

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



UBI
Covilhã
Portugal

Abordagem do Tabagismo num Hospital Português

Estudo Piloto

Dissertação realizada para a obtenção do Grau de Mestre em Medicina

Joana Sofia Teixeira Jesus

Covilhã, Maio de 2010

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



UBI
Covilhã
Portugal

Abordagem do Tabagismo num Hospital Português

Estudo Piloto

Dissertação realizada para a obtenção do Grau de Mestre em Medicina

Joana Sofia Teixeira Jesus

Orientadora: Mestre Sofia Belo Ravara

Covilhã, Maio de 2010

*Dedico este trabalho à pessoa que me ensinou O caminho,
À minha mãe.*

Agradecimentos

O meu muito obrigado:

- À Mestre Sofia Ravara, pela total disponibilidade, pela ajuda e pela orientação deste trabalho;

- Ao Professor Doutor José Manuel Calheiros, pelo entusiasmo contagiante com que sempre leccionou e abordou a temática do tabagismo;

- Ao Professor Doutor Henrique Martins, por ter incentivado à investigação e por ter ensinado os primeiros passos nesse domínio;

- À Catarina Agostinho, a minha companheira de estudo, pela sua paciência e amizade incondicionais,

- Ao Daniel Martins, pela importante ajuda na formatação, pela crítica e sobretudo pela alegria diária,

- A todos os meus amigos, que foram o meu pilar nestes últimos seis anos;

- À minha família, pelo amor infinito.

Índice

Agradecimentos	iv
Índice de Gráficos.....	vii
Índice de Tabelas	vii
Abreviaturas e Siglas utilizadas.....	viii
Resumo.....	1
Introdução	4
Materiais e Métodos	7
Métodos Estatísticos.....	10
Resultados	11
Caracterização da amostra.....	11
Identificação dos fumadores	11
Comportamento tabágico.....	11
Dependência de nicotina	15
Motivação para parar de fumar.....	16
Confiança para parar de fumar	17
Estádio de mudança comportamental do fumador	18
Abstinência tabágica durante o internamento.....	18
Intervenção clínica prévia – doentes fumadores.....	19
Intervenção clínica durante o actual internamento – doentes fumadores	19

Seguimento pós-hospitalar de doentes fumadores.....	19
Intervenção clínica em doentes não fumadores	21
Grupo particular das grávidas	21
Grávidas não fumadoras.....	21
Grávida fumadora	22
Discussão.....	23
Referências Bibliográficas	37
Anexos	40
Anexo I: Questionário	41
Anexo III: Teste de Richmond adaptado.....	50
Anexo IV: Avaliação do estadio de mudança comportamental.....	51
Anexo V: Escala Visual analógica da confiança para deixar de fumar ..	52
Anexo VI: Escala Visual analógica da motivação para deixar de fumar	53

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Hábitos Tabágicos	11
Gráfico 2 - Consumo de tabaco diário	14
Gráfico 3 - Motivação para deixar de fumar: Escala visual analógica	17
Gráfico 4 - Confiança para parar de fumar: Escala visual analógica	17
Gráfico 5 - Vontade de fumar durante o internamento	18
Gráfico 6 - Hábitos tabágicos das grávidas	21

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=50)	12
Tabela 2 - Género e idade dos doentes, segundo os seus hábitos tabágicos .	13
Tabela 3 - Idade de início do consumo de tabaco, segundo o género do fumador	14
Tabela 4 - Consumo diário de cigarros, segundo o género do fumador	15
Tabela 5 - Dependência de nicotina	16
Tabela 6 – Motivação para parar de fumar	16
Tabela 7 – Avaliação da intervenção clínica dos profissionais de saúde, durante o actual internamento	20
Tabela 8 – Estratégias de apoio à cessação tabágica nos doentes internados	27
Tabela 9 - Factores associados ao sucesso dos programas de cessação tabágica em doentes internados	28

Abreviaturas e Siglas utilizadas

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
EVA	Escala Visual Analógica
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
TSN	Terapia de substituição de nicotina
UMA	Unidades maço-ano

Resumo

Introdução

O tabagismo é a principal causa de morte evitável da actualidade, sendo por isso considerado a grande epidemia do nosso século.

A dependência de tabaco assume-se como uma doença crónica que, tal como qualquer outra patologia, necessita de um diagnóstico sistemático e de uma intervenção terapêutica dirigida.

Durante o internamento, a dependência de nicotina deve ser sempre valorizada, não só pela necessidade de controlo da síndrome de abstinência, mas sobretudo pela excelente oportunidade de aconselhamento e acompanhamento para deixar de fumar que constitui.

Objectivo

Avaliar se durante o internamento é realizado, pelos profissionais de saúde, a abordagem sistematizada do tabagismo: Identificação dos fumadores, aconselhamento para deixar de fumar e apoio especializado à cessação tabágica.

Métodos

Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo, através da aplicação de um questionário construído para o efeito, a uma amostra de conveniência de 50 doentes com 18 ou mais anos, internados nos

Departamentos de Medicina, Cirurgia e Saúde da criança e da mulher, do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). O questionário foi aplicado por entrevista directa entre Novembro de 2009 e Janeiro de 2010.

Resultados

Dos 50 doentes, com idade mediana de 66 anos, 26% eram do sexo masculino, 24% encontravam-se empregados, 88% tinham nível de instrução igual ou inferior ao primário e 16% eram fumadores.

Relativamente à abordagem do tabagismo realizada pelos profissionais de saúde, verificou-se que a identificação dos fumadores foi efectuada em 30% dos casos, que 25% dos fumadores foram aconselhados a deixar de fumar e que a nenhum fumador foi oferecido apoio especializado à cessação tabágica.

Quanto aos hábitos tabágicos dos fumadores inquiridos, observou-se que 62,5% tinham uma dependência de nicotina moderada a elevada, que 75% tinham uma motivação baixa ou moderada para deixar de fumar, que 62,5% tinham uma elevada confiança para parar o consumo de tabaco e que 62,5% se encontravam na fase de preparação para a mudança comportamental.

Metade dos fumadores consumiram tabaco durante o internamento e destes, metade fê-lo no interior do hospital.

Discussão

Dadas algumas limitações do estudo, não foi possível inferir a prevalência do tabagismo nos doentes internados do CHCB.

Uma vez que a identificação dos fumadores e o aconselhamento para deixar de fumar foram realizados em menos de metade dos fumadores e que não foi oferecido apoio especializado a nenhum doente fumador, conclui-se que, em todos os casos, os profissionais de saúde não realizaram uma abordagem sistematizada e completa do tabagismo.

Apesar da “janela de oportunidade” que constitui o internamento, da maioria dos doentes fumadores apresentar uma elevada confiança para deixar de fumar e do facto destes se encontrarem maioritariamente numa fase de preparação para a mudança comportamental, a abordagem do tabagismo não foi correctamente realizada nestes doentes (inclusivamente na grávida fumadora), o que expõe importantes lacunas e revela que há muito a melhorar na abordagem deste problema.

Mesmo sendo o Centro Hospitalar Cova da Beira um Hospital livre de fumo, registaram-se casos de consumo de tabaco no interior do mesmo, o que demonstra algum insucesso das medidas preventivas hospitalares.

Palavras-chave

Cessação tabágica; Internamento; Hospital sem fumo

Introdução

O tabagismo é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das maiores problemáticas de saúde pública e a principal causa de morte evitável da actualidade⁽¹⁾. O tabagismo é também o factor de risco isolado com maior impacto em termos de mortalidade, morbilidade e anos de vida perdidos, afirmando-se como a grande epidemia do nosso século⁽²⁾.

A dependência de tabaco define-se como uma doença crónica potencialmente curável⁽³⁾, sendo para isso fundamental um diagnóstico sistemático e uma intervenção terapêutica repetida e persistente⁽⁴⁾.

O controlo do tabagismo é, segundo o Banco Mundial, a medida preventiva mais importante, uma vez que cerca de 50% dos fumadores morrem prematuramente devido aos nefastos efeitos do consumo de tabaco⁽⁵⁾. Para a OMS, a medida de controlo do tabagismo mais custo-efectiva é a cessação tabágica, dado que é a intervenção mais eficaz na redução da morbilidade e mortalidade associadas ao tabaco⁽⁴⁾. Uma vez que a maior parte dos fumadores é dependente mas quer parar de fumar, necessitando de ajuda para tal, torna-se fundamental o papel de todos os profissionais de saúde no apoio ao doente fumador⁽⁴⁾. Esta medida, benéfica em qualquer idade, implica sempre uma melhoria do estado de saúde, sendo os seus benefícios tanto maiores quanto mais precocemente for instituída⁽²⁾.

A prevenção do tabagismo e a cessação tabágica devem ser, por isso, uma prioridade e estar incluídos nos cuidados prestados pelos serviços de saúde, quer primários quer diferenciados. Para tal, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a sistematizar a identificação e o registo dos casos,

a tratar a síndrome de privação, a oferecer estratégias pró-activas de cessação tabágica e a apoiar a formação específica e a investigação nesta área⁽⁴⁾.

Neste sentido, a hospitalização constitui uma verdadeira “janela de oportunidade” para o abandono do consumo de tabaco⁽⁶⁾, já que durante o internamento o doente fumador demonstra uma maior receptividade a deixar de fumar. Tal acontece devido à percepção da vulnerabilidade do seu estado de saúde e à proibição de fumar imposta durante o internamento, o que aumenta de forma significativa a possibilidade de cessação a longo-prazo. Esta oportunidade deverá ser aproveitada para se abordar, aconselhar e motivar o doente a parar de fumar definitivamente, explicando-lhe o papel do fumo de tabaco enquanto factor de agravamento da sua situação actual de saúde⁽⁴⁾. A abordagem sistemática do tabagismo durante o internamento ajuda um maior número de doentes a deixar de fumar e a manter a abstinência⁽⁷⁾.

As intervenções de aconselhamento e de apoio à cessação tabágica em doentes internados e o estudo do comportamento destes doentes durante a sua hospitalização têm sido pobremente descritos⁽⁶⁾. A investigação em Portugal tem, até hoje, dado pouca importância à prevalência do tabagismo em doentes internados, conhecendo-se muito pouco acerca da frequência do aconselhamento para deixar de fumar e da abordagem clínica de apoio à desabituação tabágica realizada pelos profissionais de saúde portugueses. Tendo em conta esta situação, o principal objectivo desta investigação é determinar se é realizada pelos profissionais de saúde, durante o internamento no CHCB, a abordagem sistematizada do tabagismo: Identificação dos

fumadores; Aconselhamento para deixar de fumar; Apoio especializado à cessação tabágica.

Os objectivos específicos deste estudo são:

1. Estudar a prevalência de tabagismo nos doentes internados;
2. Avaliar a frequência da abordagem do tabagismo e da identificação dos fumadores;
3. Caracterizar o comportamento tabágico, a dependência, a motivação para deixar de fumar e o estadio do fumador;
4. Verificar se é cumprida a abstinência tabágica durante o internamento;
5. Avaliar a frequência do aconselhamento para deixar de fumar realizado pelos profissionais de saúde;
6. Avaliar a frequência da abordagem sistematizada de apoio à desabituação tabágica implementada pelos profissionais de saúde.

Materiais e Métodos

O presente estudo, de metodologia quantitativa, caracteriza-se por ser um estudo observacional transversal descritivo, uma vez que os dados foram obtidos de forma directa e sistemática num só momento, sem ter sido feita qualquer intervenção nos indivíduos estudados⁽⁸⁾.

Este teve como população-alvo identificável os doentes internados, com 18 ou mais anos, nos Serviços de Reumatologia, Gastrenterologia, Pneumologia, Cardiologia, Medicina I, Medicina II (Enfermaria Dr. Garcia de Oliveira), Cirurgia Homens, Cirurgia Mulheres e Obstetrícia. A amostra utilizada foi de conveniência, já que, devido a limitações de tempo e de recursos⁽⁹⁾, não foi possível obter uma amostra aleatória.

A recolha dos dados efectuou-se através da aplicação por entrevista directa de um questionário construído para o efeito (Anexo I), após o consentimento livre e informado dos intervenientes. Este processo decorreu entre Novembro de 2009 e Janeiro de 2010.

O questionário, desenvolvido por Sofia Ravara, baseou-se na revisão da literatura e utilizou, sempre que possível, escalas e testes validados internacionalmente. A construção deste instrumento foi acompanhada pela autora do estudo, tendo constituído uma importante experiência pedagógica. Para a sua validação, este foi pré-testado em dois doentes internados com as mesmas características sócio-demográficas dos doentes incluídos no estudo.

Do questionário constaram seis partes:

- Caracterização sócio-demográfica do doente,
- Identificação do fumador,
- Intervenção clínica de abordagem do tabagismo,
- Comportamento tabágico,
- Aconselhamento para deixar de fumar antes e durante o internamento,
- Abordagem sistematizada de apoio à desabituação tabágica.

Para a caracterização sócio-demográfica do entrevistado consideraram-se as variáveis: idade, sexo, situação profissional (activa, desemprego, reforma ou em formação) e nível de instrução (sem instrução, primária, secundário, nível técnico ou nível superior).

Com vista à identificação do fumador perguntou-se ao doente se fumava (e se caso o fizesse se o consumo era regular ou ocasional) ou se já tinha fumado e deixado posteriormente de o fazer. Aos doentes que assumiram ter deixado de fumar, questionou-se ainda acerca da duração da abstinência (< 1 ano ou ≥ 1 ano). Para este objectivo adoptaram-se os critérios da OMS, que definem um fumador como um indivíduo que fuma regularmente ou que já fumou 100 cigarros ao longo da sua vida (regular ou ocasionalmente), um ex-fumador como alguém que já fumou mas que se mantém abstinente há mais de

um ano, e um não fumador como uma pessoa que nunca fumou regularmente ou que nunca chegou a fumar 100 cigarros⁽¹⁰⁾. Para fins comparativos consideraram-se apenas dois grupos: fumadores e não fumadores (não fumadores propriamente ditos mais ex-fumadores).

De forma a avaliar a intervenção clínica de abordagem do tabagismo interrogou-se se algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro), durante o internamento actual, já havia perguntado ao doente sobre os seus hábitos tabágicos e sobre a sua exposição ambiental ao fumo de tabaco, e se já havia reforçado os benefícios de não fumar.

Na caracterização do comportamento e da história tabágica avaliaram-se as seguintes variáveis: a idade de início do consumo, o n.º de cigarros fumados por dia (que possibilitam o cálculo das unidades maço-ano: UMA), o tipo de tabaco fumado, o nível de dependência de nicotina, a motivação e confiança para deixar de fumar, o estadió de mudança comportamental, e as tentativas de desabituacão tabágica anteriores. A avaliação do nível de dependência de nicotina do fumador foi efectuada através da aplicacão de um teste validado, o Teste de Fagerström⁽¹¹⁾ (Anexo II). Este instrumento é o método quantitativo mais utilizado para a avaliação do nível de dependência de nicotina do fumador, dado que constitui uma ferramenta fundamental na escolha da farmacoterapia mais ajustada⁽⁵⁾. Para a avaliação da motivação para deixar de fumar recorreu-se a um outro teste validado, o Teste de Richmond⁽¹²⁾ (Anexo III) e para a obtenção do estadió de mudança comportamental do fumador, segundo o Modelo Transteórico de Prochaska, recorreu-se a um algoritmo igualmente validado⁽²⁾ (Anexo IV). Além dos testes apresentados

anteriormente, usou-se ainda duas escalas visuais analógicas, uma para a avaliação da confiança para parar de fumar e outra de avaliação da motivação para o fazer⁽¹³⁾ (Anexo V e VI).

Na construção das duas últimas partes do questionário, referentes ao aconselhamento para deixar de fumar e à abordagem sistematizada de apoio à desabituação tabágica pelos profissionais de saúde, incluíram-se as normas de actuação das *guidelines*^(4, 14, 15) e adaptou-se à realidade do internamento um modelo de entrevista validado que avalia a intervenção clínica no âmbito da cessação tabágica na consulta⁽¹⁶⁾.

O protocolo de investigação deste estudo foi proposto ao Conselho de Administração do CHCB em Dezembro de 2008, tendo recebido o parecer favorável n.º 13/2009 pela Comissão de Ética a 21 de Janeiro de 2009.

Métodos Estatísticos

Com as informações recolhidas criou-se uma base de dados no Microsoft Office Excel 2007[®] que foi posteriormente importada para o SPSS Statistics 17.0[®], programa informático através do qual se realizou a análise estatística descritiva básica⁽¹⁷⁾.

Não foi efectuada estatística analítica, uma vez que apenas foi conseguida uma amostra não aleatória de pequena dimensão, não sendo por isso aplicável o teorema normal. Este facto impede a aplicação de testes estatísticos e impossibilita possíveis inferências para a população-alvo⁽⁸⁾.

Resultados

Caracterização da amostra

Foram entrevistados 50 doentes com idade mediana de 66 anos (idade mínima e máxima de 18 e 88 anos, respectivamente), cujas características se encontram descritas nas Tabelas 1 e 2.

Identificação dos fumadores

A pergunta relativa aos hábitos tabágicos do doente foi realizada, pelos profissionais de saúde durante o actual internamento, em 30% dos 50 casos.

Comportamento tabágico

A maioria dos doentes (60%) nunca fumou regularmente, sendo os fumadores 16% do total (Gráfico 1).

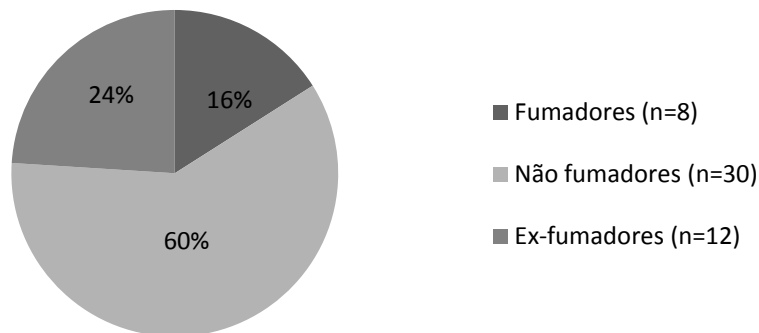


Gráfico 1 - Hábitos Tabágicos

Dos 12 ex-fumadores, 5 foram aconselhados previamente por um profissional a parar o consumo e 1 recebeu ajuda médica para o fazer.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=50)

Serviços	Género				Situação profissional						Nível de instrução						Consumo de tabaco							
	Masculino		Feminino		Activa		Desemprego		Reforma		Sem instrução		Primária		Secundário		Superior		Não fumadores		Ex-fumadores		Fumadores	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Reumatologia	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Gastroenterologia	5	10,0	3	6,0	1	2,0	2	4,0	5	10,0	1	2,0	7	14,0	0	0,0	0	0,0	5	10,0	1	2,0	2	4,0
Pneumologia	5	10,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	4	8,0	2	4,0	3	6,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0	2	4,0	0	0,0
Cardiologia	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0	0	0,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0
Medicina I	1	2,0	3	6,0	1	2,0	0	0,0	3	6,0	2	4,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	4	8,0	0	0,0	0	0,0
Medicina II	0	0,0	2	4,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0
Cirurgia Homens	14	28,0	0	0,0	3	6,0	0	0,0	11	22,0	3	6,0	11	22,0	0	0,0	0	0,0	8	16,0	3	6,0	3	6,0
Cirurgia Mulheres	0	0,0	7	14,0	1	2,0	0	0,0	6	12,0	1	2,0	6	12,0	0	0,0	0	0,0	4	8,0	2	4,0	1	2,0
Obstetrícia	0	0,0	7	14,0	4	8,0	3	6,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0	1	2,0	4	8,0	4	8,0	2	4,0	1	2,0
Total	26	52,0	24	48,0	12	24,0	5	10,0	33	66,0	10	20,0	34	68,0	2	4,0	4	8,0	30	60,0	12	24,0	8	16,0

Tabela 2 - Género e idade dos doentes, segundo os seus hábitos tabágicos

	Género				Idade (anos)							
	Masculino		Feminino		[18-30]		[31-50]		[51-80]		>80	
Consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não fumadores	16	32,0	14	28,0	1	2,0	5	10,0	20	40,0	4	8,0
Ex-fumadores	5	10,0	7	14,0	2	4,0	1	2,0	8	16,0	1	2,0
Fumadores	5	10,0	3	6,0	2	4,0	3	6,0	3	6,0	0	0,0

Todos os fumadores afirmaram ser consumidores diários, e destes 75% iniciaram o seu consumo de tabaco idade igual ou inferior a 18 anos (dos quais 3 iniciaram com menos de 15 anos de idade). Apenas 1 doente começou a fumar na terceira década de vida.

Analisando a idade com que os fumadores começaram a fumar, observou-se que foram os homens que iniciaram o consumo mais precocemente (Tabela 3).

Tabela 3 - Idade de início do consumo de tabaco, segundo o género do fumador

	Idade de início do consumo (anos)									
	<15		[15-18[[18-21[≥21		Total	
Género	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	3	37,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	5	62,5
Feminino	0	0,0	2	25,0	0	0,0	1	12,5	3	37,5
Total	3	37,5	3	37,5	1	12,5	1	12,5	8	100,0

Quando questionados acerca do tipo de tabaco consumido, todos os fumadores afirmaram que fumam exclusivamente cigarros, constando o seu consumo diário médio no Gráfico 2.

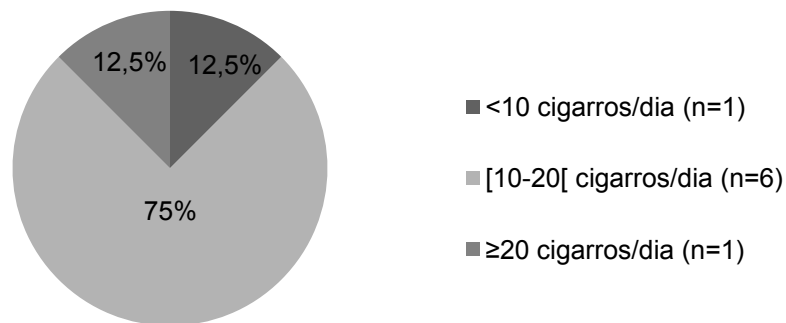


Gráfico 2 - Consumo de tabaco diário

Com a análise do consumo diário médio de cigarros, tendo em conta o género dos fumadores, verificou-se que não existem diferenças muito significativas entre ambos os grupos (Tabela 4).

Tabela 4 - Consumo diário de cigarros, segundo o género do fumador

	Consumo diário (n.º cigarros/dia)							
	<10		[10-20[≥21		Total	
Género	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	1	12,5	3	37,5	1	12,5	5	62,5
Feminino	0	0,0	3	37,5	0	0,0	3	37,5
Total	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	100,0

Relativamente às tentativas de cessação tabágica prévias, observou-se que 5 fumadores já tentaram deixar de fumar (apenas 1 no último ano), tendo feito três ou menos tentativas anteriores. Destes, 4 ficaram até três meses sem fumar e apenas 1 conseguiu manter-se abstinente por mais de um ano.

Dependência de nicotina

A maioria dos doentes apresentou um nível de dependência de nicotina moderado a elevado (Tabela 5). Dos 8 fumadores, 5 responderam que consideram a dependência de nicotina uma doença, assumiram a sua dependência e revelaram que gostariam de tentar deixar de fumar aproveitando o internamento.

Tabela 5 - Dependência de nicotina

Teste de Fagerström		
Nível de dependência	n	%
Dependência baixa (<4)	3	37,5
Dependência moderada (4-7)	4	50,0
Dependência elevada (>7)	1	12,5

Motivação para parar de fumar

Através da aplicação do Teste de Richmond verificou-se que a maioria dos doentes estava pouco motivada para deixar de fumar (Tabela 6).

Tabela 6 – Motivação para parar de fumar

Teste de Richmond		
Nível de motivação para parar de fumar	n	%
Motivação baixa (0-6)	6	75,0
Motivação moderada (7-9)	2	25,0
Motivação elevada (10)	0	0,0

Já com a aplicação da escala visual analógica obteve-se, para a maioria dos casos, uma motivação moderada (Gráfico 3).

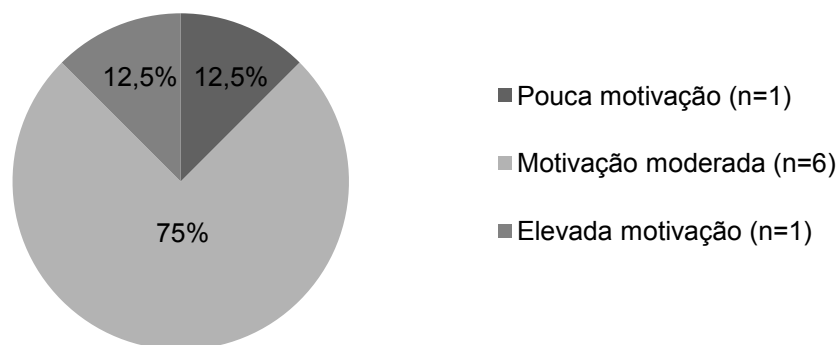


Gráfico 3 - Motivação para deixar de fumar: Escala visual analógica

Confiança para parar de fumar

Ao serem questionados, 5 fumadores manifestaram uma confiança moderada para deixar de fumar e apenas 2 demonstraram elevada confiança para o fazer (Gráfico 4). A maioria (n=7) referiu que não necessita da ajuda de um médico ou outro profissional de saúde para conseguir cessar o consumo.

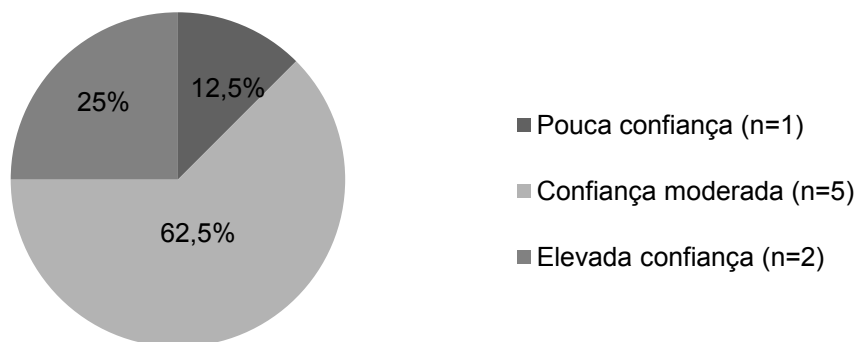


Gráfico 4 - Confiança para parar de fumar: Escala visual analógica

Estádio de mudança comportamental do fumador

Relativamente à avaliação do estadio do fumador, verificou-se que 37,5% dos fumadores se encontravam na fase de pré-contemplanção e os restantes 62,5% na fase de preparação.

Abstinência tabágica durante o internamento

Todos os fumadores inquiridos afirmaram ter vontade de fumar durante o internamento, mas metade referiu pouca vontade (Gráfico 5).

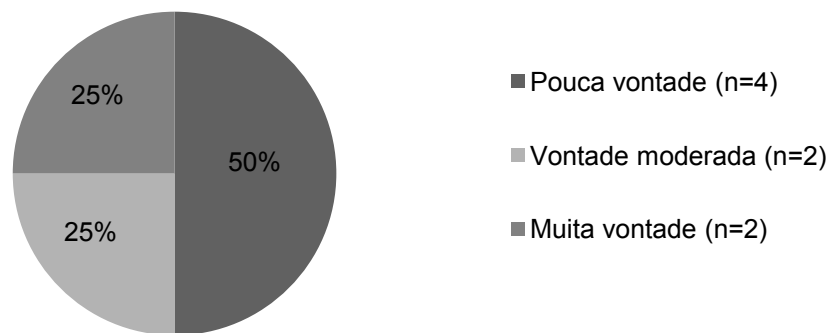


Gráfico 5 - Vontade de fumar durante o internamento

Apenas metade dos fumadores manteve-se abstinente durante o internamento, tendo 2 doentes fumado no interior do hospital. Quanto ao seu consumo durante o internamento, 1 doente fumou 10-20 cigarros/dia, enquanto os restantes fumaram <5 cigarros/dia.

Intervenção clínica prévia – doentes fumadores

Quanto ao aconselhamento prévio para deixar de fumar, metade dos fumadores afirmaram que já foram aconselhados por um profissional de saúde a parar o seu consumo, tendo este aconselhamento ocorrido durante uma consulta de especialidade (n=2) ou uma consulta de cuidados de saúde primários (n=2). Destes 4 casos, apenas em 1 deles houve referência para uma consulta especializada de desabitação tabágica.

No que diz respeito à informação acerca dos métodos de tratamento e ao apoio à cessação tabágica, 25% dos fumadores afirmaram que já lhes foi explicado que existe tratamento eficaz e 37,5% assumiram que já lhes foi oferecida ajuda e tratamento para deixar de fumar, anteriormente.

Intervenção clínica durante o actual internamento – doentes fumadores

Relativamente à actuação e intervenção clínica sistematizada dos profissionais durante o internamento dos doentes fumadores, os resultados obtidos encontram-se na Tabela 7.

Seguimento pós-hospitalar de doentes fumadores

Ao ser abordada a possibilidade de seguimento após a alta hospitalar, 50% dos doentes referiram que gostariam de ser seguidos em consulta especializada e 37,5% referiram que gostariam de ser seguidos através de contacto telefónico.

Tabela 7 – Avaliação da intervenção clínica dos profissionais de saúde, durante o actual internamento

Algum profissional de saúde...	Sim		Não	
	n	%	n	%
Perguntou acerca dos seus hábitos tabágicos e discutiu-os consigo?	3	37,5	5	62,5
Perguntou se queria deixar de fumar?	1	12,5	7	87,5
O aconselhou a deixar de fumar?	2	25,0	6	75,0
Discutiu consigo as razões pelas quais poderá querer parar de fumar?	1	12,5	7	87,5
Reflectiu consigo acerca das suas tentativas para deixar de fumar anteriores?	0	0,0	8	100,0
Discutiu consigo possíveis problemas que poderá ter ao tentar deixar de fumar?	0	0,0	8	100,0
Perguntou acerca da sua dependência física?	0	0,0	8	100,0
Explicou os riscos e os malefícios do tabaco?	2	25,0	6	75,0
Explicou os benefícios em deixar de fumar?	2	25,0	6	75,0
Explicou os métodos e as formas de tratamento para deixar de fumar?	0	0,0	8	100,0
Forneceu algum material informativo?	0	0,0	8	100,0
Referenciou para futuro seguimento (consulta ou contacto telefónico)?	0	0,0	8	100,0
Informou da existência da linha telefónica SOS para deixar de fumar?	0	0,0	8	100,0

Intervenção clínica em doentes não fumadores

Durante o internamento, 28,6% dos não fumadores foram questionados quanto aos seus hábitos tabágicos, 14,3% foram alvo de reforço positivo e apenas 4,8% foram avaliados relativamente à sua exposição habitual ao fumo ambiental de tabaco, por parte de algum profissional de saúde.

Grupo particular das grávidas

Foram entrevistadas 7 grávidas com idade mediana de 28 anos e idades mínima e máxima de 18 e 40 anos, respectivamente, cujos hábitos tabágicos estão demonstrados no Gráfico 6.

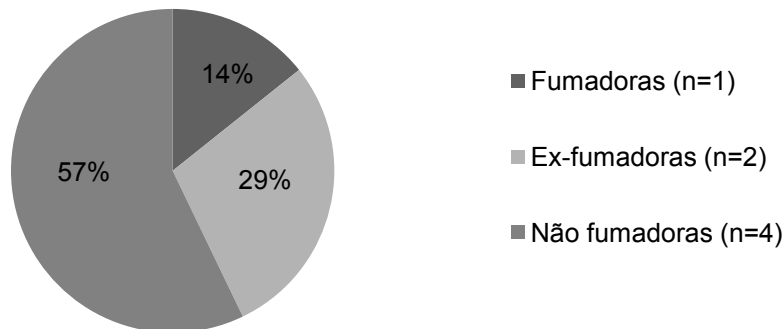


Gráfico 6 - Hábitos tabágicos das grávidas

Grávidas não fumadoras

Durante o internamento, 4 grávidas não fumadoras foram questionadas quanto aos seus hábitos tabágicos, 2 viram reforçados os benefícios de não fumar e 1 foi abordada relativamente à sua exposição habitual ao fumo ambiental de tabaco, por parte de algum profissional de saúde.

Grávida fumadora

A única grávida fumadora apresentou uma carga tabágica de 6,75 UMA, sendo que o único tipo de tabaco por si fumado é o cigarro. Esta doente revelou um baixo nível de dependência de nicotina (Fagerström=3), um nível moderado de motivação para deixar de fumar (Richmond=8; EVA=6) e um elevado nível de confiança relativamente ao processo de cessação (EVA=9), encontrando-se na fase de preparação para a mudança comportamental.

No passado já havia sido aconselhada a deixar de fumar e já lhe havia sido oferecida ajuda para o fazer, mas nunca lhe foi explicado que existe tratamento eficaz para a ajudar nesse sentido.

Durante o actual internamento, a doente não foi aconselhada a deixar de fumar ou questionada quanto à sua vontade para o fazer, nem foi referenciada para uma consulta especializada de desabituação tabágica. Contudo, referiu que lhe perguntaram sobre os seus hábitos tabágicos e a sua dependência física, que discutiram consigo as dificuldades e benefícios que poderia ter ao deixar de fumar e que lhe foram explicados os métodos de tratamento.

A doente negou vontade de fumar durante o internamento e afirmou que se manteve abstinente em contexto hospitalar.

Relativamente à possibilidade de desabituação tabágica, a grávida admitiu ser capaz de deixar de fumar se assim o pretendesse, afirmou que gostaria de tentar deixar de fumar durante o internamento e revelou vontade de ser seguida após a alta em consulta especializada ou através de contacto telefónico.

Discussão

Para o sucesso do controlo do tabagismo e para uma melhor avaliação da eficácia das medidas preventivas implementadas, é fundamental a aposta na investigação, para que se torne possível a monitorização da prevalência do consumo de tabaco. Só assim se consegue comparar a prevalência entre diversos países e identificar boas práticas de prevenção do consumo de tabaco⁽¹⁴⁾. Esta investigação é, por isso, muito pertinente, uma vez que constitui um estudo preliminar para a avaliação da prevalência do consumo de tabaco em doentes internados e para a caracterização da abordagem do tabagismo no internamento hospitalar.

No exercício clínico diário, a pergunta “Fuma?” é obrigatória e constitui o primeiro passo na abordagem do tabagismo de todos os doentes. Neste estudo, esta questão foi realizada apenas a 15 dos 50 doentes, o que revela a pouca importância atribuída pelos profissionais de saúde ao consumo de tabaco e evidencia uma má prática na abordagem desta patologia.

Neste estudo, verificou-se que 16% dos doentes inquiridos eram fumadores, mas, pelo facto da amostra não ser representativa, não foi possível inferir sobre a prevalência do tabagismo no internamento hospitalar. Num estudo de 2006, encontrou-se noutra hospital português, uma prevalência de fumadores activos de 7,8%^(18, 19), o que traduz um número considerável de doentes internados fumadores e representa uma extraordinária oportunidade para a implementação de estratégias de cessação tabágica. Medidas de controlo do tabagismo aplicadas durante o internamento possibilitam o apoio de um elevado número de fumadores, que se encontram abstinente e mais

receptivos, e proporcionam uma maior proximidade com profissionais especializados que os podem ajudar e acompanhar no processo de cessação⁽²⁰⁾. Apesar da importante oportunidade, a identificação dos fumadores e a intervenção sobre o consumo de tabaco, por parte dos profissionais de saúde, é ainda pouco frequente em meio hospitalar⁽²¹⁾, mesmo sabendo-se que os doentes fumadores apresentam maior risco de complicações e que têm recuperações mais lentas com um consequente aumento da duração do internamento, repercutindo-se em enormes custos de saúde⁽⁵⁾.

Com vista na modificação destas práticas e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, torna-se fundamental a aposta na formação dos profissionais de saúde através da criação e implementação de programas de formação relativos à correcta abordagem do tabagismo no internamento. Neste sentido, as Comissões Hospitalares de Controlo do Tabagismo apresentam um papel preponderante, tanto na formação como na avaliação das competências e práticas dos profissionais. Existe evidência de que profissionais especializados e pagos para o apoio da cessação tabágica obtêm melhores resultados⁽²²⁾, sendo os médicos e os enfermeiros os agentes referidos como os mais capacitados para o acompanhamento dos doentes que querem deixar de fumar⁽²⁰⁾. Além dos já referidos, existem outros profissionais próximos dos doentes internados que podem fornecer uma importante ajuda na identificação dos fumadores e na referenciação dos mesmos, tais como os técnicos de diagnóstico e terapêutica e os psicólogos.

A abordagem do tabagismo em unidades hospitalares difere pouco daquela que é preconizada para o ambulatório⁽¹⁵⁾, sendo sempre necessário:

- Identificar e registar os fumadores;
- Caracterizar o padrão do tabagismo e o comportamento tabágico dos doentes;
- Identificar o estadio de motivação para deixar de fumar;
- Oferecer aconselhamento individualizado;
- Identificar e tratar a síndrome de abstinência;
- Oferecer apoio à tentativa de cessação.

Algumas publicações portuguesas defendem uma forte associação entre o sucesso da tentativa de cessação e o tempo dispendido com o fumador, o número de sessões, o número de profissionais envolvidos e a duração do tratamento (inclusive após a alta). Estas investigações indicam ainda duas estratégias com evidência de sucesso na abordagem e tratamento do tabagismo: o aconselhamento e a farmacoterapia^(4, 5).

No aconselhamento pode ser oferecida ajuda comportamental, que tem eficácia comprovada no fumador internado motivado, ou pode ser realizada uma entrevista motivacional nos doentes fumadores com menores níveis motivacionais⁽⁴⁾.

A utilização de farmacoterapia tem um valor inestimável no apoio à cessação tabágica, uma vez que diminui a sintomatologia de abstinência e ajuda o doente no processo de desabituação⁽⁵⁾, reduzindo a probabilidade de recaída.

Apesar de meta-análises de estudos realizados em meio hospitalar não terem encontrado evidência suficiente para a recomendação de estratégias específicas de cessação tabágica durante o internamento, a maioria das *guidelines* defendem as seguintes medidas para o apoio à desabituação tabágica de doentes internados⁽²⁰⁾:

1. Aconselhamento breve;
2. Apoio comportamental;
3. Terapêutica de substituição de nicotina (TSN);
4. Acompanhamento após a alta hospitalar;
5. Intervenção multi-disciplinar.

Outras medidas relativas à promoção da cessação tabágica em meio hospitalar podem também ser implementadas. Algumas recomendações baseadas na análise da bibliografia recente encontram-se na Tabela 8^(3-5, 15, 21).

Com vista ao aumento da efectividade dos programas de cessação tabágica em doentes internados contribuem os factores apresentados na Tabela 9⁽²³⁾. A modificação dos programas de intervenção em doentes internados e a reestruturação das políticas hospitalares com vista em mudanças positivas nesses factores, pode levar a um aumento da efectividade da cessação tabágica em mais de 50%⁽¹⁵⁾. Neste seguimento, torna-se fundamental a valorização e avaliação de cada um dos parâmetros apresentados, de forma a se poder monitorizar as práticas implementadas e a se conseguir equacionar novos programas mais efectivos.

Tabela 8 – Estratégias de apoio à cessação tabágica nos doentes internados

Estratégias de apoio à cessação tabágica no internamento
<ul style="list-style-type: none">• Registo sistemático do uso de tabaco em todas as visitas e consultas médicas;• Distribuição sistemática de material informativo (folheto, vídeo ou CD) acerca dos efeitos nocivos do tabaco, dos benefícios em deixar de fumar e dos métodos para o fazer, a todos os doentes fumadores internados;• Proibição do consumo de tabaco também no exterior da unidade hospitalar, de forma a obrigar efectivamente à abstinência temporária;• Criação de espaços de convívio e de socialização livres de fumo próprios para os doentes internados;• Criação de um protocolo de actuação intra-hospitalar de abordagem do tabagismo;• Simplificação do processo de referenciação às consultas de desabitação tabágica e a possibilidade de este ser realizado por diversos profissionais de saúde;• Criação e implementação de programas de formação no próprio hospital;• Criação de equipas multi-disciplinares (médico, enfermeiro, psicólogo, ...) especializadas em desabitação tabágica neste grupo particular de doentes;• Implementação de programas de reabilitação respiratória.

Tabela 9 - Factores associados ao sucesso dos programas de cessação tabágica em doentes internados

Factores associados a uma maior abstinência
<ul style="list-style-type: none">• Idade avançada do doente;• Níveis elevados de confiança para deixar de fumar;• Elevada motivação para parar de fumar;• Baixo nível de dependência física;• Maior duração do internamento;• Número de tentativas de cessação prévias <3;• Abstinência anterior ao internamento >1 semana;• Admissão hospitalar por situação de emergência;• Patologia cardiovascular como diagnóstico de admissão;• Patologia cardíaca extensa;• Menor síndrome de abstinência;• Menor dificuldade em ficar sem fumar durante o internamento;• Crença de que os sintomas ou a doença actual estão relacionados com o tabagismo.

No presente estudo verificou-se que 3/4 dos fumadores iniciaram o seu consumo de tabaco com idade igual ou inferior a 18 anos, dos quais 3 com menos de 15 anos, sendo essa tendência mais marcada nos homens. Estes dados demonstram um início muito precoce do consumo de tabaco, facto que é muito preocupante e urge travar. Em 2002, de acordo com os dados obtidos no estudo HBSC⁽²⁴⁾, a percentagem de fumadores diários portugueses, com 15 anos de idade, era de 19,5% nas raparigas e de 13,1% nos rapazes. Essa

tendência mantém-se na maioria dos países europeus, onde se verifica um consumo de tabaco superior na população feminina europeia⁽¹⁴⁾. O início precoce mais evidente nos homens, tal como se obteve neste estudo, pode ser interpretado à luz da evolução da epidemia tabágica do nosso país. Nos últimos anos tem-se assistido a um ligeiro decréscimo da prevalência do tabagismo na população masculina e a um aumento apreciável na feminina⁽¹⁴⁾.

Relativamente às tentativas de cessação prévias, observou-se que mais de metade dos doentes fumadores inquiridos já tinham tentado deixar de fumar, sendo que quase todos se mantiveram abstinentes durante um período inferior a um ano. Tal é admissível, uma vez que é conhecida a elevada taxa de insucesso quando um doente tenta deixar de fumar sem auxílio especializado e dirigido ao seu caso, sendo que a taxa de sucesso a um ano nesses casos ronda apenas os 3-7%⁽⁵⁾. Tamanho insucesso prende-se com o facto dos sintomas de abstinência terem início ao fim de poucas horas (2-12h), de alcançarem um pico pelas 24-48h e de a maioria dos sintomas durar ≥ 4 semanas⁽³⁾. Esta dificuldade leva a que a maioria dos casos de recaída ocorra nos primeiros meses de abandono (3-6 meses a 1 ano)⁽⁴⁾. Quando implementadas intervenções clínicas eficazes, as taxas de sucesso podem aumentar de 3-7% até 15-30%, o que demonstra a extrema importância de programas estruturados de apoio à cessação tabágica e à prevenção da recaída⁽⁵⁾.

Analisando os resultados obtidos, verificou-se que a maioria dos doentes apresentou um nível de dependência moderado a elevado, um nível motivacional baixo ou moderado e uma confiança moderada a elevada para deixar de fumar. Verificou-se também que a maioria dos doentes encontrava-se

na fase de preparação para a mudança comportamental. Se por um lado, elevados níveis de dependência dificultam o sucesso da cessação tabágica, por outro, importantes níveis de motivação e confiança para deixar de fumar reflectem uma maior receptividade ao processo de desabituação. A adicionar a estes resultados, há ainda a salientar o facto de a maioria dos doentes se encontrar na fase de preparação para a mudança comportamental e de estes considerarem a dependência de nicotina uma doença em si mesma, o que reforça a oportunidade para a implementação de estratégias de cessação tabágica.

Dos doentes fumadores, apenas metade manteve-se abstinente durante o internamento, o que revela o insucesso das medidas preventivas hospitalares. Assim sendo, seria importante a proibição do consumo de tabaco inclusive na proximidade do hospital e o controlo efectivo das situações de incumprimento.

Numa revisão Cochrane, que envolveu 17 estudos com doentes internados, verificou-se que a intervenção intensiva foi mais eficaz quando continuada após a alta por um período mínimo de 1 mês, não tendo a intervenção breve (<20 min) produzido benefícios significativos, mesmo quando continuada após a alta⁽⁵⁾. Há evidência de que as intervenções que começam durante o internamento e que são mantidas por mais de 1 mês após a alta aumentam em 65% a probabilidade do doente deixar de fumar (cessação em 6-12 meses), quando comparadas às intervenções isoladas⁽²⁵⁾. O acompanhamento pós-alta ocorreu sob diversas formas, sendo a mais comum o telefonema proactivo⁽⁵⁾. *Guidelines* americanas defendem que um maior

número de contactos telefónicos pode levar a uma maior taxa de cessação tabágica, pelo que estas recomendam 4-8 contactos após a alta⁽²²⁾.

Quanto à farmacoterapia, os estudos apenas testaram a TSN, tendo demonstrado que esta aumentava a eficácia da intervenção em cerca de 47%⁽²⁵⁾. Os estudos recomendam esta terapêutica sobretudo aos doentes internados com sintomas de privação, desde que não esteja contra-indicada⁽⁵⁾. A intervenção comportamental e a farmacoterapia podem, portanto, actuar de forma sinérgica⁽²⁵⁾.

Relativamente ao diagnóstico de admissão, os estudos anteriores não encontraram qualquer relação entre uma causa relacionada com o consumo de tabaco e o sucesso das intervenções⁽⁵⁾, pelo que o apoio intensivo deve ser oferecido a todos os fumadores hospitalizados, independentemente do diagnóstico de admissão⁽²⁵⁾. Apesar da análise indicar que deve ser oferecida ajuda a todos os doentes, esta evidenciou maiores taxas de cessação nos fumadores com patologia cardiovascular⁽²⁶⁾.

No presente estudo, a análise da intervenção clínica dos profissionais de saúde evidenciou várias lacunas na abordagem do tabagismo. De facto, a abordagem do tabagismo, incluindo o aconselhamento e a discussão dos riscos e benefícios, foi realizada em menos de metade dos doentes fumadores, o que demonstra que os clínicos não estão a implementar efectivamente as *guidelines* apresentadas anteriormente. Estratégias como reflexão acerca de tentativas de cessação anteriores, discussão de possíveis problemas, avaliação da dependência física, explicação dos métodos para deixar de fumar, referenciação para consulta especializada de desabitação tabágica,

fornecimento de material informativo e informação da existência da linha telefónica para deixar de fumar, foram totalmente negligenciadas, o que, no conjunto, demonstra que não foi oferecido aos fumadores qualquer apoio especializado para deixar de fumar e evidencia lacunas importantes na abordagem do tabagismo.

Neste estudo também foram contempladas grávidas, uma vez que a gravidez torna as mulheres mais receptivas e motivadas a deixar de fumar. As maiores taxas de cessação tabágica em mulheres ocorrem durante a gravidez, porém apenas um terço das grávidas se mantém abstinente após um ano, facto que reforça a importância das intervenções de prevenção da recaída, intervenções essas com elevada relação custo-efectividade na redução de danos à saúde da mãe e do feto⁽¹⁵⁾. Existe evidência que demonstra que a intervenção precoce para deixar de fumar reduz significativamente a prevalência do consumo de tabaco durante a gravidez⁽²⁷⁾.

Quando questionadas, 4 das 6 grávidas não fumadoras inquiridas admitiram que lhes havia sido perguntado acerca dos seus hábitos tabágicos, 2 viram reforçados os benefícios de não fumar e 1 foi abordada relativamente à sua exposição habitual ao fumo de tabaco, por parte de algum profissional de saúde. Tais resultados reflectem falhas na identificação dos fumadores, no encorajamento à continuação da abstinência e na importância atribuída à exposição ambiental ao fumo do tabaco.

A única grávida fumadora inquirida revelou um baixo nível de dependência, um nível moderado de motivação para deixar de fumar e um elevado nível de confiança para parar de fumar, encontrando-se na fase de

preparação para a mudança comportamental. A doente afirmou ainda que se manteve abstinente durante o internamento, assumiu que seria capaz de deixar de fumar se o pretendesse e revelou vontade de ser seguida após a alta em consulta especializada ou através de contacto telefónico. Estes resultados evidenciam uma óptima oportunidade de intervenção, a qual foi desperdiçada devido à má prática em cessação tabágica e à desresponsabilização dos profissionais de saúde relativamente a este problema.

O investimento na cessação tabágica constitui a medida preventiva mais efectiva para a redução, a curto e médio prazo, da morbilidade e mortalidade relacionadas com a epidemia tabágica⁽³⁾. Os médicos são os profissionais de saúde com maior responsabilidade e impacto na abordagem do tabagismo⁽⁴⁾ e o hospital constitui um local preferencial para essa intervenção⁽⁶⁾. No entanto, este estudo evidenciou importantes lacunas na abordagem do tabagismo realizada pelos profissionais de saúde durante o internamento, facto que merece grande preocupação.

Implicações

Partindo da máxima ecologista “Pensar globalmente e agir localmente”¹⁹, verifica-se a enorme importância da implementação de medidas de controlo do tabagismo a nível local, pois é através do investimento individual e local que se consegue o envolvimento e a consciencialização de toda a sociedade nacional. A investigação na área do tabagismo, que representa uma das inúmeras possibilidades de intervenção local, constitui uma das estratégias fundamentais no controlo desta epidemia. Este estudo, que se propôs a avaliar a abordagem

sistematizada do tabagismo realizada pelos profissionais de saúde de um hospital português, pode constituir um importante instrumento de reflexão, uma vez que documenta algumas falhas na abordagem do tabagismo ainda hoje realizadas por alguns profissionais. Desta forma, possibilita aos profissionais de saúde uma maior consciencialização da importância da cessação tabágica, permitindo-lhes uma auto-avaliação das suas práticas e competências nesta área. Tal é fundamental uma vez que os ajuda a compreender as suas capacidades e limitações, levando a que a confiança nas suas aptidões seja fortalecida e a que a necessidade de formação específica em tabagismo passe a ser uma preocupação real. Por outro lado, este tipo de investigação é essencial para a avaliação do estado actual da epidemia tabágica em Portugal e para a monitorização das práticas de controlo do tabagismo implementadas actualmente no nosso país. Só assim se tornam possíveis a comparação dos nossos dados com outros de países de referência, a reflexão sobre os actuais cuidados prestados e a melhoria dos serviços oferecidos no âmbito da cessação tabágica.

A aposta na formação específica em tabagismo, pré e pós-graduada, é extremamente importante para o enriquecimento das capacidades e aptidões clínicas de qualquer profissional de saúde. Assim sendo é também uma responsabilidade das Faculdades Médicas o investimento na formação e investigação em tabagismo, dada a extraordinária importância desta competência para a formação dos seus alunos.

Limitações

O facto de o estudo realizado ser descritivo transversal pode constituir uma limitação, uma vez que não tem em conta possíveis alterações que possam ocorrer ao longo do tempo. No entanto, este estudo constitui um ponto de partida para a avaliação da prevalência do consumo de tabaco em doentes internados e para a caracterização da abordagem do tabagismo efectuada durante o internamento.

A amostra é pequena e não aleatória, não sendo por isso representativa da população. A representatividade de uma amostra é determinada primariamente pelo método de amostragem e está estreitamente ligada à sua dimensão¹⁰.

As respostas dadas em entrevistas directas podem ser enviesadas, dado que os inquiridos tendem a responder da forma socialmente desejada.

O questionário aplicado neste estudo pode constituir uma importante limitação dada a sua extensão, resultante do elevado número de variáveis em estudo. Também o facto de ter sido construído exclusivamente para o efeito pode ter comprometido os resultados obtidos e a análise efectuada.

A condição de saúde dos doentes no contexto de internamento pode ser uma limitação, dado que estes podem se mostrar pouco receptivos e menos disponíveis para colaborar.

Como não houve validação bioquímica para confirmação do tabagismo, o número de fumadores considerados pode não ser o real. De qualquer forma,

a confidencialidade das respostas aumenta a probabilidade de este número se aproximar do verdadeiro.

Apesar das limitações, este estudo encontra-se entre as primeiras investigações portuguesas acerca da abordagem do tabagismo em doentes internados e constitui um importante estudo piloto para posteriores investigações nesta área.

Referências Bibliográficas

1. Pestana E, editor. Tabagismo Do Diagnóstico ao Tratamento. Lisboa: LIDEL; 2006.
2. Ferrero B, Mezquita M, Garcia M, editors. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ª ed. Madrid: GlaxoSmithKline, S.A.; 2006.
3. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, et al. Cessaçãõ tabágica: Programa-tipo de actuaçãõ. Lisboa: DGS; 2007.
4. Ravara S. Curso de Tabagismo SPP - Intervenção Breve. Rev Port Pneumol. 2004;X(1, Supl 1):S33-S40.
5. Pamplona P. [In-patient smoker? - Providing appropriate intervention]. Rev Port Pneumol. 2007 Nov-Dec;13(6):801-26.
6. Sabidó M, Sunyer J, Masuet C, Masip J. Hospitalized smokers: Compliance with a nonsmoking policy and its predictors. Prev Med. 2006(43):113-6.
7. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Jr., Doll R. Mortality from smoking worldwide. Br Med Bull. 1996 Jan;52(1):12-21.
8. Oliveira A, editor. Bioestatística, Epidemiologia e Investigação - Teoria e Aplicações. Lisboa: LIDEL; 2009.
9. Maroco J, editor. Análise Estatística, com análise do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
10. World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland: WHO Tobacco Health Programme 1997.

11. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.
12. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993 Aug;88(8):1127-35.
13. International Primary Care Respiratory Group [Online] [2010?] [citado em 2010 Mai 1]; Disponível em URL: <http://www.theipcr.org> [serial on the Internet].
14. Fraga S, Sousa S, Santos A, Mello M, Lunet N, Padrão P, et al. Tabagismo em Portugal. *ArquiMed.* 2005;19(5-6):207-29.
15. Reichert J, Araujo AJ, Goncalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines--2008. *J Bras Pneumol.* 2008 Oct;34(10):845-80.
16. Pbert L, Adams A, Quirk M, Hebert J, Ockene J, Luippold R. The Patient Exit Interview as an Assessment of Physician-Delivered Smoking Intervention: A Validation Study. *Health Psychology.* 1999;18(2):183-8.
17. Pereira A, editor. SPSS, Guia Prático de utilização, Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. 7ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
18. Oliveira MV, Oliveira TR, Pereira CA, Bonfim AV, Leitao Filho FS, Voss LR. Smoking among hospitalized patients in a general hospital. *J Bras Pneumol.* 2008;34(11):936-41.
19. 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.

20. Wolfenden L, Campbell E, Wiggers J, Walsh RA, Bailey LJ. Helping hospital patients quit: what the evidence supports and what guidelines recommend. *Prev Med.* 2008 Apr;46(4):346-57.
21. Ballbe M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Salto E, et al. [Impact of a training in brief intervention. Differences in the hospital approach of tobacco and alcohol consumption]. *Adicciones.* 2009;21(2):113-8.
22. Taylor CB, Miller NH, Cameron RP, Fagans EW, Das S. Dissemination of an effective inpatient tobacco use cessation program. *Nicotine Tob Res.* 2005 Feb;7(1):129-37.
23. Sciamanna CN, Stillman FA, Hoch JS, Butler JH, Gass KG, Ford DE. Opportunities for improving inpatient smoking cessation programs: a community hospital experience. *Prev Med.* 2000 Jun;30(6):496-503.
24. Samet JM. The 1990 Report of the Surgeon General: The Health Benefits of Smoking Cessation. *Am Rev Respir Dis.* 1990 Nov;142(5):993-4.
25. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2008 Oct 13;168(18):1950-60.
26. Munafo M, Rigotti N, Lancaster T, Stead L, Murphy M. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients: a systematic review. *Thorax.* 2001 Aug;56(8):656-63.
27. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004(4):CD001055.

Anexos

Em anexo encontra-se o questionário elaborado para este estudo, bem como os instrumentos validados utilizados na sua construção.

- Questionário
- Teste de Fagerström adaptado
- Teste de Richmond adaptado
- Avaliação do estadio de mudança comportamental
- Escala visual analógica da confiança para deixar de fumar
- Escala visual analógica da motivação para deixar de fumar

Anexo I: Questionário

Questionário de tabagismo dos doentes internados no CHCB

N.º de código:

Data: __/__/__

Nome do doente (iniciais maiúsculas):
Processo clínico _____
Data de internamento: __/__/__ Serviço: _____
Diagnóstico de admissão: _____
Outros diagnósticos: _____
UMA: _____

Relembramos que este inquérito é inteiramente **anónimo e confidencial** e solicitamos o seu completo preenchimento com total sinceridade e liberdade. A sua opinião é muito importante. A colaboração de todos é essencial para que o estudo seja representativo e válido.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

1) Sexo: M F

2) Idade: ___anos

3) Situação profissional actual:

Profissão: _____

Activa Reforma Desemprego Em formação

4) Qual o seu nível de formação:

Sem Primário Secundário Técnico Licenciatura Mestrado/Doutoramento

5) Qual das seguintes afirmações se aplica ao seu caso?

- Nunca fumei regularmente
- Fumei, mas já deixei de fumar
- Fumo ocasionalmente, mas não fumo todos os dias
- Fumo todos os dias
- Fumo regularmente, mas não fumo todos os dias

6) Se deixou de fumar, qual das seguintes afirmações se aplica ao seu caso?

- Fumei, mas deixei de fumar há menos de um ano
- Fumei, mas deixei de fumar há mais de um ano

Se Sim:

- Fê-lo por aconselhamento médico? Sim Não
- Fê-lo com ajuda médica? Sim Não

➤ *Se nunca fumou ou se já deixou de fumar há >1 ano por favor responda apenas às questões 7, 8, 9 e 10. Se é fumador por favor responda a partir da questão 11:*

7) Fumou algum cigarro/ cigarrilha/ charuto no último mês? Sim Não

8) Durante o actual internamento, o seu médico ou outro profissional de saúde lhe perguntou acerca dos seus hábitos tabágicos / “se é fumador?”

Sim Não

9) Durante o actual internamento, o seu médico ou outro profissional de saúde lhe reforçou o facto de não ser fumador / reforçou os benefícios de não fumar?

Sim Não

10) Durante o actual internamento, o seu médico ou outro profissional de saúde lhe perguntou se na sua casa ou nos locais que frequenta está normalmente exposto ao fumo ambiental do tabaco?

Sim Não

➤ *Se é fumador responda às seguintes questões:*

11) Idade com que começou a fumar: ____anos

12) N.º. de cigarros/dia: ____

13) Para além de cigarros, fuma outro tipo de tabaco? Sim Não

13.1) *Se respondeu **sim**, qual?*

Cigarrilhas Charuto Tabaco de enrolar Cachimbo

14) Quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia?

≤10

11-20

21-30

≥ 31

15) Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?

- Nos primeiros 5 minutos
- Após 6-30 minutos
- Após 31-60 minutos
- Após mais de 60 minutos

16) É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar?

- Sim
- Não

17) Qual o cigarro que teria mais dificuldade em não fumar?

- O primeiro da manhã
- Qualquer outro

18) Fuma mais frequentemente nas primeiras após acordar do que no resto do dia?

- Sim
- Não

19) Fuma mesmo quando está doente e acamado?

- Sim
- Não

20) Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?

- Sim
- Não

21) Quantifique o seu interesse em deixar de fumar?

- Não tenho interesse
- Ligeiro
- Moderado
- Intenso

22) Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas?

- Não de certeza
- Talvez não
- Talvez sim
- Sim de certeza

23) Qual a possibilidade de, nos próximos seis meses, vir a ser um ex-fumador?

- Não de certeza
- Talvez não
- Talvez sim
- Sim de certeza

24) Quer deixar de fumar nos próximos seis meses?

- Sim
- Não

25) Quer deixar de fumar no próximo mês?

- Sim
- Não

26) Já alguma vez tentou deixar de fumar? Sim Não

❖ *Se respondeu **sim**:*

26.1) Quantas vezes o fez? _____ 26.2) Quantas vezes no último ano? _____

26.3) Fê-lo com ajuda de qualquer médico / enfermeiro? Sim Não

26.4) Fê-lo com ajuda de medicação? Sim Não

26.5) Quanto tempo ficou sem fumar? _____ meses / anos

27) Já alguma vez foi aconselhado por um médico ou outro profissional de saúde a deixar de fumar? Sim Não

27.1) Esse aconselhamento ocorreu durante:

Consulta de especialidade (Consulta Externa) **Qual?** _____

Consulta de cuidados de saúde primários (Centro de Saúde)

Internamento

No decurso de um exame **Qual?** _____

27.2) Referenciaram-no para uma consulta de cessação tabágica? Sim Não

28) Já alguma vez algum médico ou outro profissional lhe explicou que existe tratamento eficaz para deixar de fumar, tornando-o muito mais fácil? Sim Não

29) Já alguma vez algum médico ou outro profissional lhe ofereceu ajuda e tratamento para deixar de fumar, se assim o pretendesse? Sim Não

30) Responda se durante o Internamento actual (desde que está no hospital):

	Sim	Não	Não sei
30.1) O seu médico ou algum profissional de saúde já o aconselhou a deixar de fumar?			
30.2) O seu médico ou algum profissional de saúde perguntou se queria deixar de fumar?			
30.3) Algum profissional de saúde (médico, enfermeiro ou outro) lhe perguntou acerca dos seus hábitos tabágicos e discutiu-os consigo?			
30.4) O seu médico ou algum profissional de saúde já discutiu consigo as razões pelas quais poderá querer parar de fumar?			
30.5) O seu médico ou algum profissional de saúde já reflectiu consigo acerca das suas tentativas para deixar de fumar?			
30.6) O seu médico ou algum profissional de saúde já discutiu consigo possíveis problemas que poderá ter ao tentar deixar de fumar?			

30.7) O seu médico ou algum profissional de saúde já discutiu consigo alguma estratégia que poderá adoptar para lidar com os possíveis problemas que poderá ter ao deixar de fumar?			
30.8) O seu médico ou algum profissional de saúde já lhe perguntou acerca da sua dependência física de nicotina (ex: “Quando fuma o seu primeiro cigarro do dia?”, “quantos cigarros é que fuma?”)			
30.9) O seu médico ou algum profissional de saúde já lhe explicou os riscos e os malefícios do tabaco?			
30.10) O seu médico ou algum profissional de saúde já lhe explicou os benefícios em deixar de fumar?			
30.11) O seu médico ou algum profissional de saúde já lhe explicou os métodos e tratamento para deixar de fumar?			
30.12) O seu médico ou algum profissional de saúde já lhe forneceu material informativo? (ex. panfletos)			
30.13) O seu médico ou algum profissional de saúde já o referenciou para futuro seguimento? (consulta ou telefonema)			
30.14) O seu médico ou algum profissional de saúde já o informou da existência da linha S.O.S para deixar de fumar?			
30.15) Tem-lhe apetecido fumar? <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada			
30.16) Já fumou desde que está internado? ➤ Quantos cigarros por dia? _____ ➤ Em que local? _____			
30.17) Acha que a causa do seu internamento está relacionada com o seu consumo de tabaco?			
30.18) Acha que é dependente do tabaco?			
30.19) Acha que a dependência do tabaco é, por si mesma, uma doença?			

31) Quer tentar deixar de fumar, aproveitando o internamento/estadia no hospital?

Sim Não

32) Acha que conseguiria deixar de fumar se assim o pretendesse? Sim Não

33) Acha que necessita da ajuda de um médico ou outro profissional de saúde para conseguir deixar de fumar? Sim Não

34) Quer ser seguido após a alta através de consulta especializada? Sim Não

35) Quer ser seguido após a alta através de contacto telefónico? Sim Não

36) Sente-se confiante para deixar de fumar?

Avalie, de 0 a 10, a sua confiança para parar de fumar (0 significa que não se sente confiante para parar de fumar e 10 que está completamente confiante para parar de fumar)

Não Confiante

Completamente confiante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

37) Qual a sua motivação para deixar de fumar?

Avalie, de 0 a 10, a sua intenção actual para parar de fumar (0 significa que não tem vontade de parar e 10 que está verdadeiramente decidido a parar de fumar)

Sem nenhuma vontade
parar

Francamente decidido a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo II: Teste de Fagerström adaptado

	<i>PONTUAÇÃO</i>
▪ Quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia?	
<input type="checkbox"/> ≤10	0
<input type="checkbox"/> 11-20	1
<input type="checkbox"/> 21-30	2
<input type="checkbox"/> ≥ 31	3
▪ Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?	
<input type="checkbox"/> Nos primeiros 5 minutos	3
<input type="checkbox"/> Após 6-30 minutos	2
<input type="checkbox"/> Após 31-60 minutos	1
<input type="checkbox"/> Após mais de 60 minutos	0
▪ É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar?	
<input type="checkbox"/> Sim	1
<input type="checkbox"/> Não	0
▪ Qual o cigarro que teria mais dificuldade em não fumar?	
<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã	1
<input type="checkbox"/> Qualquer outro	0
▪ Fuma mais frequentemente nas primeiras após acordar do que no resto do dia?	
<input type="checkbox"/> Sim	1
<input type="checkbox"/> Não	0
▪ Fuma mesmo quando está doente e acamado?	
<input type="checkbox"/> Sim	1
<input type="checkbox"/> Não	0

Pontuação máxima de 10. Dependência baixa se <4; Dependência moderada se 4-7; Elevada dependência se >7.

Anexo III: Teste de Richmond adaptado

PONTUAÇÃO

- Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?
 - Sim 1
 - Não 0
- Quantifique o seu interesse em deixar de fumar?
 - Não tenho interesse 0
 - Ligeiro 1
 - Moderado 2
 - Intenso 3
- Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas?
 - Não de certeza 0
 - Talvez não 1
 - Talvez sim 2
 - Sim de certeza 3
- Qual a possibilidade de, nos próximos seis meses, vir a ser um ex-fumador?
 - Não de certeza 0
 - Talvez não 1
 - Talvez sim 2
 - Sim de certeza 3

Pontuação máxima de 10. Motivação baixa se 0-6; Motivação moderada se 7-9; Motivação elevada se 10.

Anexo IV: Avaliação do estadio de mudança comportamental

- Quer deixar de fumar nos próximos seis meses?
 - Sim
 - Não
- Quer deixar de fumar no próximo mês?
 - Sim
 - Não

Pré-Contemplação: se o doente não quer deixar de fumar nos seis meses seguintes.

Contemplação: se o doente quer deixar de fumar em seis meses, mas não o quer fazer no mês seguinte.

Preparação: se o doente quer deixar de fumar no mês seguinte.

Anexo V: Escala Visual analógica da confiança para deixar de fumar

- Sente-se confiante para deixar de fumar?

Avalie, de 0 a 10, a sua confiança para parar de fumar (0 significa que não se sente confiante para parar de fumar e 10 que está completamente confiante para parar de fumar)

Não Confiante

Completamente confiante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontuação máxima de 10. Pouca confiança se 0-3; Confiança moderada se 4-7; Confiança elevada se ≥ 8 .

Anexo VI: Escala Visual analógica da motivação para deixar de fumar

- Qual a sua motivação para deixar de fumar?

Avalie, de 0 a 10, a sua intenção actual para parar de fumar (0 significa que não tem vontade de parar e 10 que está verdadeiramente decidido a parar de fumar)

Sem nenhuma vontade

Francamente decidido a parar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontuação máxima de 10. Pouca confiança se 0-3; Confiança moderada se 4-7; Confiança elevada se ≥ 8 .