54,8	26	48,1	0,520
Para poupar dinheiro	37	38,5	17	40,5	20	37,0	0,731
Por pressão familiar ou social	18	18,8	8	19,0	10	18,5	0,947
Para dar bom exemplo	17	17,7	7	16,7	10	18,5	0,814
Por autodisciplina	15	15,6	6	14,3	9	16,7	0,750
Por respeitar os direitos dos não fumadores	4	4,2	2	4,8	2	3,7	0,797
Para evitar riscos de incêndio	0	0	0	0	0	0	-
Por pressões no trabalho	0	0	0	0	0	0	-

[£] Missing – 10 (9,4%)

Avaliação da consulta

As taxas de abstinência aos 3, 6 e 12 meses são apresentadas no Gráfico 1. De destacar que apenas 5,8% dos utentes cumpriu com sucesso o programa de cessação tabágica. A taxa de sucesso é superior no sexo masculino, mas a diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,161$). De realçar, também, que para os utentes abstinentes aos 3 meses, a taxa de sucesso (abstinência aos 12 meses) se situa em 35,3%, pelo que grande parte dos utentes recorre nos primeiros 3 meses. À altura da colheita dos dados 2 utentes ainda se encontravam em programa.

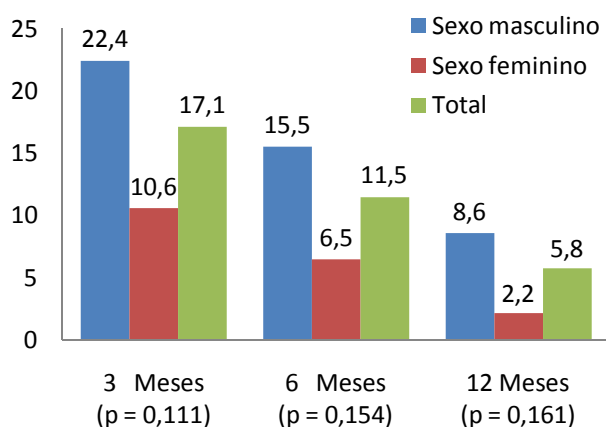


Figura 3 – Taxas de abstinência (%)

DISCUSSÃO

Foram estudados 106 fumadores que corresponderam ao número de primeiras consultas na Unidade de Saúde de Aldoar, no período de 2005 a 2008, que tinham ficha clínica.

Dos 106 utentes que iniciaram o programa, 47 (44,3%) são do sexo feminino. Embora este número seja inferior ao número de utentes do sexo masculino, não deve ser esquecido que,

segundo o Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)³, as mulheres representam apenas cerca de 29,6% da população fumadora com 10 ou mais anos. Assim sendo, se conclui que as mulheres fumadoras iniciam mais frequentemente o programa de cessação tabágica que os homens fumadores ($p = 0,01$ para $H_0: \pi_F = 0,296$). Este resultado está de acordo com os de Rebelo (2008) que observou uma distribuição equitativa, de inscritos na consulta de cessação tabágica do Centro de Saúde (CS) de Alvalade, entre os dois sexos. Entretanto, convém notar que a amostra de homens e mulheres fumadoras não difere significativamente quanto a idade, consumo médio de cigarros / dia, idade de início de consumo regular, nível de dependência ou motivação.

São poucos os estudos nacionais a nível dos cuidados de saúde primários a avaliar as taxas de abstinência aos 12 meses de consulta intensiva. Rebelo (2008) obteve taxas de abstinência aos 12 meses de 24% para consultas de apoio intensivo com prescrição de TSN ou bupropiona no CS de Alvalade no período de 2002 a 2004.

A nível internacional as taxas não diferem muito entre si. Raw et al (2005) avaliaram os resultados das consultas de cessação tabágica inseridas no serviço nacional de saúde da Grã-Bretanha (desde 1999) no período de Abril de 2003 a Março de 2006 e obtiveram taxas de abstinência às 4 semanas de 53% e às 52 semanas (1 ano) de 15%. Grandes et al (2003) nos cuidados de saúde primários do serviço de saúde Basco obteve taxas de cessação tabágica aos 12 meses de 22% para consultas de apoio intensivo com prescrição de substitutos nicotínicos.

A taxa sucesso na USA foi muito baixa (5,8%) relativamente às registadas em outros estudos. Os valores obtidos devem-se em parte ao facto da taxa calculada não avaliar verdadeiramente a taxa de abstinência aos 12 meses mas sim a percentagem de doentes que cumprem a totalidade do programa, uma vez que muitos doentes acabam por desistir da consulta sem sabermos se a longo termo se mantiveram, ou não, abstinentes. Uma maneira de ultrapassar esta limitação seria o contacto telefónico com o utente e confirmação do seu estado de fumador / abstinência. Outro facto que pode ter contribuído foi o facto de alguns processos se terem perdido (durante a mudanças de instalações).

Devido ao baixo número de utentes abstinentes aos 12 meses não se podem tirar conclusões quanto aos factores preditivos de sucesso, nomeadamente o sexo, escolaridade, situação profissional, número de cigarros fumado, nível de dependência ou motivação. Sexo masculino, baixo nível de dependência, tentativas prévias sustentadas, ausência de patologia psiquiátrica são algumas das variáveis associadas a êxito na cessação tabágica apontadas por outros estudos, nomeadamente o de Ferguson et al (2003) e Grandes et al (2003).

A informatização da ficha clínica, um importante passo a tomar para a avaliação da consulta de cessação tabágica no futuro, permitirá, com maior facilidade, o tratamento dos dados, a comparação de resultados e minorar a perda de informação.

Seria interessante avaliar a proporção de fumadores da unidade de saúde apoiados na consulta de cessação tabágica (taxa de cobertura).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD (2003) Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 28:1203-1218.
- Gilbert A, Cornuz J (2003) Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network.
- Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP (2003) Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *British Journal of General Practice* 53:101-107.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009) Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 Lisboa-Portugal.
- Jha P, Chaloupka FJ (1999) *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. World Bank.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M (2006) *Mortality from smoking in developed countries*, 2nd edition, updated, June.
- Raw M, McNeill A, Coleman T (2005) Lessons from the English smoking treatment services. *Addiction* 100 (Suppl. 2):84-91.
- Rebelo L (2008) Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 24:13-20.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006) *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and

Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

- U.S. Department of Health and Human Services (2004) The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

AGRADECIMENTOS

À Dr.^a Maria Emília Penêda, Médica de Família da Unidade de Saúde de Aldoar, actual responsável pela consulta de Cessação Tabágica e orientadora, pelo apoio, disponibilidade, críticas e sugestões feitas durante a orientação da realização desta dissertação.