

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO



Mestrado Integrado em Medicina  
2012 - 2013

Artigo de Investigação Médica

**TABAGISMO EM DOENTES INTERNADOS NUM HOSPITAL CENTRAL  
PORTUGUÊS**

Aluna  
Alice Micaela Jeri Correia de Sá

Orientadora  
Dr.<sup>a</sup> Elga René Freire

Co-Orientador  
Dr. Sérgio Vinagre

# **TABAGISMO EM DOENTES INTERNADOS NUM HOSPITAL CENTRAL PORTUGUÊS**

Alice Jeri<sup>1</sup>, Elga Freire<sup>2</sup>, Sérgio Vinagre<sup>3</sup>

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina  
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel  
Salazar da Universidade do Porto

<sup>1</sup>Alice Micaela Jeri Correia de Sá

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 PORTO

Telefone: +351 220 428 000

Endereço de correio electrónico: alicejeri@hotmail.com

<sup>2</sup>Elga René Freire

Médica, Especialista em Medicina Interna

Serviço de Medicina do Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do  
Porto

Largo Prof. Abel Salazar 4099-001 PORTO

Telefone: +351 222 077 500

<sup>3</sup>Sérgio Manuel Vinagre Pereira da Silva

Médico, Especialista em Saúde Pública

Departamento de Saúde Pública da ARS – Norte / Unidade de Saúde  
Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul

Rua Anselmo Braancamp n.º 144, 4000-078 Porto

Telefone: +351 220 411 701

## ÍNDICE

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAL E MÉTODOS.....	9
RESULTADOS .....	12
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	23
CONCLUSÃO .....	29
AGRADECIMENTOS .....	30
BIBLIOGRAFIA .....	31
ANEXOS.....	34

### LISTA DE ABREVIATURAS

COex – monóxido de carbono no ar expirado

DALY – disability adjusted life years

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica

EAM – enfarte agudo do miocárdio

HSA-CHP – Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCE – processos clínicos electrónicos

PNPCT – Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo

PTF – pontuação no teste de Fagerström

SU – serviço de urgência

TSN – terapêutica de substituição da nicotina

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O tabagismo é a primeira causa de morte evitável. A intervenção no fumador internado pretende controlar a síndrome de abstinência, promover o cumprimento da interdição de fumar e a cessação definitiva e consiste no diagnóstico da dependência, avaliação, aconselhamento, prescrição e garantia de seguimento após a alta. Não há actualmente um protocolo de actuação nesta população específico do HSA-CHP.

**OBJECTIVO:** Estimar a prevalência e distribuição dos fumadores hospitalizados em unidades médicas e cirúrgicas; caracterizar a história clínica e tabágica; estudar a abordagem específica nos serviços; estabelecer associações com a abstinência hospitalar.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo transversal com aplicação de questionário e posterior consulta de processos clínicos de doentes internados em unidades médicas e cirúrgicas do HSA-CHP, entre 20 de Janeiro e 28 de Fevereiro de 2013.

**RESULTADOS:** Foi entrevistada amostra de 302 doentes, tendo composição aproximada à população internada e distribuição equilibrada entre serviços. Identificaram-se 65 fumadores (21,5%), 76 ex-fumadores e 161 não-fumadores. Relativamente aos fumadores: Prevalência sobreponível entre serviços, com 73,8% de homens e idade média de 51,8 anos, inferior à de não-fumadores; Associação a doenças ligadas ao tabagismo de 30,8%, e 26,2% de outras adicções; 71,9% já tinham feito tentativas de cessação; Consumo médio de  $15,8 \pm 11,4$  cigarros diários; Maioria apresentou dependência leve (47,5%) ou moderada (40,7%), com PTF média  $4,5 \pm 23$ ; Predominou o estágio de contemplação (60,0%), com baixa prevalência de pré-contempladores (24,6%); 66,2% pretendiam cessar nos 30 dias seguintes. Abstinência hospitalar em 81,5%, a maioria com baixa dificuldade. Comparativamente à Cirurgia, os fumadores na Medicina tinham idade superior, maior prevalência de homens, doenças ligadas ao tabagismo e outras adicções, consumos e dependência superiores e mais prolongados e menos tentativas de cessação. Os consumos tabágicos foram registados num quarto dos doentes no SU e Cirurgia e em três quartos na Medicina. Avaliação, aconselhamento e prescrição farmacológica tiveram prevalências de 26,6%, 37,5% e 15,4%, respectivamente. Nenhum fumador foi referenciado à consulta de cessação tabágica, apresentando 90,2% critérios de prioridade. O serviço médico mostrou taxa superior de diagnóstico, ( $OR=0,046$ ,  $IC=0,01-0,17$ ), avaliação, aconselhamento e prescrição farmacológica.

**CONCLUSÕES:** Os fumadores internados apresentavam dependência moderada, frequência de tentativas e motivação para cessação elevados, confirmando esta população como especialmente receptiva à intervenção para promoção da abstinência hospitalar e cessação sustentada. Inversamente, as insuficiências no diagnóstico, avaliação, aconselhamento, prescrição (variáveis entre serviços) e referenciação, tornam fundamental o estabelecimento de modelo de intervenção específico para abordagem do tabagismo, e de programas de formação

dos profissionais, adaptados aos contextos hospitalares.

Palavras-chave: Tabagismo, cessação tabágica, doente internado, internamento, serviço de saúde sem tabaco.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Tobacco use is the most common avoidable cause of death. The goal when managing the smoker inpatient is to control the withdrawal symptoms, to promote fulfillment of the smoking interdiction and achieve smoking cessation. It consists of diagnosing tobacco use, evaluation, counseling, prescription and adequate discharge surveillance. HAS-CHP lacks a specific smoking cessation program.

**OBJECTIVES:** To estimate prevalence rates and distribution of smokers among medical and chirurgical services; to characterize clinical and smoking history; to assess the management of tobacco use; to find associations with in-hospital abstinence.

**METHODS:** Cross-sectional study based on questionnaire and clinical reports of inpatients admitted to three medical and three chirurgical units in HAS-CHP between January 20<sup>th</sup> and February 28<sup>th</sup> 2013.

**RESULTS:** A 302 inpatient sample was assessed, presenting similar characteristics regarding the population, and balanced between medical and chirurgical services. Sixty-five current smokers (21.5%), 76 ex-smokers and 16 never-smokers were identified. Regarding the smokers: the prevalence was similar between the settings, with 73.8% of males and with an average age of 51.8 years - below the non-smokers; Tobacco-related diseases were present in 30.8%, and other addictive behaviors in 26.2%; 71.9% had made at least a quit attempt; The average daily cigarette consumption was  $15,8 \pm 11,4$  before hospitalization; The majority presented low (47.5%) or moderate (40.7%) dependence level, and the mean Fagerström test value was  $4.5 \pm 23,4$ ; The majority were in contemplation stage (60.0%), with few in pre-contemplation (24.6%); 66.2% were ready to quit smoking within next 30 days; Abstinence was maintained by 81.5%, mostly with low difficulty. Smokers in Medicine were older, had higher prevalence of males, tobacco-related diseases and other addictions, higher and longer consumes and dependence and less quit attempts. Assessment, counseling and prescription were performed in 26.6%, 37.5% and 15.4% of the smokers, respectively. Smoking status was documented in one-quarter of inpatients in the emergency department and chirurgical units and in three-quarters in the medical units. No smoker was referred to smoking cessation consultation, although 90.2% had priority criteria. Medicine had higher tobacco use diagnosing rates (OR=0.046, CI=0.01-0.17), as well as higher evaluation, counseling and prescription.

**CONCLUSION:** Smoker inpatients showed moderate dependence levels, high frequency of quit attempts and motivation to quit, confirming this population as especially receptive to interventions directed at promoting compliance with abstinence and long-term cessation. However, failure in diagnosing, evaluating, counseling, prescribing and referring (varying between services) prioritizes the establishment of a specific tobacco cessation program, as well as training programs for health professionals – adapted to different hospital settings.

**KEYWORDS:** Smoking, smoking cessation, inpatient, hospitalization, smoke-free hospital.

## INTRODUÇÃO

O Tabagismo é actualmente considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável a nível mundial, respondendo anualmente por cerca de 5,4 milhões de mortes<sup>1</sup> e por morbilidade significativa.<sup>2</sup> Em Portugal, 11,7% das mortes anuais serão devidas ao tabagismo,<sup>3</sup> com proporção estimada da carga de doença atribuível (expressa em DALYs) de 11,2%, sendo predominante no sexo masculino.

As doenças associadas ao fumo do tabaco são ainda uma das principais causas de internamento hospitalar, e a redução do tabagismo contribui para a redução importante da morbilidade e mortalidade.<sup>4,5</sup>

Neste contexto, o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016, justificando-se, assim a criação do Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT).<sup>6,7</sup>

O internamento de um fumador, sobretudo se causado por doença associada ao tabagismo, é um momento de vulnerabilidade acrescida no qual aumenta a receptividade para informações sobre comportamentos para a saúde – criando-se assim uma “janela de oportunidade” para a cessação tabágica.<sup>8,9,10</sup> Dado que as normas adoptadas nos hospitais portugueses proíbem o consumo dentro das instalações,<sup>7,11</sup> e dado que a maioria dos fumadores manifesta dependência da nicotina, a interrupção súbita do tabagismo pode precipitar sintomas de abstinência e uma necessidade imperiosa de fumar (“craving”), os quais para além de causarem desconforto, acarretam uma quebra da interdição de fumar<sup>9,4,12</sup> e possíveis interferências com os tratamentos médicos.<sup>13</sup> Assim, Pamplona<sup>10</sup> considera fundamental uma intervenção-tipo em todos os fumadores internados, com o objectivo de controlar a síndrome de abstinência, promover o cumprimento da interdição de fumar e a cessação a longo prazo. A Direcção Geral de Saúde (DGS), no seu Programa-Tipo de Actuação de 2007, preconiza uma *intervenção oportunista* em todos os contactos de doentes fumadores com os profissionais de saúde,<sup>14</sup> consistindo em diagnóstico do consumo tabágico, intervenção breve, prescrição farmacológica quando indicada (tendo em conta o desejo do doente, o grau de dependência segundo o teste de Fagerström,<sup>15</sup> o número de cigarros fumados diariamente antes do internamento e a taxa de monóxido de carbono no ar expirado [COex]) e incluindo abordagem motivacional para doentes resistentes ou ambivalentes. A programação da alta deverá ter em conta este diagnóstico e a referenciação com garantia da continuidade dos cuidados, incluindo prescrição farmacológica e proposta de consulta de apoio intensivo - ou na sua indisponibilidade, referenciação a consulta da especialidade ou ao médico assistente com recomendação de abordagem específica da dependência. Neste contexto, é fundamental a avaliação da motivação para a cessação, a qual depende da imperiosidade atribuída à mudança (informação das repercussões do tabagismo no estado de saúde)<sup>16</sup> e da

percepção da própria capacidade de mudar (autoconfiança). Das várias medidas utilizadas para avaliar a motivação<sup>17,18</sup> a DGS recomenda a abordagem baseada nos estágios de comportamento em relação em interesse em abandonar o tabagismo descritos por DiClemente *et al.*<sup>19-23</sup>

No Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP) está estabelecida uma Comissão de Prevenção do Tabagismo e uma consulta de cessação tabágica, entidades que para além das acções dirigidas aos utentes, realizam formações anuais para os profissionais de saúde que o desejem. O impacto destas acções nunca foi avaliado, e a instituição carece de um modelo de intervenção específico dirigido a profissionais de saúde para a intervenção nos fumadores hospitalizados. A Terapêutica de Substituição da Nicotina (TSN) é a única intervenção farmacológica disponível.

O objectivo deste estudo foi de estimar a prevalência e distribuição dos fumadores hospitalizados em unidades médicas e cirúrgicas; caracteriza-los ao nível sociodemográfico, clínico e da história tabágica; e estudar a abordagem específica realizada pelos serviços relativamente ao diagnóstico de tabagismo, tratamentos e referenciação posterior, estudando a associação com a abstinência tabágica durante a hospitalização.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Recolha de dados**

Trata-se de um estudo transversal observacional, com avaliação de uma amostra de conveniência de doentes maiores de 18 anos, internados nas unidades A, B e C do serviço de Medicina, e 1, 2 e 3 do serviço de Cirurgia HSA-CHP, entre 20 de Janeiro e 28 de Fevereiro de 2013, por qualquer motivo.

A cada doente foi aplicado um questionário especificamente desenhado para o estudo (anexo1), mediante entrevista pela aluna em horário pós laboral, durante o período de internamento e após obtenção de consentimento informado escrito.

Foram registados dados dos respectivos processos clínicos electrónicos (PCE), incluindo, para os fumadores, notas de admissão e de alta e resumos de admissão no serviço de urgência (SU), quando aplicável (anexo 2). Foi ainda utilizada informação fornecida pelo Serviço Sistemas de Informação do HSA-CHP.

Foram excluídos doentes menores de 18 anos, os incapazes de responder ao questionário, os cujos PCE não estivessem acessíveis ou junto dos quais não fosse possível obter consentimento informado escrito. Para a realização deste estudo foi obtido o parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde do HSA-CHP e cumpridos os pressupostos legais e éticos.

### **Dados Recolhidos**

A idade, sexo e tipo de internamento (urgente ou programado) da amostra de doentes internados foram registados com base nos respectivos PCE, após aplicação de questionário relativo ao *status* tabágico. Foram considerados fumadores à data do internamento os que declararam consumir pelo menos um cigarro por dia no mês anterior (segundo questionário da OMS<sup>24</sup>), ex-fumadores aqueles cujo consumo de cigarros fora interrompido há mais de um mês (em fase de manutenção se tivessem abandonado entre 6 meses e 5 anos<sup>25</sup>) e não-fumadores os que nunca tinham fumado regularmente.

Para os fumadores actuais, o questionário incluiu ainda:

1. Recolha de dados sociodemográficos adicionais (escolaridade, sector de actividade e atribuição de médico de família);
2. Avaliação dos consumos e história tabágica antes do internamento actual (idade de início e duração do consumo, número de cigarros fumados diariamente, realização e número de tentativas de cessação anteriores, recurso a apoio terapêutico de qualquer tipo, tentativa no ano anterior);

3. Aplicação do teste de Fagerström<sup>15</sup> como indicador de dependência física da nicotina (Pontuação no teste de Fagerström [PTF] <4: dependência baixa; 4-7: dependência moderada; >7: dependência elevada)

4. Avaliação do estágio de motivação para a mudança comportamental relativa à cessação tabágica segundo o modelo de DiClemente *et al*<sup>19,20</sup> (considerados em pré-contemplação os doentes que não pretendiam deixar de fumar nos 6 meses seguintes, em contemplação os que pretendem deixar de fumar neste período e em preparação os que pretendem deixar de fumar nos 30 dias seguintes e tinham realizado pelo menos uma tentativa no ano anterior). O interesse em deixar de fumar foi também avaliado de forma isolada e adicionalmente foram considerados fumadores em recaída os que haviam feito tentativa(s) de cessação no ano anterior.<sup>26</sup>

5. Recolha de dados relativos à abordagem do fumador internado durante a hospitalização e consulta pré-operatória (informação sobre a interdição de fumar no hospital, realização de aconselhamento breve, avaliação da motivação para cessação, informação sobre repercussões do tabagismo e oferta de qualquer tipo de ajuda para cessação por parte dos profissionais- medicação, encaminhamento especializado, materiais específicos; função dos profissionais envolvidos);

6. Questionamento sobre a abstinência tabágica durante o internamento e sobre o grau de dificuldade sentido (escala de 1 a 5);

A informação adicional recolhida nos PCE dos fumadores incluiu:

1. Dia de internamento

2. Dados relativos à história clínica, nomeadamente de doenças relacionadas ao tabagismo e consideradas pela DGS<sup>14</sup> como critério de acesso prioritário aos programas de cessação tabágica: cardiopatia isquémica (Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM] e Angina), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), cancro primário do pulmão; e a história de outros comportamentos adictivos: abuso do álcool (>30g/dia para homens e >24g/dia para mulheres), uso de drogas ilícitas, cafeísmo e adição ao jogo; e ainda história de pneumotórax - dada a sua frequência e forte associação ao tabagismo.

3. Registo de consumo tabágico na nota de admissão e nos resumos de passagem pelo SU;

4. Prescrição e posologia de TSN durante o internamento;

5. Diagnóstico de tabagismo e referenciação específica registados nas notas de alta.

Os critérios prioritários de referenciação para consulta de apoio intensivo considerados foram: motivação para a mudança comportamental (intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias), dificuldade na cessação após tentativa apoiada por intervenção breve, dependência elevada de nicotina (consumo do 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar ou

consumo de 20 ou mais cigarros diariamente), concomitância com patologias relacionadas ao tabagismo ou com outros comportamentos aditivos.<sup>14</sup>

A informação fornecida pelos Serviços Sistemas de Informação do HSA-CHP reportou-se à população de doentes internados nos referidos serviços no mesmo período de tempo e incluiu dados relativos ao sexo, idade e tipo de internamento (urgente/programado), tendo como finalidade a comparação com a amostra de doentes analisada.

### **Análise estatística**

A amostra de doentes entrevistados foi comparada com a população de doentes internados para averiguar a sua representatividade em termos de sexo, idade, serviço (médico/cirúrgico) e tipo de internamento. De seguida procedeu-se à análise descritiva da amostra recolhida de acordo com os consumos tabágicos.

Para comparar as características dos fumadores activos e a abordagem ao tabagismo entre serviços médico e cirúrgico, foi utilizado o teste T para amostras independentes, nas variáveis contínuas; e o teste do Qui-quadrado nas variáveis categóricas.

Para averiguar quais os factores associados com a manutenção do tabagismo durante a hospitalização e com a prescrição de TSN foi utilizado modelo de regressão logística, registando-se a *Odds Ratio* e o intervalo de confiança a 95%.

Todas as relações estatísticas são baseadas num nível de significância inferior a 0,05. A análise foi realizada utilizando o programa IBM SPSS Statistics versão 21.0.

## RESULTADOS

### Caracterização da população, amostra entrevistada e amostra de fumadores

A amostra foi constituída por 302 (32,4%) da população de 933 doentes internados neste período. A análise da distribuição por sexo, idade e tipo de internamento (urgente ou programado) revelou composição da amostra aproximada à da população, quer nas unidades médicas quer nas cirúrgicas (tabela 1). A média de idades na população foi de  $64,7 \pm 18,5$  e de  $62,8 \pm 16,4$  anos na amostra. A representação dos géneros foi equilibrada, com 49,8% do sexo masculino na população e 52,3% na amostra. A amostra comportava 143 doentes (47,4%) internados no serviço de medicina, referindo-se os restantes à Cirurgia.

**Tabela 1.** Amostra e População de doentes internados.

	Amostra n=302	População n=933
Médicos		
M/F %	57,3/42,7	51,7/48,3
Urgentes/ Programados %	92,3/17,7	94,2
Idade média (DP)	67,5 (15,4)	72,6 (15,7)
Cirúrgicos		
M/F %	47,5/52,2	48,1/51,9
Urgentes/ Programados %	44,3/55,7	35,7/64,3
Idade média (DP)	58,6 (16,1)	57,3 (17,8)

DP: desvio-padrão

Relativamente à distribuição dos consumos na amostra de doentes questionada, registaram-se 65 fumadores actuais (21,5% do total), 76 ex-fumadores (25,2%) e 161 não-fumadores (53,3%) (tabela 2 e figura 1). Esta distribuição foi de 33 fumadores (23,1%), 42 ex-fumadores (29,4%) e 68 não fumadores (47,6%) nas unidades médicas e de 32 fumadores (20,1%), 34 ex-fumadores (21,4%) e 93 não-fumadores (58,5%) nas cirúrgicas. Apenas 15% dos ex-fumadores se encontrava em fase de manutenção.

**Tabela 2** - Distribuição do consumo tabágico na amostra de doentes internados, por tipo de serviço.

	Fumador actual * n=65	Ex-fumador † n=76	Não-fumador n=161
<b>Unidades Médicas</b>	<b>33 (50,8)</b>	<b>42 (55,3)</b>	<b>68 (42,2)</b>
Homens <i>n</i> (%)	28 (84,5)	39 (92,9)	15 (22,1)
Idade <i>média</i> (DP)	55,6 (15,7)	69,7 (12,9)	71,9 (1,5)
Homens	57,4 (15,5)	71,2 (11,7)	66,5 (19,7)
Mulheres	45,8 (14,1)	50 (14,0)	73,4 (11,5)
<b>Unidades Cirúrgicas</b>	<b>32 (49,2)</b>	<b>34 (44,7)</b>	<b>93 (57,8)</b>
Homens <i>n</i> (%)	20 (63,5)	30 (88,2)	26 (28,0)
Idade <i>média</i> (DP)	47,75 (16,4)	62,7 (14,8)	61,0 (15,0)
Homens	51,9 (16,7)	64,7 (13,5)	65,7 (13,2)
Mulheres	40,9 (14,1)	47,0 (16,3)	59,1 (15,4)
<b>Total</b>	<b>65 (100)</b>	<b>76 (100)</b>	<b>161 (100)</b>
Homens <i>n</i> (%)	48 (73,8)	69 (90,8)	41 (25,5)
Idade <i>média</i> (DP)	51,8 (16,4)	66,5 (14,1)	65,6 (15,5)

\* Fumou pelo menos um cigarro por dia no mês anterior ao internamento.

† Interrompeu o consumo mais de um mês antes.

DP: desvio-padrão

Na amostra de fumadores internados, a média de idades foi notavelmente superior nos homens (55,1±16,1 anos, contra 42,4±13,8 nas mulheres), com prevalência de tabagismo de 30,4% no sexo masculino e de 11,8% no feminino.

A caracterização sociodemográfica da amostra de fumadores é explicitada na tabela 3. Refere-se que nenhum doente exercia actividade no sector primário.

**Tabela 3** – Caracterização sociodemográfica dos doentes fumadores internados.

	Unidades Médicas n=33	Unidades Cirúrgicas n=32	Total n= 65
<b>Idade n (%)</b>			
18-24 anos	2 (6,1)	2 (6,3)	4 (6,2)
25-44 anos	5 (15,2)	11 (34,4)	16 (24,6)
45-64 anos	16 (48,5)	14 (43,8)	30 (46,2)
65-74 anos	8 (24,2)	2 (6,3)	10 (15,4)
> 74 anos	2 (6,1)	3 (9,4)	5 (7,7)
<b>Escolaridade n (%)</b>			
Sem escolaridade	0	1 (3,1)	1 (1,5)
1º ciclo incompleto	1 (3,0)	3 (9,4)	4 (6,2)
1º ciclo completo	14 (42,4)	3 (9,4)	17 (26,2)
2º ciclo	3 (9,1)	1 (3,1)	4 (6,2)
3º ciclo	6 (18,2)	7 (21,9)	13 (20)
Secundário/Pós secundário	8 (24,2)	10 (31,3)	18 (27,7)
Ensino Superior	1 (3)	7 (21,9)	8 (12,3)
<b>Sector de actividade n (%)</b>			
Sem actividade	0	1 (3,2)	1 (3,6)
Estudante	2 (6,1)	2 (6,5)	4 (6,3)
Secundário	10 (30,3)	8 (25,8)	18 (28,1)
Terciário	21 (63,6)	20 (64,5)	41 (64,1)
<b>Atribuição de médico de família n (%)</b>			
	29 (87,9)	30 (93,8)	59 (90,8)

### História clínica dos doentes fumadores

Quarenta fumadores (62,5%) tinham sido internados de urgência, com estadia hospitalar média de  $3,8 \pm 3,3$  dias aquando da entrevista. Vinte (30,8%) tinham história de doenças ligadas ao tabagismo consideradas pela DGS como critério prioritário de acesso aos programas de cessação, ou de pneumotórax; destes, um registara EAM (1,5%), 3 angina (4,6%), 13 DPOC (20%), 5 cancro primário do pulmão (7,7%) e 2 pneumotórax (3,1%). Dezassete tinham história de outros comportamentos adictivos (26,2%), dos quais 13 (20%) abuso de álcool isolado e 4 (6,2%) de álcool e outras drogas. A maioria destes antecedentes foram significativamente mais prevalentes em doentes do serviço de medicina (tabela 4). Nenhum doente possuía registo de uso de drogas de abuso isolado, adição à cafeína ou ao jogo.

**Tabela 4.** Antecedentes clínicos dos fumadores internados (registados no PCE)

	Unidades Médicas n=33	Unidades Cirúrgicas n=32	p <sup>†</sup>
<b>Internamento urgente</b> <i>n (%)</i>	30 (90,9)	10 (32,3)	<0,001
<b>Dia de internamento aquando da entrevista</b> <i>média (DP)</i>	4,9 (3,4)	2,6 (2,8)	0,006
<b>História de doenças relacionadas ao tabagismo*</b> <i>n (%)</i>	17 (51,5)	3 (9,4)	<0,001
EAM	1 (3,0)	0	0,321
Angina	2 (6,1)	1 (3,1)	0,573
DPOC	11 (33,3)	2 (6,3)	0,006
Cancro Primário do Pulmão	5 (15,2)	0	0,022
Pneumotórax	2 (6,1)	0	0,157
<b>História de outros comportamentos adictivos</b> <i>n (%)</i>	16 (48,5)	1 (3,1)	<0,001
Abuso do álcool (isolado)	12 (36,4)	1 (3,1)	
Abuso de álcool e drogas	4 (12,1)	0	

\* Consideradas pela Direcção Geral de Saúde como critério prioritário para acesso aos programas de cessação, ou pneumotórax

† Teste de qui quadrado

DP: desvio-padrão

### História tabágica

Os indicadores de consumo dos 65 fumadores mostraram uma média de idade de início de 16,2±8,3 anos, com média de 35,6±18,2 anos de tabagismo. Quarenta e seis doentes já tinham feito tentativas de cessação (71,9%), dos quais 10 (22%) recorreram a algum apoio, tendo 15 (23,4%) feito tentativa(s) no último ano. Vinte e seis doentes (40,0%) fumavam ≤10 cigarros/dia; 21 (32,3%) entre 11-20 cigarros; 14 (21,5%) entre 21-30 e 4 (6,2%) ≥30 cigarros/dia. A média diária foi de 15,8±11,4 cigarros diários.

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas nos consumos dos dois grupos, embora os doentes das unidades médicas apresentassem globalmente mais anos de tabagismo, média diária de consumo superior, mais doentes com consumos elevados e menor proporção de fumadores com tentativas de cessação realizadas (tabela 5).

Classificaram-se 28 fumadores com dependência leve (47,5%); 24 moderada (40,7%); e 7 elevada (11,9%). A PTF média foi 4,5±23,4, sendo ambos os indicadores de dependência significativamente superiores no serviço Médico.

Relativamente à motivação para deixar de fumar, 16 doentes (24,6%) estavam no estágio de pré-contemplação; 39 (60,0%) em contemplação; e 10 (15,4%) em preparação. Encontraram-se ainda 15 fumadores em recaída (23,4%). Quanto à intenção de deixar de fumar, 43 (66,2%) declararam pretender cessar nos 30 dias seguintes; 6 (9,2%) entre 30 dias e 6 meses; não pretendendo os restantes deixar de fumar nos próximos 6 meses (estádio de pré-

contemplação). Cinquenta e cinco fumadores (90,2%) apresentavam pelo menos um critério de referenciação prioritária a consulta de cessação tabágica, prevalência significativamente superior na Medicina.

À data da entrevista, 53 doentes (81,5%) mantinham-se abstinentes, sendo que a maioria (32) declarou sentir dificuldade mínima em manter a abstinência (nível 1, em escala de 1-5); 7 referiram dificuldade nível 2; 6 de nível 3; 5 de nível 4 e 3 dificuldade máxima, com média de  $1,9 \pm 1,3$ . Estes valores não diferiram significativamente entre doentes médicos e cirúrgicos (tabela 5).

**Tabela 5** – Indicadores de consumos, dependência, motivação e abstinência nos fumadores internados.

	Unidades Médicas n=33	Unidades Cirúrgicas n=32	p <sup>††</sup>
<b>Idade de início do consumo</b> <i>média (DP)</i>	17,3 (11,1)	15,0 (3,6)	0,267
<b>Anos de tabagismo</b> <i>média (DP)</i>	38,3 (18,5)	32,7 (17,7)	0,218
<b>Fez tentativas de cessação*</b> n (%)	21 (65,6)	25 (78,1)	0,405
Com apoio / sem apoio	5 (25,0) / 15 (75,0)	5 (20,0) / 20 (80,0)	0,731
<b>Nº cigarros fumados por dia</b> n (%)			
10 ou menos	13 (39,4)	13 (40,6)	0,117
11-20	7 (21,2)	14 (43,8)	
21-30	10 (30,3)	4 (12,5)	
Mais de 30	3 (9,1)	1 (3,1)	
<i>Média (DP)</i>	17,6 (12,8)	13,9 (9,6)	0,198
<b>Nível de dependência<sup>†§</sup></b> n (%)			<b>0,006</b>
Leve	8 (26,7)	20 (66,7%)	
Moderada	15 (51,7)	9 (30,0)	
Elevada	6 (20,7)	1 (3,3)	
<b>PTF<sup>‡§</sup></b> <i>média (DP)</i>	5,7 (2,3)	3,3 (2,5)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Estágio de motivação<sup>  </sup></b> n (%)			0,095
Pré-contemplação	5 (15,2)	11 (34,4)	
Contemplação	24 (72,7)	15 (49,9)	
Preparação	4 (12,1)	6 (18,8)	
<b>Fumadores em recaída<sup>¶</sup></b> n (%)	7 (21,2)	8 (25,8)	0,771
<b>Intenção de deixar de fumar</b> n (%)			0,091
30 dias – 6 meses	2 (6,1)	4 (12,5)	
Nos próximos 30 dias	26 (78,8)	17 (53,1)	
<b>Critérios de referenciação prioritária<sup>**</sup></b> n (%)	31 (100)	24 (80,0)	<b>0,01</b>
<b>Abstinentes durante internamento</b> n (%)	29 (87,9)	24 (75,0)	0,181
<b>Dificuldade em manter abstinência</b> n (%)			
=1	18	14	
=2	3	4	
=3	3	3	
=4	3	2	
=5	2	1	
<i>Média (DP)</i>	1,9 (1,3)	1,8 (1,2)	0,859

\* Sem dados para um doente da unidade médica.

† Dependência leve: PTF<4; moderada: PTF 4-7; elevada PTF>7.

§ Sem dados para quatro doentes das unidades médicas e dois das cirúrgicas.

|| Pré-contemplação: não pretende deixar de fumar ≤ 6 meses; Contemplação: pretende deixar fumar ≤ 6 meses; Preparação: pretende deixar de fumar ≤30 dias e fez no mínimo uma tentativa no último ano.

¶ Realizaram pelo menos uma tentativa falhada no último ano.

\*\* Pretende deixar de fumar nos próximos 30 dias; dificuldade na cessação após tentativa apoiada; consome 1º cigarro≤30 min após acordar; consome ≥20 cigarros/dia; patologias relacionadas com tabagismo ou outras adições.

Sem dados para dois doentes das unidades cirúrgicas

†† Teste T para amostras independentes para comparação de médias de variáveis numéricas contínuas; teste de qui quadrado para variáveis categóricas.

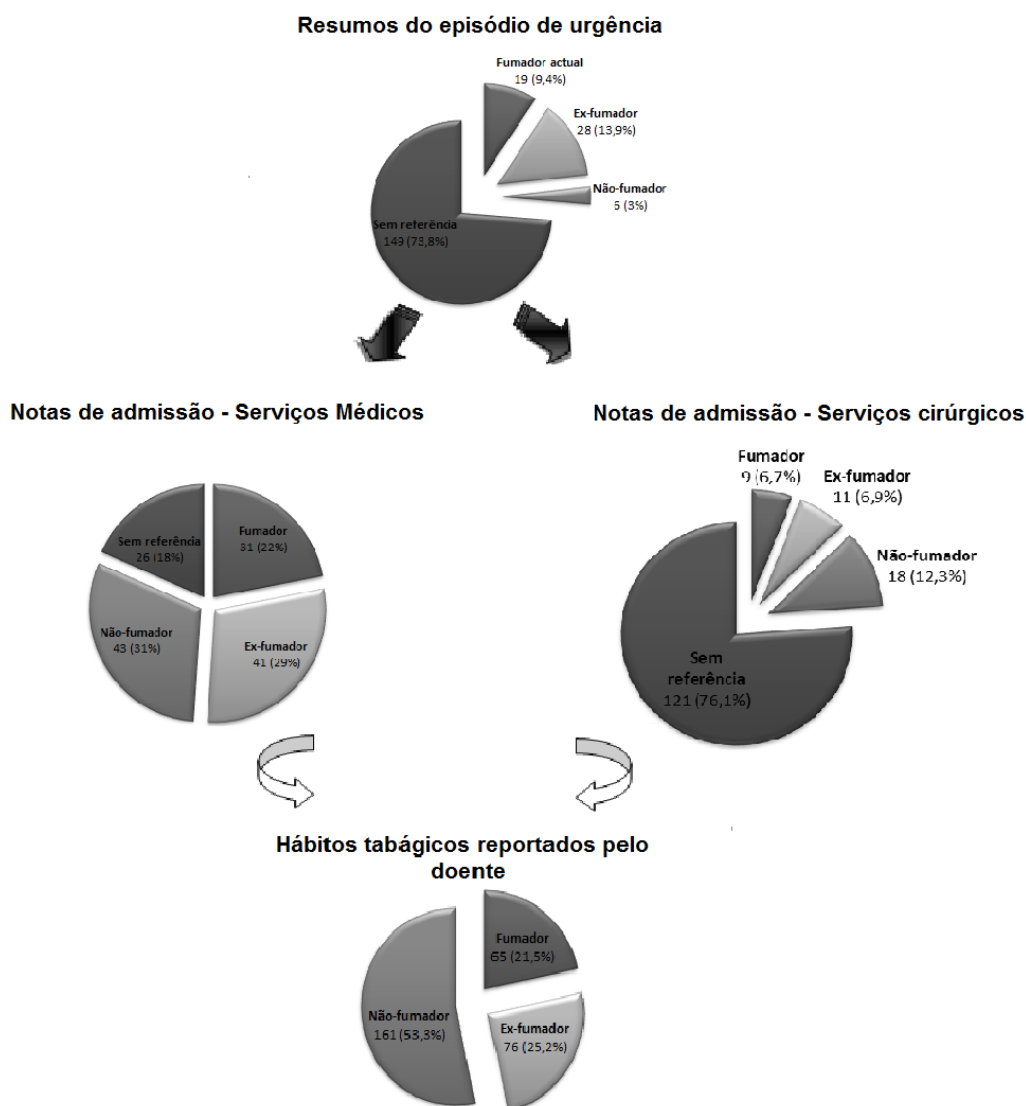
PTF: Pontuação no Teste de Fagerström.

DP: Desvio-padrão

## Caracterização da abordagem às questões tabágicas

Quanto ao diagnóstico de consumos tabágicos, a figura 1 mostra a distribuição registada no SU e nas notas de admissão, comparando-a com os dados fornecidos na entrevista pelos doentes.

**Figura 1** – Registo de consumo tabágico da amostra no serviço de urgência, internamento e informação fornecida na entrevista.



A dependência tabágica foi diagnosticada em 19 (47,5%) dos fumadores admitidos no SU, em 29 (87,9%) dos doentes da Medicina e em 8 (25%) da Cirurgia - diferença entre serviços estatisticamente significativa (OR=0,046 com IC=0,01-0,17).

Os dados relativos à abordagem ao doente fumador internado revelaram frequência significativamente superior de aconselhamento breve, avaliação da motivação para a cessação, oferta de ajuda e prescrição de TSN no serviço de medicina (tabela 6).

Globalmente, todos os doentes tinham conhecimento da interdição de fumar nas

instalações do HSA-CHP. Vinte e quatro doentes (37,5%) referiram ter recebido aconselhamento, 17 (26,6%) ter sido avaliados quanto à motivação para deixar de fumar e 11 (17,6%) que lhes fora oferecida ajuda. Estas acções foram realizadas na maioria dos casos tanto por médicos como por enfermeiros (63,3%), sendo que os médicos abordaram 69,2% dos fumadores e os enfermeiros 56,9%; em 7,4%, nenhum profissional abordou a questão tabágica e 3,7% dos doentes não especificaram a identidade do profissional. A TSN foi ministrada a 10 doentes (15,4%), 4 dos quais na posologia de 10 mg, 5 na de 20 mg e 1 na de 30 mg. Dos 21 fumadores com consultas pré-operatórias, mais de metade (12) foram questionados sobre os seus consumos, tendo 2 recebido algum tipo de informação sobre as repercussões do tabagismo no período peri-operatório e 5 sido aconselhados a cessar. A nenhum foi oferecida ajuda para a cessação.

**Tabela 6** – Abordagem aos fumadores internados

	Unidades Médicas	Unidades Cirúrgicas	p <sup>§</sup>
<b>Abordagem no SU ou Internamento</b> <i>n</i> (%)			
<i>n</i> =64			
Questionado sobre consumo tabágico <sup>*</sup>	29 (87,9)	25 (78,1)	<b>0,43</b>
Aconselhamento <sup>†</sup>	18 (56,3)	6 (18,8)	<b>0.04</b>
Avaliação da motivação	13 (40,6)	4 (12,5)	<b>0.038</b>
Oferta de ajuda	10 (31,3)	1 (3,1)	<b>0.011</b>
<b>Profissionais de saúde envolvidos<sup>‡</sup></b> <i>n</i> (%)			
<i>n</i> =54			
Médico(s)	23 (88,5)	22 (78,6)	
Enfermeiro(s)	19 (73,1)	18 (64,3)	
Nenhum	3 (11,5)	1 (3,6)	
Não sabe	0	2 (7,1)	
<b>TSN prescrita</b> <i>n</i> (%)			
<i>n</i> =65			
10 mg	4 (12,1)	0	
20 mg	4 (12,1)	1 (3,1)	
30 mg	1 (3,0)	0	<b>0.013</b>

\* Sem dados para um doente do serviço médico.

† No Serviço de Urgência, nas consultas pré-operatórias ou durante o internamento.

Sem dados para um doente do serviço médico e um do cirúrgico

‡ Na realização de aconselhamento, avaliação da motivação ou oferta de ajuda.

§ Teste T para amostras independentes para comparação de médias de variáveis numéricas contínuas; teste de qui quadrado para variáveis categóricas.

TSN: Terapêutica de Substituição de Nicotina

Na análise das notas de alta não foi encontrada qualquer referência aos consumos em 41,5% dos fumadores, sendo que apenas em 30,8% a adição figurava na “lista de diagnósticos de saída”; nos restantes 27,7% havia algum tipo de referência mas não um diagnóstico independente. Quanto ao seguimento, nenhuma nota de alta registava referenciação à consulta de cessação tabágica em ambulatório. Apenas 23,1% (15 doentes) foram encaminhados para

consulta de seguimento da especialidade ou dos cuidados primários com a recomendação específica de abordagem da dependência. Para os restantes 50 doentes a questão não foi tida em conta no seguimento. As unidades médicas demonstraram-se significativamente mais efectivos nos registos de diagnóstico e de seguimento (tabela 7).

**Tabela 7** – Análise das notas de alta.

	Unidades Médicas n=33	Unidades Cirúrgicas n=32	p <sup>‡</sup>
<b>Registo de tabagismo n (%)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Apenas referido	12 (36,4)	6 (18,8)	
Diagnosticado*	17 (51,1)	3 (9,4)	
Sem referência	4 (12,1)	23 (71,9)	
<b>Referenciação n (%)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Nenhuma específica	18 (54,5)	32 (100)	
Aos cuidados de saúde primários / consulta de especialidade <sup>†</sup>	15 (45,5)	0	

\* Diagnóstico efectivo quando registado independentemente na secção "Diagnósticos de Saída" das notas de alta.

† Referenciação efectiva quando acompanhada de recomendação de abordagem do tabagismo.

‡ Teste T para amostras independentes para comparação de médias de variáveis numéricas contínuas; teste de qui quadrado para variáveis categóricas.

### **Factores associados com a prescrição de terapêutica de substituição de nicotina durante hospitalização e com a abstinência tabágica**

Dado o baixo número de casos por categoria, a dificuldade em estar sem fumar foi reclassificada em baixa (<3), média (=3) ou alta (>3).

A prescrição de TSN foi significativamente mais provável ( $p \leq 0,05$ ) em doentes com história de qualquer doença ligada ao tabagismo, nos que fumassem maior número de cigarros por dia, com maior PTF e nos com nível de dependência alto, comparativamente aos com dependência baixa (tabela 8). Refere-se ainda que dos 3 doentes que referiram dificuldade máxima em estar sem fumar, nenhum recebeu TSN e que dos 5 no nível 4 apenas 2 a receberam. Dos 7 doentes com nível de dependência alto, apenas 3 receberam TSN. Dos 39 doentes que fumavam mais de 10 cigarros diariamente, 8 foram medicados.

**Tabela 8** – Relação entre a prescrição de terapêutica de substituição de nicotina e elementos da história tabágica e abordagem intra-hospitalar ao tabagismo.

	TSN prescrita n=10	TSN não prescrita n=55	OR [IC] **
<b>História de qualquer doença ligada ao tabagismo*</b> n(%)	7 (70,0)	15 (27,3)	<b>6,22 [1,42;27,3]</b>
<b>Fez tentativa de cessação anterior com apoio</b> n (%)	3 (37,5)	7 (18,9)	2,57 [0,49; 13,4]
<b>Nº de cigarros fumados por dia</b> <i>média</i>			1,05 [0,99; 1,11]
<b>Fuma mais de 10 cigarros/dia</b> n (%)	8 (80,0)	31 (56,4)	3,01 [0,60; 15,9]
<b>Estágio de motivação<sup>†</sup></b> n (%)			
Pré-contemplação	1 (10)	15 (27,3)	1,00
Contemplação	7 (70)	32 (58,2)	3,28 [0,37; 29,1]
Preparação	2 (20)	8 (14,5)	3,75 [0,29; 48,0]
<b>Dificuldade em manter abstinência média/alta<sup>‡</sup></b> n (%)	4 (40)	10 (18,2)	2,72 [0,61;12,1]
n=53			
<b>PTF<sup>§</sup></b> <i>média</i>			<b>1,66 [1,14; 2,41]</b>
n=59			
<b>Nível de dependência<sup>  </sup></b> n (%)			
n=59			
Baixo	1 (11,1)	27 (54,0)	1,00
Médio	5 (56,6)	19 (38,0)	7,11 [0,77; 65,8]
Alto	3 (33,3)	4 (8,0)	<b>20,25 [1,67; 245]</b>
<b>Recebeu aconselhamento<sup>¶</sup></b> n (%)	6 (60,0)	22 (40,7)	2,18 [0,55;8,64]

\* Considerada pela Direcção Geral de Saúde critério prioritário de acesso aos programas de cessação, ou de pneumotórax.

† Pré-contemplação: não pretende deixar de fumar ≤ 6 meses; Contemplação: pretende deixar fumar ≤ 6 meses; Preparação: pretende deixar de fumar ≤30 dias e fez no mínimo uma tentativa no último ano.

‡ Avaliada unicamente nos fumadores que declararam abstinência durante o internamento.

§ Sem dados num doente que recebeu TSN e em cinco que não a receberam.

|| Dependência baixa: PTF<4; moderada: PTF 4-7; elevada PTF>7.

¶ No Serviço de Urgência, nas consultas pré-operatórias ou durante o internamento.

\*\* Modelo de regressão logística.

TSN: Terapêutica de substituição da nicotina.

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança a 95%.

PTF: Pontuação no Teste de Fagerström.

Nenhuma variável se associou significativamente à manutenção do tabagismo, embora esta tenha sido menos prevalente entre os doentes com história de doenças ligadas ao tabagismo, de outros comportamentos adictivos, que não tivessem efectuado tentativas prévias de cessação, com maiores níveis de dependência e de consumo, entre aqueles no estágio de pré-contemplação e entre os sem prescrição de TSN (tabela 9).

**Tabela 9** – Relação entre a manutenção da abstinência durante a hospitalização e elementos da história clínica e tabágica e abordagem intra-hospitalar ao tabagismo.

	Fumou n=12	Não fumou n=53	OR [IC]**
<b>História de qualquer doença ligada ao tabagismo</b> <sup>*</sup> n (%)	1 (8,3)	21 (39,6)	0,14 [0,02; 1,15]
<b>História de outros comportamentos adictivos</b> n (%)	1 (8,3)	16 (30,0)	0,21 [0,03;1,77]
<b>Nº de cigarros fumados por dia</b> <sup>†</sup> n (%)			
Menos de 10	4 (33,3)	22 (41,5)	1
11-20	3 (25,0)	18 (34,0)	0,92 [0,18; 4,64]
21-30	4 (33,3)	10 (18,9)	2,20 [0,46; 10,6]
Mais de 30	1 (8,3)	3 (5,7)	1,83 [0,15; 22,4]
<i>Média</i>			1,013 [0,96; 1,07]
<b>Anos de tabagismo média</b>			0,99 [0,95;1,02]
<b>Fez tentativa prévia</b> n (%)	10 (83,3)	36 (69,2)	2,2 [0,44; 11,3]
<b>Fez tentativa no último ano</b> n (%)	3 (25,0)	12 (23,1)	1,1 [0,26;4,77]
<b>PTF</b> <sup>‡</sup> <i>média</i> n=59			1,21 [0,94;1,56]
<b>Nível de dependência</b> <sup>§</sup> n (%) n=59			
Baixo	4 (33,3)	24 (51,1)	1
Médio	6 (50,0)	18 (38,3)	2,0 [0,49; 8,15]
Alto	2 (16,7)	5 (10,6)	2,4 [0,34; 16,9]
<b>Idade média</b>			0,98 [0,95;1,02]
<b>Estágio de Motivação</b> <sup>  </sup> n (%)	12 (100)	53 (100)	
Pré-contemplação	5 (41,7)	11 (20,8)	1
Contemplação	6 (50)	33 (62,3)	0,40[0,10;1,57]
Preparação	1 (8,3)	9 (17,0)	0,24 [0,02;2,49]
<b>Aconselhamento intra-hospitalar</b> <sup>¶</sup> n (%)	5 (41,7)	19 (36,5)	1,24 [0,35;4,46]
<b>Oferta de ajuda</b> <sup>¶</sup> n (%)	2 (16,7)	9 (18,0)	0,91 [0,17; 4,89]
<b>Prescrição de TSN</b> n (%)	1 (8,3)	9 (17,0)	0,44 [0,05;3,89]
<b>Aconselhamento + TNS</b> n (%)	1 (8,3)	5 (10,2)	0,80 [0,09;7,56]

\* Considerada pela Direcção Geral de Saúde critério prioritário de acesso aos programas de cessação, ou de pneumotórax.

<sup>†</sup> Antes do internamento.

<sup>‡</sup> Sem dados em seis dos doentes que se mantiveram abstinentes durante o internamento.

<sup>§</sup> Dependência leve: PTF<4; moderada: PTF 4-7; elevada PTF>7.

<sup>||</sup> Pré-contemplação: não pretende deixar de fumar ≤ 6 meses; Contemplação: pretende deixar fumar ≤ 6 meses; Preparação: pretende deixar de fumar ≤30 dias e fez no mínimo uma tentativa no último ano.

<sup>¶</sup> No Serviço de Urgência, nas consultas pré-operatórias ou durante o internamento.

\*\* Modelo de regressão logística.

TSN: Terapêutica de substituição da nicotina.

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança a 95%. DP: Desvio-padrão

PTF: Pontuação no Teste de Fagerström.

## DISCUSSÃO

A hospitalização de um fumador é um momento de *stress*, dada a interdição de fumar no interior dos hospitais portugueses e a prevalência de dependência da nicotina nestes doentes. Os sintomas de abstinência, o desrespeito da interdição de fumar e a interferência de ambas as situações com os tratamentos são questões que devem ser seriamente levadas em conta pelos serviços de saúde, devendo o internamento ser encarado como uma janela de oportunidade para actuação nesta população.<sup>8-10,13</sup>

### **Amostra e População**

A amostra apresentou características globalmente sobreponíveis às da população de doentes internados nos serviços de medicina e cirurgia no mesmo período, permitindo retirar inferências em relação à mesma. No entanto, pelo facto de apenas terem sido avaliados os referidos serviços, a extrapolação para os restantes contextos hospitalares deve ser cuidadosa.

### **Distribuição dos consumos tabágicos na amostra inquirida de doentes internados**

O estudo encontrou prevalência global de 21,5% de fumadores internados, semelhante nas unidades médicas e cirúrgicas. Predominou o sexo masculino (quase o triplo do feminino, diferença acentuada no serviço de medicina), observações ao encontro do estudo Eurobarómetro de 2012<sup>27</sup> que reporta 23% de fumadores na população portuguesa, com taxas superiores entre os homens. O maior equilíbrio de género encontrado nos doentes cirúrgicos (mais jovens) e a menor média de idades das fumadoras espelha provavelmente a aproximação progressiva da prevalência de tabagismo registada entre os sexos. A percentagem de ex-fumadores foi próxima do dobro (29,4%) da encontrada na população portuguesa (16,1%), possivelmente reflexo da carga de doença atribuível ao tabagismo a médio e longo prazo, mesmo após cessação.

Relativamente à distribuição etária, quase metade dos fumadores foram encontrados na faixa entre 45 e 64 anos, com mais fumadores em idades mais avançadas nas unidades médicas relativamente às cirúrgicas - o que pode igualmente reflectir a idade superior da amostra total dos primeiros. De notar ainda o baixo nível de escolaridade e a preponderância de profissões do sector terciário, dado o carácter urbano do CHP-HSA.

A comparação com outros estudos em doentes internados é dificultada pelo facto de este trabalho se centrar em serviços de medicina e cirurgia gerais. Genericamente, a prevalência do consumo apresenta ampla variação geográfica e parece ter vindo a diminuir ao longo do tempo,<sup>9,28,29</sup> com os estudos mais recentes encontrando cerca de 17% de fumadores internados em hospitais brasileiros,<sup>30,31</sup> e 15,4% num hospital espanhol.<sup>32</sup> Um estudo português de 2006 encontrou apenas 7,8% fumadores activos num serviço de pneumologia<sup>33</sup> e um outro

de 2010, referente a um hospital geral, 16%<sup>12</sup> – ambas inferiores ao descrito.

A idade mais jovem dos fumadores actuais relativamente aos não-fumadores é concordante com outros estudos<sup>30</sup>, reflectindo a elevada prevalência de consumo entre as classes etárias jovens e intermédias.

Refere-se que esta classificação como fumador baseada exclusivamente no questionário é responsável por falsos negativos, como descrito por Barrueco *et al.*<sup>34</sup> A confirmação através de medidas quantitativas<sup>35</sup> para além de exigir logística mais complexa, diferiria da metodologia da maioria dos estudos - que assenta igualmente na entrevista.

### **Indicadores da história clínica**

As doenças associadas ao fumo do tabaco são ainda uma das principais causas de hospitalização, e a redução do tabagismo contribui para a redução da morbimortalidade.

Na amostra de fumadores, quase um terço registava estes antecedentes (doenças consideradas pela DGS como critério de acesso prioritário à consulta de cessação tabágica, ou pneumotórax); no entanto, em nenhuma nota de alta foi registada tal referência. É de notar que um quinto dos fumadores activos sofriam de DPOC, podendo a renitência em abandonar o tabagismo relacionar-se com um alto grau de dependência ou com o não reconhecimento das implicações do consumo no seu estado clínico. A clarificação deste ponto é de capital importância para promover a cessação.<sup>16</sup>

É conhecida a associação do tabagismo a outros comportamentos adictivos - com risco aumentado para a saúde -, sendo indispensável a sua referência especializada.<sup>31,36</sup> Em concordância, este estudo encontrou prevalência elevada de associação de outras adições (nomeadamente alcoolismo) ao consumo tabágico.

### **Indicadores da história tabágica e abstinência durante o internamento**

A amostra de fumadores considerada apresentou, relativamente a outros estudos, menores índices de consumo,<sup>9,37</sup> embora superiores aos valores do estudo Eurobarómetro de 2012<sup>27</sup> para Portugal (média de 14,4 cigarros diários). Os índices de dependência foram também inferiores a outros estudos;<sup>9,29,30</sup> e houve maior proporção de doentes considerando ser “muito fácil” estar sem fumar durante o internamento. A prevalência de tentativas de cessação prévias em qualquer momento e no último ano foi igualmente elevada,<sup>29</sup> sendo ambas mais frequentes nesta população do que na população portuguesa (45% e 14%, respectivamente).<sup>27</sup> Estes dados reforçam a relevância da auto-percepção do estado de saúde como factor capital na motivação para a cessação tabágica.<sup>6</sup>

O nível e índice de dependência segundo o Teste de Fagerström foram os únicos indicadores significativamente superiores nas unidades médicas face às cirúrgicas, em relação com os maiores consumos registados entre os internados nos primeiros e também com uma

idade média superior.

A motivação para a cessação tabágica avaliada através do “modelo transteórico” de Prochaska e DiClemente<sup>19</sup> divide os fumadores nos estágios de pré-contemplação, contemplação, acção e manutenção — aos quais se poderá seguir a recaída ou abstinência definitiva. Embora o processo de mudança frequentemente não evolua de acordo com este modelo,<sup>38</sup> a classificação num destes estádios permite adaptar o tipo de intervenção à fase de mudança.<sup>14</sup>

A distribuição dos fumadores pelos estágios é amplamente variável entre as populações, e ao longo do tempo,<sup>21,22,39</sup> podendo esperar-se globalmente numa população, 41-55% de pré-contempladores, 36-40% de contempladores e 8-20% de fumadores em fase de preparação. O presente estudo encontrou um desequilíbrio entre os estádios de pré-contemplação e de contemplação a favor do segundo, facto não surpreendente dada a maior disponibilidade para a mudança associada à hospitalização.<sup>10</sup> A necessidade de ter já realizado tentativas prévias para ser considerado em fase de preparação para cessação pode excluir fumadores que evoluam rapidamente através dos estágios, como é comum nos hospitalizados.<sup>10</sup> Assim, a avaliação isolada do interesse em abandonar o tabagismo encontrou proporção muito superior de fumadores desejando deixar de fumar nos próximos 30 dias (cerca de dois terços do total). Esta diferença foi mais marcada na Medicina (com carga superior de doenças relacionadas ao tabagismo), reflectindo que a motivação para a cessação será influenciada moderadamente por níveis altos de consumo e dependência,<sup>39</sup> sendo por outro lado relevante a auto-percepção do estado de saúde.

Os índices de abstinência durante o internamento foram superiores aos encontrados na maioria dos estudos,<sup>9,12,40,41</sup> e superiores no serviço Médico (diferença não significativa), apesar destes doentes terem sido questionados comparativamente mais tarde no curso da hospitalização. Embora os estudos na área sejam algo discordantes, a abstinência elevada pode relacionar-se com os baixos índices globais de dependência e consumo, e com os indicadores elevados de motivação. Mesmo sem significância estatística (em grande medida devido ao baixo número de doentes que fumaram durante o internamento), parece haver neste estudo, tal como em estudo de referência,<sup>9</sup> maior probabilidade de abstinência entre doentes com história de doenças ligadas ao tabagismo e nos com menores consumos antes do internamento; também é sugerida associação com estágios de motivação para a cessação mais avançados (em acordo com os resultados de diversos estudos<sup>21,22,40-42</sup>) e com a prescrição de TSN. A associação do aconselhamento breve à farmacoterapia, bem como a oferta de ajuda para a cessação durante a hospitalização não demonstraram aumentar a probabilidade de abstinência durante o internamento, resultado concordante com os referidos estudos; no entanto, a amostra diminuta e o não ajuste para outras variáveis (como idade e nível de dependência) não permite inferir da sua efectividade. Outras variáveis frequentemente

consideradas como predisponentes à manutenção do consumo como história de outras adições, idade mais jovem, mais anos de tabagismo e ausência de tentativas prévias também não se associaram neste estudo.<sup>9,40,41</sup> Realça-se neste ponto que a frequência de tentativas anteriores falhadas pode ser um factor de diminuição da auto-estima e autoconfiança, prejudicando a motivação para novas tentativas.<sup>10</sup>

A evolução da consciência social relativamente às restrições tabágicas,<sup>4</sup> pode também influenciar maior adesão à abstinência, com os estudos mais recentes indicando maior cumprimento face aos mais antigos. É ainda de referir que a realização da entrevista num momento anterior à data da alta, e a não securização das respostas através de testes quantitativos podem constituir limitações importantes. O pequeno número de fumadores que mantiveram consumo dificultou igualmente a obtenção de correlações significativas. Ressalta-se por fim que alguma ambiguidade relativamente às políticas de controlo do tabagismo no CHP-HSA (*“proibido fumar dentro das instalações do Hospital”*) não permite classificar como incumpridores todos os doentes que fumaram durante a hospitalização, dado que parte substancial referiu fazê-lo nos espaços descobertos.

### **Diagnóstico de consumo tabágico**

A dependência tabágica é hoje considerada uma doença pela OMS (código 305-1 do ICD-9-CM).<sup>42</sup> Assim, o doente fumador internado tem um duplo diagnóstico, sendo fundamental o seu correcto registo e a realização de intervenção específica.

A importância de diagnosticar desde o SU é tanto maior quanto este serviço se constitui como local de frequente contacto com os serviços de saúde, especialmente nos doentes com acesso limitado aos cuidados primários por outros motivos (inexistência de médico de família, problemas de mobilidade, desprotecção e isolamento...<sup>43</sup> Adicionalmente, dado que os sintomas de abstinência têm início precoce - podendo interagir ou mimetizar manifestações de outras patologias - a intervenção deve ser tão precoce quanto possível.

Apesar dos estudos indicarem que cerca de metade dos fumadores no SU mostram interesse em abandonar o tabagismo,<sup>44</sup> e de a maioria dos médicos discutir os consumos com os doentes, apenas metade das discussões incluem aconselhamento à cessação.<sup>45</sup> Assim, , são frequentemente questionadas a aplicabilidade e adequabilidade das medidas preventivas no SU.<sup>45-47</sup>

Neste estudo, os consumos tabágicos foram registados em apenas um quarto dos doentes, maioritariamente ex-fumadores e fumadores actuais. Embora nestes doentes o tabagismo tenha provavelmente maior relevância no quadro clínico, estas taxas e o facto de apenas metade dos fumadores terem sido diagnosticados revelam insuficiente sensibilização dos profissionais de saúde face à problemática.

Relativamente às notas de admissão, verificou-se discrepância acentuada no registo de

consumos tabágicos entre serviços (assinalados em cerca de quatro quintos no médico e num quarto nos cirúrgicos).

### **Intervenção no fumador internado**

A intervenção no fumador internado tem como objectivo evitar a síndrome de abstinência, promover o cumprimento da interdição de fumar e potenciar a cessação a longo prazo.

Tendo em conta os dados da entrevista, as avaliações da dependência e motivação e o aconselhamento para cessação foram claramente insuficientes e significativamente inferiores nas unidades cirúrgicas.

São ainda de ressaltar as baixas taxas de diagnóstico e aconselhamento nas consultas pré-operatórias (cerca de metade e um quarto, respectivamente) e a inexistência de aconselhamento neste contexto - sobretudo tendo em conta que o risco de complicações intra, peri e pós-operatórias está significativamente aumentado nos fumadores,<sup>48-50</sup> e que o abandono do tabagismo 6-8 semanas antes da cirurgia quase anula a incidência das complicações relacionadas com o tabaco.

A DGS<sup>14</sup> considera que sendo a TSN comprovadamente segura e eficaz na redução de sintomas de abstinência e aumento das taxas de cessação a longo prazo (sobretudo se associada ao aconselhamento), deve ser oferecida a todos os doentes que o desejem, sobretudo aos que pretendam deixar de fumar, aos que fumavam mais de 10 cigarros diariamente antes do internamento, e tendo em conta o grau de dependência (PTF). Embora a sua influência na abstinência intra-hospitalar seja controversa,<sup>8,51,52</sup> é considerada terapêutica de primeira linha na ausência de contra-indicações médicas e é a única farmacoterapia dirigida à dependência tabágica disponibilizada no HSA-CHP (adesivos transdérmicos de 10, 20 ou 30 mg/24h). Neste estudo, a prescrição de TSN associou-se significativamente a consumo prévio superior a 10 cigarros diários e a uma PTF e nível de dependência elevados. No entanto, esta foi ainda insuficiente - tendo a maioria dos doentes com dependência elevada ficado excluídos - e não parece ter sido tida em conta a importância global do consumo tabágico prévio. Embora sem significância estatística, parece ter havido maior probabilidade de prescrição a doentes em estágio de preparação para a cessação - possivelmente os que manifestaram maior interesse na prescrição - e nos que referiram dificuldade média ou elevada em se abster de fumar. Tal como nos restantes indicadores da intervenção, a prescrição foi significativamente superior na Medicina.

A percepção comum de que as consequências do tabagismo serão mais relevantes nas condições que levam à hospitalização no serviço de medicina pode esconder uma consciência insuficiente por parte dos profissionais quanto às implicações do tabagismo no fumador hospitalizado em qualquer contexto e quanto à importância da intervenção neste momento de especial receptividade.

Os dados relativos ao diagnóstico e referência nas notas de alta reforçam esta ideia. É de ressaltar que nenhum doente foi registado como referenciado para consulta de apoio à cessação tabágica, apesar da maioria apresentar critérios de acesso prioritário.

O presente estudo apresentou diversas limitações: o facto de ser transversal, não contemplando, por exemplo, a variação sazonal das patologias; o tamanho relativamente reduzido da amostra; a não confirmação quantitativa dos consumos tabágicos, facto que pode subestimar a prevalência de fumadores na amostra; a avaliação de doentes através de entrevista anterior à alta, excluindo portanto os incapazes de responder ou de assinar consentimento informado e acarretando menor sensibilidade face a uma quebra posterior na abstinência; e de forma importante, o facto de se restringir aos serviços de medicina e cirurgia gerais, dificultando generalização dos resultados para os demais contextos hospitalares.

## **CONCLUSÃO**

A prevalência de tabagismo entre doentes internados foi considerável, apresentando os fumadores índices de dependência moderados, alta frequência de tentativas e elevados níveis de motivação para a cessação, confirmando esta população como especialmente receptiva à intervenção para promoção não só da abstinência durante o internamento como da cessação a longo prazo. Esta intervenção assume especial importância considerando a elevada prevalência de doenças ligadas ao tabagismo e que cerca de um quinto dos fumadores declarou ter fumado durante o internamento. Foram no entanto notórias as insuficiências no diagnóstico, avaliação, aconselhamento e prescrição de TSN - dados que diferem significativamente entre serviços, justificando atenção especial a determinados contextos.

A inexistência de um modelo específico de intervenção para cessação tabágica nos doentes hospitalizados no HSA-CHP constitui-se como uma barreira à efectiva implementação de um programa de cessação tabágica no doente internado, à semelhança do descrito em 2006 num hospital português,<sup>33</sup> e em diversos hospitais ao redor do mundo.<sup>13,53-56</sup>

Assim, a criação de tal modelo e o investimento na estruturação de programas de sensibilização e formação dos profissionais de saúde - que tenham em conta a especificidade dos serviços e a taxa de rotatividade dos profissionais - constitui-se como um desafio com potencial de produzir benefícios não só nos doentes hospitalizados como na saúde comunitária.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Elga Freire pelo incentivo, interesse e disponibilidade.

Ao assistente Rui Magalhães e à professora auxiliar convidada Carolina Lemos, pelo apoio no tratamento estatístico dos dados.

À Dr.<sup>a</sup> Maria Manuel Salazar, do Serviço de Sistemas e Informação, pela prontidão no fornecimento de dados.

À minha mãe e amigos, por escreverem comigo esta página da minha vida.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: WHO, 2012a.
2. The Aspect Consortium for European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection. Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future. Comissão Europeia, Luxemburgo, 2004.
3. Borges M, Gouveia M, Costa J, Dos Santos Pinheiro L, Paulo S, Vaz Carneiro A. The burden of disease attributable to smoking in Portugal. Rev Port Pneumol. 2009 Nov-Dec;15(6):951-1004.
4. Direção-Geral da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, IP. INFOTABAC Relatório. Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da lei do tabaco. 2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; INSA, IP, 2011.
5. Sadik A. Khuder SA, Milz S, Jordan T et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. Prev Med. 2007; 45 (1): 3-8.
6. Nunes, M. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. 2013.
7. Decreto n.º 25-A. Diário da República nº 214, 1.ª Série, Parte A, de 08/11/2005, Suplemento 1.
8. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD001837.
9. Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, Wood-Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. Prev Med. 2000 Aug; 31(2 Pt 1):159-66.
10. Pamplona P. Fumador internado? A intervenção apropriada. Rev Port Pneumol 2007; XIII (6): 801-826.
11. Direção-Geral de Saúde. Consumo de tabaco nas instalações dos estabelecimentos de saúde. Circular normativa n.º 9/DES, de 28/05/2004.
12. Jesus J. Abordagem do Tabagismo num Hospital Português[dissertação].Covilhã: UBI:2010.
13. Department of Health, Western Australia. Clinical guidelines and procedures for the management of nicotine dependent inpatients. Perth: Smoke Free WA Health Working Party, Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia; 2011.
14. Direção-Geral de Saúde. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica para todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde. Circular Normativa nº 26/DSPPS de 28/12/2007.
15. Heatheron T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K. The Fagerström Test for Nicotine

Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Adicct* 1991;86:1119-27.

16. Walters N, Coleman T. Comparasion of the smoking behaviour and attitudes of smokers who attribute respiratory symptoms to smoking with those who not. *British Journal of General Practice* 2002; 52:132-4.

17. Robert West. ABC of smoking cessation – Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004; 328:338-9

18. Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practioners. *Addiction* 1993 Aug;88(8):1127-35.

19. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 1983; 51:390-395.

20. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol*. 1991 Apr; 59(2):295-304.4.

21. Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO. Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addict Behav*. 1995 Mar-Apr;20(2):189-203.

22. Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med*. 1997 Jul-Aug;26(4):580-5.

23. Prochaska JO, Velicer WF, Prochaska JM, Johnson JL. Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. *Addict Behav*. 2004; Jan;29(1):207-13.

24. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.

25. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice*, 3a ed. Jossey-Bass. São Francisco, EUA. 2002.

26. Mezquita MAH, Bustos MG, Hernández MAS. Estrategias para la prevención de las recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico. In Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT, editors. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*, 3nd ed. Madrid: GlaxoSmithKline; 2006.

27. European Commission – Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012.

28. Alonso-Colmenero MMG, Díez JDM, Alvarez FV, & De Oteyza CP. Tobacco consumption in hospitalized patients before and after the anti-tobacco law (28/2005). *Revista Clinica Espanol*. 2010; 210(5), 216–220.

29. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *Sao Paulo Med J*. 2000 Sep 7;118(5):139-43.

30. Oliveira MV, Oliveira TR, Pereira CA, Bonfim AV, Leitão Filho FS, Voss LR. Smoking among hospitalized patients in a general hospital. *J Bras Pneumol*. 2008.
31. Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RC, Lima DD, Fanger PC, Mauro ML, Gaspar KC, Silva VF. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Sep;32(3):250-6.
32. Alonso-Colmenero MM, Díez Jde M, Alvarez FV, de Oteyza CP. [Tobacco consumption in hospitalized patients before and after the anti-tobacco law (28/2005)]. *Rev Clin Esp*. 2010 May;210(5):216-20.
33. Santis M, Lucas C, Jesus L, Godinho S, Domingues F, Marques A. Smoking cessation in hospital inpatients: 10 months experience. *Rev Port Pneumol*. 2006; 12(6 Suppl 1):S50-S1.
34. Barrueco M, Jiménez Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco J. Veracity of smokers' reports of abstinence at smoking cessation clinics. *Arch Bronco- Pneumol* 2005; 41(3):135-40.
35. Chatkin J, Fritscher L, de Abreu C, Cavalet-Blanco D, Chatkin G, Wagner M, Fritscher C. Exhaled carbon monoxide as a marker for evaluating smoking abstinence in a Brazilian population sample. *Prim Care Respir J*. 2007.
36. Katz A, Goldberg D, Smith J, Trick WE. Tobacco, alcohol, and drug use among hospital patients: concurrent use and willingness to change. *J Hosp Med*. 2008 Sep;3(5):369-75.
37. Buckland A, Connolly MJ. Age-related differences in smoking cessation advice and support given to patients hospitalised with smoking-related illness. *Age Ageing*. 2005 Nov;34(6):639-42.
38. Littell J, Girvin H. Stages of change. A critique. *Behav Modif*. 2002; 26(2):223-73.
39. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Relation among stage of change demographic characteristics, smoking history, and nicotine dependence in an adult German population. *Prev Med*. 2003 Oct;37(4):368-74.
40. Regan S, Viana JC, Reyen M, Rigotti NA. Prevalence and predictors of smoking by inpatients during a hospital stay. *Arch Intern Med*. 2012 Nov 26;172(21):1670-4.
41. Emmons KM, Cargill BR, Hecht J, Goldstein M, Milman R, Abrams DB. Characteristics of patients adhering to a hospital's no-smoking policy. *Prev Med*. 1998 Nov-Dec;27(6):846-53.
42. International Classification of Diseases-9 – Clinical Modification. 2006. 9th revision.
43. Boudreaux ED, Kim S, Hohrmann JL, Clark S, Camargo CA Jr. Interest in smoking cessation among emergency department patients. *Health Psychol*. 2005 Mar;24(2):220-4.
44. Lowenstein SR, Tomlinson D, Koziol-McLain J, Prochazka A. Smoking habits of emergency department patients: an opportunity for disease prevention. *Acad Emerg Med*. 1995;2:165-171.
45. Vokes NI, Bailey JM, Rhodes KV. "Should I give you my smoking lecture now or later?"

Characterizing emergency physician smoking discussions and cessation counseling. *Ann Emerg Med.* 2006;48:406-414.

46. Brown RA, Larkin JC, Davis RL. Current concepts in the management of smoking cessation: a review. *Am J Manag Care.* 2000;6:394-403.

47. Richman PB, Dinowitz S, Nashed AH, Eskin B, Sylvan E, Allegra C, Allegra J, Mandell M. The emergency department as a potential site for smoking cessation intervention: a randomized, controlled trial. *Acad Emerg Med.* 2000 Apr;7(4):348-53.

48. Abbas SM, Hill AG. Smoking is a major risk factor for wound dehiscence after midline abdominal incision; case-control study. *ANZ J Surg.* 2009 Apr;79(4):247-50.

49. Sweetland S, Parkin L, Balkwill A, Green J, Reeves G, Beral V; Million Women Study Collaborators. Smoking, surgery, and venous thromboembolism risk in women: United Kingdom cohort study. *Circulation.* 2013 Mar 26;127(12):1276-82.

50. Warner DO, Patten CA, Ames SC, Offord K, Schroeder D. Smoking behavior and perceived stress in cigarette smokers undergoing elective surgery. *Anesthesiology.* 2004 May;100(5):1125-37.

51. Molyneux A, Lewis S, Leivers U, Anderton A, Antoniak M, Brackenridge A, Nilsson F, McNeill A, West R, Moxham J, Britton J. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counseling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax.* 2003 Jun;58(6):484-8.

52. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995;333:1196–203.

53. Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. AHCPR Publication No. 96-0692, April 1996.

54. Liu SK, Prior E, Warren C, Brown T, Snide J, Butterly JR. Improving the quality of care for the hospitalized tobacco user--one institution's transformational journey. *J Cancer Educ.* 2010 Sep;25(3):297-301.

55. Stack NM, Zillich AJ. Implementation of inpatient and outpatient tobacco-cessation programs. *Am J Health Syst Pharm.* 2007 Oct 1;64(19):2074-9.

56. Rigotti NA, Quinn VP, Stevens VJ, Solberg LI, Hollis JF, Rosenthal AC, Zapka JG, France E, Gordon N, Smith S, Monroe M. Tobacco-control policies in 11 leading managed care organizations: progress and challenges. *Eff Clin Pract.* 2002 May-Jun;5(3):130-6.

## ANEXOS

Anexo 1. Guião de entrevista estruturada.....	35
Anexo 2. Formulário de recolha de dados.....	38

## ANEXO 1. GUIÃO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

Número de código \_\_\_\_\_

Nome Completo:

Sexo M  F  Idade:

### 1. Consumos tabágicos

a) No mês anterior ao internamento fumou pelo menos no mínimo um cigarro por dia?

Sim  Não

b) *Se não*, já fumou regularmente? Sim  Não

c) *Se já fumou regularmente*, quando deixou de fumar?

---

### 2. História tabágica *destinada apenas a fumadores actuais*

a) Com que idade iniciou o consumo tabágico?

b) Em média, quantos cigarros consumia por dia antes do internamento actual?

c) Desde que fuma, já fez tentativas para interromper o consumo de tabaco por mais de um dia? Sim  Não

d) *Se sim*, quantas?

e) Recorreu ajudas específicas? (consulta de cessação tabágica, fármacos, outras ajudas)

Sim  Não

f) No último ano, quantas tentativas fez para deixar de fumar?

g) Relativamente à sua intenção de deixar de fumar, qual das afirmações se aplica melhor ao seu estado actual?

- Tenho intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias

- Tenho intenção de deixar de fumar entre 30 dias e 6 meses

- Não pretendo deixar de fumar nos próximos 6 meses

### 3. Gestão dos doentes fumadores internados

a) Tem conhecimento da interdição de fumar dentro das instalações do Centro Hospitalar do Porto? Sim  Não

b) Durante o seu internamento actual ou durante a sua passagem pelo Serviço de Urgência, algum profissional de saúde

- Avaliou os seus consumos de tabaco? Sim  Não  Não sabe

- Lhe falou da necessidade de deixar de fumar? Sim  Não  Não sabe

- Lhe perguntou se está motivado para deixar de fumar? Sim  Não  Não sabe

- Lhe ofereceu ajudar para deixar de fumar? ( medicação, referenciação para consulta...)  
Sim  Não  Não sabe

c) Foi avaliado em consulta pré-operatória? Sim  Não

*Se sim,*

d) Foram avaliados os seus consumos de tabaco? Sim  Não  Não sabe

e) Recebeu alguma informação sobre as implicações dos seus consumos tabágicos na sua evolução pós-operatória? Sim  Não  Não sabe

f) Foi-lhe aconselhado deixar de fumar? Sim  Não  Não sabe

g) Foi-lhe oferecida ajuda para deixar de fumar? (aconselhamento, medicação, referenciação para consulta...) Sim  Não  Não sabe

h) *Se respondeu sim a alguma das perguntas anteriores*, qual o profissional de saúde que o abordou?

### 4. Dependência e abstinência

Durante o actual internamento:

- a) Mantém algum consumo de tabaco? Sim  Não
- b) Se está *abstinente*, qual o grau de dificuldade sentido por si na manutenção desta abstinência? – Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “muito fácil” e 5 a “extrema dificuldade” 1  2  3  4  5
- c) Teste de Fagerström adaptado

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

Resultado: <4 – dependência baixa; 4-7 dependência moderada; >7: dependência elevada.

## 5. Dados adicionais

13. Quantos anos de escolaridade concluiu?

14. Qual a actividade profissional actual? (se reformado ou desempregado, indicar a actividade que exerceu anteriormente)

12. Tem médico de família? Sim  Não

## ANEXO 2. FOMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

### Processos Clínicos Electrónicos

Número de código \_\_\_\_\_

Nome Completo:

Sexo M  F  Idade:

#### Dados gerais da amostra

1. Serviço de internamento:
2. Data de internamento:
3. Data de preenchimento do questionário:
4. Internamento: urgente\_\_ programado\_\_

#### Registo de consumos tabágicos na amostra

- Resumos de passagem pelo SU

##### 1. *Status* Tabágico

Não-fumador  Ex-fumador  Fumador  Nenhum registo

- Notas de Admissão

##### 1. *Status* Tabágico

Não-fumador  Ex-fumador  Fumador  Nenhum registo

**Gestão dos doentes fumadores internados** *destinado apenas a fumadores actuais*

- Prescrição de TNS ?

Sim  Não

Se *sim*: 10mg  20mg  30mg

- Notas de admissão ou alta

1. Registo de doenças relacionadas ao tabagismo

EAM prévio  Angina  DPOC  Cancro do pulmão

Pneumotórax

- Nota de alta

1. Consumos tabágicos

Diagnóstico de tabagismo  Referência de hábitos tabágicos  Sem registo

2. Referenciação:

Consulta de apoio intensivo à cessação tabágica

A consulta da especialidade ou médico assistente com indicação de abordagem do tabagismo

Sem referenciação específica