

**Consulta de apoio intensivo de cessação tabágica,
a nível dos cuidados de saúde primários:
da sua análise a propostas
de intervenção**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, por Ana Sofia Preto Igreja, sob a orientação da Professora Doutora Zaida Azeredo, para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Porto, 2009

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Zaida Azeredo, orientadora deste trabalho, pelo apoio, estímulo e crítica.

À Dr^a Eduarda Matos pela sua disponibilidade, apoio e crítica, essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Dr^o Sérgio Vinagre, pela sua simpatia, disponibilidade, crítica e incentivo para a investigação desta temática.

À Administração Regional de Saúde no Norte (ARS Norte I.P.) e às equipas de saúde das consultas de cessação tabágica dos centros de saúde em estudo, pela sua disponibilidade.

Aos meus pais e irmãs, pelo seu amor incondicional e pelo tanto que contribuíram para a minha formação.

Ao Francisco, à Cecília e à Marisa, pelo seu carinho, compreensão, constante incentivo e disponibilidade, que deram ao longo desta caminhada.

Resumo

Objectivo: O presente estudo tem como principal objectivo avaliar os resultados terapêuticos das consultas de apoio intensivo de cessação tabágica (CAICT), de dois centros de saúde da ARS Norte I.P., identificar factores associados e perante os resultados encontrados, sugerir propostas de intervenção.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo de análise documental, sendo a população em estudo constituída por todos os utentes com registos de frequência até 12 meses, nas CAICT do Centro de Saúde de Soares dos Reis e Oliveira do Douro e do Centro de Saúde de Barão do Corvo, no período compreendido entre Janeiro de 2006 a Janeiro de 2009. A recolha de dados foi efectuada através da consulta de registos dos processos clínicos dos utentes, em que a primeira consulta ocorreu há pelo menos 12 meses. Foi recolhida informação relativamente às características sócioeconómicas, história tabágica, estilos de vida, nível de dependência de nicotina, grau de motivação, tratamento efectuado e evolução dos resultados terapêuticos dos utentes (abstinência, recaídas e abandonos). Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas as frequências absolutas e as medidas de tendência central e de dispersão. Foi utilizado o teste de qui-quadrado ou o teste de Fisher na comparação de proporções e o teste de One-Way Anova, para as variáveis intervalares.

Resultados: Dos 328 utentes analisados, a maioria (51,5%) abandonou a CAICT, logo após a primeira consulta, 19,5% recaíram e 14,7% tiveram alta com sucesso. De entre as variáveis analisadas, apenas se verificou diferenças estatisticamente significativas entre os resultados terapêuticos da CAICT e o seu horário, a idade dos utentes, o grau de dependência de nicotina, a motivação para deixar de fumar e tipo de tratamento farmacológico efectuado.

Conclusões: A frequência de abandono após a primeira CAICT obtida foi elevada enquanto a percentagem de altas com sucesso foi baixa. A intervenção a nível destas consultas, deverá ter em conta sobretudo os factores em que se encontrou associação com o resultado terapêutico das mesmas. Sugere-se a prática de horários pós-laborais por parte da equipa multiprofissional e uma referenciação e triagem adequada dos utentes para a CAICT, investindo na formação dos profissionais, de forma a inscrever fumadores motivados para aderirem ao programa de cessação tabágica. Propõe-se ainda a existência de uma linha própria de remarcação de consultas e aconselhamento pró-activo e comparticipação da terapia farmacológica pelo sistema nacional de saúde.

Palavras-Chave: tabagismo, consultas de apoio intensivo de cessação tabágica, abstinência

Abstract

Aim: The main aim of the present study is to evaluate the therapeutic results from the Consultations of Intensive Support for Smoking Cessation (CAICT), from two Healthcare Centres from the ARS Norte I.P., to identify associated factors and to suggest intervention plans, according to the results.

Methods: A retrospective study of documental analysis was executed, in which the population in study was constituted by all the patient with attendance registrations up to 12 months, in the CAICT of the Soares dos Reis and Oliveira do Douro Health Care Centre and the Barão do Corvo Health Care Centre, between January 2006 and January 2009. The gathering of data was carried out through the consultation of registers of clinical processes from the patient, whose first consultation occurred at least 12 months ago. It was gathered information regarding the socioeconomic characteristics, smoking history, lifestyles, level of nicotine addiction, degree of motivation, executed treatment and evolution of the therapeutic results of the patient (abstinence, relapses, abandonments). As regards the quantitative variables, were presented the absolute frequencies and the measures of central tendency and dispersion. It was used the chi-square test or the Fisher test for the comparison of proportions and One-Way Anova test for the intervallic variables.

Results: From the 328 patient who were analysed, the majority (51,5%) abandoned the CAICT right after the first consultation, 19,5% relapsed and 14,7% were discharged with success. Among the variables which were analysed, it only occurred statistically significant differences between the therapeutic results of the CAICT and its consulting hours, the age of the patient, the degree of nicotine addiction, the motivation to quit smoking and type of pharmacologic treatment executed.

Conclusion: There was a high frequency of abandonment after the first CAICT while the percentage of successful discharges was low. The intervention at these consultations, should take into account especially the factors in what association met with the therapeutic result of same. It is suggested the existence of consultations after labour hours and a referencing and suitable sorting of patient for the CAICT, investing in professionals training, in order to register smokers motivated to adhere to the smoking cessation program. It is also proposed the existence of a line specifically for re-making consultations, proactive consultancy and pharmacologic therapy subsidized by the national healthcare system.

Keywords: tobacco addiction, Consultations of Intensive Support for Smoking Cessation, abstinence

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1- CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO TABAGISMO	4
2- CONSTITUINTES DO TABACO	10
3- IMPACTO DO TABACO NA SAÚDE	12
4- PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO	16
4.1- CESSAÇÃO TABÁGICA	17
4.1.1- Processo de mudança comportamental	18
4.1.2- Intervenção dos profissionais de saúde	20
5- ENQUADRAMENTO LEGAL	33
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	35
1- MÉTODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	36
2- OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO	36
3- VARIÁVEIS EM ESTUDO	37
4- ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	38
CAPÍTULO III- ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	41
1.1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	41
1.2- CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA TABÁGICA	43
1.3- AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE APOIO INTENSIVO DE CESSAÇÃO TABÁGICA	46
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
CONCLUSÃO E SUGESTÕES	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 1- Fases de evolução da epidemia do tabaco	5
Gráfico 2 - Prevalência de fumadores por sexo, segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987, 1995/96, 1998/99 e 2005/06.	8
Gráfico 3 – Frequência da terapia farmacológica	42
Gráfico 4- Resultados terapêuticos da CAICT segundo o nível de dependência de nicotina.	45
Gráfico 5- Evolução dos resultados terapêuticos da CAICT aos 3, 6, 9 e 12 meses de seguimento.	51

ÍNDICE DE TABELAS**Pág.**

Tabela 1- Prevalência de consumo de tabaco na região Norte, por grupo etário e sexo, em 2002	9
Tabela 2- Distribuição dos utentes por sexo, segundo as características socioeconómicas e estilos de vida	43
Tabela 3- Distribuição dos utentes por sexo, segundo a sua história tabágica	45
Tabela 4- Distribuição dos utentes por sexo, segundo a sua os parâmetros avaliados na primeira CAICT	46
Tabela 5- Associação das características socioeconómicas e estilos de vida dos utentes, com os resultados terapêuticos da CAICT	47
Tabela 6- Caracterização dos resultados terapêuticos da CAICT segundo a idade dos utentes	48
Tabela 7- Associação da história tabágica dos utentes com os resultados terapêuticos da CAICT	49
Tabela 8- Associação entre os parâmetros avaliados na primeira consulta e os resultados terapêuticos da CAICT	50
Tabela 9- Resultados terapêuticos da CAICT segundo a existência ou não de tratamento farmacológico	52
Tabela 10- Resultados terapêuticos da CAICT segundo tratamento farmacológico efectuado	52
Tabela 11- Resultados terapêuticos dos utentes que tiveram pelo menos mais do que uma consulta por sexo.	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS Norte I.P. – Administração Regional de Saúde do Norte I.P.

CAICT – Consulta de Apoio Intensivo de Cessação Tabágica

CS – Centro de Saúde

CSP- Cuidados de saúde primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto Lei

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

INS – Inquérito nacional de saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTA – Poluição tabágica Ambiental

TSN – Terapêutica de Substituição de Nicotina

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um grave problema de Saúde Pública, constituindo uma das principais causas evitáveis de morbidade, incapacidade e mortalidade. É uma das principais causas mais de morte prematura e de desenvolvimento de numerosas doenças, das quais se destacam as neoplasias em diversas localizações, as doenças do foro respiratório e cardiovascular (1).

Calcula-se que a nível mundial haja cerca de 1.250 milhões de fumadores, morrendo anualmente cerca de 5 milhões em consequência deste consumo. Se não forem instituídas medidas efectivas de prevenção e de controlo, a OMS estima que, em 2030, morrerão anualmente cerca de 10 milhões de pessoas, 70% das quais nos países em desenvolvimento (2).

A cessação tabágica constitui uma vertente fundamental para controlar a epidemia tabágica, que irá trazer benefícios nos próximos 20-30 anos, apresentando uma óptima relação custo/benefício. Contudo, a nossa sociedade confronta-se com sérias dificuldades em ajudar os fumadores a abandonar o consumo de tabaco. É fundamental que a mudança comportamental, seja integrada em mudanças mais vastas, em que as relações, os conceitos, as crenças, as atitudes, o ambiente e os estilos de vida, sejam também eles próprios alterados (3).

Cada fumador é um ser único, com um determinado perfil, com a sua própria personalidade, com a sua situação profissional e familiar e com uma história tabágica singular. Torna-se então, importante compreender o modo como ele próprio vivência o seu processo de cessação tabágica. Muitos dos utentes que tentam deixar de fumar, utilizam estratégias diversificadas, individualizadas, cujos resultados culminam ou não na abstinência do consumo de tabaco.

A intervenção dos profissionais de saúde junto dos fumadores é fundamental, uma vez que aumenta consideravelmente as possibilidades de sucesso. A grande maioria das intervenções dos profissionais de saúde deverá envolver estratégias de motivação para deixar de fumar, pois foi demonstrado que apenas 10% dos fumadores planearam deixar de fumar no próximo mês, 30% nos próximos 6 meses, 30% não sabem quando querem deixar de fumar e 30% não tem planos para deixar de fumar (4). Os profissionais de saúde deverão na sua actividade diária efectuar uma intervenção breve, cujo impacto individual tem sido aparentemente modesto, porém a generalização da sua aplicação já tem uma repercussão importante em termos de saúde pública. Há evidência que a intervenção de apoio intensivo é mais efectiva que o aconselhamento breve, pelo que pode ser usada nos fumadores que reúnam os critérios de selecção para a consulta, entre

os quais a decisão de abandonarem o consumo de tabaco. Esta intervenção deve ser apoiada por vários profissionais, que centrem a sua abordagem na mudança comportamental e na terapêutica farmacológica, de modo a aumentar a sua eficácia (5,6).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou normas de cessação tabágica, que se dirigem aos profissionais de saúde em geral, aos especialistas em cessação tabágica e aos responsáveis pelos serviços de saúde (7). Por sua vez, o Plano Nacional de Saúde 2003, aconselha o reforço da intervenção em matéria de cessação tabágica, referindo que se deverão desenvolver acções de formação para os profissionais de saúde, com vista ao desenvolvimento de consultas de cessação tabágica, encontrando-se a decorrer a nível da ARS Norte I.P., um Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo, que integra CAICT em vários centros de saúde.

O presente estudo foi delineado, com o objectivo de avaliar os resultados terapêuticos da CAICT ao longo dos 12 meses de seguimento, tendo sido demonstrado em estudos anteriores, que esta avaliação constitui um indicador importante para avaliar a eficácia desta intervenção (8, 9, 10, 11, 12). Pela escassez de estudos nacionais neste âmbito, realizou-se um estudo quantitativo, de forma a se obter a caracterização da população em causa e serem estabelecidas associações entre o sucesso da CAICT e as várias variáveis em estudo, nomeadamente, as características socioeconómicas dos utentes, a sua história tabágica, a sua dependência de nicotina, a sua motivação para deixar de fumar e tratamento efectuado. Perante os resultados obtidos, foi ainda objectivo deste estudo, sugerir propostas de intervenção, no sentido de aumentar a taxa de sucesso da CAICT.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No capítulo I é feita uma revisão da literatura acerca do tabagismo. No capítulo II efectua-se a descrição da metodologia do presente trabalho de investigação. Por sua vez, no capítulo III, são apresentados os resultados e a sua análise, seguindo-se da sua discussão no capítulo seguinte. Por fim, são tecidas algumas conclusões e perante estas sugeridas algumas propostas e intervenção a nível da CAICT, que poderão contribuir para o aumento da sua eficácia.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO TABAGISMO

O comportamento associado ao início e manutenção do consumo de tabaco engloba uma complexa rede de inter-relações entre factores comportamentais, sociais, psicológicos, bioquímicos, económicos e políticos. Estes factores condicionam a iniciação do consumo do tabaco, primeiro, de forma esporádica e mais tarde de forma habitual.

O conhecimento de dados epidemiológicos acerca dos padrões de consumo de tabaco, das suas consequências na saúde dos indivíduos e das populações e dos factores que os determinam, assume uma enorme importância para o planeamento de programas de intervenção a nível do tabagismo (13).

A avaliação da dimensão populacional do tabagismo pode ser feita através de estimativas de prevalência de fumadores ou através do consumo de tabaco estimado pelo consumo aparente, que resulta do valor da produção mais a importação, ao qual se subtrai a exportação (14).

Dados de 1999 apontam para cerca de 1,1 biliões de fumadores em todo o mundo, cerca de um terço da população global com idade superior a 15 anos (15). Segundo a OMS, em 2002 existiam 215 milhões de fumadores na Europa (16). Existem diferenças importantes na prevalência de fumadores entre as várias regiões do mundo, em particular na prevalência de mulheres fumadoras, a qual é mais elevada nos países da Europa oriental e da Ásia central (59% em 1995) e muito mais baixa nos países da Ásia oriental e do Pacífico (4% em 1995) (17).

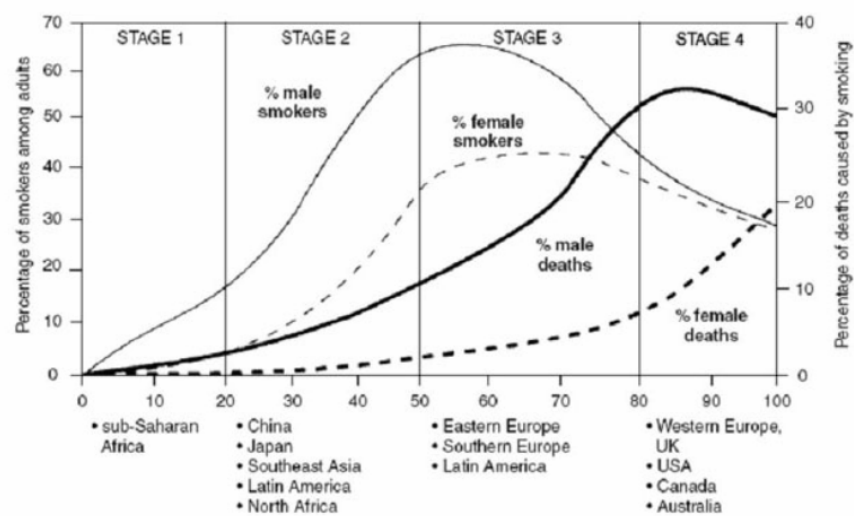
Actualmente, 50% dos homens e 9% das mulheres dos países em desenvolvimento fumam, em comparação com 35% dos homens e 22% das mulheres dos países desenvolvidos.

Em termos de saúde pública, na União Europeia, verificam-se três tendências particularmente alarmantes relativamente à prevalência do consumo de tabaco: a prevalência do tabagismo entre as mulheres continua a aumentar em seis países (Portugal, Espanha, Itália, Grécia, Luxemburgo e Áustria) devido sobretudo, à incidência crescente do hábito de fumar nas mulheres mais novas; na maioria dos países, o número de jovens que se inicia no hábito de fumar é cada vez maior; na maioria dos países, o número de raparigas que fumam é ligeiramente superior ao dos rapazes (18).

A dinâmica da epidemia de tabaco pode ser definida em quatro fases distintas (Gráfico 1) (19). A primeira fase caracteriza-se por uma baixa proporção de consumo de tabaco, aumentando esta mais no sexo masculino; é típica das classes sociais mais

favorecidas. Na segunda fase verifica-se um aumento do consumo de tabaco em ambos os sexos, sendo o aumento nos homens em mais de 50% e alargando-se este comportamento a todas as classes sociais. A evolução do comportamento de fumar das mulheres encontra-se 10 a 20 anos atrasada em relação à situação observada para os homens e é frequente nas classes sociais mais altas. Na fase três a proporção do consumo de tabaco decresce rapidamente nos homens e atinge o pico máximo nas mulheres. Na fase quatro a frequência do consumo de tabaco decresce tanto no sexo feminino como no masculino; o decréscimo é maior nas classes sociais mais baixas (19).

Gráfico 1- Fases de evolução da epidemia do tabaco



Fonte: Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994; 3: 242-247

Os Estados Unidos da América, Reino Unido, Austrália e maioria dos países do norte da Europa já atingiram a quarta fase, apresentando uma prevalência de consumo de tabaco superior nas classes sociais mais desfavorecidas e com menor grau de escolaridade, tornando o tabagismo num dos mais importantes determinantes das desigualdades sociais, quanto à saúde nos países desenvolvidos. Apesar de os países do norte da Europa, Austrália e Estados Unidos da América se encontrarem na fase quatro da epidemia do tabaco, em vários países desenvolvidos a epidemia encontra-se no seu início. Na fase três enquadram-se a maioria dos países do sul da Europa, encontrando-se Portugal entre as fases dois e três. Os países latino americanos e asiáticos, enquadram-se na fase dois, uma vez que apresentam maior frequência de consumo de tabaco nos homens, sem diferença entre as classes sociais e em mulheres mais escolarizadas (19). Esta caracterização da evolução da epidemia do tabaco, ilustra a forma como a epidemia

progride se não for contrariada por políticas eficazes de controlo do tabagismo, apesar de nem todos os países poderem ser directamente enquadrados numa destas fases.

Tendo por base uma análise comparativa entre os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), verifica-se ter havido um ligeiro decréscimo nas prevalências totais de consumo em Portugal Continental, na população inquirida.

O primeiro INS foi realizado em 1983 e recolheu informação sobre o consumo de tabaco em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos, restringindo-se à área metropolitana de Lisboa. A prevalência de homens fumadores obtida foi de 40,9% e de 8,7% de mulheres fumadoras (20). Em 1987 (21), 1995/96 (22) e 1998/99 (23) o INS avaliou amostras probabilísticas da população de Portugal Continental. O INS 2005/2006 é o primeiro que abrange todo o território nacional, apresentando resultados quer para o Continente, quer para as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Sublinha-se assim que para as Regiões Autónomas não se dispõe de resultados para períodos anteriores a 2005/2006, sendo só possível comparação temporal com inquéritos anteriores, relativamente a população residente no Continente (24).

Constatou-se, como se pode observar no gráfico 2, uma diminuição da prevalência de indivíduos do sexo masculino que afirmaram fumar pelo menos um cigarro por dia, entre 1987 (33,3%) e 1995/96 (29,2%), uma estabilização em 1998/99 (29,3%) e uma diminuição em 2005/2006 (28,7%). No sexo feminino a prevalência é inferior à do sexo masculino, tendo aumentado entre 1987 (5,0%), 1995/96 (6,5%), 1998/99 (7,9%) e 2005/2006 (11,2%)

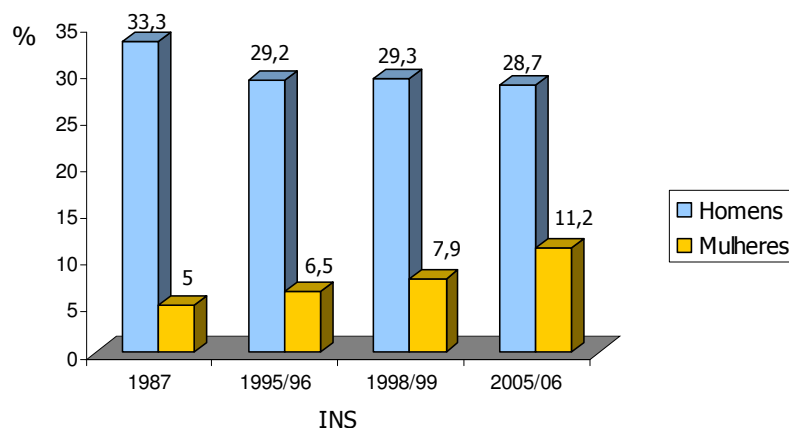
No INS de 1995/96, 18% eram fumadores e 11% ex-fumadores, no conjunto de ambos os sexos (22). A proporção de fumadores foi maior nos grupos etários de 15-45 anos (55%), enquanto a de ex-fumadores acima de 45 anos (49%). Quanto ao consumo médio de cigarros por dia na região Norte, por grupo etário, este foi maior no grupo dos 45-54 anos (23,4 cigarros), seguido pelo grupo etário dos 55-64 anos (22,5 cigarros) e dos 35-44 anos (22,2 cigarros), sendo os indivíduos do sexo masculino os que referiram maior consumo diário de cigarros. Ainda segundo os dados do INS de 1995/96, a prevalência de fumadores no sexo masculino segue padrões idênticos aos dos países mais desenvolvidos, em que as frequências mais elevadas correspondem aos grupos socio-económicos mais desfavorecidos e com menor nível de escolaridade. O isolamento, o desemprego e a falta de habitação associam-se, deste modo, a taxas elevadas de tabagismo e a taxas muito baixas na cessação de fumar. No sexo feminino, pelo contrário, a maior percentagem de fumadores observa-se nas classes socioeconómicas

mais favorecidas e com escolaridade mais elevada. No sexo masculino o factor desemprego condiciona pois, uma maior prevalência de consumo de tabaco (22).

Segundo o INS 1998/99, desde 1987 a prevalência de tabagismo nos homens tem diminuído em quase todas as faixas etárias (com excepção da correspondente aos 35-44 anos), enquanto que nas mulheres tem aumentado em todas as faixas etárias. Assim, o consumo de tabaco no nosso país tem vindo a diminuir apenas devido à diminuição do tabagismo no sexo masculino (25). Este inquérito, refere ainda que 12,6% da população é ex-fumadora e 68,2 % nunca fumou. Na população portuguesa em idade activa, 24,9% dos indivíduos consomem tabaco (38,0% homens e 12,4% mulheres), sendo 11,7% da população ex-fumadora e 63,4% nunca fumou (25). Em 2005/2006, a proporção mais elevada de fumadores actuais concentrava-se entre os 35 e 44 anos (32,7%), sendo também de destacar a proporção entre os 15 e os 24 anos (24,2%) (24).

Relativamente à prevalência de fumadores ocasionais esta diminuiu de 2,3% (1995/96) para 2,0% (1998/99), tendo aumentado a prevalência de fumadores diários de 14,6% (1995/96) para 15,9% (1998/99). Na região Norte, o consumo de tabaco foi semelhante no INS, entre 1995/93 e 1998/99. O consumo médio de cigarros por dia foi de 20,2 (14,0 nas mulheres e 21,2 nos homens) em 1995/96 e de 19,3 (13,8 nas mulheres e 20,6 nos homens) em 1998/99. O consumo foi superior no sexo masculino em todos os grupos etários exceptuando o grupo etário dos 65-74 anos, 20,0 no sexo feminino e 18,8 no sexo masculino em 1995/96, estes valores foram respectivamente 21,3 e 18,5 em 1998/99 (22, 23).

Gráfico 2- Prevalência de fumadores por sexo, segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987, 1995/96, 1998/99 e 2005/06.



Fonte: Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987 (21), 1995/96 (22), 1998/99 (23) e 2005/06 (24)

Globalmente, quer no Continente quer nas Regiões Autónomas, a quase totalidade dos fumadores actuais com 10 ou mais anos, fuma diariamente. Na Região Autónoma da Madeira, quanto aos fumadores actuais, as percentagens foram semelhantes às do Continente (20,3% em ambos os sexos, 31,5% nos homens e 10,6% nas mulheres). Contudo, na Região Autónoma dos Açores, estas proporções são mais elevadas: 24,0%, em ambos os sexos, 36,4% no sexo masculino e 11,9% no sexo feminino (24).

Segundo o estudo realizado em 1999/2000 na população da cidade do Porto (EPIPorto) com idade superior a 17 anos, a prevalência de fumadores no sexo masculino foi de 35,0% e no sexo feminino de 18,0%. O número médio de cigarros fumados por dia foi de 21,2 nos homens e 19,6 nas mulheres (26)

No Relatório Nacional do Fenómeno da Droga de 1996, vem publicado o resultado dos dois estudos epidemiológicos à escala nacional, que revela que o tabaco é a substância mais consumida, a seguir ao álcool. De facto, 56,3% dos estudantes consumiram tabaco, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, e o sexo feminino apresentava uma prevalência mais elevada, com 80,2%. Quanto à idade de iniciação, 13,0% dos estudantes consumiram o primeiro cigarro aos 12 anos (27).

O “Inquérito de Saúde dos Adolescentes na Escola” (28), promovido pelos Ministérios da Educação e da Saúde em 2002, foi aplicado a 9500 alunos entre os 11 e os 19 anos, que frequentavam os 7º, 9º e 12º anos de escolas públicas, sendo 2695 alunos da região Norte. Nesta avaliação a prevalência de fumadores a nível nacional foi de 18,9% e na região Norte foi de 21,1%, superior no sexo masculino (22,3% vs.19,9%). O número de cigarros fumados por dia foi superior no sexo masculino, 13,4% fumavam menos de 5 cigarros por dia; 43,3% entre 5 e 10; 34,1% entre 11 e 20 e 9,1% mais de 20 cigarros por dia. Nas raparigas estes valores foram respectivamente 26,5%, 43,4%, 25,9% e 4,2%. Constatou-se que a prevalência de fumadores aumenta com a idade, particularmente no consumo diário e no sexo masculino (Tabela 1) (29)

Tabela 1- Prevalência de consumo de tabaco na região Norte, por grupo etário e sexo, em 2002

Idade (anos)	Não (%)		Às vezes (%)		Diariamente (%)	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
11 – 13	93,1	94,3	3,7	3,9	3,1	1,8
14 – 16	78,0	77,3	10,8	9,7	11,2	13,0
17 – 19	64,2	73,8	12,6	9,1	23,2	17,3

Fonte: Ministério da Saúde e Ministério da Educação. *Inquérito de Saúde dos Adolescentes na Escola. 1º Modulo (2ª fase), Lisboa, 2003.*

Num estudo realizado em 1996 na cidade do Porto, com uma amostra de 2974 alunos de sete escolas secundárias públicas, verificou-se uma prevalência de consumo de tabaco de 21,8%, sendo a idade média de iniciação de 13 anos. Constatou-se ainda que o consumo tende a aumentar, de uma forma significativa, com a idade (27).

O estudo EPITeen, realizado pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto, avaliou 2161 adolescentes de 13 anos que no ano lectivo 2003/2004 estavam matriculados em escolas públicas e privadas da cidade do Porto. Dos alunos avaliados já experimentaram fumar cerca de 20%, sendo a proporção mais elevada nas raparigas do que nos rapazes (22,4% e 17,1% respectivamente). Neste estudo, as raparigas referiram fumar com maior frequência: fumavam mas não todos os dias 2,0% vs. 1,5% dos rapazes e 1,3% das raparigas fumavam pelo menos um cigarro por dia, enquanto nos rapazes eram apenas 0,4%. A média (desvio padrão) de idade com que os adolescentes iniciaram o consumo de tabaco, foi de 12,1 (0,8) anos para as raparigas e de 11,4 (1,7) anos para os rapazes. Constata-se deste modo, que a prevalência de fumadores, especialmente no sexo feminino, tende a aumentar, sendo contudo a proporção de mulheres que fuma diariamente inferior à da média europeia (30, 31).

Num estudo, relativo ao impacto da Lei nº37/2007, de 14 de Agosto a nível nacional, obteve-se uma prevalência de fumadores de 16,4%, dos quais 14,5% são fumadores diários e 1,9% são fumadores ocasionais. Esta prevalência foi de 24,5% para o sexo masculino e de 9,5% para o sexo feminino. A nível regional, verificaram-se diferenças significativas, sendo a região do Alentejo que apresenta maior percentagem (17,4%) de fumadores, seguindo-se a do Norte (17,1%). A região Centro destaca-se pela baixa prevalência (12,7%), relativamente às restantes regiões (32).

2- CONSTITUINTES DO TABACO

O fumo do cigarro é um aerossol heterogéneo produzido pela combustão incompleta do tabaco, tendo sido já identificadas cerca de 4000 substâncias tóxicas diferentes, incluindo algumas com propriedades antigénicas, citotóxicas, mutagénicas e carcinogénicas. As múltiplas substâncias encontram-se na fase condensada ou na fase gasosa, e a sua natureza e concentração variam em função do tipo de tabaco, do seu modo de secagem, dos diferentes tratamentos aplicados, dos aditivos usados e do modo

de consumo (1)

Os principais constituintes da fase condensada são: alcatrão, hidrocarbonetos polinucleares aromáticos, derivados nitrados, aldeídos, nitrosaminas, cetonas, acroleínas, cádmio, arsénico, crómio, níquel, chumbo, quinolonas, epóxidos, compostos peróxidos e nicotina. Estas substâncias têm, com excepção da nicotina, propriedades carcinogénicas ou co-carcinogénicas (1).

A fase gasosa é constituída principalmente por azoto, oxigénio e monóxido de carbono, que constituem aproximadamente 85% do peso do fumo do cigarro. No entanto, as outras substâncias também têm grande importância médica: ácido hidrociânico, acetaldeído, acroleína, amónia, formaldeído, óxidos de azoto, nitrosaminas, hidrazina e cloreto de vinil (18).

De acordo com as directivas europeias, na rotulagem do tabaco é obrigatória a menção dos teores de nicotina, monóxido de carbono e alcatrão. Todavia, independentemente dos valores expressos, medidos em função de normas internacionais actualmente em revisão, todos os produtos do tabaco são nocivos à saúde, não havendo um limiar seguro de exposição (33).

A nicotina é um alcalóide tóxico que causa diversos efeitos, constituindo o principal alcalóide do tabaco e pode ser absorvida por diferentes vias. O tabagismo causa dependência psicológica e física, cuja natureza e intensidade são variáveis de um fumador para outro, estando essa dependência relacionada com características farmacológicas da nicotina. A nicotina, quando na corrente sanguínea, segue directamente para o sistema nervoso. No período de dez a quinze segundos após a inalação do fumo, a maioria dos fumadores já sente os efeitos da nicotina. A nicotina tem uma semi-vida de aproximadamente sessenta minutos e é metabolizada pelo fígado, sendo oxidada em óxido de nicotina e em cotinina. A semi-vida da cotinina urinária é de aproximadamente 16 horas e a sua dosagem permite estimar o consumo de tabaco dos três dias precedentes (1).

Inicialmente, a nicotina causa um rápido aumento da adrenalina gerando uma acção euforizante, estimulante, aumento da vigília, do poder de concentração intelectual, dos batimentos cardíacos, da pressão sanguínea, da ventilação pulmonar e diminuição do tempo de reacção. Em alguns fumadores tem efeito tranquilizante e ansiolítico, em outros, comporta-se como um verdadeiro anti-depressivo. Todas estas acções constituem a base da dependência psicológica, associada aos costumes, às crenças, aos hábitos individuais e sociais, que criaram progressivamente verdadeiros reflexos condicionados (dependência comportamental) (34).

Os efeitos neurofisiológicos da nicotina reforçam o seu efeito aditivo na medida em que, após cada inalação, a sua disponibilidade no organismo é frequente e repetida e, por outro lado, no meio ambiente existem inúmeras pistas sensoriais que se tornam reforços secundários para o seu consumo. A paragem repentina do consumo desencadeia síndrome de abstinência, com efeitos adversos no organismo. Na fase de abstinência, são descritos sintomas como: desejo intenso de fumar (*craving*), irritabilidade, hostilidade, ansiedade, dificuldades de concentração, insónia, aumento do apetite e aumento de peso (35).

A dependência da nicotina é hoje pois, reconhecida como um distúrbio mental perfeitamente caracterizado pelo comportamento compulsivo de auto-administração que leva a tolerância, por um síndrome de abstinência característico da nicotina e pelo desejo persistente de cessar o consumo de tabaco, o qual pode ser repetidamente frustrado (36).

O alcatrão constitui outro constituinte da fase condensada, sendo formado a partir da combustão dos derivados do tabaco. É composto por mais de quarenta substâncias comprovadamente cancerígenas (arsénio, níquel, benzopireno, cádmio, resíduos de agrotóxicos, substâncias radioactivas), responsáveis particularmente pelo aparecimento de cancro do pulmão, e em combinação com as outras substâncias, pelo agravamento de doenças respiratórias graves como o enfisema e a bronquite crónica (35).

O monóxido de carbono, resultante da combustão do tabaco e do papel do cigarro, é um gás tóxico que tem afinidade para se fixar a hemoglobina, formando um composto estável chamado carboxi-hemoglobina, inaproveitável e irrecuperável para a função respiratória. Assim, diminui progressivamente o transporte de oxigénio aos órgãos e tecidos, o que explica o maior cansaço dos fumadores e a sua grande dificuldade em executar esforços, podendo constituir um factor de risco de isquémia, em particular coronária e contribuir para lesões endoteliais (1)

3- IMPACTO DO TABACO NA SAÚDE

Os dados de evidência existentes permitem concluir, conforme é reconhecido actualmente pela OMS, pela *International Agency for Research on Câncer*, pelo *U.S. Department of Health and Human Services* e por outras entidades internacionais, que todas as formas e produtos de tabaco são nocivos para a saúde (37).

O tabaco é o maior factor de risco isolado de morbilidade e mortalidade a nível mundial, de tal forma que levou a que acções para a sua prevenção e controlo fossem

incluídas entre as prioridades da OMS (38). Estima-se que, no século XX, 100 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas com o consumo de tabaco e que, se os padrões de consumo se mantiverem ao longo do século XXI, o número de mortes ascenderá a um bilião (19). Nos países europeus o tabagismo, provoca mais de meio milhão de mortes por ano, metade das quais em pessoas com menos de 70 anos (39). Estima-se que em 2000 o consumo de tabaco tenha sido responsável por cerca de 15% do total da mortalidade verificada na União Europeia, por cerca de 85% da mortalidade por cancro do pulmão, por cerca de 25% das mortes por qualquer tipo de cancro, por cerca de 30% da mortalidade por doenças do aparelho respiratório e por cerca de 10% do total de mortalidade por doenças cardiovasculares (40).

Apesar do problema do tabagismo ser generalizado e de estarem a ser realizados esforços comuns na Europa, a epidemia do tabagismo apresenta características particulares nos diferentes países europeus, devendo-se ter em conta os estudos sobre a dinâmica do tabagismo (39). Observa-se uma diminuição da mortalidade por doença cardíaca isquémica na maioria dos países do norte da Europa. A mortalidade por cancro do pulmão nos homens, revela uma certa estabilização, na maioria dos países do centro e sul da Europa, uma tendência decrescente nos países mais ocidentais e nórdicos e um aumento nos países do leste europeu, que apresentam as maiores taxas em homens de média idade (41). Nas mulheres prevê-se aumento da mortalidade relacionada com o tabagismo, uma vez que o consumo de tabaco tende a aumentar em vários países da Europa, que se encontram em fases menos avançadas da epidemia tabágica, designadamente Portugal (39).

Nos países que se encontram no estágio 3, o tabaco matará metade dos fumadores a longo prazo e, desses metade morrerão entre os 35-69 anos, implicando muitos anos de vida perdidos e elevados custos económicos e sociais (42). Em Portugal, estima-se que a mortalidade anual devido ao tabaco aumentou de 1000 mortos em 1955, para cerca de 8300 mortes em 1995 (7800 homens e 500 mulheres), ou seja, aproximadamente 23 pessoas por dia (43).

Existe uma relação dose-tempo-resposta, nem sempre linear, entre o consumo de tabaco e o aparecimento de doenças com ele relacionadas. O risco para algumas doenças é maior nas idades mais jovens. Por exemplo, o risco de AVC é o dobro do verificado na população não fumadora, nas pessoas com mais de sessenta anos, mas é cerca de cinco vezes maior, nas pessoas com menos de cinquenta anos (44). Contudo, a relação dose-tempo-resposta, constitui um factor importante na avaliação da relação causal entre esta exposição e a ocorrência de doença.

Numerosos estudos têm sido desenvolvidos, acerca das repercussões do tabaco na saúde. Para além do substancial aumento do risco de cancro do pulmão, o tabaco é causa directa ou provável de outros cancros (cavidade oral, laringe, esófago, estômago, rim, bexiga) (34). Por ser também, forte coadjuvante no aparecimento de doenças cardiovasculares e de doença pulmonar (45).

O consumo de tabaco e a ocorrência de cancro, deriva da acção das substâncias químicas constituintes do tabaco em presença de outras, do tempo e da dose de exposição, da profundidade da inalação e também da susceptibilidade individual, nomeadamente da predisposição genética (37). Existe pois, uma relação dose/resposta entre a intensidade da exposição e o risco inalatório (46). Actualmente o tipo histológico de cancro mais frequente, é o adenocarcinoma, com aparecimento de cancros mais periféricos, como consequência da inalação mais profunda do fumo, talvez devido à introdução no mercado de cigarros com menor teor em nicotina (47). De acordo com a OMS, estima-se que, nos países industrializados, o consumo de tabaco é responsável por cerca de 90% dos cancros do pulmão no homem e cerca de 70% na mulher (2).

O consumo de tabaco é o principal factor de risco evitável de doença cardiovascular. Quando ao hábito de fumar se associam outros factores de risco, como a hipertensão, o colesterol elevado, ou a obesidade, há um aumento sinérgico do risco de doença cardiovascular. O consumo de tabaco eleva o risco de desenvolvimento de doença coronária, duas a quatro vezes e aumenta para o dobro o risco de acidente vascular cerebral. O consumo de tabaco juntamente com o uso de contraceptivos orais combinados, aumenta dez vezes o risco de doença coronária, sendo este efeito acentuado em mulheres com mais de 40 anos (48).

Fumar é lesivo para a árvore respiratória, afectando a estrutura e função pulmonar, diminuindo as defesas contra as infecções, que conduzem à doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). De facto, entre as possíveis causas de DPOC encontram-se as infecções respiratórias agudas, cuja incidência é maior nos fumadores (47). A bronquite crónica, asma e enfisema podem ser determinadas ou exacerbadas pelo tabagismo.

Em Portugal estima-se que o consumo de tabaco terá sido responsável em 1995 pela morte de cerca de 1900 fumadores (1700 homens e 200 mulheres) devido a doenças cardiovasculares e de 1500 fumadores (1400 homens e 100 mulheres) devido a doenças respiratórias (43).

Nos países desenvolvidos, verifica-se um aumento na prevalência de fumadores no sexo feminino e embora nos homens se verifique um ligeiro declínio, tal facto acarreta implicações em ambos os sexos, devido às consequências nefastas na função reprodutiva,

condicionando efeitos nas mulheres fumadoras e na geração seguinte. O tabaco tem efeitos nefastos na gravidez, alterando a função ovárica, uterina e placentária (49). Fumar aumenta o risco de infertilidade e a dificuldade em engravidar e dificulta as tentativas de fertilização assistida (47). O consumo de tabaco durante a gravidez, constitui um grave risco, para a mãe e para o feto, parecendo estar associado a aborto espontâneo, a gravidez ectópica, a morte fetal *in utero*, a parto pré-termo, a atraso de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascimento (49). O risco de mortalidade perinatal e de morte súbita do lactente é mais elevado nos filhos de grávidas e mães fumadoras. Estima-se que cerca de 25% de todos os casos de morte súbita do lactente, sejam atribuídos ao tabagismo passivo (50). As mulheres que deixam de fumar antes ou durante a gravidez, reduzem os riscos associados ao consumo de tabaco (47,48).

O consumo de tabaco parece provocar, disfunção erétil, uma diminuição da qualidade e quantidade do esperma, sendo menor a resposta a tratamentos de fertilidade (47, 51). Se o período de tabagismo for superior a 20 anos, a impotência sexual poderá ser irreversível (52).

O consumo de tabaco está associado ao aumento do risco de diversas doenças do aparelho gastrointestinal, tais como: cancro do esófago, do estômago, do pâncreas, do fígado e do cólon, refluxo gastro-esofágico, úlcera péptica gástrica e duodenal, e doença de Chron (47, 53).

Vários estudos revelam que as prevalências de consumo de tabaco são mais elevadas em pessoas com problemas de saúde mental e em doentes psiquiátricos institucionalizados, relativamente à população em geral (54). Algumas patologias do foro psiquiátrico, nomeadamente a esquizofrenia e a depressão, têm vindo a ser associadas ao consumo de tabaco, pressupondo-se que o seu uso seja uma tentativa de auto-medicação. A associação entre consumo de tabaco e depressão é bem conhecida, tendo cerca de 60% dos fumadores de ambos os sexos, história de depressão clínica. A depressão parece estar fortemente associada a níveis de consumo elevados, tendo sido demonstrado que entre os fumadores que apresentavam depressão, 19,2% apresentavam dependência de nicotina média, 39,0% apresentavam dependência moderada e apenas 10,1% não eram dependentes de nicotina (55). Foi demonstrado ainda, que dos fumadores que se encontravam em programas de cessação tabágica, 61% tinham antecedentes de depressão, tendo destes, apenas 33% deixado de fumar. Dos fumadores que não tinham antecedentes de depressão, 57% mantiveram-se abstinentes no consumo de tabaco (55). Estes resultados têm sido obtidos em vários programas de cessação tabágica, verificando-se valores de abstinência no consumo de tabaco nos

fumadores que não têm uma história prévia de depressão, em aproximadamente o dobro, relativamente aos fumadores que apresentam antecedentes de depressão. A associação entre depressão e consumo de tabaco, poderá ser explicada pela existência de comorbilidade ou de factores genéticos e ambientais comuns que, de forma independente, poderão aumentar o risco de depressão (54,56,57). A avaliação do consumo de tabaco em doentes com perturbações da saúde mental é de grande importância, não só pela sua elevada prevalência nestes doentes e possíveis associações etiológicas, mas também pela sua interferência no sucesso terapêutico (37).

Os malefícios do tabaco acarreta consequências nefastas não só para o fumador, como também para os não fumadores, expostos à poluição tabágica ambiental (PTA), também designado por fumo passivo. Esta PTA tem origem nas três correntes de fumo produzidas pelo fumador no acto de fumar: a corrente primária, correspondente ao fumo aspirado pelo fumador, a corrente secundária, correspondente ao fumo despreendido pela extremidade acesa do cigarro; a corrente terciária, associada ao fumo rejeitado pelo fumador (58). Em locais com pouca ventilação, os níveis de poluição causados pelos fumadores são muito elevados. Muitas das substâncias que constituem o fumo ambiental do tabaco, estão em maior concentração neste, do que no fumo aspirado pelo fumador, o que torna o fumo ambiental potencialmente mais nocivo à saúde (59). A exposição à PTA, pode irritar as membranas mucosas dos olhos e do tracto respiratório superior e provocar resposta inflamatória (60), aceleração do pulso, aumento da pressão arterial (58), cefaleias, tonturas, faringite, tosse, rinite (59) e outros problemas respiratórios nos não fumadores, tais como expectoração e redução da função pulmonar. Para além de um grande incómodo, a exposição contínua à PTA, representa um risco para a saúde e pode originar processos patológicos severos. Está demonstrada uma associação entre a PTA e a patologia cardiovascular e pulmonar (61).

As crianças expostas à PTA apresentam mais tosse e constipações, estando mais sujeitas a otites recidivantes, sinusites e infecções das vias respiratórias superiores (rinites, laringites) e inferiores (bronquite, pneumonias). Podem também apresentar perturbações no desenvolvimento normal do aparelho respiratório e um ligeiro atraso no desenvolvimento físico (62). As crianças expostas a fumo passivo parecem ter, por exemplo, um risco substancialmente superior de desenvolver asma e se já apresentam esta patologia, o fumo ambiental pode aumentar a frequência das crises de asma, bem como a gravidade da mesma (63).

O risco do consumo de tabaco sobre o indivíduo, depende pois das seguintes características: duração do consumo/exposição; intensidade do consumo diário; tipo de

exposição (activa, passiva, inalação); susceptibilidade genética; exposição ambiental e ocupacional; uso de medicação; doenças e factores de risco coexistentes.

Aos gastos com a saúde motivadas por estas doenças e mortalidade, há que juntar os elevados custos sócio-económicos derivados do absentismo laboral, das incapacidades permanentes, da redução da esperança de vida, que superam amplamente os benefícios teóricos provenientes do cultivo e comercialização do tabaco.

4- PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

A prevenção e controlo do tabagismo requerem uma abordagem compreensiva e integrada, que se centre em medidas globais e diversificadas em diferentes domínios, perspectivadas em função do produto em si, das pessoas (consumidores e não consumidores) e do meio sócio-económico-cultural em presença. Importa, portanto, juntar num mesmo debate, entidades estatais, organizações não governamentais, meios de comunicação social e sociedade civil, de modo a ser criado um clima social favorável às medidas que visem controlar e restringir este importante factor de risco (64).

Dada a multiplicidade e factores implicados na génese do tabagismo, a abordagem da sua prevenção e controlo, requer a combinação integrada de várias estratégias, dirigidas para a criação de medidas de enquadramento político, de medidas legais e regulamentares, a protecção da exposição ao fumo ambiental, a promoção da educação para a saúde, a criação de ambientes sócio-culturais favoráveis à adopção de estilos de vida saudáveis, a prevenção do início do consumo de tabaco e a promoção da cessação tabágica. Embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva continuar a merecer um forte investimento, em particular no contexto dos programas e das iniciativas de promoção da saúde familiar, da saúde materna, infantil e juvenil, e em meio escolar, há necessidade de pôr em prática e de reforçar as estratégias de apoio aos fumadores que desejem deixar de fumar, em simultâneo com a implementação de medidas que visem a criação de ambientes livres de fumo do tabaco e que facilitem a adopção de estilos de vida promotores de saúde (64).

4.1- CESSAÇÃO TABÁGICA

A curto e médio prazos, a cessação tabágica constituirá o principal determinante na redução da morbilidade e da mortalidade devido ao consumo de tabaco. Já, com a

prevenção primária, ainda que eficaz, será necessário várias décadas, para que os efeitos sobre a mortalidade se comecem a fazer sentir (65). Assim, na XX Conferência Mundial sobre Tabaco e Saúde foi dada maior ênfase à cessação tabágica, que à prevenção primária e à acção política, que historicamente eram os pontos a que se dedicava mais atenção (66).

Com esta mesma orientação a OMS publicou em 1999, a sua declaração sobre o tratamento da dependência tabágica em que, reconhecendo a elevada prevalência e mortalidade do tabagismo, a dependência provocada pelo tabaco e a eficácia e benefícios dos métodos de cessação tabágica, a OMS recomenda a implementação do tratamento da dependência tabágica (36). Para tal a OMS propõe que os governos e os serviços de saúde façam deste tratamento uma prioridade em saúde pública, que o disponibilizem aos fumadores, integrando-os nos serviços de saúde existentes, financiando um tratamento eficaz, que motive os fumadores e que invista no desenvolvimento de novos tratamentos. Os tratamentos de cessação tabágica apresentam uma boa relação custo-efectividade, quando comparados com intervenções clínicas rotineiras, como o tratamento da hipertensão arterial e outras intervenções preventivas (67).

A cessação tabágica tem como consequência uma melhoria do estado de saúde, promovendo benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco. A evidência recolhida ao longo dos anos, através do acompanhamento de algumas coortes de adultos em Inglaterra, revelou que os fumadores apresentavam uma diminuição da esperança de vida em 10 anos (19) e que podem ser recuperados se o fumador deixar de fumar. Embora parar de fumar tenha benefícios em qualquer idade, quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica, maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida (42). Os benefícios da cessação tabágica são substanciais, desde a melhoria nos sintomas respiratórios e qualidade de vida, ao aumento de anos de vida. O declínio no risco de morte começa pouco tempo após parar de fumar e continua durante 10 a 15 anos, altura em que a taxa de mortalidade de todas as causas volta quase à das pessoas que nunca fumaram. A cessação tabágica contribui também, para redução da morbilidade e da mortalidade nas situações de doença arterial periférica, úlcera péptica, cancro do colo do útero e DPOC (68). Quando comparados indivíduos com consumo regular de tabaco, com indivíduos não fumadores, o consumo de tabaco surge associado a baixas taxas de desempenho físico, percepção geral de saúde e da vitalidade baixa e presença de dor, que pode por vezes interferir no desempenho laboral (28).

4.1.1- Processo de mudança comportamental

O processo de mudança, relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde, tem sido explicada por vários modelos teóricos. A maioria destes modelos tem em conta diversos tipos de variáveis, tais como, a percepção da vulnerabilidade ao problema, a sua gravidade, os obstáculos, os benefícios inerentes à mudança e a percepção da auto-eficácia para a mudança. Se a pessoa não estiver de forma voluntária, convencida de que é capaz de mudar, não terá motivação suficiente para dar início ao processo, a menos que existam pressões exteriores muito fortes (45).

Para o estudo do processo de mudança comportamental relativamente ao tabaco, tem vindo a ser adoptado um modelo transteórico, proposto por Prochaska e DiClemente, que ajuda a sistematizar as intervenções em função do estágio de mudança (69). Embora o processo de mudança, com frequência, não evolua de acordo com este modelo, a classificação do fumador num destes estádios permite avaliar se está motivado ou não deixar de fumar, permitindo assim adaptar o tipo de intervenção à fase de mudança (70).

A motivação para deixar de fumar, difere de fumador para fumador, e para avaliar este constructo, Prochaska e DiClemente (69), consideram a existência de 5 fases de mudança comportamental (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Acção e Manutenção), fundamentais no processo de cessação tabágica e às quais se poderá seguir uma recaída ou a abstinência definitiva (69). Genericamente, os estádios de mudança podem ser conceptualizados da seguinte forma:

- Pré-contemplação: O fumador neste estágio, não se preocupa com o seu comportamento e não tem a intenção de deixar de fumar, adoptando muitas das vezes uma postura defensiva, como evitar todo o tipo de informação. Os motivos apontados pelos fumadores para este comportamento, são a desmotivação para fazer qualquer alteração do seu comportamento e, em alguns casos, os fumadores podem não estar verdadeiramente conscientes dos riscos associados ao consumo (69). O fumador pode permanecer vários anos neste estágio, sendo o aconselhamento intensivo importante para a progressão para o estágio seguinte (70).

- Contemplação: O fumador neste estágio, preocupa-se com o seu comportamento, mas encontra-se numa postura ambivalente em relação a deixar de fumar. As razões para permanecer neste estágio prendem-se sobretudo com as dificuldades de auto-controlo e as dúvidas acerca dos ganhos que podem obter com a mudança (71). Geralmente são indivíduos que já tentaram deixar de fumar em outras ocasiões, mas que recaíram e que

em cada tentativa sofreram uma acumulação de dificuldades psíquicas e físicas, só planeando uma nova tentativa nos próximos 6 meses (72).

- Preparação: O fumador neste estágio tenciona modificar o seu comportamento a curto prazo (1 mês) e já fez tentativas anteriores para deixar de fumar durante o último ano (mais de 24 horas sem fumar). Encontram-se neste estágio 10% a 20% dos fumadores (71).

- Acção: O fumador conseguiu deixar de fumar e permanece sem fumar durante os 6 meses seguintes, sem recaídas (69).

- Manutenção: O indivíduo deixou de fumar há mais de 6 meses e mantém esse comportamento por um período até 5 anos (69).

Após a fase de acção ou de manutenção, o indivíduo poderá retomar o consumo de tabaco, podendo reiniciar o ciclo de mudança em qualquer dos estádios anteriores. Cada indivíduo pode recair várias vezes antes de conseguir deixar de fumar de forma definitiva (73). De salientar que não existe um consenso na literatura acerca do conceito de recaída. Para a maioria dos autores, recaída corresponde ao momento em que o indivíduo retoma o comportamento (volta a fumar) e o estilo de vida anterior, depois de um período inicial de abstinência. Uma recaída, não deverá ser confundida, com um lapso, que corresponde à manifestação de um comportamento anterior, num contexto concreto e específico, por uma perda de controlo do comportamento (fuma um ou dois cigarros numa situação pontual), não abandonando o indivíduo a fase de acção (74).

As razões para deixar de fumar podem ser intrínsecas ou extrínsecas ao indivíduo. Nos factores intrínsecos encontram-se por exemplo, os benefícios para a saúde, que englobam a qualidade de vida, a estética e as razões económicas. Nos factores extrínsecos ao indivíduo destacam-se a indicação médica e as pressões familiares, profissionais e sociais, entre outros. Existe uma forte ligação entre os factores intrínsecos e extrínsecos no processo deixar de fumar (75).

Na Europa, um estudo realizado em 17 países, demonstrou que a maioria dos fumadores quer deixar de fumar, independentemente do grau de dependência de nicotina e que a maioria já tentou pelo menos uma vez. Relativamente à data em que os fumadores tencionam deixar de fumar, apenas 20% o tencionam fazer no prazo de 1 mês (71). Em Portugal menos de metade dos fumadores (42% homens e 48% mulheres) quer deixar de fumar, existindo diferenças significativas entre os dois sexos. Nos homens, quanto mais dependentes, mais querem deixar de fumar; já nas mulheres, quanto mais dependentes, menos querem deixar de fumar. Infelizmente, também em Portugal só uma minoria de fumadores (17% a 40%), foram aconselhados pelo médico a deixar de fumar

e foram ainda menos (6% a 16%) aqueles que obtiveram um apoio formal (76).

4.1.2- Intervenção dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde deverão promover estilos de vida saudáveis e prestar cuidados preventivos/curativos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam, em particular no que se refere à prevenção e ao tratamento do tabagismo.

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

Existe uma multiplicidade de tratamentos efectivos para o tabagismo que permitem aumentar as taxas de abstinência a longo prazo, sendo alguns mais apropriados para serem usados a nível dos cuidados de saúde primários. A relação custo-eficácia dos vários tratamentos pode ser variável e a sua utilização e impacto pode ser melhorada através de políticas de saúde efectivas (67). Existe relação entre níveis superiores de intervenção no controlo do tabagismo, maiores aptidões e treino formal e colaboração dos profissionais e complexidade dos pacientes (77, 78).

A revisão da literatura, aponta para a existência de dois tipos de intervenções clínicas para a cessação tabágica: a intervenção breve e a intervenção de apoio intensivo.

Intervenção Breve:

A intervenção breve pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, sendo de especial importância a nível dos cuidados de saúde primários, uma vez que se presta cuidados de saúde a um elevado número de indivíduos, num curto espaço de tempo (79). Esta visa ajudar o fumador a deixar de fumar, assentando numa abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para deixar de fumar, bem como as estratégias que poderão ser adoptadas para uma mudança de comportamento (67). Este tipo de intervenção prevê o cumprimento de cinco passos, correspondendo à mnemónica dos "5 A's": Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar.

- Abordar: Consiste em identificar sistematicamente os pacientes fumadores e caracterizá-los. A informação recolhida deve ser anotada em espaço próprio no processo clínico (80).

- Aconselhar: Perante todo o tipo de paciente fumador e independentemente da fase de motivação em que se encontre, é imperioso que o profissional de saúde aconselhe o paciente a deixar de fumar. O conselho deve ser dado personalizadasmente, com informação clara, firme, correcta e sempre que possível relacionada com os seus problemas de saúde, não devendo o paciente sentir que está a ser julgado e culpabilizado. É desejável entregar um folheto com informação prática sobre o processo de cessação tabágica, com algumas estratégias para ultrapassar problemas e informação sobre os ganhos a obter (80). Perante um fumador que quer deixar de fumar, deve prosseguir-se a abordagem na mesma consulta ou num novo contacto, avançando para os três passos restantes.

- Avaliar: Neste passo deve-se avaliar a dependência de nicotina do fumador, a sua motivação em deixar de fumar e o espaço de tempo em que está disponível a fazê-lo. Isto possibilita perceber a motivação da pessoa e se esta está capaz de se comprometer consigo própria e com o profissional de saúde a iniciar um processo de cessação tabágica supervisionado, ou se a pessoa ainda se encontra em fase de contemplação, devendo neste caso efectuar-se uma intervenção motivacional (80).

- Ajudar: Quando o paciente está motivado a deixar de fumar, é fundamental marcar uma data significativa para deixar de fumar – o Dia D (primeiras 24H de total abstinência de consumo de tabaco) e se indicado prescrever terapêutica farmacológica, adequada a cada caso. É fundamental fornecer informação sobre algumas estratégias para ultrapassar potenciais problemas, tais como, ansiedade, ganho ponderal e síndrome de privação (80).

- Acompanhar: Mostrar disponibilidade é muito importante, pois o êxito ou o fracasso vai depender da resolução eficiente dos problemas que surgirem nas primeiras semanas após o Dia D. Deverá marcar-se desde logo uma ou duas consultas de base semanal para reforços posteriores, para dar os parabéns e avaliar o uso da farmacoterapia e posteriormente programar outras consultas de seguimento, em função das necessidades. Se necessário considerar intervenção intensiva (77).

Se o fumador se mostrar pouco motivado ou receptivo à ideia de deixar de fumar, o profissional de saúde pode tentar reforçar a motivação, mediante uma abordagem estruturada em função da mnemónica dos "5 R's" (67, 81).

- Relevância dos benefícios: Encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família, fazendo uma lista.

- Riscos em continuar: Pedir ao fumador que identifique e faça uma lista das potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo.

- Recompensas: Solicitar ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando e esclarecendo aqueles que parecem mais relevantes para o utente.
- Resistências: Pedir ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de cessar o consumo, como por exemplo, o medo de falhar, o aumento de peso e o receio dos sintomas de privação. Identificar estratégias para a resolução desses mesmos problemas.
- Repetição: A intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento aos momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave, ou uma de gravidez. Os fumadores que falharam em tentativas prévias de abandono, devem ser informados de que muitas pessoas fazem tentativas repetidas até conseguirem o êxito.

O impacto individual da intervenção breve, é aparentemente modesto, mas a sua generalização tem uma repercussão importante em termos de saúde pública. Resultados de estudos revelam que com esta intervenção é possível que 2 a 5% dos fumadores deixem de consumir tabaco (82). Este sucesso aumentará se a intervenção breve for efectuada pela globalidade dos profissionais de saúde, independentemente do seu estatuto profissional, a sua especialidade e a sua condição de exercício. Contudo, este desafio muitas vezes não é encarado pela generalidade dos profissionais de saúde, pela sua falta de informação/formação acerca das metodologias actualmente disponíveis para a cessação tabágica e sobre efectividade da sua aplicação.

Em 2000, inquiriu-se por questionário postal uma amostra representativa de médicos de família portugueses sobre tabagismo. Relativamente ao treino em cessação tabágica, 85% não teve qualquer treino formal e 95% deseja formação e materiais informativos para dar aos pacientes. Só 53% se sente preparado a ajudar e apenas 39% está à vontade a discutir cientificamente o tema “tabaco ou saúde”. Tendo em conta que 93% dos inquiridos concorda que a cessação tabágica faz parte da sua actividade profissional, urge organizar acções de formação e treino generalizadas para os médicos de família portugueses (83).

Intervenção de apoio intensivo:

Os pacientes devem ser referenciados para a CAICT, quando fumadores que se encontrem motivados, não tenham cessado o consumo após a intervenção clínica breve ou em fumadores que apresentem um dependência elevada de nicotina, associada a determinados critérios clínicos. Consideram-se critérios de triagem de fumadores, segundo a sua motivação e dependência, os seguintes:

- Fumador em fase de preparação/acção;
- Fumador que fume o primeiro cigarro nos primeiros trinta minutos após acordar;
- Fumador que consuma vinte ou mais cigarros por dia;
- Fumador com tentativa prévia, ainda que com tratamento farmacológico adequado, não conseguiu manter-se sem fumar e registou síndrome de privação intensa;

Devem também ser referenciados para uma consulta de apoio intensivo, todos os fumadores que apresentem determinadas patologias ou obedeçam a certos critérios clínicos:

- Fumadores com patologias relacionadas como tabaco, em particular DPOC e tumor do pulmão;
- Fumadores com cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas;
- Fumadores com outros comportamentos adictivos (álcool, drogas ilícitas, cafeísmo, jogo compulsivo, etc.);
- Fumadoras grávidas ou em período de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondam a abordagens do tipo intervenção breve (77, 81).

A intervenção clínica intensiva deverá ser efectuada por profissionais de saúde com formação específica a nível da cessação tabágica e que possuam recursos adequados para este tipo de intervenção. Consiste num programa mais formal e estruturado de apoio intensivo ao fumador, que inclui um conjunto de abordagens de natureza comportamental e farmacológica, assentes numa compreensão global do indivíduo, do seu contexto pessoal, familiar e profissional, bem como das motivações e barreiras sentidas no processo de mudança (67, 79, 77). É fundamental a definição de linhas de actuação, sobre determinados aspectos relacionados com este tipo de intervenção (tempo e frequência da consulta, duração do tempo de seguimento), a formação adequada dos profissionais, a padronização de consultas e a sua implementação generalizada nos serviços de saúde.

Existe uma relação forte entre a intensidade do tratamento e a sua efectividade. Tratamentos que envolvam contactos entre pessoas são efectivos e a sua eficácia aumenta com a intensidade do tratamento. Numa meta-análise de 56 estudos, foram encontradas taxas de cessação tabágica de 10,7% em indivíduos que receberam intervenções com duração inferior a 3 minutos, de 12,1% para os que receberam intervenções entre 3 e 10 minutos e de 18,7% para aqueles que receberam intervenções com duração superior a 10 minutos (67, 6). Revelam-se ainda mais eficazes tratamentos

que incluam mais de 8 sessões, do que os inferiores a quatro sessões, pelo que devem ser preconizados com este número (84).

Encontram-se publicados diversos protocolos de intervenção e seguimento de utentes em CAICT (65, 73, 81, 84, 85), apresentam alguns pontos-chave comuns. O programa de consultas, fase, calendário e conteúdo constituem um *continuum* de um processo, tendo cada programa que ser flexível, de forma a se adaptar às condições logísticas locais.

O Ministério da Saúde Português enfatiza, que a existência de quatro ou mais sessões, parece ser especialmente efectivo e aumentar as taxas de abstinência (65). A Direcção Geral de Saúde (DGS), propõe um programa de cessação tabágica, com base num modelo de mudança comportamental, estruturado em quatro a seis consultas médicas, com apoio do enfermeiro, e em três a quatro contactos telefónicos a realizar pelo enfermeiro ou pelo médico (81).

A primeira consulta é habitualmente mais demorada do que as consultas seguintes, sendo decisiva para a continuidade de todo o processo. Na primeira consulta devem realizar-se várias tarefas que permitam avaliar clinicamente o fumador e a sua história tabágica. É fundamental avaliar a sua motivação para deixar de fumar, identificando-se o estágio de mudança comportamental em que este se encontra, de forma a se poder decidir se este está ou não apto para deixar de fumar. Se o fumador não estiver apto a deixar de fumar, devem ser usadas estratégias motivacionais, podendo ser marcada uma nova consulta ou referenciar-se para o psicólogo.

A avaliação da dependência é especialmente importante nos fumadores que querem parar de fumar, já que influencia o tipo de intervenção e o seu sucesso. O teste de Fagerström (método quantitativo), constitui o método mais usado para avaliar a dependência de nicotina e revelou valor prognóstico de sucesso na cessação tabágica. Quanto mais elevado o *score*, maior será o nível de dependência (0 corresponde a dependência baixa e 10 a dependência elevada). Das seis perguntas efectuadas, o número de cigarros fumados por dia e o tempo de demora do primeiro cigarro após acordar de manhã, parecem ser os indicadores de dependência mais importantes. De facto, está validado que estas duas questões têm resultados semelhantes ao Teste de Fagerström, constituindo o teste breve de dependência de nicotina (86, 87). A concentração de monóxido de carbono no ar expirado, também constitui uma medida de consumo de tabaco, que permite fornecer informação de imediato. A curta semi-vida do monóxido de carbono, permite apenas quantificar o tabagismo das últimas 4 a 6 horas que precederam o exame.

Reconhece-se que as taxas de cessação tabágica são superiores em fumadores menos dependentes da nicotina (88, 89), sendo o processo de cessação tabágica mais fácil do que nos mais dependentes (90). Num estudo realizado em Portugal por Rosas M, verificou-se uma média de 6,1 pontos ou seja 60% tem mais de 5 pontos, fumando cerca de 45% o seu primeiro cigarro em menos de 5 minutos depois de se levantar e 27% fuma mais de 30 cigarros em média por dia. No teste de Fagerström, verificou-se que os indivíduos mais dependentes se mantêm a fumar aos 12 meses (60,2%), em relação aos indivíduos menos dependentes (41,9%). Quanto à motivação para a mudança comportamental, segundo o modelo de Prochaska e DiClemente, 28,8% encontram-se na fase de pré-contemplação, 51% na fase de contemplação e 20,2% na fase de preparação (8). Outro estudo nacional, que avaliou utentes seguidos na consulta de cessação tabágica, a nível dos cuidados de saúde primários, demonstrou que destes, 17% apresentava baixa dependência e nicotina, 55% dependência moderada e 28% dependência elevada. Os fumadores do sexo masculino apresentavam dependência de nicotina superior à do sexo feminino, sendo esta diferença estatisticamente significativa (9). A avaliação da existência de tentativas prévias de abandono, é também de enorme importância, pois pode ser um indicador importante da dependência de nicotina; a análise dos motivos de recaída pode ser de grande importância para uma programação terapêutica, com maiores possibilidades de êxito. O profissional de saúde, deverá apresentar e acordar o programa personalizado de tratamento com o utente e discutir a proposta terapêutica, procedendo à prescrição farmacológica quando necessária. Na primeira consulta, deverá avaliar-se também o tipo de apoio social e familiar de que dispõe e o tipo de apoio de que necessita por parte da equipa de saúde. Devem ainda, ser recolhidos alguns dados gerais, tais como a profissão, a situação profissional actual, o nível de formação, os hábitos alimentares, o consumo de álcool, hábitos de actividade física, bem como o índice de massa corporal. Se existir obesidade ou excesso de peso, ou grande preocupação com este assunto, é de considerar o encaminhamento para um nutricionista. A co-morbilidade relacionada com o fumo do tabaco ou a existência de outras doenças prévias e terapia farmacológica, deve ser também avaliada, devendo ser usada para incentivar a cessação e para uma boa adequação terapêutica, visto poderem constituir contra-indicação para alguns medicamentos ou ser indiciadoras de dificuldade acrescida de deixar de fumar (81).

Se o fumador estiver preparado para deixar de fumar e se não houver necessidade de outra consulta antes do dia D, este é estabelecido na primeira consulta. Caso contrário, é apenas numa segunda consulta, que é feita a marcação do dia D, onde se

reavaliam alguns aspectos abordados na primeira consulta. Pode haver necessidade de uma terceira consulta ou de efectuar a referenciação para outro(s) elemento(s) da equipa antes da marcação do dia D. No dia D ou o mais próximo possível dessa data, deverá efectuar-se um contacto telefónico, pelo médico ou enfermeiro, para confirmar a cessação tabágica e felicitar o paciente por ter deixado de fumar.

A programação de consultas e contactos telefónicos seguintes, deverá ter em conta as necessidades sentidas pelo utente e as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde, centrando-se na prevenção de recaídas. Nas consultas subsequentes, além do peso e da pressão arterial, devem ser averiguados os sintomas de abstinência e os efeitos secundários dos medicamentos. O doseamento do monóxido de carbono no ar expirado tem interesse não só para confirmar o cumprimento da cessação tabágica, mas também para motivar o utente a manter a abstinência (81).

Prevenção de recaídas:

Durante o processo de cessação tabágica, tem que se ter especial atenção á prevenção das recaídas, dada a grande frequência de recaídas, especialmente nos primeiros 6 meses. Num estudo nacional, verificou-se uma maior percentagem de recaídas, entre os 3 e os 6 meses que foi de 5,7% e 10,1%, respectivamente (8). Por outro lado, o pico de abandono da consulta de cessação tabágica, ocorre aos 3 meses (14,9%), com ligeiro declínio aos 6 meses (10%). Os motivos mais frequentes estão relacionados com a falta de motivação para a mudança comportamental, a existência de co-morbilidade psiquiátrica e a dificuldade de frequentar as consultas por razões laborais. Outro estudo nacional, revela que após 12 meses de seguimento de utentes em consulta de cessação tabágica, 24% mantiveram-se abstinentes, 49% recaíram, continuando a fumar e em relação a 27% não foi possível obter informação (9).

Entre os factores mais prováveis para as recaídas destacam-se o "*craving*" (desejo intenso de fumar) e os efeitos da síndrome de abstinência (91). Os estados emocionais são responsáveis por 37% das recaídas e os conflitos interpessoais induzem por 15% (74). A maioria das recaídas está pois associada ao "afecto negativo", sendo a pressão social, que inclui a pressão indirecta dos outros para fumar, responsável por um terço adicional das recaídas. A presença de co-morbilidade, em particular de depressão, pode ajudar a explicar cerca de 25% das recaídas (92). O sentimento de autoconfiança excessiva quanto ao controlo do seu comportamento, pode também levar o indivíduo a

experimentar de novo fumar um cigarro. As recaídas são pois fruto da interacção entre factores individuais, fisiológicos, situacionais e sócio-culturais.

As recaídas podem ser enfrentadas através do uso de estratégias básicas (evitar situações de risco, distração, adiamento), estratégias cognitivas (imaginação, reestruturação cognitiva) e estratégias comportamentais (relaxamento, actividade física, comportamento alternativo). Os profissionais de saúde devem efectuar visitas/telefonemas pró-activos precoces e consultas de seguimento. Uma revisão sistemática realizada por Stead e colaboradores (93), verificou-se benefício na adição do apoio telefónico à farmacoterapia. É importante apoiar os indivíduos ao logo deste processo, lembrar benefícios e apoiar na resolução de problemas que poderão surgir, tais como, aumento de peso, consumo de álcool, depressão e existência de outros fumadores na rede social, no trabalho e em casa (65). É importante que a pessoa mantenha a força de vontade e resista à tentação de fumar "só um cigarro", pois é assim que se pode recomeçar. O aumento de peso, constitui de facto um problema que pode dificultar a manutenção da abstinência, pelo que não deve ser negligenciado, em especial nas mulheres. A fim de combater este problema, os fumadores devem ser aconselhados a fazer uma alimentação saudável e a aumentar a actividade física diária (94, 95). Uma revisão sistemática, realizado por Ussher M, mostrou evidência de que o exercício físico constitui uma mais valia para a cessação tabágica, essencialmente a logo prazo (96). Nas situações mais graves, em que se prevê que o aumento de peso possa constituir um problema, deve equacionar-se o encaminhamento para o nutricionista. Para muitas mulheres um pequeno ganho de peso com a cessação tabágica pode significar um preço alto a pagar em termos de auto-imagem (97). Cerca de 80% dos ex-fumadores aumenta de peso e vários estudos mostraram que o aumento médio de peso um ano depois de deixar de fumar foi cerca de 2,5 Kg, o que poderá estar relacionado com uma maior ingestão calórica, redução da actividade física e alteração do metabolismo, que deverá ser controlado. Contudo, as pessoas devem ser informadas que os benefícios em deixar de fumar ultrapassam de longe os riscos decorrentes do aumento de peso.

A identificação de fontes de apoio e o suporte social é também de enorme importância, para que os sujeitos solicitem apoio à família, amigos e colegas de trabalho, obtendo encorajamento e ajuda para os momentos de dúvida. O abandono é também mais difícil se em casa existirem outros fumadores, pelo que se aconselha a que deixem de fumar em simultâneo, ou, pelo menos, não fumem perto dele (77). Devem procurar evitar as situações em que mais lhe apeteça fumar, como cafés, bares, restaurantes e companhia de fumadores.

A experiência de ex-fumadores poderá também ser importante ao longo do processo de cessação tabágica. De facto, as medidas de apoio aos indivíduos no processo de cessação tabágica incluem, para além da terapia farmacológica e cognitivo-comportamental, outros meios de apoio, como grupos de entreaajuda, linhas telefónicas, vídeos, CD Roms e sítios na Internet.

Investigações recentes apontam no sentido de que a manutenção de uma abstenção prolongada no tempo (98, 99), parece ser mais difícil que uma abstenção a curto prazo (inferior a 6 meses). Independentemente do tipo de programa ou das intervenções utilizadas, as taxas de recaída são de cerca de 70 a 80%, e podem ocorrer 6 a 12 meses após a cessação tabágica (98), ou até, como já foi demonstrado, até 3 anos após cessação tabágica (99).

A prevenção da recaída refere-se pois, a uma ampla faixa de estratégias que visam evitar a recaída, sendo o foco principal a manutenção do processo de mudança. A sua finalidade consiste em prevenir a ocorrência de lapsos após o início de um programa de mudança de um comportamento e evitar que qualquer lapso chegue ao ponto de recaída (74). A recaída, deve ser vista como um processo de aprendizagem e, como tal, os profissionais de saúde devem ajudar o fumador a restabelecer os níveis de auto-confiança e reforçar a motivação para o processo, evitando o abandono e encontrando novas oportunidades para a mudança comportamental.

O aconselhamento e a abordagem motivacional, assumem particular importância no processo de apoio à cessação tabágica e na prevenção de recaídas. Para ajudar o fumador a deixar de fumar e a manter a abstinência, é fundamental, por um lado, compreender os factores que conduziram à iniciação e manutenção do consumo, o perfil de fumador, o grau de dependência, os factores para querer deixar de consumir e, por outro, ser capaz de adequar o aconselhamento ao estágio de mudança em que o fumador se encontra, no sentido de o motivar a progredir, de o ajudar a resolver a ambivalência, de o apoiar no processo de decisão, de o felicitar pelo sucesso alcançado e de o ajudar a não recair (66, 100). A forma como os profissionais de saúde comunicam com os pacientes em processo de mudança comportamental, pode constituir um factor decisivo para o sucesso. Rollnick e Miller salientam que, a entrevista motivacional é uma forma de aconselhamento directivo, centrada na pessoa, visando aumentar a consciência do problema e estimular uma alteração comportamental, através de mecanismos de exploração e resolução da ambivalência, de superação de obstáculos e do reforço do grau de prontidão para a mudança. Numa abordagem motivacional, o profissional de saúde deve ser capaz de estabelecer uma relação de empatia com o fumador, de modo a evitar

o confronto e a reforçar a auto-eficácia, condição essencial para que o processo de mudança seja bem-sucedido (101).

Está demonstrado que a eficácia da intervenção intensiva é maior quando apoiada por vários profissionais que recorrem ao uso simultâneo de terapia cognitivo-comportamental e terapia farmacológica (6, 102, 103).

Terapia farmacológica:

Actualmente a maioria das intervenções para a cessação tabágica, incluem uma abordagem multidisciplinar, na qual uma componente farmacológica é introduzida, sustentando assim o poder aditivo da nicotina e a necessidade da sua substituição, no intuito de aliviar os sintomas de abstinência.

A farmacoterapia poderá ser aplicada em todos os utentes, excepto em circunstâncias especiais em que se deve ter em consideração as contra-indicações relacionadas com doenças, em utentes que fumam menos de 10 cigarros por dia, em fumadores adolescentes e em mulheres grávidas ou a amamentar (65, 68, 104). Num estudo realizado em Portugal, por Rebelo L, a 40% do total de utentes da consulta de cessação tabágica, foi prescrita terapêutica farmacológica (9). Se não houver contra-indicações, a terapêutica farmacológica permite obter melhores resultados na cessação tabágica, pelo que a prescrição médica deve ser acompanhada de informação e conselhos sobre a utilização destes produtos. Os médicos deverão entre as várias opções farmacológicas, seleccionar o que prescrever e monitoriza-las correctamente, para se conseguir bons resultados nas estratégias para a cessação tabágica (105). Na decisão da prescrição de terapêutica deve ter-se em conta a motivação do fumador para a cessação tabágica, a eventual adesão à terapêutica, o uso prévio de fármacos, as contra-indicações, a potencial ocorrência de efeitos adversos, a opção do fumador, a experiência do prescritor e o grau de dependência do utente. Geralmente os fumadores mais dependentes, precisam de doses mais elevadas de substituição de nicotina, de uma terapêutica mais prolongada e, eventualmente, de associação terapêutica de mais de um fármaco, a qual poderá ter efeitos aditivos benéficos (106). Deverão ser fornecidas instruções escritas sobre o uso adequado da opção seleccionada; a dose e a duração terapêutica deverá ser individualizada e deverão ser marcadas consultas e/ou contactos telefónicos frequentes para monitorizar a resposta do utente e ajustar a dose e a duração da terapêutica (105).

Os fármacos actualmente recomendados na cessação tabágica podem classificar-se como de primeira e segunda linha, consoante apresentem maior ou menor eficácia e

mais ou menos efeitos secundários. De primeira linha consideram-se a terapêutica de substituição de nicotina (TSN), nas suas diferentes formulações farmacêuticas, e a bupropiona (Zyban ®) e a vareniclina (Champix ®). São considerados fármacos de segunda linha a nortriptilina e a clonidina (65, 68).

A terapêutica de substituição de nicotina (TSN) está disponível em gomas de mascar, pastilhas de chupar, sistemas transdérmicos, *spray* nasal, inalador bucal e comprimidos sublinguais (65, 107). Pelos seus vários modos de administração, têm farmacocinéticas diferentes. Em Portugal estão disponíveis as gomas de mascar, as pastilhas de chupar e os sistemas transdérmicos. Todas as modalidades da TSN comercialmente disponíveis apresentam eficácia semelhante no processo de cessação tabágica, chegando a duplicar as taxas de abandono, sendo mais eficazes quando existe associação de diferentes formas de TSN ou com outros fármacos (107, 67). A utilização de uma ou outra formulação deve ter em conta algumas características do fumador e experiências anteriores de cessação. O tratamento com TSN inicia-se no dia D e o utente deve ser aconselhado a não fumar quando a usa. A TSN quando usada de forma adequada, substitui, pelo menos parcialmente, a nicotina anteriormente obtida pelo consumo de tabaco, aliviando os sintomas de abstinência, tais como ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, insónia e irritabilidade (65, 67, 104). A dose de nicotina deverá ser individualizada e depende de vários factores, tais como a dependência de nicotina de cada paciente, o número de cigarros consumidos por dia, o tempo que decorre entre o acordar e o primeiro cigarro consumido e o nível de monóxido de carbono no ar expirado. Num ensaio europeu multicêntrico, foram verificados melhores resultados com doses mais altas, superiores à *standart*, existindo vantagem em prolongar o tratamento para além das 8 a 12 semanas, tendo sido encontrada uma taxa de cessação sustentada aos 12 meses de 15,9% (108). Para se conseguir um alívio adequado dos sintomas de privação da nicotina e a manutenção da abstinência, poderá ser necessário a monitorização e ajuste frequente da dose (105). De acordo com o United States Department of Health and Human Services (2000), intervenções intensivas em que se usa simultaneamente o tratamento farmacológico com substitutos de nicotina e o aconselhamento comportamental, podem apresentar taxas de cessação tabágica de 20 a 30% por ano (109). Steinberg e colaboradores, em 2006, publicaram um extenso estudo, o "*Lung Health Study*" em que com a combinação de consultas de apoio particularmente intensivo e a prescrição de substitutos de nicotina conseguiram taxas de abstinência a um ano de 35%, uma das mais altas taxas descritas na literatura (11). Os receios, injustificados, na prescrição de TSN não devem levar a subdosagem, uma vez que, a

terapêutica é segura e apresenta raros efeitos secundários. A utilização de TSN é muito mais segura que a manutenção do tabagismo, uma vez que o indivíduo deixa de estar exposto a todos os restantes produtos nocivos do tabaco (65, 67). Dependendo da sua acessibilidade, a eficácia da TSN pode repercutir-se em eficiência em termos de saúde pública.

A Bupropiona, originalmente concebida como um antidepressivo, é utilizada na ajuda à cessação tabágica, mesmo em utentes sem história de depressão prévia, constituindo o primeiro fármaco não nicotínico aprovado para a cessação tabágica. O seu mecanismo de acção não está bem esclarecido, embora se saiba que aumenta os níveis de norepinefrina e de dopamina, tal como acontece com a nicotina. Este fármaco diminui os sintomas de privação de nicotina e o desejo compulsivo de fumar, podendo ajudar a limitar o aumento de peso associado ao abandono do consumo (110). A maior vantagem da bupropiona é que muitos utentes preferem terapêuticas sem nicotina (111). A bupropiona é bem tolerada, desde que se respeitem as contra-indicações, se evitem as interacções medicamentosas e se acautelem as situações que exigem ajustes posológicos (104). O seguimento de ex-fumadores utilizadores de bupropiona aos 12 meses, apresenta uma taxa de sucesso de 18,4% (112) e ainda é variável entre 10,5% e 24,4%, dependendo da dose (113), pressupondo-se que doses mais elevadas tenham as melhores taxas de abstinência. Apesar de ainda não haver recomendações precisas sobre a utilização da terapêutica combinada, sabe-se que a associação de fármacos pode contribuir para a obtenção de benefícios terapêuticos acrescidos. Esta combinação pode incluir dois tipos de formulações terapêuticas de TSN, associados ou não à Bupropiona e poderá aumentar a taxa de abstinência (67). Um estudo publicado em 1999, mostrou que, ao fim de um ano, o uso de bupropiona isolado apresenta uma taxa de abstinência de cerca de 30% e de bupropiona juntamente com o adesivo de nicotina de 36% (114). Um estudo realizado em Portugal, por Rosas M, já supracitado, demonstra que 50% dos fumadores que fizeram terapêutica farmacológica, se mantinham abstinentes ao final de um ano, enquanto que entre os que não a fizeram 59,1% mantinham-se a fumar. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os utentes que fizeram a Bupropiona em comparação com os que fizeram TSN.

A Vareniclina é o primeiro agonista parcial e selectivo dos receptores nicotínicos cerebrais a ser produzido, que reduz o *craving* do fumador e ajuda a diminuir os efeitos da nicotina no organismo. A sua eficácia deriva do facto de diminuir a necessidade imperiosa de fumar, os sintomas de privação de afecto negativo (irritabilidade, frustração, depressão, ansiedade, dificuldade de concentração e raiva) e a satisfação ligada ao

consumo de tabaco (115, 116, 117). Este fármaco encontra-se disponível em Portugal desde Março de 2007. A administração de vareniclina deve ser iniciada 1 a 2 semanas antes do dia D, sendo o período mínimo de tratamento de 12 semanas (118). As taxas de abstinência tabágica foram estatisticamente superiores quando comparadas com bupropiona ou placebo. Foi demonstrado uma taxa de abstinência tabágica entre a 9 e 52 semanas de 22,5% com vareniclina, de 15,7% com bupropiona e de 9,4% com placebo (119).

Quanto às taxas de abstinência encontradas em estudos internacionais de CAICT, estas não diferem muito. Num artigo de revisão (West R, et al, 2000), referiram taxas de abstinência de longo prazo de 18% para consultas de apoio intensivo com prescrição de TSN (85). Num trabalho realizado a nível dos cuidados de saúde primários e com consultas de tipo semelhante, obteve-se taxas de 22% (10). Em 2006, foi publicado um extenso estudo, que refere taxas de abstinência aos 12 meses de 35%, sendo uma das mais altas taxas descritas na literatura (11).

O consumo de tabaco e a cessação tabágica são pois, processos complexos que são influenciados por factores psicológicos, pessoais e sociais, exigindo estratégias de acção/intervenção globais e humanas. A cessação tabágica consiste num processo dinâmico, que inicia na decisão de deixar de fumar e culmina na manutenção da abstinência. Os fundamentos de uma intervenção eficaz centram-se num plano individualizado que enfatize componentes comportamentais, aditivos, farmacológicos e de prevenção de recaídas. Fumar ou não é uma escolha individual, com necessidade de uma intervenção terapêutica individual. Revela-se fundamental o desenvolvimento de esforços para aumentar a motivação, removendo as barreiras ao tratamento, reduzindo os custos, divulgando informação e prestando apoio e acompanhamento dos utentes que pretendem cessar o consumo de tabaco.

5- ENQUADRAMENTO LEGAL

Portugal dispõe de um enquadramento legal de prevenção do tabagismo dos mais avançados, se bem que o tempo tenha demonstrado existirem aspectos a colmatar. O primeiro diploma data de 1959, onde se estabeleceu a proibição de fumar em recintos de realização de espectáculos fechados. Até à década de 80, a legislação criada no âmbito da prevenção do tabagismo apresentou um cariz principalmente proibitivo e visava essencialmente a proibição de fumar nos transportes públicos e nos recintos desportivos fechados, a proibição de qualquer forma de publicidade relacionada com o tabaco em organizações desportivas e posteriormente na televisão e na rádio, restringindo-a aos outros canais publicitários (120). Durante o ano de 1980 foi constituído um grupo interministerial que apresentou ao Governo propostas de medidas educativas e legislativas para minimizar os malefícios do consumo de tabaco. De facto, as pressões da OMS e no âmbito das propostas apresentadas é aprovado o primeiro diploma sobre o tabaco e prevenção do tabagismo (Lei nº22/82, de 17 de Agosto), no qual se estabelece que é legalmente proibido fumar fora das áreas destinadas a fumadores, como unidades em que prestam cuidados de saúde, estabelecimentos de ensino e salas de espectáculo (121). Esta lei foi regulamentada em 1983 pelo DL nº226/83, de 27 de Maio, (122) o qual criou o Conselho de Prevenção do Tabagismo, ainda actualmente em vigor.

Em 1990, é aprovado o DL n.º253/90 de 4 de Agosto (123), onde é reformulada a obrigatoriedade de em todas as embalagens de cigarros destinadas ao consumo em território nacional conter nas duas faces maiores mensagens de alerta sobre os efeitos nocivos do tabaco, teores de nicotina e classificação.

Em 2003, foi criado o DL nº25/2003 de 4 de Fevereiro (124), que regula toda a actividade de fabrico, apresentação e venda de produtos de tabaco. Em Maio de 2003, foi assinada a 1ª Convenção Quadro de luta anti-tabágica, com o objectivo de prevenir e controlar o tabagismo. São propostas inúmeras medidas em vários âmbitos tais como, medidas económicas através do aumento do preço dos produtos do tabaco; medidas legislativas, com controlo e proibição das publicidade e dos patrocínios, controlo dos constituintes do tabaco e rotulagem, proibição da venda de tabaco a menores, controlo da exposição involuntária ao fumo do tabaco, educação para a saúde e programas e apoio a cessação tabágica. A aprovação da Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, através da publicação do DL n.º25-A/2005 de 8 de Novembro (125), veio estabelecer que Portugal, se compromete a reforçar as suas políticas e medidas de

protecção das gerações presentes e futuras dos efeitos devastadores não só em termos de saúde, mas também em termos sociais, ambientais e económicos, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco. A Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto (126), que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008, vem dar execução ao disposto nessa Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, aprovada pelo DL n.º 25 -A/2005, de 8 de Novembro, estabelecendo normas tendentes à prevenção e controlo do tabagismo, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos do uso do tabaco para a saúde dos indivíduos.

Em Portugal, a DGS, tendo em consideração o disposto no artigo 21.º da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, que estabelece a obrigatoriedade de criação de consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, publica em Dezembro de 2007, o “Programa-tipo de actuação em cessação tabágica”, elaborado por um grupo constituído por representantes desta Direcção-Geral, das Administrações Regionais de Saúde e da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Este, constitui uma orientação técnica para os profissionais de saúde que, no âmbito destas consultas, desenvolvem a sua actividade junto dos funcionários ou dos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos estabelecimentos hospitalares públicos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes (127).

A análise da evolução da legislação portuguesa sobre o tabaco, permite inferir que esta tem constituído uma arma de combate ao tabagismo e que deve ser alicerçado no reforço da legislação e na criação de instrumentos que fiscalizem e que levem ao respeito rigoroso da mesma. É necessário que a política seja compreensiva e inovadora, de modo a contribuir para a implementação de estratégias de prevenção e controlo do tabagismo, que contribuam efectivamente para ganhos em saúde para todos os cidadãos.

CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1- MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO

Trata-se de um estudo retrospectivo de análise documental, sendo a população em estudo constituída por todos os utentes com registos de frequência na CAICT e que foram seguidos durante um período de 12 meses, em dois Centros de Saúde de Vila Nova de Gaia (Centro de Saúde de Soares dos Reis e Oliveira do Douro e Centro de Saúde de Barão do Corvo), no período compreendido entre Janeiro de 2006 a Janeiro de 2009.

A recolha de dados foi efectuada através da consulta de registos do processo clínico, de todos os utentes seguidos na CAICT, em que a primeira consulta ocorreu há pelo menos 12 meses, não havendo para estes utentes qualquer critério de exclusão.

2- OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Com o delinear deste estudo, o objectivo geral que se pretendeu alcançar consiste em avaliar os resultados terapêuticos da CAICT, de dois centros de saúde da ARS Norte I.P. e identificar factores associados.

Os objectivos específicos do presente trabalho, consistiram em:

- a) Efectuar a caracterização socioeconómica e de história tabágica dos utentes.
- b) Estudar a relação entre factores socioeconómicos (sexo, idade, profissão, escolaridade, estado civil) dos utentes seguidos na CAICT e os resultados terapêuticos da mesma (abstinência com sucesso, recaídas ou abandono).
- c) Avaliar a relação entre alguns parâmetros relativos aos estilos de vida (consumo regular de álcool, prática regular de exercício físico) e os resultados terapêuticos da consulta de cessação tabágica.
- d) Estudar a associação entre aspectos relativos á história tabágica dos utentes (idade de início do consumo de tabaco, anos de consumo regular, tentativa prévias para deixar de fumar e eventuais motivos de recaídas) e os resultados terapêuticos da consulta de cessação tabágica.
- e) Avaliar a relação entre o grau de dependência de nicotina (Escala de Fagerström) e a motivação para deixar de fumar, que os utentes apresentavam na primeira consulta de cessação tabágica, com os resultados terapêuticos da mesma.
- f) Avaliar a associação entre o tratamento farmacológico efectuado e os resultados terapêuticos da CAICT.

- g) Estudar o abandono ao longo do processo de cessação tabágica, as recaídas e a abstinência no consumo de tabaco, aos 3, 6, 9 e 12 meses, no período em estudo.

3- VARIÁVEIS EM ESTUDO

- Sexo: definido como sexo masculino e sexo feminino.
- Idade: numerada em anos desde o seu nascimento até à data da primeira consulta.
- Profissão: definida segundo a Classificação Nacional de Profissões (128).
- Escolaridade: definida em ≤ 4 anos, 5-6 anos, 7-9 anos, 10-12 anos, ≥ 13 anos.
- Estado Civil: classificado em solteiro, casado, divorciado e viúvo.
- Prática de exercício físico regular: define se o utente pratica ou não exercício físico regularmente.
- Consumo regular de álcool: define se o utente consome ou não regularmente álcool.
- História de depressão prévia: define se o utente apresentou ou não história de depressão prévia.
- Idade de início de consumo regular: idade em anos em que foi iniciado o consumo regular de tabaco e que foi categorizada em ≤ 15 anos, 16-20 anos, 21-25 anos e ≥ 26 anos.
- Anos de consumo regular: número de anos de consumo regular, categorizada em < 15 anos, 15-30 anos, 30-45 anos e > 45 anos.
- Número de cigarros por dia: número de cigarros que o utente estima em média consumir por dia.
- Tentativa prévia para deixar de fumar: estabelece se o utente apresentou ou não tentativa prévia para deixar de fumar e em caso afirmativo, se esta tentativa foi à mais ou menos de um ano.
- Motivos da(s) recaída(s): motivo(s) apresentados pelo utente para a recaída nas tentativa(s) prévia(s) que tiveram para deixar de fumar.
- Referenciação: define se o utente recorreu a CAICT por referenciação médica ou de outro profissional de saúde ou se foi por iniciativa própria
- Horário da consulta: horário da CAICT praticado pelas várias equipas de saúde.
- Grau de dependência de Nicotina (Escala de Fagerström): Utilizou-se o teste breve de dependência de nicotina, o qual é constituído apenas por duas questões, relativas ao número de cigarros fumados por dia e ao tempo de demora do

primeiro cigarro após acordar de manhã. De acordo com a pontuação obtida, é categorizado em três graus: Grau I: Dependência baixa ou inexistente (0-1), Grau II: Dependência média (2-4) e Grau III: Dependência elevada (5-6).

- Fase de mudança do comportamento: Utilizado o modelo transteórico de Prochaska e DiClement (69), que compreende 5 fases de motivação para a mudança de comportamental (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Acção e Manutenção).
- Ano de início do tratamento: define o ano em que se iniciou o tratamento farmacológico em cada utente.
- Tratamento farmacológico: Identificação do(s) fármaco(s) prescritos no plano terapêutico ministrado ao utente, no âmbito da cessação tabágica
- Situação aos 3, 6, 9 e 12 meses, após realização do dia D: Informação sobre os resultados terapêuticos da consulta de cessação tabágica, confirmados por consulta ou contacto telefónico, e que se pode avaliar em abstinência, recaída ou sem informação/abandono, tendo sido considerados os seguintes conceitos:
- Abstinência: Período em que o utente se manteve sem qualquer consumo de tabaco.
- Recaída: Processo em que o utente retoma o consumo de tabaco, de forma continuada, repetindo esse consumo a partir de sete vezes.
- Sem informação: Utente que não compareceu à consulta de cessação tabágica programada e/ou não foi possível contactar para saber se mantém ou se recaiu no consumo de tabaco.
- Abandono após a primeira consulta: Utentes que não realizaram o dia D (primeiras 24H de total abstinência de consumo de tabaco) e não se obteve qualquer informação após a primeira consulta (primeira consulta efectivamente realizada com o utente para o apoio intensivo à cessação tabágica).

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados recolhidos foram codificados, registados e analisados através da aplicação SPSS (Statistic Package for the Social Sciences), versão 16.0 para Windows.

Procedeu-se à análise descritiva da caracterização socioeconómica, dos estilos de vida, da história tabágica e dos resultados terapêuticos da consulta, dos utentes em

estudo. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas frequências absolutas as medidas de tendência central e de dispersão. Efectuou-se também, a análise de eventuais factores relacionados, com os resultados terapêuticos da consulta. Foi utilizado o teste de qui-quadrado na comparação das frequências das variáveis categóricas e sempre que necessário (mais de 20% das células esperadas inferiores a 5), foi usado o teste de Fisher. As diferenças entre os valores médios das idades nos 4 grupos classificados segundos os resultados terapêuticos (abandono após a primeira consulta, recaídas, abandono após algum período de abstinência e alta com sucesso), foram avaliados pelo teste de One-Way Anova e quando se encontraram diferenças significativas o teste de comparação dos pares das variáveis utilizado, foi o teste de Bonferroni. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado com significância estatística.

CAPÍTULO III- ANÁLISE DOS RESULTADOS

1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O total da população analisado, foi de 328 utentes, seguidos na CAICT de dois centros de saúde, sendo a maioria (67,7%; n=222), do sexo masculino.

A média de idades dos utentes é de 46,47 anos, com um mínimo de 16 anos e um máximo de 80 anos. O grupo etário com maior frequência (34,1%; n=112) é o dos 45-54 anos, seguido pelo grupo dos 35-44 anos (25,9%; n=85). De salientar o limitado número de idosos (≥ 65 anos) que frequentam a consulta de cessação tabágica (4,6%; n=15) (Tabela 2). Existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos utentes e o sexo ($X^2=19,18$; gl=4; p=0,001).

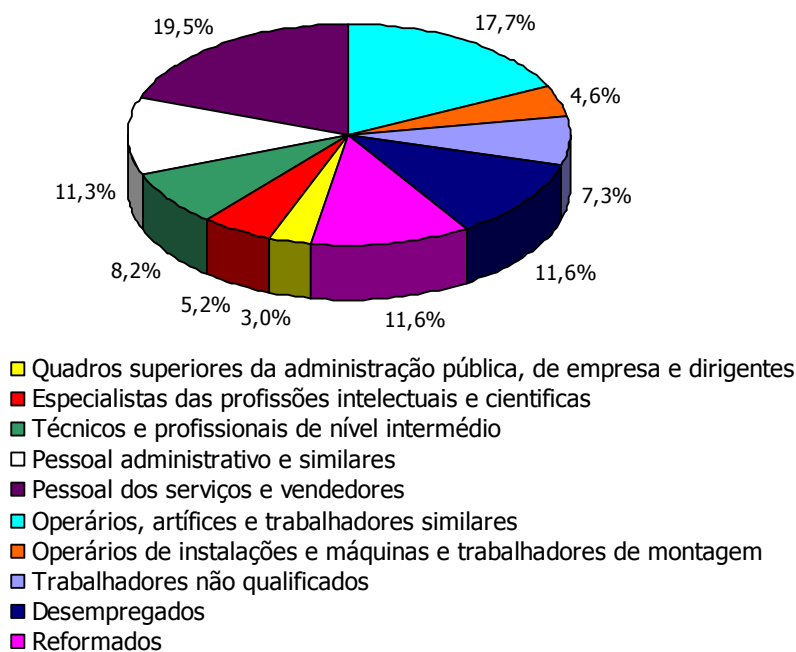
Tabela 2- Distribuição dos utentes por sexo, segundo as características socioeconómicas e estilos de vida

Variáveis	Género			X ²	gl	p
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)			
Número total de utentes	222 (67,7)	106 (32,3)	328 (100)			
Idade						
≤ 34 anos	30 (9,1)	19 (5,8)	49 (14,9)	19,18	4	0,001
35-44 anos	47 (14,3)	38 (11,6)	85 (25,9)			
45-54 anos	5 (22,9)	37 (11,3)	112 (34,1)			
55-64 anos	56 (17,1)	11 (3,4)	67 (20,4)			
≥ 65 anos	14 (4,3)	1 (0,3)	15 (4,6)			
Estado civil						
Solteiro	37 (11,3)	16 (4,9)	52 (16,2)	0,65	3	0,885
Casado	156 (47,6)	73 (22,3)	229 (69,8)			
Divorciado	23 (7,0)	14 (4,3)	37 (11,3)			
Viúvo	6 (1,8)	3 (0,9)	9 (2,7)			
Escolaridade						
≤ 4 anos	59 (18,0)	26 (7,9)	85 (25,9)	0,46	4	0,98
5-6 anos	37 (11,3)	18 (5,5)	55 (16,8)			
7-9 anos	55 (16,8)	27 (8,2)	82 (25,0)			
10-12 anos	47 (14,3)	25 (7,6)	72 (22,0)			
≥ 13 anos	24 (7,3)	10 (3,0)	34 (10,4)			
História de depressão prévia						
Sim	51 (15,5)	45 (13,7)	96 (29,3)	13,15	1	<0,001
Não	171 (52,1)	61 (18,6)	232 (70,7)			
Prática regular de exercício físico						
Sim	96 (29,0)	44 (13,4)	140 (42,7)	0,09	1	0,77
Não	126 (38,4)	62 (18,9)	188 (57,3)			
Consumo regular de álcool						
Sim	144 (43,9)	35 (10,7)	179 (54,6)	29,35	1	<0,001
Não	78 (23,8)	71 (21,6)	149 (45,4)			

No que se refere ao estado civil, a maioria é casado (69,8%, n=229), situação que se verifica tanto nos utentes do sexo masculino (n=156 de 222) como nos do sexo feminino (n=73 de 106) (Tabela 2).

A larga maioria dos fumadores estudados exerce uma profissão (76,8%), desempenhando 19,5% actividades profissionais pertencentes ao Grupo do Pessoal dos serviços e vendedores e 17,7% actividades pertencentes ao Grupo dos Operários, artífices e trabalhadores similares. Apenas 3,0% desempenham profissões que se enquadram no Grupo dos Quadros superiores da administração pública, de empresas e dirigentes. De referir que 11,6% se encontravam desempregados e igual percentagem estavam reformados (Gráfico 3).

Gráfico 3- Frequência das profissões



No que concerne à escolaridade dos utentes investigados, a maior percentagem (25,9%, n=85), apresenta 4 ou menos anos de escolaridade, seguido do grau de escolaridade de 7-9 anos (25%, n=82) (Tabela 2).

Foi recolhida informação acerca da existência de depressão prévia, tendo cerca de 29,3% (n=96), referido já ter estado deprimido, a maior parte do dia durante um período de pelo menos duas semanas. Tendo em conta o sexo, das 106 mulheres, 45 referiram

história de depressão prévia, enquanto que dos 222 homens, apenas 51 o referiram (Tabela 2), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($X^2=13,15$; $gl=1$; $p<0,001$).

Quanto a estilos de vida, foi recolhida informação acerca da prática de exercício físico regular e do consumo regular de álcool. Relativamente á prática de exercício físico regular 57,3% (n=188) do total de utentes estudados afirmam não praticarem regularmente exercício físico (Tabela 2).

No que respeita ao consumo regular de álcool, 54,6% (n=179) do total de utentes estudados consomem regularmente álcool (Tabela 2), havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($X^2=29,350$; $gl=1$; $p<0,001$). Entre os indivíduos que consomem álcool, o consumo é mais frequente no sexo masculino (n=114 de 222), comparativamente com apenas 35 mulheres das 106 estudadas.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA TABÁGICA

Quanto a idade de início do consumo regular de tabaco, 48,2% (n=158) iniciaram-no com idade ≤ 15 anos e 41,2 % (n=135) entre os 16 e os 20 anos. Apenas 3,4% (n=11) do total de utentes, iniciou o consumo regular de tabaco a partir dos 26 anos. A média de idade de início é de 16,18 anos, com um mínimo de 7 anos e um máximo de 45 anos. Dos 158 utentes que iniciaram o consumo de tabaco antes dos 15 anos, 114 utentes são do sexo masculino. Dos 11 utentes que iniciaram o consumo de tabaco a partir dos 26 anos inclusive, 8 são do sexo feminino (Tabela 3). A diferença da idade de início do consumo de tabaco, entre homens e mulheres é estatisticamente significativa ($X^2=15,13$; $gl=3$; $p=0,002$).

Relativamente aos anos de consumo regular de tabaco, a média é de 30,29 anos (desvio padrão=11,22; máximo=65 anos; mínimo=2 anos), fumando 50,3% (n=165) dos utentes há mais de 30 anos. Do total de utentes, 36,0 % (n=118) nunca fez uma tentativa prévia para deixar de fumar, que 43,3% (n=142) o fizeram há mais de um ano. Como motivos para a(s) recaída(s), aquando dessa(s) tentativa(s) prévia(s) de abandono, 31,0% (n=65) referem o "craving", 23,3 % (n=49) a pressão social e 21,9 % (n=46) a ansiedade sentida. De referir que apenas 9,0% (n=19) dos utentes considera ter recaído devido ao aumento de peso.

O número médio de cigarros fumados por dia foi de 24 cigarros, com um mínimo de 3 e um máximo de 70 cigarros. A maioria (55,8%, n=183) dos utentes estudados,

fuma entre 10-20 cigarros por dia e apenas 8,8% (n=29) fuma menos de 10 cigarros por dia.

Tabela 3- Distribuição dos utentes por sexo, segundo a sua história tabágica

Variáveis	Género			X ²	gl	p
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)			
Número total de utentes	222(67,7)	106(32,3)	328(100)			
Idade de início do consumo tabaco						
≤ 15 anos	114(34,8)	44(13,4)	158(48,2)	15,127	3	0.002
16-20 anos	94(28,7)	41(12,5)	135(41,2)			
21-25 anos	11(3,4)	13(4,0)	24(7,3)			
≥ 26 anos	3(0,9)	8(2,4)	11(3,4)			
Anos de consumo regular						
< 15 anos	16(4,9)	14(4,3)	30(9,1)	19,592	3	<0,001
15-30 anos	82(25,0)	51(15,5)	133(40,5)			
30-45 anos	94(28,7)	41(12,5)	135(41,2)			
> 45 anos	30(9,1)	0(0)	30(9,1)			
Tentativa prévia para deixar de fumar						
Sim, há menos de 1 ano	40 (12,2)	28 (8,5)	68 (20,7)	3,217	2	0,20
Sim, há mais de 1 ano	98 (29,9)	44 (13,4)	142 (43,3)			
Não	84 (25,6)	34 (10,4)	118 (36,0)			
Motivos das recaídas						
Ansiedade	32 (15,2)	14 (6,7)	46 (21,9)	1,42	4	0,84
Aumento de peso	12 (5,7)	7 (3,3)	19 (9,0)			
Craving	45 (21,4)	20 (9,5)	65 (31,0)			
Evento de Via	19 (9,0)	12 (5,7)	31 (14,8)			
Pressão social	30 (14,3)	19 (9,0)	49 (23,3)			
Nº de cigarros por dia						
≤ 10 cigarros/dia	16 (4,9)	13 (4,0)	29 (8,8)	6,84	3	0,08
10-20 cigarros/dia	118 (36)	65 (19,8)	183 (55,8)			
21-30 cigarros/dia	44 (13,4)	12 (3,7)	56 (17,1)			
≥ 31 cigarros/dia	44 (13,4)	16 (4,9)	60 (18,3)			

A maioria dos utentes (78,7%, n=258), iniciou o programa de apoio intensivo a cessação tabágica, por referência de um profissional de saúde; os restantes fizeram-no por iniciativa própria (Tabela 4).

Relativamente à motivação para a mudança comportamental, segundo o modelo de Prochaska e DiClemente, a maioria dos utentes (73,5%, n=241) encontram-se aquando da primeira consulta, na fase de preparação, 16,5% (n=54) na fase de contemplação (n=54) e 6,7% (n=22) na fase de pré-contemplação (Tabela 4).

Relativamente ao nível de dependência de nicotina (Escala de Fagerström), a maioria dos utentes (65,5%, n=215) apresenta dependência média e apenas 10,1% (n=33) apresenta dependência baixa ou inexistente (Tabela 4).

Dos utentes que foram seguidos ao longo dos 12 meses, 85,5% (n=136), receberam tratamento farmacológico, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($\chi^2=0,74$; gl=1;p=0,38) (Tabela 4).

Entre os utentes que receberam tratamento farmacológico, a 44,9% (n=61) foi prescrita TSN na apresentação de pastilhas mastigáveis e/ou sistemas transdérmicos, 30,9% (n=42) fez tratamento com Vareniclina, 15,4% (n=21) com Bupropiona e apenas 8,8% (n=12) com outros fármacos (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Frequência da terapia farmacológica

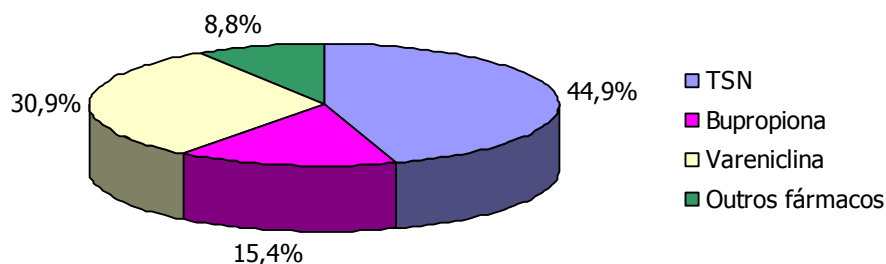


Tabela 4- Distribuição dos utentes por sexo, segundo a sua os parâmetros avaliados na primeira CAICT

Variáveis	Género			χ^2	gl	p
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)			
Número total de utentes	222(67,7)	106(32,3)	328(100)			
Referenciação						
Profissional de saúde	172(52,4)	86(26,2)	258(78,7)	0,57	1	0,45
Iniciativa própria	50(15,2)	20(6,1)	70(21,3)			
Fase de mudança do comportamento						
Acção	9 (2,7)	2 (0,6)	11 (3,3)	3,10	3	0,38
Contemplação	35 (10,7)	19 (5,8)	54 (16,5)			
Pré-contemplação	12 (3,7)	10 (3,0)	22 (6,7)			
Preparação	166(50,6)	75 (22,9)	241 (73,5)			
Grau de dependência de Nicotina						
Dependência baixa/inexistente	20 (6,1)	13 (4,0)	33 (10,1)	0,95	2	0,620
Dependência média	146(44,5)	69 (21,0)	215 (65,5)			
Dependência elevada	56 (17,1)	24 (7,3)	80 (20,4)			
Tratamento farmacológico						
Sim	88 (55,3)	48 (30,2)	136 (85,5)	0,74	1	0,39
Não	17 (10,7)	6 (3,8)	23 (14,5)			

1.3- AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE APOIO INTENSIVO DE CESSAÇÃO TABÁGICA

Os resultados terapêuticos da CAICT, foram agrupados em 4 grupos: abandono após a primeira consulta, recaídas, abandono ao longo do programa e alta com sucesso.

Do total de utentes analisados, a maioria (51,5%, n=169) abandonou CAICT, após a primeira consulta, 19,5% (n=64) recaíram, 14,3% (n=47) abandonaram a consulta, ao longo do programa, após realização do dia D e 14,7 (n=48) tiveram alta com sucesso (Tabela 5).

Os vários factores estudados foram analisados, com o objectivo de avaliar se teriam algum impacto nos resultados terapêuticos da CAICT aos 12 meses.

Tabela 5- Associação das características socioeconómicas e estilos de vida dos utentes, com os resultados terapêuticos da CAICT

Variáveis	Resultados terapêuticos da CAICT						
	Abandono após 1ª consulta n (%)	Recaídas n (%)	Abandono ao longo do programa n (%)	Alta com sucesso n (%)	X ²	gl	p
N.º total de utentes	69(51,5)	64(19,5)	47(14,3)	48(14,7)			
Sexo							
Masculino	117(52,7)	38 (17,1)	32 (14,4)	35 (15,8)	2,81	3	0,42
Feminino	52(49,1)	26 (24,5)	15 (14,2)	13 (12,3)			
Idade							
≤ 34 anos	30(61,2)	8(16,3)	4(8,2)	7(14,3)	17,57	12	0,13
35-44 anos	45(52,9)	17(20,0)	17(20,0)	6(7,1)			
45-54 anos	53(47,3)	25(22,3)	19(17,0)	15(13,4)			
55-64 anos	35(52,2)	11(16,4)	5(7,5)	16(23,9)			
≥ 65 anos	6(40,0)	3(20,0)	2(13,3)	4(26,7)			
Estado Civil							
Solteiro	31(58,5)	7(13,2)	10(18,9)	5(9,4)	5,09	6	0,53
Casado	116(50,7)	45(14,7)	32(14)	36(15,7)			
Divorciado + Viúvo	22847,8)	12(26,1)	5(10,9)	7(15,2)			
Escolaridade							
≤ 4 anos	44(51,8)	14(16,5)	14(16,5)	13(15,3)	13,33	12	0,35
5-6 anos	35(63,6)	10(18,2)	3(5,5)	7(12,7)			
7-9 anos	42(51,2)	13(15,9)	16(19,5)	11(13,4)			
10-12 anos	33(45,89)	19(26,4)	11(15,3)	9(12,5)			
≥ 13 anos	15(44,1)	8(23,5)	3(8,8)	8(23,5)			
História de depressão prévia							
Sim	52(54,2)	23(24,0)	10(10,4)	11(11,5)	3,94	3	0,27
Não	117(50,4)	41(17,7)	37(15,9)	37(15,9)			
Prática regular de exercício físico							
Sim	72(51,4)	26(18,6)	18(12,9)	24(17,1)	1,53	3	0,67
Não	97(51,4)	38(20,2)	29(15,4)	24(12,8)			
Consumo regular de álcool							
Sim	97(54,2)	34(19,0)	24(13,4)	24(13,4)	1,24	3	0,74
Não	72(48,3)	30(20,1)	23(15,4)	24(16,1)			

Os 169 utentes que abandonaram a CAICT após a primeira consulta, tinham uma idade média de 45,53 anos e desvio padrão de 11,67. Os 73 utentes que recaíram em algum momento da consulta, apresentaram uma média de idades de 46,86 anos e desvio padrão de 9,37. Os 47 utentes que abandonaram a consulta após terem efectuado o dia D, tinham média de idades de 45,06 anos e desvio padrão de 9,38. Finalmente, os 48 utentes que tiveram alta com sucesso, apresentaram uma média de idades de 50,62 anos e desvio padrão de 12,13 (Tabela 6).

Tabela 6- Caracterização dos resultados terapêuticos da CAICT segundo a idade dos utentes

Idade Resultados terapêuticos	n de utentes	Média (anos)	Desvio Padrão
Abandono após 1ª consulta	169	45,53	11,67
Recaídas	64	46,86	9,37
Abandono ao longo do programa	47	45,06	9,38
Alta com sucesso	48	50,62	12,13
Total	328	46,47	11,12

Após comparação dos resultados terapêuticos da consulta com as médias de idades e se ter constatado, que são significativamente diferentes ($F=2,96$; $gl=3$; $p=0,032$), foram comparados os 4 grupos, pelo teste de ANOVA. Segundo o teste de Bonferroni, observou-se que o grupo de utentes que tiveram alta com sucesso, tem uma idade significativamente superior ao grupo correspondente aos utentes que abandonaram logo após a primeira consulta ($p=0,03$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, em relação aos resultados terapêuticos da consulta de cessação tabágica ($X^2=2,07$; $gl=3$; $p=0,42$) (Tabela 5).

O nível de escolaridade dos utentes também não interfere com o sucesso da consulta ($X^2=13,33$; $gl=12$; $p=0,35$), em como o estado civil ($5,09$; $gl=6$; $p=0,53$) (Tabela 5).

Dos 96 utentes que referiram história de depressão prévia, 24% ($n=23$) recaíram ao longo do programa de cessação tabágica, não se verificando associação significativa entre a existência de história prévia de depressão e os resultados terapêuticos da consulta ($X^2=3,94$; $gl=3$; $p=0,27$) (Tabela 5).

No que diz respeito aos estilos de vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o resultado terapêutico da consulta e o consumo de

álcool ($X^2=1,24;gl=3;p=0,74$), bem como com prática de exercício físico regular ($X^2=1,73;gl=3;p=0,67$). O mesmo sucedeu com a existência de história de depressão prévia ($X^2=3,94;gl=3;p=0,27$) (Tabela 5).

Tabela 7- Associação da história tabágica dos utentes com os resultados terapêuticos da CAICT

Variáveis	Resultados terapêuticos da CAICT						
	Abandono após 1ª consulta n (%)	Recaídas n (%)	Abandono ao logo do programa n (%)	Alta com sucesso n (%)	X^2	gl	p
N.º total de utentes	169(51,5)	64(19,5)	47(14,3)	48(14,7)			
Idade de início do consumo tabaco							
≤ 15 anos	94(59,5)	26(16,5)	15(9,5)	23(14,6)	10,56	6	0,10
16-20 anos	61(45,2)	30(22,2)	25(18,5)	19(14,1)			
≥ 21 anos	14(40,0)	8(22,9)	7(20,0)	6(17,1)			
Anos de consumo regular							
≤ 15 anos	17(56,7)	4(13,4)	3(10,0)	6(20,0)	12,55	6	0,05
15-30 anos	63(47,4)	29(21,8)	28(21,1)	13(9,8)			
≥ 31 anos	89(53,9)	31(18,8)	16(9,6)	29(17,6)			
Tentativa prévia para deixar de fumar							
Sim, há menos de 1 ano	34(50,0)	16(23,5)	10(14,7)	8(11,8)	8,07	6	0,23
Sim, há mais de 1 ano	75(52,8)	20(14,1)	26(18,3)	21(14,8)			
Não	60(50,0)	28(23,7)	11(9,3)	19(16,1)			
Motivos das recaídas							
Ansiedade	25(54,3)	7(15,2)	8(17,4)	6(13,0)	13,62	12	0,33
Aumento de peso	7(36,8)	6(31,6)	6(31,6)	- - -			
Craving	37(56,9)	7(2,8)	8(12,3)	13(20,0)			
Evento de Via	15(48,4)	7(22,6)	5(16,1)	4(12,9)			
Pressão social	25(51,0)	9(18,4)	9(18,4)	6(12,2)			
Nº de cigarros por dia							
≤ 10 cigarros/dia	10(34,5)	8(27,6)	2(6,9)	9(31,9)	18,02	9	0,04
10-20 cigarros/dia	92(50,3)	32(17,5)	31(16,9)	28(15,3)			
21-30 cigarros/dia	35(62,5)	9(16,1)	9(16,1)	3(5,4)			
≥ 31 cigarros/dia	32(53,3)	15(25,0)	5(8,3)	8(13,3)			

Após realização do teste de ANOVA, verifica-se que a idade de início do consumo regular de tabaco é semelhante nos 4 grupos ($F=2,04 gl=3;p=0,11$).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de consumo regular e os resultados terapêuticos da CAICT ($X^2=12,55;gl=6;p=0,05$).

O resultado terapêutico da consulta de cessação tabágica não está relacionado com a existência de tentativa prévia de abandono ($X^2=8,07;gl=6;p=0,23$) (Tabela 7).

Relativamente aos motivos das recaídas, o *craving* é o motivo mais frequentemente referido (n=65), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre estes e os resultados terapêuticos da CAICT ($X^2=13,62$;gl=12;p=0,33) (Tabela 7).

Existem diferenças muito significativas entre o horário da CAICT e os seus resultados terapêuticos ($X^2=69,25$;gl=6;p<0,001). Constata-se que é no horário do final da tarde (17h às 20h), que se obteve maior êxito (44,0%) e no horário da manhã (9h às 11h) o menor êxito (2,3%). Por outro lado, 45,5% (n=20) dos utentes da CAICT a realizar-se no horário da manhã, abandonaram o programa logo após a primeira consulta, comparativamente com apenas 18% (n=9) dos utentes que frequentaram a consulta do horário das 17h-20h (Tabela 8).

Relativamente à existência de referenciação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os utentes que foram referenciados por profissionais de saúde e os que o não foram e o sucesso da consulta ($X^2=3,98$;gl=3;p=0,26) (Tabela 8).

Tabela 8- Associação entre os parâmetros avaliados na primeira consulta e os resultados terapêuticos da CAICT

Variáveis	Resultados terapêuticos da CAICT				X^2	gl	p
	Abandono após 1ª consulta n (%)	Recaídas n (%)	Abandono ao logo do programa n (%)	Alta com sucesso n (%)			
Número total de utentes	169 (51,5)	64(19,5)	47 (14,3)	48 (14,7)			
Horário da consulta							
14h30-17h30	140 (59,8)	48(20,5)	21 (9,0)	25 (10,7)	68,25	6	< 0,001
17h00-20h00	9 (18,0)	6 (12,0)	13(26,0)	22 (44,0)			
9h00-11h00	20 (45,5)	10(22,7)	13(29,5)	1 (2,3)			
Referenciação							
Profissional de saúde	137 (53,1)	45(17,4)	36(14,0)	40 (15,5)	3,98	3	0,26
Iniciativa própria	32 (45,7)	19(27,1)	11(15,7)	8 (11,4)			
Fase de mudança do comportamento							
Motivados	117 (46,4)	60(23,8)	33(13,1)	42 (16,7)	20,0	3	< 0,001
Não motivados	52 (68,4)	4 (5,3)	14(18,4)	6 (7,9)			
Grau de dependência de Nicotina							
dependência baixa/inexistente	16 (48,5)	4 (12,1)	2 (6,1)	11 (33,3)	13,09	6	0,042
Dependência média	107 (49,8)	45(20,9)	34(15,8)	29 (13,5)			
Dependência elevada	46 (57,5)	15(18,8)	11(13,8)	8 (10,0)			

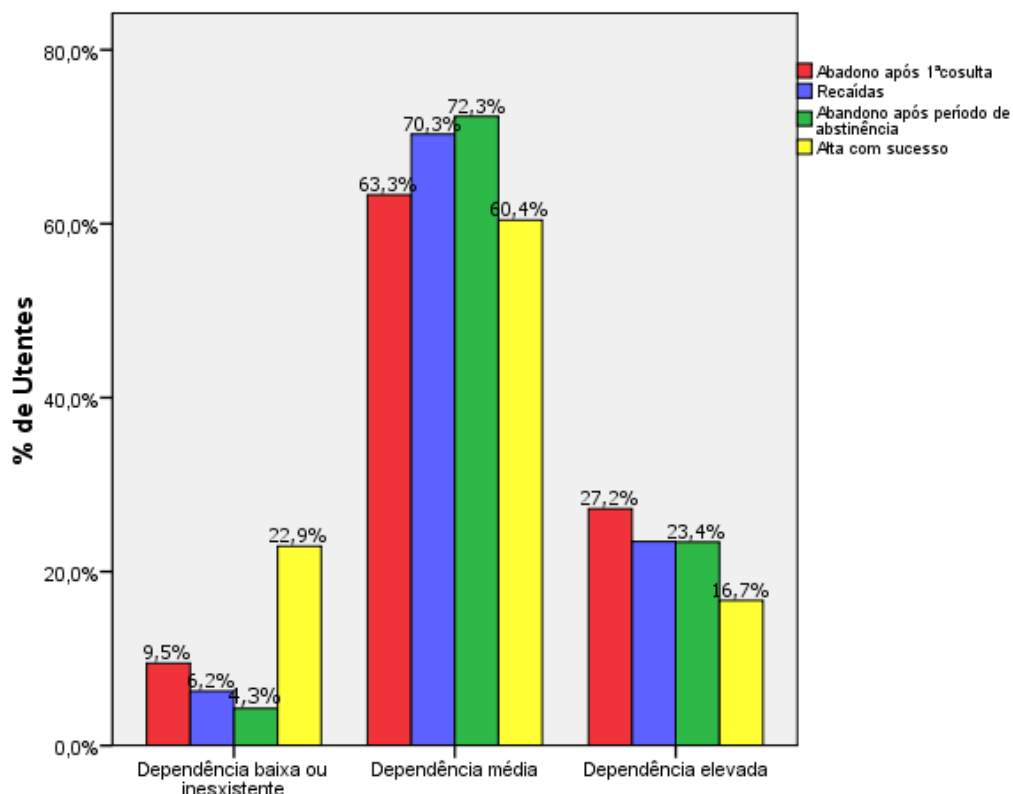
Relativamente à motivação para a mudança comportamental, segundo o modelo de Proschaska e DiClemente, dos 252 utentes que se encontravam motivados para deixar

de fumar (fase de preparação e fase de acção), aquando da primeira consulta, 16,7% (n=42) tiveram alta com sucesso e 46,4% (n=117) abandonaram a CAICT após a primeira consulta. Dos 76 utentes não motivados para deixar de fumar (fase de contemplação e fase de pré-contemplação), apenas 7,9%(n=6), tiveram alta com sucesso e a maioria (68,4%; n=52) abandonaram logo após a primeira consulta (Tabela 8).

Em relação ao grau de dependência de nicotina, existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados terapêuticos da consulta ($X^2=13,09$ gl=6;p=0,04) (Tabela 8).

Dos utentes que tiveram alta com sucesso (n=48), 60,4% (n=29) apresenta uma dependência média de nicotina e 16,7% (n=8) têm uma dependência elevada de nicotina, como se pode observar pelo gráfico 4. Do total de utentes que recaíram, a maioria (70,3%;n=45) apresentavam dependência de nicotina média e 23,4% (n=15) apresentavam dependência de nicotina elevada. Entre os utentes que abandonaram a consulta após terem estado abstinentes durante um determinado período, a grande maioria apresentava uma dependência de nicotina média (72,3%;n=34) e 23,4% (n=11) apresentavam uma dependência elevada (Gráfico 4).

Gráfico 4- Resultados terapêuticos da CAICT segundo o nível de dependência de nicotina.



Dos 136 utentes que fizeram terapêutica farmacológica, ao fim de um ano, 29,4% (n=40) mantinham-se abstinentes e 42,6% (n=58) recaíram. Dos 23 utentes que não fizeram terapêutica farmacológica, 34,8% (n=8) estiveram abstinentes e 26,1% (n=6) recaíram, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,36$;gl=2;p=0,31) (Tabela 9)

Tabela 9- Resultados terapêuticos da CAICT segundo a existência ou não de tratamento farmacológico

Tratamento farmacológico	Resultados terapêuticos da CAICT					
	Recaídas n (%)	Abandono ao longo do programa n (%)	Alta com sucesso n (%)	χ^2	gl	p
Não	6 (26,1)	9 (39,1)	8 (34,8)	2,36	2	0,31
Sim	58 (42,6)	38 (27,9)	40 (29,4)			

Dos utentes que efectuaram tratamento farmacológico com vareniclina, 45,2% (n=19) tiveram alta com sucesso, enquanto que dos que fizeram TSN apenas 23% (n=14) tiveram sucesso e com bupropiona apenas 9,5% (n=2), existindo diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de fármaco ministrado e os resultados terapêuticos da CAICT ($\chi^2=13,94$;gl=6;p=0,03).

Tabela 10- Resultados terapêuticos da CAICT segundo tratamento farmacológico efectuado

Fármacos	Resultados terapêuticos da CAICT					
	Recaídas n (%)	Abandono ao longo do programa n (%)	Alta com sucesso n (%)	χ^2	gl	p
TSN	30 (49,2)	17 (27,9)	14 (23,0)	13,94	6	0,03
Bupropiona	12 (57,1)	7 (33,3)	2 (9,5)			
Vareniclina	14 (33,3)	9 (21,4)	19 (45,2)			
Outros fármacos	2(16,7)	5 (41,7)	5 (41,7)			

Para a análise da evolução dos resultados terapêuticos da CAICT, foram excluídos os utentes que abandonaram logo após a primeira consulta. De referir que, considerando, apenas os 159 utentes que fizeram pelo menos mais do que uma consulta, os resultados terapêuticos, serão diferentes, apresentando deste modo, uma taxa de alta com sucesso superior (30,2%), uma taxa de recaídas de 45,9% e uma taxa de abandono após período de seguimento de 23,9% (Tabela 11).

Tabela 11- Resultados terapêuticos dos utentes que tiveram pelo menos mais do que uma consulta por sexo.

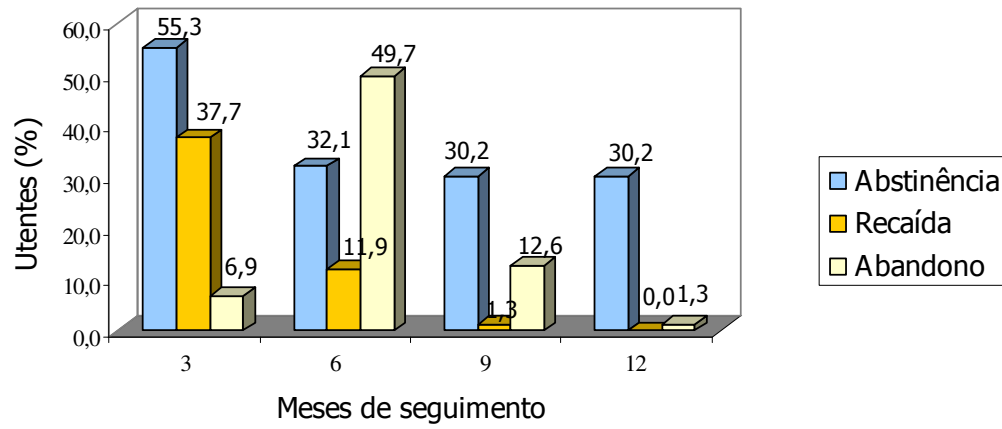
Sexo	Resultados terapêuticos			χ ²	gl	p
	Recaídas n (%)	Abandono ao longo do programa n (%)	Alta com sucesso n (%)			
Masculino	45 (42,9)	25 (23,8)	35 (33,3)	1,642	2	0,440
Feminino	28 (51,9)	13 (24,1)	13 (24,1)			
Total	73 (45,9)	38 (23,9)	48 (30,2)			

Foi analisada a evolução dos resultados terapêuticos, aos 3, 6, 9 e 12 meses: dos 159 utentes que fizeram pelo menos mais do que uma CAICT e que foram seguidos até aos 12 meses, como se pode observar no gráfico 5. Aos 3 meses, dos 159 utentes, 55,3% (n=88), encontravam-se abstinentes; aos 6 meses esta percentagem reduziu para 32,1% (n=51) e aos 9 meses para 30,2% (n=48). De referir que todos os utentes que estavam abstinentes aos 9 meses, se mantiveram abstinentes até aos 12 meses, tendo tido alta com sucesso (Gráfico 5).

Outro indicador importante é a análise dos abandonos e das recaídas. Verificamos assim, que o pico de abandonos da CAICT, ocorre aos 6 meses (49,7%;n=79), com acentuado declínio aos 9 meses (12,6%;n=20) (Gráfico 5).

Relativamente às recaídas, a maior percentagem ocorre ao longo dos três primeiros meses (37,7%,n=60), diminuindo acentuadamente aos 6 meses (11,9%,n=19). De referir que apenas 1,3% (n=2) recaem aos 9 meses e que nenhum utente recaí entre os 9 e 12 meses.

Gráfico 5- Evolução dos resultados terapêuticos da CAICT aos 3, 6, 9 e 12 meses de seguimento.



CAPITULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo consciência que os resultados obtidos no presente estudo, referentes a 328 utentes seguidos na consulta de AICT de 2 CS de Vila Nova de Gaia, não podem ser extrapolados para o universo de fumadores que recorrem às consultas de AICT, destacam-se alguns pontos que são importantes para o processo de cessação tabágica e que poderão contribuir para a melhoria dos resultados terapêuticos do mesmo.

O período de seguimento dos utentes, foi até 12 meses. Contudo, enfatiza-se a necessidade de mais estudos longitudinais com um período de seguimento, superior a 12 meses, uma vez que se sabe que, as recaídas podem surgir até aos 3 anos e meio de seguimento (99), apesar de ocorrerem mais frequentemente entre os 6 a 12 meses após a cessação tabágica (98). As recaídas, continuam deste modo a verificar-se também depois do final do período de seguimento da maioria dos estudos sobre cessação tabágica, que variam desde semanas até 6 meses, estendendo-se alguns entre 12 a 18 meses, e muito raramente mais do que esse período de seguimento. Estes seguimentos são de grande importância, pois a maioria dos benefícios para a saúde, apenas se verificam após anos de abandono do consumo de tabaco (1), e merecem ser devidamente valorizados, dado que aumentam a esperança de vida e melhoram a qualidade da mesma. Algumas medidas, poderiam ser implementadas de modo a conseguir obter um maior período de seguimento, nomeadamente a realização de contactos telefónicos, com os utentes que já tiveram alta, nos próximos dois anos após a alta, no intuito de averiguar se estes se mantêm abstinentes no consumo de tabaco.

Não se pode excluir a possibilidade de viés de memória, sobretudo no que diz respeito aos dados relativos à história tabágica.

A avaliação do grau de dependência de nicotina, foi efectuada através do teste breve de dependência de nicotina, que não se encontra validado para a população portuguesa, mas sim para alguns países europeus, nomeadamente para a Alemanha e a Espanha (86, 129, 130). Contudo este é constituído por duas questões do teste de Fagerström, que representam 60% da pontuação final.

A comparação dos resultados terapêuticos da CAICT, com outros estudos nacionais, pode apresentar algumas limitações, uma vez que os poucos estudos publicados poderão ter modelos de prática diferentes.

De acordo com os resultados obtidos, a maioria (67,7%) dos utentes que se encontram a ser seguidos na CAICT, é do sexo masculino, resultado este que vai de

encontro ao descrito por um Rosas M (2004), em que 68% dos utentes que foram seguidos na CAICT, eram do sexo masculino (8).

A média etária dos utentes do presente estudo é de 46,47 anos, sendo semelhante à obtida por Rosas M (2004), que foi de 45,2 anos (8) e à média obtida por Rebelo L (2008), que foi de 45,7 anos (9). De salientar no presente estudo, o baixo número de idosos (4,6%), que recorrem a consulta de cessação tabágica, resultado este ligeiramente inferior ao descrito por Rebelo L (9,3%) (9). Por outro lado, os grupos etários mais frequentes neste estudo são: 45-54 anos (34,1%) e 35-44 anos (25,9%). Estes resultados são análogos aos resultados obtidos no INS 2005/2006, em que a proporção mais elevada de fumadores actuais se concentrava entre os 35-44 anos com uma percentagem de 32,7% (24).

Quanto ao estado civil do total de utentes estudados, 69,8% são casados, situação que é semelhante à obtida por Rosas M (2004), em que a percentagem de utentes casados, foi de 80% (8).

A grande maioria (76,8%) dos utentes estudados, exerce uma profissão, o que confirma os resultados obtidos por Rosas M (2004), em que 73,3% dos fumadores são activos. De facto, é já sabido que a maioria dos potenciais utilizadores da consulta de cessação tabágica, fazem parte da população activa. Salienta-se ainda a percentagem de desempregados encontrada (11,6%), sendo análoga à referida por Rebelo L (2008) (10,3%) (9). Este facto, é de particular importância, pois esta situação é conhecida como um factor de insucesso na cessação tabágica, entre outras razões, pelo elevado número de cigarros que fumam, aumento dos níveis de stress, baixa da auto-estima e falta de recursos para custear os medicamentos (67).

Relativamente a escolaridade dos utentes do presente estudo, 25,9% apresentam até 4 anos de escolaridade e 25% apresentam 7-9 anos de escolaridade, o que não está de acordo com os dados apresentados por Rebelo L (2008), em que a maioria dos utentes (43,5%) apresentava grau de escolaridade secundária (9). De salientar que apenas 10,8% dos homens e 9,4% das mulheres apresentam mais de 12 anos de escolaridade. O resultado obtido no presente estudo, não se encontra também de acordo, com o desenvolvimento da epidemia tabágica em Portugal, onde a prevalência de mulheres fumadoras tende a ser superior nas mais escolarizadas, surgindo o consumo associado a um estatuto social superior (25).

Do total de utentes analisados, 29,3% afirmaram a existência de história de depressão prévia, percentagem esta muito inferior à obtida por outros autores (Breslau N, Kilbery MM, Andreski P, 1991), em que a percentagem obtida foi de 61% (55). De facto,

a depressão, têm vindo a ser associada ao consumo de tabaco, pressupondo-se que o seu uso seja uma tentativa de auto-medicação (90).

A maioria dos utentes estudados (57,3%), referem não praticar regularmente exercício físico, o que vai de encontro ao referido em estudos anteriores, que salientam o facto de a actividade física estar positivamente associada com estilos de vida saudáveis, como o baixo ou inexistente consumo de tabaco (95). Ussher M (2007), mostrou evidência de que o exercício físico constitui uma mais valia para a cessação tabágica, essencialmente a logo prazo (96).

Do total de utentes analisados, 54,6% consomem regularmente álcool, o que está de acordo com o descrito por Fagerström K e Furberg H (2008), que salientam um elevado consumo de álcool por parte dos fumadores actuais (90).

A média de idade de início do consumo regular de tabaco obtida é de 16,18 anos, com um mínimo de 7 anos e um máximo de 45 anos, o que é semelhante aos resultados descritos por Rebelo L (média=15,6 anos; Mínimo=3 anos; Máximo=38 anos) (9) e por Rosas M (média=17,3 anos; Mínimo=6 anos; Máximo=40 anos) (8). 48,7% dos utentes refere ter iniciado o consumo de tabaco antes dos 15 anos de idade (48,2%), resultado este superior ao descrito por Rosas M (2004), que obteve uma percentagem de 36,2% (8). A idade em que ocorre o início do consumo de tabaco constitui um forte determinante para a manutenção deste consumo quando em adulto (131), sendo fundamental a intervenção a nível dos jovens, nomeadamente, em meio escolar. A diferença da idade de início do consumo de tabaco, entre homens e mulheres é estatisticamente significativa, tal como obtido por Rebelo L (2008) (9).

Relativamente aos anos de consumo regular de tabaco, a média obtida é de 30,29 anos, com um mínimo de 2 anos e um máximo de 65 anos, o que é reforçado pelos resultados obtidos pelo autor Rosas M (média=27,9 anos; Mínimo=6 anos; Máximo=64 anos) (8). Do total de utentes, a maioria (50,3%) fuma há mais de 30 anos, tendo o autor anteriormente referido, obtido uma percentagem inferior (40,8%).

O número médio de cigarros fumados por dia obtidos no presente estudo é de 24 cigarros, com um mínimo de 3 cigarros e um máximo de 70 cigarros. Estes dados são ligeiramente inferiores aos obtidos por Rebelo L (média=28,8 cig/dia; Mínimo=8 cig/dia; Máximo=80 cig/dia) (9) e ligeiramente superiores aos obtidos no INS de 1998/99 (média=19 cig/dia) (25).

Quanto ao nível de dependência de nicotina (Escala de Fagerström), a maioria dos utentes (65,5%) apresenta dependência média; 24,4% tem dependência elevada e apenas 10,1% apresenta dependência baixa ou inexistente. Estes resultados estão de

acordo com os referidos por Rebelo L (2008), que obteve 55% dos utentes da consulta de cessação tabágica com dependência moderada, 28% com dependência elevada e 17% com dependência baixa. O nível de dependência de nicotina elevado, é ligeiramente mais frequente nos homens do que as mulheres (25,2% e 22,6%, respectivamente), o que é corroborado com descrito por Fagerström K e Furberg H (2008), referindo que os homens apresentam *scores* de dependência de nicotina mais elevados que as mulheres (90).

Segundo o modelo de Proschaska e DiClemente, a maioria dos utentes (73,5%) do presente estudo, encontram-se aquando da primeira consulta, na fase de preparação, 16,5% na fase de contemplação e apenas 6,7% na fase de pré-contemplação. Estas percentagens diferem das referidas por de Rosas M (2004), em que 51% dos utentes se encontravam na fase de contemplação, 28,8% na fase de pré-contemplação e 20,2% na fase de preparação (8). O facto de a maioria dos utentes deste estudo, se encontrarem motivados para a cessação tabágica, deveria ser indicativo de maiores possibilidades de êxito da consulta, o que não se verificou.

No presente estudo 85,5% dos utentes que foram seguidos ao longo dos 12 meses, receberam tratamento farmacológico, o que é corroborado, pelo já descrito, de que actualmente a maioria das intervenções para a cessação tabágica, incluem uma componente farmacológica.

Entre os utentes que receberam tratamento farmacológico, a 44,9% foi prescrita TSN na apresentação de pastilhas mastigáveis e/ou sistemas transdérmicos, 30,9% fez tratamento com Vareniclina e 15,4% com Bupropiona. De referir, que não existem estudos nacionais em que esteja descrita a prescrição de Vareniclina, pelo facto de esta apenas estar disponível no mercado português a partir de Março de 2007 e esses estudos se referirem a períodos anteriores a essa data. Contudo, quando comparados os resultados obtidos com aos descritos por Rebelo L (2008), constatam-se diferenças acentuadas quanto ao uso de TSN, referindo este autor que apenas a 20% dos utentes que fizeram tratamento farmacológico, foi prescrita esta terapêutica. Relativamente ao tratamento com bupropiona a percentagem, é semelhante á obtida no presente estudo, referindo o autor anteriormente mencionado, uma percentagem de 13% (9).

Relativamente aos resultados terapêuticos da CAICT a que se refere o presente estudo, verifica-se um elevado número de utentes que abandonaram a consulta, não tendo sido possível obter qualquer tipo de informação sobre os mesmo, quer por contacto directo com o utente, quer por via telefónica. De salientar, que para a avaliação do abandono da CAICT foi especificado, se foi logo após a primeira consulta (o utente não efectuou dia D) ou se o abandono foi ao longo do programa de cessação tabágica (após

realização do dia D), tendo-se obtido uma taxa de 51,5% e 14,3%, respectivamente. Destes, desconhece-se se alguns terão cessado o consumo de tabaco. Estudos anteriores não especificaram em que momento ocorreu o abandono, sendo importante a realização de estudos que avaliem também os abandonos logo após a primeira consulta e as suas causas. Deste modo, para poder comparar resultados, agrupou-se os dois tipos de abandono do presente estudo, o que fez um a percentagem de 65,8%. Este resultado difere do obtido por Rebelo L (2008), referindo que apenas 27% dos utentes abandonaram a consulta, não sendo possível obter informação (9) e do obtido por Rosas M (2004), onde apenas 28% dos utentes foram considerados desistentes (8).

A taxa de recaídas obtida é de 19,5%, sendo semelhante à descrita por Rosas M (2004), que refere uma taxa de 17,4% (8) e substancialmente inferior à descrita por Rebelo L (2008), que refere uma taxa de 49% (9).

Aos 12 meses, constatamos que dos 328 utentes, apenas 14,7% se mantiveram abstinentes, tendo tido alta com sucesso. Este resultado difere dos obtidos por outros autores, que obtiveram taxas de abstinência superiores: Grandes G et al (2003), 22% (10); Rebelo L (2008), 24% (9); Steinberg MB et al (2006), 35% (11) e Rosas M (2004), 47% (8).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os resultados terapêuticos da CAICT e as seguintes variáveis: idade dos utentes, horário da consulta, motivação para deixar de fumar, grau de dependência de nicotina e tipo tratamento farmacológico. Relativamente aos factores anteriormente apresentados; Rosas M (2004) refere também as variáveis motivação para deixar de fumar e grau de dependência de nicotina, como apresentando impacto nos resultados terapêuticos aos 12 meses.

Dos utentes que frequentaram a CAICT do horário do final da tarde (17h-20h), 44% obtiveram sucesso, comparativamente com apenas 2,3% dos utentes que frequentaram a consulta a realizar-se de manhã (9h-11h). Por outro lado, 45,5% dos utentes da CAICT a realizar-se de manhã, abandonaram o programa após a primeira consulta, comparativamente com apenas 18% dos utentes que frequentaram a consulta do horário das 17h-20h. Isto, poderá ser explicado pelo facto de a maioria (76,8%) da totalidade de utentes em estudo serem população activa, o que poderá dificultar a disponibilidade para a frequência da consulta em horários laborais e conseqüentemente conduzir ao abandono desta.

A motivação para deixar de fumar, revelou ser um factor associado ao sucesso da CAICT em estudo, o que vai de encontro ao referido por Miller (1991), que refere que a

motivação para a mudança comportamental é um aspecto fundamental para o seu sucesso (101).

A avaliação da dependência é de enorme importância no processo de cessação tabágica, já que influencia o tipo de intervenção e o seu sucesso. Os utentes mais dependentes de nicotina, mantêm o consumo de tabaco de uma forma mais significativa, em relação aos indivíduos menos dependentes, sendo o processo e cessação tabágica mais difícil (90). Dos 80 utentes com dependência elevada, a maioria (57,5%) abandonaram a CAICT logo após a primeira consulta, 10,0% apresentam sucesso, 18,8% recaem no consumo de tabaco. Dos 215 utentes com dependência média, 49,8% abandonaram a CAICT logo após a primeira consulta, 13,5% tem alta com sucesso e 20,9% recaíram. Dos 33 utentes com dependência baixa 33,3% tem sucesso e 12,1% recaíram. Estes resultados, diferem dos descritos por Rosas M (2004), que refere que 60,2% dos indivíduos mais dependentes recaem no consumo de tabaco, comparativamente com 41,9% nos indivíduos menos dependentes (8). Outros autores, nomeadamente Breslau N et al (2001) e Fagerstrom K et al (1996), reconhecem que, as taxas de cessação tabágica são superiores em indivíduos menos dependentes da nicotina (97, 98), o que está de acordo com os resultados obtidos no presente estudo.

Verifica-se que o tipo de tratamento farmacológico tem impacto no sucesso da consulta. Dos utentes que efectuaram tratamento farmacológico com vareniclina, 45,2% tiveram alta com sucesso, o que difere substancialmente do descrito por Nides M (2006), que refere uma taxa de sucesso de 22,5% (119). Dos utentes que fizeram TSN, apenas 23% tiveram êxito, sendo o resultado obtido ligeiramente superior ao descrita por Tonnesen P et al (1999), que foi de 15,9% (108). Da totalidade de utentes a que foi ministrado bupropiona, apenas 9,5% ficaram abstinentes, tendo alta com sucesso. Rodrigues HL (2000), refere uma percentagem de abstinência superior (18,4%) com este fármaco (109). Seria importante a realização de estudos futuros para avaliar a eficácia da terapia farmacológica e que garantissem que o sucesso da CAICT se deve a cada fármaco em questão, sendo fundamental efectuar também estudos comparativos e de avaliação da eficácia na prevenção das recaídas.

A análise da evolução dos resultados terapêuticos, aos 3, 6, 9 e 12 meses, dos 159 utentes que fizeram pelo menos, mais do que uma consulta revelou que aos 3 meses, 55,3% destes utentes estavam abstinentes; aos 6 meses apenas 32,1%; aos 9 meses 30,2%, os quais se mantiveram abstinentes até aos 12 meses. Rosas M (2004), refere uma percentagem de abstinência aos 3 meses de 51,2%, sendo semelhante à obtida no

presente estudo. Por outro lado, aos 6 e 12 meses a percentagem que refere é superior (46,1% e 47% respectivamente).

Verificou-se que o pico das desistências dos 159 utentes estudados, ocorre aos 6 meses (49,7%), o que difere do obtido por Rosas M (2004), que refere o pico de abandonos aos 3 meses (14,9%).

Foi durante os primeiros 3 meses que se verificou uma maior percentagem de recaídas (37,7%), diminuindo acentuadamente aos 6 meses (11,9%,n=19). Rosas M (2004), refere uma maior percentagem de recaídas entre os 3 e os 6 meses (5,7% e 10,1% respectivamente).

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A prevenção e o controlo do tabagismo requer uma abordagem compreensiva, que faça apelo a medidas globais e diversificadas em vários domínios, perspectivadas em função das pessoas consumidoras ou não de tabaco e do meio sócio-económico-cultural em que se encontram inseridas.

Os programas de apoio à cessação tabágica constituem uma das medidas de combate do tabagismo. Existem actualmente medidas efectivas de apoio farmacológico e comportamental à cessação tabágica, que urge disseminar no contexto dos serviços de saúde, em especial a nível dos cuidados de saúde primários. Revela-se ser fundamental reforçar a formação dos profissionais de saúde para este tipo de intervenção e uma generalização da CAICT, como suporte à intervenção dos profissionais de saúde. O sucesso da cessação tabágica, parece estar na intervenção individualizada que poderá residir, pois os fumadores não são iguais, exigindo estratégias diferenciadas.

Revela-se fundamental estudar os potenciais factores que possam indiciar os resultados terapêuticos da CAICT, nomeadamente avaliar as características sócio-económicas do utente, a sua motivação para deixar de fumar, o seu nível de dependência de nicotina, as suas experiências prévias em tentar deixar de fumar e desenvolver um plano concreto para a mudança comportamental a curto prazo, sem esquecer a prevenção de recaídas.

A intervenção dos profissionais de saúde, na cessação tabágica, deverá ter em conta que as terapêuticas para deixar de fumar têm maior probabilidade de êxito, quando se administram a indivíduos motivados e que a associação da terapêutica farmacológica e não farmacológica (informação, aconselhamento e apoio comportamental) continuam a ser a abordagem mais adequada e que têm demonstrado maior taxas de êxito.

No final do presente estudo conclui-se que a maioria (51,5%) dos utentes inscritos na CAICT, abandonaram-na logo após a primeira consulta, 14,4% abandonaram-na ao longo do programa, 19,5% recaíram e 14,7% tiveram alta com sucesso. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os resultados terapêuticos da CAICT e as variáveis: idade dos utentes, horário da consulta, motivação para deixar de fumar, grau de dependência de nicotina e tipo de tratamento farmacológico.

A análise da evolução dos resultados terapêuticos da CAICT, aos 3, 6, 9 e 12 meses, permitiu inferir que o pico dos abandonos dos 159 utentes que fizeram pelo menos mais que uma consulta, ocorre aos 6 meses (49,7%) e que a maior percentagem

de abstinência ocorreu aos 3 meses (55,3%). Foi durante os primeiros 3 meses que se verificou uma maior percentagem de recaídas (37,7%), diminuindo acentuadamente aos 6 meses (11,9%).

Ainda que os resultados deste estudo não possam ser extrapolados para o universo de fumadores que recorrem à CAICT, podem efectivamente contribuir para suscitar momentos de reflexão e motivação para trabalhos futuros e servir de incentivo para orientar a intervenção dos vários profissionais de saúde. A identificação dos utentes fumadores, a sua caracterização, a realização de uma intervenção breve e potencialmente o seu encaminhamento para a CAICT, constitui um recurso essencial para a diminuição da epidemia tabágica.

Contudo, é importante referir que actualmente a CAICT não é exclusivamente praticada nível dos CSP, sendo-o também a nível hospitalar e em instituições privadas, onde também é importante desenvolver estudos de avaliação do seu êxito e dos seus potenciais factores.

Sugere-se ainda um estudo retrospectivo numa amostra de ex-fumadores abstinentes há vários anos, em que se identifiquem as características biopsicosocioculturais que contribuíram para o sucesso e a sua qualidade de vida. Um estudo complementar, numa amostra de indivíduos que recaíram e que mantêm o consumo de tabaco e que incluísse essas mesmas variáveis, relacionando-as com várias patologias, seria igualmente importante.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo de investigação, apresento de seguida algumas propostas de intervenção, que considero pertinentes para o êxito da CAICT e conseqüentemente, para o controlo do tabagismo.

Propõe-se a prática de horários pós-laborais da CAICT, pois sabe-se que a maioria dos seus potenciais utilizadores, são população activa, pois caso contrário, este poderá constituir um factor para o abandono e mesmo para a não procura do apoio intensivo.

Como em qualquer consulta especializada é importante que existam e se definam critérios de inscrição na consulta e prioridades de acesso. Num CS com médicos de família organizados por equipas, é aos médicos que cabe a referência dos pacientes fumadores devendo estes efectuar uma abordagem de sensibilização para a mudança comportamental. Após referência dos fumadores para a CAICT, por parte dos médicos de família, os elementos da equipa de saúde desta consulta, deverão efectuar a triagem dos utentes, por forma a garantir a inscrição de utentes na consulta, motivados para aderirem a um plano de cessação tabágica, que os leve a deixarem de fumar a curto prazo, minimizando deste modo, o abandono precoce da consulta.

Existem evidências científicas que o êxito da CAICT aumenta com a participação complementar de vários profissionais, dado o tabagismo ser uma doença crónica aditiva de causalidade multifactorial (131). Dispor de recursos humanos adequados às necessidades, nomeadamente enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, para que o médico, possa referenciar o utente a estes profissionais, de acordo com critérios aprovados pela equipa de saúde, também devem ser medidas a tomar.

Devem também ser agendadas consultas de seguimento a curto prazo (máximo 15 dias) após início da terapêutica farmacológica e manter-se comunicação com o paciente na fase de pós prescrição terapêutica. Os medicamentos são dispendiosos, devendo ser usados quando estiverem reunidas condições de êxito e de manutenção do tratamento. A terapia farmacológica deveria ser alvo de comparticipação pelo SNS.

Sugere-se ainda a realização de visitas domiciliárias aos utentes, essencialmente na fase inicial do processo de cessação tabágica, para avaliação da rede de apoio social e familiar existente e também aquando dos abandonos e da não obtenção de qualquer informação, nomeadamente por via telefónica, por forma a avaliar e obter informação sobre cada situação particular.

A criação de uma linha telefónica própria da CAICT, para remarcação de consultas e aconselhamento telefónico pró-activo (iniciado pelo profissional de saúde) e reactivo (iniciado pelo utente, através de linhas de apoio). A criação de um endereço electrónico disponível e de apoio a CAICT, constitui também um contributo interessante para os seus bons resultados (131). Sugere-se ainda a realização de um contacto telefónico e/ou envio de mensagem via sms/E-mail, no dia anterior ao dia D e às consultas de seguimento.

A criação de grupos de entreaajuda, onde se faça a partilha de experiências e onde o contacto com ex-fumadores, pode ser importante ao longo do processo de cessação tabágica.

A avaliação anual da consulta de cessação tabágica é crucial, sendo a informatização da ficha clínica fundamental.

É ainda importante referir que os dados recolhidos, no presente estudo, dos processos clínicos de cessação tabágica contêm muita informação, alguma da qual não utilizada, sendo possível ainda retirar outras conclusões a partir da realização de testes estatísticos, que poderão futuramente ser efectuados.

A CAICT a que se refere o presente estudo, apresenta algumas limitações, no que se refere à disponibilidade de horário, à existência de uma linha telefónica própria, aos apoios necessários, nomeadamente quanto aos recursos estruturais e humanos, essencialmente enfermeiros, psicólogos e nutricionistas. Em consequência disso, alguns

casos clínicos que precisam de uma abordagem por parte do psicólogo ou nutricionista, acabam por não a ter ou tê-la tardiamente. Neste contexto, seria de todo fundamental que o Ministério da Saúde implementa-se um sistema de incentivos que tenha em conta aspectos de estrutura, processo e resultados em CSP e que a DGS desenvolva um programa nacional de controlo do tabagismo.

O programa de prevenção e tratamento do tabagismo da ARS Norte I.P., tem vindo a ter um notável desenvolvimento, com os recursos humanos e materiais disponíveis, tendo a noção de que ainda há um longo caminho a percorrer. Para isso, tem contribuído, a formação especializada em prevenção e controlo do tabagismo realizada por esta instituição, por forma a colmatar a ausência de formação curricular pré e pós-graduada nesta área, permitindo adoptar novas práticas de intervenção clínica, tecnicamente qualificadas, na prevenção e tratamento do tabagismo.

Chegando ao termo deste trabalho, considera-se fundamental, a capacitação de cada pessoa, organização ou comunidade, para a promoção e manutenção do seu bem-estar, contribuindo deste modo, para o controlo de vastas problemáticas da saúde, como o tabagismo, aumentando a eficácia do exercício da cidadania individual e colectiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Martinet Y, Bohadana A. O tabagismo - da prevenção à abstinência. Lisboa: Climepsi Editores, 2003, 425p.
- (2) World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life: WHO, 2002.
- (3) Ribeiro JL. Psicologia e Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 1998.
- (4) John RH. Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. J Gen Intern Med. 2003; 18: 1053- 1057.
- (5) United States Department of Health and Human Services, Reducing tobacco use: report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services. 2000.
- (6) Fiore MC, et al. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Rockville, Maryland: Agency for Health Service. US Department of Health and Human Services, 1996.
- (7) World Health Organization. Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. 2001.
- (8) Rosas M. Projecto de Prevenção e Tratamento do Tabagismo na Unidade Local de Saúde de Matosinhos S.A. 2004. In: Precioso J, Macedo M, Gonçalves A, Viseu F, Actas do I Encontro Ibérico de Prevenção e Tratamento do Tabagismo; 27 e 28 de maio 2004; Universidade do Minho, Braga, 2004: 145-159.
- (9) Rebelo L. Consulta de cessação tabágica no Centro de saúde de Alvalade, Ver Port Clin Geral. 2008; 24:13-20.
- (10) Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. Br J Gen Pract 2003 Feb; 53 (487): 101-7.
- (11) Steinberg MB, Foulds J, Richardson DL, Burke MV, Shah P. Pharmacotherapy and smoking cessation at a tobacco dependence clinic. 2006 Feb; 42 (2): 114-9.
- (12) Becoña E & Vázquez González F. Tratamiento del Tabaquismo, Dykinson, Psicologia, Madrid, 1998.
- (13) Ferreira BC, Filho HC. Tabagismo- Usos, Abusos e Dependências, Climepsi Editores, Lisboa, 2004, 227p.
- (14) Fraga S, Sousa S, Santos AC et al. Tabagismo em Portugal; ArquiMed, 2005. [cited 2008 fev 06]; Available from : <http://www.coppt.pt/docs/2007-06-27-tabaco.pdf>
- (15) World Health Organization, European Country Profiles on Tobacco Control. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe. 2001.

- (16) World Health Organization, The European Health Report 2002. Geneva: WHO Regional Publications; 2003.
- (17) World Bank, Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank, Washington D.C.,1999.
- (18) Joossens L. A Mulher e o Tabaco na União Europeia – Relatório Europeu, 1999.
- (19) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control, 1994; 3: 242-247. [cited 2007 nov 12]; Available from:http://www.euphix.org/object_document/o4610n27423.html
- (20) Cayolla da Mota L. Inquérito Nacional da Saúde. Jornal O Médico. 1984; 11:771-773.
- (21) Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1987: Ministério da Saúde; 1987.
- (22) Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1995/96: Ministério da Saúde; 1997.
- (23) Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/99: Ministério da Saúde; 2001.
- (24) Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 4ª Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 2007, [cited 2009 Jan 2]; Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=6449945&DESTAQUEStema=5414284&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- (25) Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. Lisboa: INSA; 2001.
- (26) Santos AC, Barros H. Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. Prev Med. 2004; 38:114-9.
- (27) Aragão MJ, Sacadura R. Guia Geral das Drogas - explicar o seu mecanismo e as suas consequências. Editora Terramar, 2002.
- (28) Tavlov AR. Tobacco use and the quality of life. Tobacco Control. 1994; 3:196 [cited 2008 fev 06]; Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1759345&blobtype=pdf>
- (29) Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Inquérito de Saúde dos Adolescentes na Escola. 1º Modulo (2ª fase). Lisboa. 2003.
- (30) Ramos E, Fraga S, Almeida S, Falcão H, Barros H. EPITeen: Assembling a portuguese cohort of children born in 1990. J Epidemiol Community Health. 2004; 58(I):A112.
- (31) Lunet N, Barros H. A epidemia do tabaco em países de língua portuguesa. Arq-Med.2004; 18: 156-58.

- (32) Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal – Estudo do impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto. *EpiScience*. 2008; 1-22.
- (33) Organização Mundial de Saúde. The scientific basis of tobacco product regulation, Report of a study group, in WHO Technical Report Series 945. Genebra. 2007.
- (34) Alberg A J, Kouzis A, Genkinger JM, et al. A Prospective Cohort Study of Bladder Cancer Risk in Relation to Active Cigarette Smoking and Household Exposure to Secondhand Cigarette Smoke. *Am J Epidemiol* 2007; 165:660-666. [cited 2008 Jan 03]; Available from : In <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/165/6/660>
- (35) Rosas M, Batista F. Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*. 2002; 1: 45-56
- (36) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: APA. 1994; 242- 247.
- (37) Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Rev Port Clín Geral*. 2006;22:225-44
- (38) World Health Organization. The need of tobacco control. In: Guidelines for controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, Geneva: WHO. 1998.
- (39) Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. Epidemiologia del Tabaquismo en Europa. *Salud Pública de México*. 2002; 44: S11 – S19 [cited 2008 fev 06]; Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44s1/a05v44s1.pdf>
- (40) The Aspect Consortium for European Commission. Directorate General for Health and Consumer Protection, Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future, Comissão Europeia. Luxemburgo. 2004.
- (41) La Vecchia C, Levi F, Lucchini F, Negri E. Trends in mortality from major diseases in Europe, 1980-1993. *Eur J Epidemiol*. 1998;1:1-8.
- (42) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50' years observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26; 328 (7455):1519-28.
- (43) Shafey O, Dolwick S e Guindon G. Tobacco control country profiles. Atlanta: American Cancer Society The 12 th World Conference on Tobacco or Health.2003.
- (44) Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004 Jan 24; 328(7433):217-9.
- (45) Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries, 2nd edition, updated, June 2006. [cited 2007 Dez 06]; Available from : <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>.
- (46) Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *British Medical Journal*. 1997;980

- (47) U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta: 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; 2004.
- (48) British Medical Association, Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London: British Medical Association; 2004.
- (49) Lima J. Gravidez e Tabagismo. Boletim da Sociedade Portuguesa Hemorreologia. 2002;2
- (50) Valero F, Ciscar C. El tabaquismo passivo en la infância. Nuevas evidencias. Prevención del Tabaquismo; 2002.
- (51) Millet C, Wen LM, Rissel C, et al. Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. Tob Control 2006 Apr; 15 (2): 136-9.
- (52) Carvalho JT. O Tabagismo - Visto sob Vários Aspectos; MEDSI Editora Médica e Científica Ltda; Copyright, 2000.
- (53) Thomas GA, Rhodes J, Ingram JR. Mechanisms of disease: nicotine – a review of its actions in the context of gastrointestinal disease. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2005 Nov; 2 (11): 536-44.
- (54) McNeill A. Smoking and mental health – a review of the literature. London: Smoke Free London Programme. 2001.
- (55) Breslau N, Kilbery MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. Archives of General Psychiatry. 1991; 48:1069-1074.
- (56)- Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. Nicotine Tob Res. 2000 Feb; 2(1):19-37.
- (57) Dierker LC, Avenevoli S, Stolar M, Merikangas KR. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. Am J Psychiatry 2002 Jun; 159 (6): 947-53.
- (58) Europe Contre le Cancer, Vers une génération sans tabac... Guide Pratique Européen Destiné aux intervenants. Les jeunes de 7 a 14 ans. Paris, 1996.
- (59) Melero J, Flores R e Anda M. Dossier informativo sobre el tabaquismo y su prevención. Bilbao: Edex Kolektiboa, 1997.
- (60) Pestana E e Mendes B. Tabagismo: 25 perguntas frequentes em pneumologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 1999.
- (61) Hill SE, Blakely T, Kawachi I, Woodward A. Mortality among Lifelong Nonsmokers Exposed to Secondhand Smoke at Home: Cohort Data and Sensitivity Analyses. Am J Epidemiol; 2007; 165:530-540.

- (62) Gidding S, Morgan W, Perry C, Jones J. e Bricher T. Active and Passive Tobacco Exposure: a serious pediatric health problem. American Heart Association, 1994. [cited 2007 mar 27]; Available from:
<http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1994/119401.html>
- (63) Calheiros J. Tabagismo passivo: um risco para a saúde significativo e prevenível. Lusomed, 2003. [cited 2007 mar 13]; Available from:
<http://lusomed.sapo.pt/Xn300/367166.html>
- (64) Hopkins DP et al. The Task force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2001;20(2s): 17- 86.
- (65) Ministério da Saúde. Tratamento do uso e dependência do tabaco: Norma de Orientação Clínica. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde. 2002.
- (66) Becoña, E. Programa para deixar de fumar. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago Compostela. 1993.
- (67) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000. [cited 2008 Jan 17]; Available from:
<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm#Front>
- (68) British Medical Association. Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London. 2004
- (69) Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy:Theory, Research and Practice*, 1982; 19(3):276-288.
- (70) Riemsma RP, Pattenden J, Bridle et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ.* 2003; 326:1175-1177.
- (71) Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med.* 1997; 26:580-585.
- (72) Pons FA, Durany AV. Tratamiento del tabaquismo-Casos prácticos. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida. 2007.
- (73) Mezquita MAH, Bustos MG, Hernández MAS. Estratégias para la prevención de las recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico. In Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT, et al. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ªed, GlaxoSmithKline, Madrid, 2006.
- (74) Marlatt G, Gordon J. Prevenção de recaídas: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- (75) Tuyà DM. Clínica del fumador 1. Detección y diagnóstico: Revista Rol de Enfermería. 1998; n.º234:13.
- (76) Boyle P, et al. Characteristic of smokers' attitudes towards stopping: survey of 10.295 smokers in representative samples from 17 European countries. European Journal of Public Health. 2000; 10 (3): 5-14.
- (77) Rebelo L. O médico de família e a dependência tabágica: Uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. Rev Port Clin Geral. 2004;20:75-8.4
- (78) Ferreira J. Por "uma Europa livre de tabaco": Jornal Tempo Medicina; 2000; 6-7.
- (79) U.S. Department of health and human services- Reducing tobacco use: a report of the surgeon general. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. 2000; 49: 10-11.
- (80) Rebelo L. Intervenções nos cuidados de saúde primários: o papel do medico de família. In: Ferreira-Borge C, Filho HC. Tabagismo- Usos, Abusos e Dependências. Climepsi Editores. Lisboa, 2004: 159-168.
- (81) Nunes E, Candeias A, Mendes B, et al. Cessação Tabágica- Programa Tipo, Direcção-Geral da Saúde/Gradiva, Lisboa. Dezembro de 2007.
- (82) Agence National d' Accréditation et d' Evaluation en Santé+E153. Consensus sur l' arret de la consommation du tabac: texte des recommandations. Paris. 1999.
- (83) European Network For Smoking Prevention. General Practitioners Empowerment (Phase II). European Network For Smoking Prevention. Framework Project 2001-2002. Summary of final reports; 2003.
- (84) Borges CF. Recomendações para o tratamento da dependência de nicotina: evidências para a implantação de consultas de cessação tabágica no Serviço Nacional de Saúde, Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2002; 20(2): 19-30.
- (85) West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000; 55 (12): 987-99.
- (86) Etter JF, Duc TV, & Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. Addiction. 1999; 94(2), 269–281.
- (87) Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, & Heatherton T. Predicting smoking cessation with selfreported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. Drug and Alcohol Dependence. 1994; 34(3), 211–216.
- (88) Breslau N, Johnson EO, Hiripi EO & Kessler R. Nicotine dependence in the United States: Prevalence, trends and smoking persistence. Archives of General Psychiatry. 2001; 58(9): 810–816.

- (89) Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control*. 1996; 5(1), 52–56.
- (90) Fagerström K, Furberg H. A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Journal compilation, Society for the Study of Addiction*. 2008; 103: 841–845
- (91) Killen J, Fortmann S. Craving is associated with smoking relapse: findings from three prospective studies. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 1997; 5(2): 137-142.
- (92) Tonnesen P et al. ERS task force. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Resp J*. 2007;29:390-417
- (93) Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation: Cochrane Systematic Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; Issue 3.
- (94) Pestana E, Mendes B. *Tabagismo*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 1999.
- (95) Leitzmann MF, Koebnick C, Abnet C, et al. Prospective Study of Physical Activity and Lung Cancer by Histologic Type in Current, Former, and Never Smokers. *American Journal of Epidemiology*, 2009, [cited 2007 jul 21]; Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full/kwn371v1>
- (96) Ussher M. Exercise interventions for smoking cessation: Cochrane Systematic Review. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2007; Issue 1.
- (97) Amos A. Women and smoking. *British Medical Bulletin*. 1996; 52:74-89.
- (98) Barringer t, Weaver E. Do long-term bupropion (Zyban) use prevent smoking relapse after initial success at quitting smoking? *Journal of Family Practice*. 2002; 135:423-433.
- (99) Stapleton J. How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long term follow up of randomised trial of nicotine nasal spray. *British Medical Journal*. 1998; 316:830-831.
- (100) Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ*. 2007;335: 37-41.
- (101) Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press, New York, 1991.
- (102) Coleman T, West R. Newly available treatments for nicotine addiction. *British Medical Journal*. 2001; 322: 1076-1077.
- (103) Foulds J, Burke M, Steinberg M, Williams JM, Ziedonis DM. Advances in pharmacotherapy for tobacco dependence. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2004; 9:39-53.

- (104) Henningfield JE, Fant RV, et al. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:281-299.
- (105) Dale JC, Hurt RD, Hays TH. Terapêutica farmacológica para ajudar a deixar de fumar. *Postgraduate Medicine.* 2000; 14 (1): 22-28.
- (106) Fagerstrom KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology.* 1993; 111(3): 271-7.
- (107) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3.* 2004. [cited 2008 mar 03]; Available from: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html>
- (108) Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J.* 1999; 13:238-246.
- (109) United States Department of health and human services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia. 2000.
- (110) Melo I. Cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia.* 2000; 6(5):484-500.
- (111) Hughes JR. Motivating and helping smokers to stop smoking. *J Gen Intern Med.* 2003; 18: 1053-1057.
- (112) Rodrigues HL. Qual a contribuição da farmacoterapia na cessação tabágica? *Revista Portuguesa de Pneumologia.* 2002; 8 (2): 151-174.
- (113) Prochazka A. New developments in smoking cessation. *Chest.* 2000; 117: 169-228.
- (114) Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med.* 1999; 340: 685-91.
- (115) Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 296 (1):47-55.
- (116) Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficac of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 296(1):56-63.
- (117) Tonstad et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking Cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 296(1):64-71.
- (118) Carvalho JM, Pradera J. Vareniclina, uma nova terapêutica para deixar de fumar. *Revista Factores de Risco.* 2007; 6:90-98.

- (119) Nides M. A Pooled Analysis Evaluating Varenicline an 4,2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs Bupropion and placebo for smoking cessation. Presented at the 13th World Conferenc on Tobacco OR Health. Washington, D.C. 2006.
- (120) Decreto-Lei n.º421/80 In: Diário da República, I série, n.º226, 30 de Setembro; 1980.
- (121) Lei n.º22/82. Prevenção do Tabagismo. In: Diário da República, I série, n.º189, 17 de Agosto; 1982.
- (122) Decreto-Lei n.º226/83 In: Diário da República, I série, n.º122, 27 de Maio; 1983.
- (123) Decreto-Lei n.º253/90. In: Diário República, I série, n.º179, 4 de Agosto; 1990.
- (124) Decreto-Lei nº 25/2003 In: Diário da república, I Série, 4 de Fevereiro; 2003.
- (125) Lei nº 37/2007. In: Diário da República, I Série, nº156, 14 de Agosto; 2007
- (126) Circular Normativa Nº 3 de 17/12/2007- Aplicação da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto – prevenção do tabagismo; Ministérios da Saúde, Lisboa, 2007; [cited 2008 out 13]; Available from: http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0BC01F75-62C3-41E4-86CC-3D054C2A0263/11883/CN_03_2007_PrevTabagismo_Lei37_2007_1.pdf
- (127) Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Circular Normativa nº 26/DSPPS de 28 de Dezembro de 2007.
- (128) Instituto Do Emprego E Formação Profissional. Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994, Lisboa. 2ª Edição. 2001.[cited 2008 nov 1]; Available from: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/INDICE.pdf>.
- (129) Chaiton MO, Cohen JE, McDonald PW, et al. The Heaviness of Smoking Index as a predictor of smoking cessation in Canada, Addictive Behaviors. 2007; 32:1031-1042.
- (130) John U, Meyer C, Schumann A, et al. A short form of the Fagerstro¨m Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. Addictive Behaviors. 2004; 29: 1207–1212
- (131) Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ. 2000; 321:355-8.
- (132) Fortin MF. O Processo de Investigação: Da concepção a realização. 3ª Edição. Loures. Lusociência, 2003, 388p.
- (133) Marroco J. Análise estatística com utilização de SPSS. 3ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo, 2007, 822p.