



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Comunicação e referenciação da comunidade fumadora da Covilhã

Eva Pires Mendes de Campos Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Mestre Sofia Belo Ravara

Covilhã, fevereiro de 2014

Dedicatória

Aos meus pais e ao meu irmão

“Never forget... Delays mean more deaths. Delays mean a failure on our part to stand up to an epidemic for which we have solutions.”

Dr.^a Gro Harlem Brundtland, Ex.-Diretora Geral da OMS, 2002

Agradecimentos

Um especial agradecimento à minha orientadora, Dr.^a Sofia Belo Ravara, pelo apoio, pelos conhecimentos partilhados, pelos momentos de risada e pela paciência, motivação, amizade e dedicação na realização da presente dissertação, sem a qual a realização do trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais e irmão pelo amor incondicional, pelo apoio em todas as etapas da minha vida, pelos desabafos ouvidos e pela paciência em tempos de maior desespero.

À Mariana Batista, companheira nos momentos maus, sem a qual a realização deste trabalho não teria sido tão divertida.

Ao professor Miguel Freitas, pela disponibilidade, apoio e conhecimentos transmitidos no tratamento dos dados estatísticos.

À JB por ser uma pessoa do mundo.

À DL pelos breves mas eficazes momentos de encorajamento e a todos os meus amigos que sempre estiveram presentes.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram e ajudaram na realização deste trabalho.

Resumo

Título: Comunicação e referenciação da comunidade fumadora da Covilhã

Introdução: A cessação tabágica é uma estratégia crucial de controlo de tabagismo e de grande custo-efetividade. Em 2012, foi aprovado um programa prioritário nacional de prevenção e controlo de tabagismo. Promover e apoiar a cessação tabágica é uma estratégia crucial para reduzir a prevalência de fumadores na população portuguesa. Apesar da custo-efetividade dos programas de cessação tabágica estar bem demonstrada, poucos fumadores recorrem a um programa de cessação em Portugal. Como tal, é muito importante conhecer as vias de comunicação com os fumadores, no sentido de os motivar e incentivar a deixar de fumar, idealmente com o apoio de um programa de cessação tabágica.

Objetivos: Caracterizar a população dos fumadores que recorrem à consulta de cessação tabágica; avaliar as vias que levam ao conhecimento e utilização do programa de cessação e as vias de referenciação dos fumadores que recorrem à consulta de cessação tabágica do Centro Hospitalar Cova da Beira; analisar e caracterizar as tentativas prévias de cessação; avaliar se existem diferenças entre os fumadores provenientes da comunidade e os fumadores referenciados a partir do hospital.

Metodologia: Estudo observacional transversal descritivo. Análise dos protocolos clínicos dos fumadores que recorreram à consulta de cessação tabágica de Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2010-2012. A colheita dos dados registados no protocolo da consulta é feita sistematicamente na consulta de avaliação inicial. Foi realizada a análise descritiva univariável e bivariável, utilizando-se os testes estatísticos de Qui-Quadrado e MacNemar para as variáveis categóricas e *odds ratio* quando adequado; t de student e Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Os dados sociodemográficos, o estado de saúde geral e o comportamento tabágico foram comparados com um estudo anterior que caracterizou os fumadores que recorreram ao programa nos 2 primeiros anos da consulta.

Resultados: Foram incluídos no estudo 300 utentes, na sua maioria homens (68,7%), com idade média de $47,7 \pm 11,97$ anos ($14 \leftrightarrow 75$); a média da duração do comportamento tabágico foi de $30,3 \pm 12,38$; 65,8% dos fumadores são provenientes do hospital, 34,2% são da comunidade; a maioria dos fumadores consome cigarros manufacturados e 5,7% dos fumadores fumam exclusivamente tabaco de enrolar; a carga tabágica dos fumadores foi, em média, $33,6 \pm 19,35$ unidades/maço/ano; a maioria apresenta motivação e dependência moderadas; os fumadores do estudo iniciaram o consumo tabágico mais cedo e recorreram mais tarde à consulta do que os fumadores que recorreram à consulta entre 2008-2009. Mais de metade dos fumadores teve conhecimento do programa pelo médico, 1/4 pelo amigo/familiar/conhecido, 3,5% pelos *media*, 2,0% através do hospital/sinalética; cerca de

metade dos fumadores tomaram a iniciativa de solicitar a consulta e os restantes foram referenciados pelo médico; as especialidades médicas que mais referenciam são a pneumologia, a cardiologia e a medicina interna; a medicina geral e familiar referenciou apenas 2 fumadores; cerca de 3/4 afirmaram ter realizado pelo menos uma tentativa prévia de cessação tabágica; a maioria ficou menos de um ano sem fumar; 38,9% deixaram de fumar sem apoio profissional/farmacológico e 20,0% deixaram de fumar durante o internamento hospitalar sem prescrição de terapêutica de substituição nicotínica. Dos que fizeram tentativa prévia, 29,9% referiram ter sido apoiados/aconselhados a parar de fumar por algum profissional de saúde: 70,1% pelo farmacêutico, 20,9% pelo médico, 6,0% pelo técnico de saúde e 3,0% pelo apoio/aconselhamento conjunto do médico e equipa de enfermagem. Os fumadores da comunidade recorreram mais cedo à consulta e apresentam duração do comportamento tabágico e carga tabágica inferiores aos fumadores do meio hospitalar.

Conclusão: Este estudo demonstra a precária divulgação da consulta de cessação tabágica e a escassa referenciação pelas diferentes especialidades médicas. A consulta de cessação deverá ser divulgada através de uma rede dinâmica de referenciação. Como formas de promoção da cessação tabágica deverá investir-se: 1) na formação multidisciplinar em tabagismo para todos os profissionais de saúde no hospital e nos cuidados primários, envolvendo prioritariamente os enfermeiros em ambos os níveis de prestação dos cuidados; 2) na integração sistemática da cessação tabágica no tratamento das doenças crónicas; 3) na utilização da sinalética no hospital; 4) na divulgação na comunidade através dos *media* e no envolvimento dos farmacêuticos comunitários, incentivando os fumadores a cessarem mais cedo. A participação da terapêutica farmacológica e a inclusão da terapêutica específica de cessação tabágica na prescrição hospitalar é crucial.

Palavras-chave

Cessação tabágica, comunica o, referencia o, tratamento de fumadores, controlo do tabagismo.

Abstract

Title: Awareness and referral to a hospital-based smoking cessation clinic

Introduction: Smoking cessation is a crucial strategy for the control of smoking and of high cost-effectiveness. In 2012, a national priority program of prevention and control of smoking was approved. Promoting and supporting smoking cessation is a crucial strategy to reduce the prevalence of smokers in the Portuguese population. Despite the well established cost-effectiveness of smoking cessation programs, few smokers resort to a smoking cessation program in Portugal. Therefore, it is very important to know the ways of communication with smokers, to motivate and encourage quitting, ideally with the support of a smoking cessation program.

Objectives: To characterize the smokers who resort to a hospital-based smoking cessation clinic (CHCB Hospital); to assess smokers' awareness and types of referral to a hospital-based smoking cessation clinic; to analyze smokers' previous quit attempts; to assess differences among community smokers and hospital-referrals.

Methodology: Cross-sectional study. Analysis of clinical protocols of CBHC Hospital smoking cessation program for the years 2010-2012. Clinical questionnaires are standard protocols developed by the Portuguese Society of Pulmonology Smoking Working Group. These are systematically applied during clinical visits. We conducted univariate and bivariate descriptive analysis using Chi Square and McNemar tests for categorical variables; and Mann - Whitney and t student tests for continuous variables. Sociodemographic data, general health and smoking behavior were compared with a previous study that characterized smokers who had used the program in the first 2 years of smoking cessation clinic.

Results: Participants: 300 smokers; mostly men (68,7%), mean age 47,7±11,97 years (14↔75); mean duration of smoking: 30,3±12,38 years; 65,8% hospital-referrals, 34,2% community smokers; most smokers reported consume of manufactured cigarettes and only 5,7% of the smokers use rolling tobacco; the smoking load was on average 33,60±19,35 UMA; most smokers reported moderate nicotine dependence and moderate motivation to quit; most smokers started smoking earlier and resorted later to the hospital-based smoking cessation clinic than the smokers who resorted between 2008-2009. Half were aware of hospital-based smoking cessation clinic by a physician, 24,7% by a friends/family, 3,5% through media, 2,0% through hospital signage; about half were self-referrals and half physicians-referrals (mostly pulmonologists/cardiologists/internal medicine); two smokers were referred by general practitioners; most smokers reported at least one previous attempt, remaining abstinent on average less than a year; 38,7% quitted "cold turkey"; 20,0% quitted during hospital stay ("cold turkey"). Among smokers who reported at least one previous attempt, 29,9% received

smoking cessation support: 70,1% by community pharmacist, 20,9% by physician, 6,0% by other health care provider and 3,0% by physician and nursing team. Community smokers resorted earlier to the hospital-based smoking cessation clinic and reported lower duration of smoking and lower smoking load than hospital-referrals.

Conclusion: This study demonstrates the poor dissemination of the hospital-based smoking cessation clinic and a scarce referral by different medical specialties. There is room for improvement regarding smoking cessation network referral through: 1) multidisciplinary training on smoking cessation brief advice/referral for all health care providers, especially nurses and general practitioners; 2) systematic integration of smoking cessation in chronic diseases care; 3) use of hospital signage; 4) engaging community and encouraging more smokers to quit earlier through media/social networks/internet/community pharmacists. It is crucial smoking cessation pharmacotherapy reimbursement.

Keywords

Smoking cessation, communication, referral, treatment of the smokers, tobacco control.

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Palavras-chave	viii
Abstract.....	ix
Keywords	xi
Índice	xii
Lista de equações.....	xiv
Lista de ilustrações	xv
Lista de tabelas	xvi
Lista de acrónimos.....	xvii
1. Introdução	1
1.1. Objetivos.....	3
1.1.1. Objetivo geral	3
1.1.2. Objetivos específicos	3
2. Metodologia de investigação.....	4
2.1. Tipo de estudo	4
2.2. Local e população do estudo	4
2.3. Método de recolha de dados.....	5
2.4. Análise dos dados e Métodos estatísticos	6
3. Resultados.....	10
3.1. Caracterização sociodemográfica	10
3.2. Estado de saúde geral	11
3.3. Comportamento tabágico	11

3.4.	Análise comparativa entre os fumadores do estudo e os fumadores que recorreram à consulta entre 2008-2009	14
3.5.	Vias de conhecimento do programa e de referenciação.....	15
3.6.	Caraterização da tentativa prévia.....	17
3.7.	Caraterização e análise comparativa dos fumadores provenientes do hospital e da comunidade.....	21
3.7.1.	Caraterização sociodemográfica.....	21
3.7.2.	Estado de saúde geral	23
3.7.3.	Comportamento tabágico.....	24
3.7.4.	Vias de conhecimento do programa e referenciação	26
3.7.5.	Caraterização da tentativa prévia.....	27
4.	Discussão	31
4.1.	Discussão dos resultados	31
4.2.	Limitações do estudo	35
4.3.	Conclusões e implicações	36
	Referências bibliográficas.....	37
	Anexos	40
	Anexo 1: Protocolo clínico	40
	Anexo 2: Autorização do Conselho de Administração do CHCB.....	49

Lista de equações

$$UMA = \frac{\text{número médio de cigarros fumados por dia}}{20} \times \text{número de anos de consumo} \quad (1)$$

Lista de ilustrações

Ilustração 1 - Matriz para determinação do *status* social dos fumadores.....7

Ilustração 2 - Número de quilogramas aumentados durante tentativa prévia de cessação tabágica 20

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número de fumadores que recorreram à consulta com os protocolos clínicos devidamente preenchidos entre 2010-2012 (N=300)	4
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica	10
Tabela 3 - Comorbilidades (N=246).....	11
Tabela 4 - "Idade de início do comportamento tabágico", "Número de cigarros por dia" e "Duração do comportamento tabágico"	12
Tabela 5 - Duração do comportamento tabágico por género* e nível de dependência**	13
Tabela 6- Vias de conhecimento do programa de cessação tabágica do CHCB (N=202).....	15
Tabela 7 - Referenciação pelas especialidades médicas (N=142)	16
Tabela 8 - Métodos utilizados na tentativa prévia de cessação tabágica (N=185)	17
Tabela 9 - Suporte por profissionais de saúde na tentativa prévia de cessação tabágica (N=67)	18
Tabela 10 - Duração da abstinência na tentativa prévia de cessação tabágica (N=219).....	19
Tabela 11 - Tempo decorrido desde a última tentativa de cessação tabágica (N=167)	19
Tabela 12 - Razões de recaída na última tentativa de cessação tabágica (N=166).....	20
Tabela 13 - Comorbilidades dos fumadores do hospital e da comunidade	23
Tabela 14- "Idade de início do comportamento tabágico", "Número de cigarros por dia" e "Duração do comportamento tabágico" dos fumadores do hospital e da comunidade	24
Tabela 15- Dependência e motivação dos fumadores do hospital e dos fumadores da comunidade.....	25
Tabela 16 - Referenciação pelas especialidades médicas entre os fumadores do hospital e os fumadores da comunidade	26
Tabela 17 - Métodos utilizados pelos fumadores do hospital e pelos fumadores da comunidade na tentativa prévia de cessação tabágica	27
Tabela 18 - Duração da abstinência dos fumadores do hospital e dos fumadores da comunidade na tentativa prévia de cessação tabágica.....	28
Tabela 19 - Tempo decorrido desde a última tentativa de cessação tabágica dos fumadores do hospital e dos fumadores da comunidade	28
Tabela 20 - Razões de recaída na última tentativa de cessação tabágica nos fumadores do hospital e nos fumadores da comunidade.....	30

Lista de acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CT	Cessação tabágica
DP	Desvio padrão
FG	<i>Fagerström</i>
IC	Intervalo de confiança
MGF	Medicina geral e familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
SP	Síndrome de privação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TSN	Terapêutica de Substituição Nicotínica
UBI	Universidade da Beira Interior
UMA	Unidades/maço/ano

1. Introdução

O tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, ameaçando fortemente a saúde das populações.⁽¹⁾ É considerada a principal causa evitável de doença e de morte.⁽²⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de cinco milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência das doenças relacionadas com o tabaco e um total de 50% dos fumadores morrerá de uma doença relacionada com o tabagismo, com grande impacto sobre a qualidade de vida e os custos nos cuidados de saúde.⁽³⁾

A maioria das consequências nocivas para a saúde não se torna evidente até anos ou mesmo décadas após o início do consumo de tabaco. Assim, apesar do uso do tabaco estar a crescer a nível mundial, a epidemia de tabaco relacionada com a doença e morte está apenas a começar.⁽²⁾

Para muitos fumadores é difícil parar de fumar por vontade própria e sem apoio de um programa de cessação.⁽⁴⁾ Cerca de 2/3 dos fumadores querem parar de fumar e cerca de 1/3 fará uma tentativa a cada ano. No entanto, apenas uma minoria usa atualmente medicação para parar de fumar ou recorre a um especialista na área da cessação tabágica (CT).⁽⁵⁾

A CT é uma estratégia crucial de controlo de tabagismo e de grande custo-efetividade. Promover e apoiar a CT é uma estratégia fundamental para reduzir a prevalência de fumadores na população portuguesa. A custo-efetividade dos programas de CT está bem demonstrada. No entanto, poucos fumadores recorrem a um programa de cessação em Portugal.^(6,7)

O aconselhamento dos fumadores por parte de um profissional de saúde, em particular dos médicos de medicina geral e familiar (MGF), com recurso a uma intervenção breve, bem como a redução dos custos das terapêuticas para deixar de fumar, podem aumentar a proporção de fumadores que anualmente faz uma tentativa para parar de fumar com sucesso.⁽⁸⁾

O problema é que, apesar de um aumento na prestação de serviços de CT, o nível de serviços na prática médica ainda está bem abaixo do nível ideal.⁽⁸⁾ Políticas eficazes de controlo de tabagismo e a melhoria da formação específica em CT dos profissionais de saúde são as duas principais estratégias para o controlo deste problema.^(9,10)

Portugal tem uma alta prevalência de adultos jovens fumadores, sendo igualmente elevada em ambos os géneros. A prevalência de tabagismo tem aumentado significativamente nas mulheres portuguesas em todas as faixas etárias dos 15 aos 65 anos e estudos recentes mostram um aumento da iniciação dos jovens em ambos os géneros.⁽¹¹⁻¹³⁾ Por outro lado, os

fumadores portugueses estão fracamente motivados para deixar de fumar e poucos fumadores fazem tentativas de cessação com o apoio de profissionais de saúde e/ou programas de cessação.⁽⁶⁾ Acresce que é extremamente importante caracterizar a população portuguesa face à utilização e à exposição ao tabaco para o diagnóstico da situação, planeamento das intervenções e monitorização deste problema de saúde pública.⁽¹⁴⁾ Conhecer as vias de comunicação com os fumadores poderá ajudar a planear a formação de profissionais de saúde e a rede de referenciação dos programas intensivos, para além de estratégias de intervenção de âmbito populacional, como campanhas de educação para a saúde que promovam a CT.⁽¹⁵⁾ Neste sentido podemos incrementar a abordagem sistemática e a referenciação pelos profissionais de saúde, para além de motivar e incentivar os fumadores a deixar de fumar, idealmente com o apoio de um programa de cessação.

Para além da organização de respostas dirigidas às pessoas fumadoras que necessitam de apoio para parar de fumar, é fundamental implementar estratégias populacionais, com envolvimento de vários atores sociais, que contribuam para aumentar a proporção das que, anualmente, fazem uma tentativa para parar de fumar.⁽²⁾

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo geral

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar as vias que levam ao conhecimento e utilização do programa de CT; assim como o tipo e vias de referenciação dos fumadores que recorrem à consulta de CT do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) (vias de comunicação com a comunidade fumadora da Covilhã).

1.1.2. Objetivos específicos

Caraterizar a população de fumadores que recorre à consulta de CT do CHCB; analisar a evolução temporal, comparando com um estudo anterior que caraterizou os fumadores que recorreram ao programa nos 2 primeiros anos da consulta;

Caraterizar as vias que levam ao conhecimento e utilização do programa de cessação e de referenciação dos fumadores à consulta de cessação do CHCB; analisar e caraterizar as tentativas prévias de cessação;

Avaliar a proveniência de fumadores: da comunidade/referenciados a partir do hospital;

Avaliar se existem diferenças entre os fumadores da comunidade e os fumadores do hospital (sociodemográficas, comportamento tabágico, presença de comorbilidades, etc).

2. Metodologia de investigação

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo, de metodologia quantitativa, corresponde um estudo observacional transversal descritivo, uma vez que os dados foram recolhidos de forma direta e sistemática num só momento, sem qualquer tipo de intervenção nos participantes.⁽¹⁶⁾

2.2. Local e população do estudo

A Covilhã é uma cidade universitária do interior centro de Portugal, com cerca de 36 mil habitantes. Mais de 20% da população é idosa e 66% apresenta idade compreendida entre 15 e 64 anos.⁽¹⁷⁾ Os covilhanenses contam com dois estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que prestam consultas de apoio à CT: o Hospital Pêro da Covilhã, hospital universitário integrado no CHCB, EPE, provido de 268 camas e que conta com 23 especialidades médicas; e o Centro de Saúde da Covilhã.

A consulta de CT do CHCB, integrada na Unidade de Medicina Preventiva, teve início em outubro de 2007. A referida consulta, da responsabilidade da Dr.^a Sofia Belo Ravara, decorre às 2^{as} e 3^{as} feiras, apresentando um horário flexível e pós-laboral. Apesar de contar com uma equipa multidisciplinar carece ainda do apoio de profissionais de enfermagem. A consulta apresenta ainda um *site* interativo, uma linha telefónica e um endereço de *email* de apoio aos fumadores.

A população-alvo do estudo é constituída pelos fumadores seguidos no programa de CT do CHCB, sendo a amostra considerada de conveniência e correspondente a todos os doentes que utilizaram o serviço e que têm o protocolo clínico devidamente preenchido, durante os anos civis 2010-2012 (300 fumadores).

Tabela 1 - Número de fumadores que recorreram à consulta com os protocolos clínicos devidamente preenchidos entre 2010-2012 (N=300)

Ano	n	%
2010	109	36,3
2011	91	30,3
2012	100	33,3

2.3. Método de recolha de dados

Foi realizada a análise dos protocolos clínicos da consulta de CT do CHCB respeitantes aos anos 2010-2012. O protocolo clínico corresponde a um questionário estruturado desenvolvido pelo Grupo de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e é aplicado sistematicamente nas consultas (Anexo 1). Os questionários auto-preenchidos pelos fumadores são completados por entrevista direta durante as primeiras consultas com o médico da referida consulta.

Na primeira parte do estudo caracterizou-se a população de fumadores que recorreram à consulta tendo-se utilizado às variáveis género, educação, idade, *status* social e salário.

Para caracterizar o comportamento tabágico foram utilizadas as seguintes variáveis: idade de início de consumo; idade de consumo regular; número de cigarros fumados por dia; duração do comportamento tabágico; tipo de tabaco consumido; quantia gasta em tabaco por mês; carga tabágica; dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar.

A dependência foi avaliada através da Escala de *Fagerström* (FG), método quantitativo mais utilizado para avaliar a dependência nicotínica, correspondendo o valor mais elevado ao maior grau de dependência.^(18,19) A motivação para deixar de fumar foi avaliada a partir da Escala de *Richmond*, medida semiquantitativa cujo aumento do *score* é proporcional ao aumento do nível de motivação.⁽¹⁹⁾

Para estudo comparativo das características da população fumadora com a população que recorreu à consulta entre 2008-2009, correspondentes aos primeiros anos da consulta de CT no CHCB, recorreu-se à dissertação para obtenção de grau de Mestre em Medicina “*Programas de Cessação Tabágica nos Serviços de Saúde: Uma Estratégia Prioritária de Controlo do Tabagismo. Caracterização do Perfil dos Fumadores e Referenciação numa Consulta de Cessação de um Hospital Distrital da Beira Interior*”, realizada por Mariana Salgado, em junho de 2010, na Universidade da Beira Interior (UBI).⁽²⁰⁾

Para avaliar as vias de conhecimento do programa e de referenciação foram utilizadas as variáveis conhecimento da consulta pelo fumador, referenciação, aconselhamento prévio de algum médico para deixar de fumar e motivos de vinda à consulta.

Em relação à tentativa prévia de CT foram consideradas as seguintes variáveis: métodos utilizados nas tentativas prévias; aconselhamento prévio para deixar de fumar; duração da abstinência na tentativa prévia de CT; tempo decorrido desde a última tentativa de CT; razões de recaída; se houve ou não aumento de peso e número de quilogramas aumentados.

O protocolo de investigação foi proposto à Comissão de Ética do CHCB bem como ao Presidente do Conselho de Administração e ao Responsável da Unidade de Medicina Preventiva do CHCB tendo sido aprovado, permitindo o desenvolvimento do estudo (Anexo 2).

O trabalho de campo decorreu entre outubro de 2013 e dezembro de 2013.

2.4. Análise dos dados e métodos estatísticos

A variável educação foi agrupada em 5 níveis (“0 anos”, “1-6 anos”, “7-9 anos”, “10-12 anos” e “Mais de 12 anos”) e quanto à variável idade foram criados 6 grupos etários (“14-24 anos”, “25-34 anos”, “35-44 anos”, “45-54 anos”, “55-64 anos” e “65-75 anos”).

O *status* social foi determinado com base no nível de escolaridade e na ocupação do fumador. Para tal, as ocupações possíveis classificaram-se de acordo com a seguinte lista de profissões:

1. Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços), (empresa/loja/exploração com 6 ou mais trabalhadores);
2. Quadros superiores (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - administrador, presidente, diretor, gerente;
3. Quadros superiores (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - administrador, presidente, diretor, gerente;
4. Profissões liberais e similares: médicos, advogados, arquitetos, engenheiros, contabilistas, economistas, artistas, fotógrafos, decoradores, etc.;
5. Quadros médios (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - chefe de secção, chefe de serviços;
6. Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços), (empresa/loja/exploração com 5 ou menos trabalhadores);
7. Profissões técnicas, científicas e artísticas por conta de outrem: perfil semelhante ao código 04, mas trabalhando por conta de outrem;
8. Quadros médios (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - chefe de secção, chefe de serviços;
9. Empregados de escritório;
10. Reformados;
11. Empregados trabalhando sem ser em escritórios, isto é serviços/trabalhadores especializados: lojistas, vendedores, polícias, etc.;

Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã

12. Trabalhadores manuais e similares por conta própria: canalizadores, carpinteiros, sapateiros, pintores, etc.;
13. Desempregados;
14. Trabalhadores manuais: operários, trabalhadores agrícolas, etc.;
15. Domésticas;
16. Estudantes.

Com base nos códigos da ocupação e na instrução do fumador recorreu-se à seguinte matriz:

		OCUPAÇÃO													
		1	2	3	4	5+6	7+8	9	10+ 15+ 16	11	12	13	14		
INSTRUÇÃO	Analfabeto														
	Instrução Primária Incompleta			C											
	Instrução Primária Completa														
	6º Ano (2º Antigo)														
	9º Ano (5º Antigo)														
	11º/12º Ano (7º Antigo)														
	Curso Médio / Politécnico														
	Universitário														

Ilustração 1 - Matriz para determinação do *status* social dos fumadores

Posteriormente, procedeu-se à recodificação das classes A, B, C, D e E, nos respetivos níveis 1, 2, 3, 4 e 5, sendo o nível 1 considerado o nível mais elevado de *status* social e os nível 5 o mais baixo.

Em relação ao salário, esta variável foi agrupada em classes de rendimento mensal: “Menos de 500€”, “500€-749€”, “750€-999€”, “1000€-1249€”, “1250€-1499€”, “1500€-1749€”, “1750€-1999€”, “2000€-2249€”, “2250€-2499€” e “2500€ ou mais”.

A carga tabágica foi quantificada em unidades/maço/ano (UMA)⁽¹⁸⁾ (1).

$$UMA = \frac{\text{número médio de cigarros fumados por dia}}{20} \times \text{número de anos de consumo} \quad (1)$$

A duração do comportamento tabágico foi recodificada em classes: “0-10 anos”, “11-20 anos”, “21-30 anos”, “31-40 anos” e “>40 anos”.

Para a análise da Escala de FG fez-se a soma da pontuação das 6 perguntas do teste, obtendo-se valores entre 0 a 10 pontos (≤ 3 pontos = dependência baixa; 4-7 pontos = dependência moderada; ≥ 8 pontos = dependência elevada).

Para a análise da Escala de *Richmond* fez-se a soma da pontuação das 4 perguntas do teste, obtendo-se valores entre 0 e 10 pontos (≤ 6 pontos = motivação baixa; 7-9 pontos = motivação moderada; 10 pontos = motivação elevada).

Foi criada a variável referenciação que compreende dois parâmetros: médico, quando o fumador recorreu à consulta por referenciação de algum médico; o próprio, quando o fumador foi pró-activo no pedido/recorrência à consulta.

Apenas períodos de abstinência tabágica maiores ou iguais a 24 horas foram considerados tentativas prévias de CT.⁽²¹⁾

Ambas as variáveis “Duração da abstinência na tentativa prévia de CT” e “Tempo decorrido desde a última tentativa de CT” foram agrupadas em 5 classes: “Menos de 1 ano”, “Entre 1 e 2 anos”, “Entre 2 e 3 anos”, “Entre 3 e 4 anos”, “Entre 4 e 5 anos” e “Mais de 5 anos”.

No último objetivo, para fins comparativos, consideraram-se dois grupos de fumadores: fumadores provenientes da comunidade e os fumadores provenientes do meio hospitalar. Os fumadores do meio hospitalar são todos aqueles seguidos no hospital por alguma especialidade médica, todos os que relataram internamento prévio e todos os funcionários do hospital que recorreram ao programa hospitalar para funcionários; todos os fumadores que tomaram a iniciativa de solicitar a consulta, tendo obtido conhecimento da mesma por alguma forma exterior ao hospital, quer através de amigos/familiares/conhecidos, quer através de fumadores da consulta ou funcionários do hospital, foram considerados fumadores da comunidade.

A análise foi efetuada após a transferência da informação recolhida para uma base de dados no *Microsoft Office Excel 2013*[®], através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21,0[®]. Foi realizada a análise descritiva univariável e bivariável, utilizando-se os testes estatísticos de Qui-Quadrado e MacNemar para as variáveis categóricas

Comunicação e referenciação da comunidade fumadora da Covilhã

e *odds ratio* (OR) quando adequado; t de student e Mann-Whitney para as variáveis contínuas. O nível de significância estatística foi de 5% ($p < 0,05$).

3. Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica

Foram incluídos no estudo 300 utentes, na sua maioria homens (68,7%), com idade média de 47,7±11,97 anos (14↔75) (Tabela 2).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica

		n	(n/300)%	(n/N)%
Género N=300	Feminino	94	31,3	
	Masculino	206	68,7	
Educação (anos) N=280	0	6	2,0	2,1
	1-6	90	30,0	32,1
	7-9	49	16,3	17,5
	10-12	81	27,0	28,9
	Mais de 12	54	18,0	19,3
Status social N=267	1	27	9,0	10,1
	2	46	15,3	17,2
	3	47	15,7	17,6
	4	88	29,3	33,0
	5	59	19,7	22,1
Salário N=231	Menos de 500€	74	24,7	32,0
	500€-749€	71	23,7	30,7
	750€-999€	24	8,0	10,4
	1000€-1249€	23	7,7	10,0
	1250€-1499€	6	2,0	2,6
	1500€-1749€	12	4,0	5,2
	1750€-1999€	3	1,0	1,3
	2000€-2249€	11	3,7	4,8
	2250€-2499€	1	0,3	0,4
2500€ ou mais	6	2,0	2,6	
Grupo etário (anos) N=300	14-24	5	1,7	
	25-34	40	13,3	
	35-44	75	25,0	
	45-54	81	27,0	
	55-64	75	25,0	
	65-75	24	8,0	
Idade (anos) N=300	Média	47,7		
	Mediana	47		
	Desv. -pad.	11,97		
	Mín. -máx.	14-75		

3.2. Estado de saúde geral

Entre os doentes que declararam ter alguma comorbilidade, as alterações de saúde mental, as dependências e as doenças respiratórias crónicas foram as comorbilidades mais frequentemente referidas pelos fumadores, com prevalências de 45,5%, 43,6% e 37,0%, respetivamente (Tabela 3).

Apenas 18% (54/300) dos utentes declararam não ter qualquer comorbilidade.

Tabela 3 - Comorbilidades (N=246)

Comorbilidades	n	(n/246)%
Acidente vascular cerebral	20	8,1
Doença cardiovascular	85	34,6
Enfarte agudo do miocárdio	31	12,6
Doença respiratória crónica	91	37,0
Alteração de saúde mental	112	45,5
Depressão	96	39,0
Ansiedade	16	6,5
Dependências	85	43,6
Álcool	67	27,2
Drogas duras	9	3,7
Haxixe	18	7,3
Diabetes <i>mellitus</i>	27	11,0
Doença oncológica	14	5,7
Úlcera gastroduodenal	50	20,3
Doença arterial periférica	28	11,4
Dislipidémias	82	33,3

3.3. Comportamento tabágico

A média da idade de início de consumo de tabaco para as mulheres foi de 16,1±3,73 anos, sendo menor para os homens, de 14,3±4,56, $p=0,001$.

A média da idade de início do consumo regular para os homens e para as mulheres foi de 16,8±4,00 anos e de 18,5±4,84, respetivamente, $p=0,001$.

A média do consumo diário (número de cigarros/dia) foi de 25,2±10,25 para os homens e de 19,1±8,30 para as mulheres, $p=0,001$.

A média da duração do comportamento tabágico foi de 32,6±12,52 para os homens e de 25,1±10,34 para as mulheres, $p=0,001$.

Tabela 4 - "Idade de início do comportamento tabágico", "Número de cigarros por dia" e "Duração do comportamento tabágico"

	Idade de início do comportamento tabágico (anos)	Número de cigarros/dia	Duração do comportamento tabágico (anos)
N	296	294	295
Mínimo	6	2	1
Máximo	45	60	65
Moda	14	20	40
Média	14,85	23,29	30,30
Mediana	14,50	20,00	31,00
Desvio padrão	4,08	10,08	12,38
IC 95% para a média			
Limite inferior	14,39	22,14	28,89
Limite superior	15,31	24,44	31,71

A maioria dos fumadores consome cigarros, podendo consumir outros tipos de tabaco, nomeadamente tabaco de enrolar, cachimbo, cigarro eletrónico e cigarrilha/charuto, com predomínio deste último (7,6%). Verificou-se que 5,7% dos fumadores fumam exclusivamente tabaco de enrolar. Ninguém declarou consumo de cachimbo de água.

Verificou-se que a carga tabágica dos fumadores foi, em média, $33,6 \pm 19,35$ UMA.

Os fumadores declararam gastar, em média, €121,3±56,08 mensalmente em tabaco.

Em relação à motivação, 16,4% (46/281) declararam ter baixa motivação para deixar de fumar, 70,1% (197/281) motivação moderada e 13,5% (38/281) motivação elevada.

Verificou-se que 13,4% (38/284) dos fumadores apresentam baixa dependência, 59,2% (168/284) dependência moderada e 27,5% (78/284) dependência elevada, verificando-se uma relação significativa com a duração do comportamento tabágico ($p < 0,011$) (Tabela 5). Verificou-se também uma forte associação entre o género e a duração do comportamento tabágico ($p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Duração do comportamento tabágico por género* e nível de dependência**

Género	0-10 anos				11-20 anos				31-40 anos				>40 anos				Total	
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n total	%	
Feminino	5	5,5	0,8-10,2	32	35,2	25,4-45,0	25			7	22	24,2	15,4-33,0	7	7,7	2,2-13,2	91	100
Masculino	9	4,4	1,6-7,2	28	13,7	9,0-18,4	46	22,5	16,8-28,2	59	28,9	22,7-35,1	62	30,4	24,1-36,7	204	100	
Total	14	4,7	2,3-7,1	60	20,3	15,7-24,9	71	24,1	19,2-29,0	81	27,5	22,4-32,6	69	23,4	18,6-28,2	295	100	
Nível de dependência																		
Baixa	3	8,3	0,0-17,3	10	27,8	13,2-42,2	8	22,2	8,6-35,8	10	27,8	13,2-42,4	5	13,9	2,6-25,2	36	100	
Moderado	10	6	2,4-9,6	39	23,4	17,0-29,8	42	25,1	18,5-31,7	48	28,7	21,8-35,6	28	16,8	11,1-22,5	167	100	
Elevado	1	1,3	0,0-3,8	8	10,5	3,6-17,4	20	26,3	16,4-36,2	19	25	15,3-34,7	28	36,8	26,0-47,6	76	100	
Total	14	5,0	2,4-7,6	57	20,4	15,7-25,1	70	25,1	20,0-30,2	77	27,6	22,4-32,8	61	21,9	17,0-26,8	279	100	

* p<0,001

** p<0,011

IC 95% - Intervalo de confiança a 95%

3.4. Análise comparativa entre os fumadores do estudo e os fumadores que recorreram à consulta entre 2008-2009

Entre 2008-2009, recorreram à consulta 218 utentes, dos quais 68,3% eram do género masculino, com uma idade média de $44,8 \pm 12,84$ anos ($16 \leftrightarrow 74$); IC 95%:43,1-46,5. À semelhança dos anos anteriores, verificou-se predomínio do género masculino (68,7%) entre os fumadores que recorreram à consulta entre 2010-2012 mas uma média de idades superior ($47,7 \pm 11,97$ anos; $14 \leftrightarrow 75$; IC 95%:46,4-49,1).

Verificou-se que os fumadores do atual estudo iniciaram o consumo tabágico mais cedo ($14,9 \pm 4,08$ anos; IC 95%:14,4-15,3) que os fumadores de 2008-2009 ($17,1 \pm 3,98$ anos; IC 95%:16,6-17,7). A média da duração do comportamento tabágico dos fumadores que recorreram à consulta entre 2010-2012 ($30,3 \pm 12,38$ anos; IC 95%:28,9-31,7) foi superior à média da duração dos fumadores que recorreram entre 2008-2009 ($27,7 \pm 13,06$ anos; IC 95%:26,0-29,5).

Em ambos os estudos, verificou-se que os fumadores se encontravam moderadamente motivados para deixar de fumar e com uma dependência nicotínica moderada.

As doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crónicas e as alterações de saúde mental foram as comorbilidades mais frequentemente declaradas pelos fumadores do estudo anterior, sendo as alterações de saúde mental, as dependências e as doenças respiratórias crónicas as comorbilidade mais declaradas pelos fumadores do atual estudo. Em ambos os estudos, as alterações de saúde mental predominaram entre os fumadores.

3.5. Vias de conhecimento do programa e de referência

As três principais vias de conhecimento do programa são, por ordem decrescente, o médico (63,4%), o amigo/familiar/conhecido (9,4%) e amigo/conhecido/familiar funcionário do hospital que veio à consulta (8,4%). 24,7% dos fumadores referiram o amigo/familiar/conhecido como o principal agente na divulgação da consulta. Nenhum fumador referiu ter obtido conhecimento da consulta através do farmacêutico (Tabela 6).

Tabela 6- Vias de conhecimento do programa de cessação tabágica do CHCB (N=202)

	n	(n/202)%
Médico	128	63,4
Amigo/familiar/conhecido	19	9,4
Hospital/sinalética	4	2,0
Profissional de saúde do hospital	7	3,5
Programa hospitalar para funcionários do CHCB	6	3,0
Media	7	3,5
Amigo/familiar/conhecido funcionário do hospital	17	8,4
Outro fumador (amigo /familiar/conhecido)	14	6,9

Do total de participantes, 47,3% dos fumadores declararam ter sido referenciados pelo médico; 50,7% dos fumadores declararam ser pró-ativos no pedido da consulta de CT, ou seja, tomaram a iniciativa de solicitar a consulta, dos quais 90,4% foram aconselhados previamente pelo médico a deixar de fumar. Da análise documental, incluindo *verbatim* (conteúdos qualitativos dos protocolos clínicos), constata-se que a situação do doente ser pró-activo na referência ocorreu em duas situações:

- 1- na sequência do aconselhamento por parte do médico para deixar de fumar, referido na maioria das vezes como “*Tem que deixar de fumar*” e “*Deve deixar de fumar*”; o doente reage dizendo que não consegue deixar de fumar sozinho, pedindo pró-activamente ajuda e apoio profissional através da integração no programa de CT do CHCB;
- 2- o fumador tem conhecimento do programa e é pró-ativo no pedido da marcação da consulta.

Verificou-se que 75,7% dos fumadores obtiveram aconselhamento de profissional de saúde para deixar de fumar: 95,9% do médico, 2,7% do enfermeiro, 0,9% do farmacêutico e 0,5% do médico e da equipa de enfermagem conjuntamente.

As especialidades médicas que mais referenciaram foram, por ordem decrescente, a pneumologia em 35,2% (50/142) dos casos, seguida da cardiologia em 17,6% (25/142) e da

Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã

medicina interna em 9,9% (14/142). A tabela 7 especifica a referência pelas várias especialidades médicas.

A MGF referenciou apenas 2 fumadores (1,4%).

Tabela 7 - Referência pelas especialidades médicas (N=142)

	n	(n/142)%
Pneumologia	50	35,2
Cardiologia	25	17,6
Cirurgia	8	5,6
Ginecologia e Obstetrícia	5	3,5
Medicina Interna	14	9,9
Infeciologia	7	4,9
Neurologia	7	4,9
Otorrinolaringologia	1	0,7
Psiquiatria	5	3,5
Gastrenterologia	3	2,1
Reumatologia	6	4,2
Medicina Geral e Familiar	2	1,4
Medicina Intensiva	8	5,6
Alergologista	1	0,7

Entre as razões de vinda à consulta, 60,1% declararam recorrer à consulta por “Decisão pessoal”, 19,9% por “Insistência do médico ou de outro profissional de saúde”, 3% por “Pressão familiar”, 0,7% por “Outra razão” e 16,2% recorreram à consulta por mais do que uma das razões supracitadas.

3.6. Caracterização da tentativa prévia

74,7% (224/300) dos fumadores afirmaram ter realizado pelo menos uma tentativa prévia de CT, tendo recorrido a um ou mais métodos (Tabela 8).

Tabela 8 - Métodos utilizados na tentativa prévia de cessação tabágica (N=185)

	n	(n/185)%
TSN oral	10	5,4
TSN transdérmica	18	9,7
TSN combinada	1	0,5
Vareniclina	13	7,0
<i>Cold turkey</i>	72	38,9
Medicina alternativa	3	1,6
Sessões motivacionais	1	0,5
Internet	1	0,5
Durante internamento hospitalar	37	20,0
Cigarro eletrónico	1	0,5
Programa de cessação	2	1,1
Mais do que um método	26	14,1
<i>TSN O + TSN TD</i>	8	
<i>TSN O +Vareniclina</i>	1	
<i>TSN O + Cold turkey</i>	1	
<i>TSN O + Programa de cessação</i>	1	
<i>TSN O + TSN TD + Programa de cessação</i>	1	
<i>TSN O + Vareniclina + Programa de cessação</i>	2	
<i>TSN O + Internamento hospitalar + Programa de cessação</i>	1	
<i>TSN O + TSN TD +TSN combinada + Programa de cessação</i>	1	
<i>TSN O + TSN TD +Vareniclina + Medicina alternativa + Programa de cessação</i>	1	
<i>TSN TD + Cold turkey</i>	1	
<i>TSN TD + Internamento hospitalar</i>	2	
<i>TSN TD + Programa de cessação</i>	1	
<i>TSN TD + Bupropiona</i>	1	
<i>Vareniclina + Internamento hospitalar</i>	1	
<i>Programa de cessação + TSN combinada</i>	1	
<i>Programa de cessação + Cold turkey</i>	1	
<i>Programa de cessação + Medicina alternativa</i>	1	

TSN: Terapêutica de Substituição Nicotínica;

TSN O: Terapêutica de Substituição Nicotínica Oral;

TSN TD: Terapêutica de Substituição Nicotínica Transdérmica;

TSN Combinada: consiste na administração de diferentes formas farmacêuticas de substitutos de nicotina;

Cold turkey: abandono do comportamento tabágico por iniciativa própria, sem recurso a qualquer método, aconselhamento comportamental ou terapêutica farmacológica para a síndrome de privação nicotínica;

Programa de cessação: compreende qualquer programa de cessação tabágica, seja realizado em meio hospitalar ou em Centros de Saúde.

Verificou-se que o método mais utilizado na tentativa prévia foi *cold turkey* (38,9%). Do total de tentativas prévias, 20,0% deixaram de fumar durante internamento hospitalar sem qualquer tratamento farmacológico para a síndrome de privação (SP) nicotínica.

A terapêutica farmacológica mais utilizada, em combinação com outros métodos ou utilizada isoladamente, foi, por ordem decrescente, TSN transdérmica (18,4%), TSN oral (14,6%), vareniclina (9,3%), TSN combinada (1,6%) e bupropiona (0,5%).

Verificou-se que um total de 13 pessoas recorreu a um programa de CT, tendo sido utilizado como único método ou em associação a outros.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o *status* social ($p=0,160$), a dependência nicotínica ($p=0,900$) e a motivação para parar de fumar ($p=0,283$) com a duração da abstinência durante tentativa prévia de CT.

Verificou-se uma forte associação entre a tentativa prévia de CT e a dependência nicotínica ($p<0,026$) e entre a tentativa prévia de CT e motivação para parar de fumar ($p<0,025$).

Dos que fizeram tentativa prévia, 29,9% referiram ter sido apoiados/aconselhados a parar de fumar por algum profissional de saúde; o farmacêutico apoiou e aconselhou na tentativa de cessação em 70,1% dos casos, seguido do médico em 20,9% dos casos. Não se verificou qualquer tipo de apoio/aconselhamento isolado por parte da equipa de enfermagem ou por parte do psicólogo (Tabela 9).

Tabela 9 - Suporte por profissionais de saúde na tentativa prévia de cessação tabágica (N=67)

	n	(n/67)%
Médico	14	20,9
Farmacêutico	47	70,1
Técnico de saúde	4	6,0
Médico e equipa de enfermagem	2	3,0

Em relação ao tempo de abstinência na última tentativa de CT, a maioria dos fumadores (78,6%) ficou menos de um ano sem fumar (Tabela 10).

O tempo de abstinência foi em média 319,4 dias (10,6 meses) com um mínimo de 1 dia e um máximo de 4380 dias (12 anos) (IC 95%:231,2-407,6).

Tabela 10 - Duração da abstinência na tentativa prévia de cessação tabágica (N=219)

	n	(n/224)%
Menos de 1 ano	176	78,6
Entre 1 e 2 anos	17	7,6
Entre 2 e 3 anos	13	5,8
Entre 3 e 4 anos	3	1,3
Entre 4 e 5 anos	2	0,9
Mais de 5 anos	8	3,6

27,7% dos fumadores que realizaram tentativa prévia de CT declararam ter realizado a última tentativa há menos de um ano e 18,8% há mais de 5 anos (Tabela 11).

Tabela 11 - Tempo decorrido desde a última tentativa de cessação tabágica (N=167)

	n	(n/224)%
Menos de 1 ano	62	27,7
Entre 1 e 2 anos	29	12,9
Entre 2 e 3 anos	13	5,8
Entre 3 e 4 anos	12	5,4
Entre 4 e 5 anos	9	4,0
Mais de 5 anos	42	18,8

30,4% dos fumadores referiram mais de uma razão para a recaída na última tentativa de CT. Entre aqueles que apontaram apenas uma razão de recaída, verificou-se que 26,8% declararam ter recaído por SP (Tabela 12).

Tabela 12 - Razões de recaída na última tentativa de cessação tabágica (N=166)

	n	(n/224)%
Síndrome de privação (SP)	60	26,8
Convivência com fumadores	3	1,3
Stress/Trabalho	8	3,6
Contexto social	19	8,5
Evento stressante	8	3,6
Mais do que uma razão	68	30,4
SP + Convivência com fumadores	3	1,3
SP + Stress/Trabalho	15	6,7
SP + Contexto social	7	3,1
SP + Evento stressante	4	1,8
Convivência com fumadores + Stress/Trabalho	3	1,3
Convivência com fumadores + Contexto social	5	2,2
Convivência com fumadores + Evento stressante	1	0,4
Stress/Trabalho + Contexto social	7	3,1
Stress/Trabalho + Evento stressante	6	2,7
Contexto social + Evento stressante	2	0,9
SP + Convivência com fumadores + Stress/Trabalho	2	0,9
SP + Convivência com fumadores + Contexto social	6	2,7
SP + Stress/Trabalho + Contexto social	1	0,4
SP + Contexto social + Evento stressante	1	0,4
Stress/Trabalho + Contexto social + Evento stressante	5	2,2

Síndrome de privação: constitui o conjunto de sintomas característicos, como irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono, entre outros, que se iniciam algumas horas após cessação tabágica.

Entre aqueles que realizaram tentativa prévia de CT, 39,7% declararam aumento de peso durante o período de abstinência. O número de quilogramas aumentados encontra-se representado na Ilustração 2.

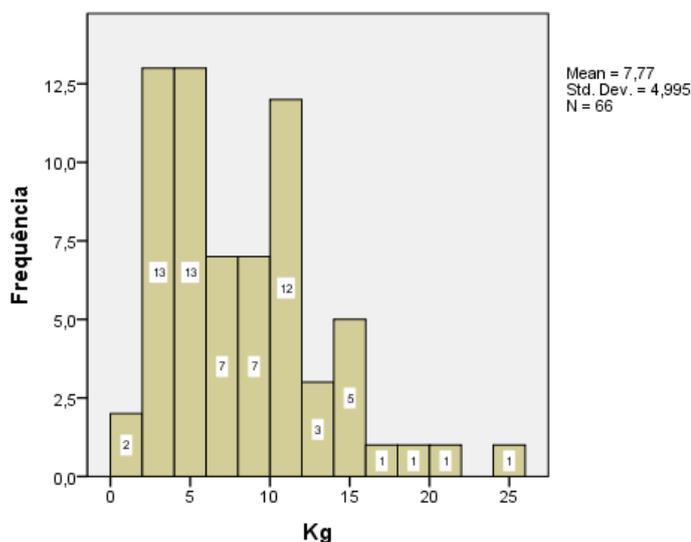


Ilustração 2 - Número de quilogramas aumentados durante tentativa prévia de cessação tabágica

3.7. Caraterização e análise comparativa dos fumadores provenientes do hospital e da comunidade

A prevalência de fumadores provenientes do hospital foi de 65,8% (194/295) e a de fumadores provenientes da comunidade foi de 34,2% (101/195).

3.7.1. Caraterização sociodemográfica

Verificou-se que o género masculino foi predominante, independentemente de ser um fumador proveniente do hospital (68,6%) ou da comunidade (68,3%), $p=0,966$ (Tabela 13).

Não se verificou qualquer associação entre o género, o *status* social, o salário e a proveniência do fumador.

Entre os fumadores provenientes do meio hospitalar os grupos etários mais prevalentes são o “45-54 anos” e o “55-64 anos”, ambos com 29,4% de prevalência; entre os fumadores provenientes da comunidade, verificou-se maior prevalência nas faixas etárias “35-44 anos” (29,7%) e “25-34 anos” (23,8%).

A média das idades dos fumadores do meio hospitalar foi de $49,1 \pm 11,73$ anos (IC 95%:47,5-50,8; 14↔75); a média das idades dos fumadores da comunidade foi de $44,8 \pm 11,99$ (IC 95%:42,5-47,1; 24↔69), $p=0,004$.

Os fumadores provenientes da comunidade têm 1,7 probabilidade de ter um nível de escolaridade superior aos fumadores provenientes do meio hospitalar (OR=1,71; IC 95%:1,0-2,8), $p=0,042$.

Tab
ela
13 - Car
ater
izaç
ão so
ciode
mog
ráfi
ca dos
fuma
dores
proveni
entes
do hos
pital e
da com
unidade

	Fumadores do hospital			Fumadores da comunidade		
	n	(n/295)%	(n/N)%	n	(n/295)%	(n/N)%
Género*						
Feminino	61	20,7	31,4	32	10,8	31,7
Masculino	133	45,1	68,6	69	23,4	68,3
Educação (anos)**						
0	3	1,0	1,6	3	1,0	3,7
1-6	66	22,4	35,7	23	7,8	25,0
7-9	34	11,5	18,4	13	4,4	14,1
10-12	47	15,9	25,4	34	11,5	37,0
Mais de 12	35	11,9	18,9	19	6,4	20,7
Status social***						
1	15	5,1	8,5	11	3,7	12,7
2	29	9,8	16,4	17	5,7	19,8
3	31	10,5	17,5	16	5,4	18,6
4	61	20,7	34,5	25	8,5	29,0
5	41	13,9	23,2	17	5,8	19,8
Grupo etário**** (anos)						
14-24	4	1,4	2,1	1	0,3	1,0
25-34	16	5,4	8,2	24	8,1	23,8
35-44	43	14,6	22,2	30	10,2	29,7
45-54	57	19,3	29,4	22	7,5	21,8
55-64	57	19,3	29,4	18	6,1	17,8
65-75	17	5,7	8,8	6	2,0	5,9

* N hospital=194, N comunidade=101; ** N hospital=185; N comunidade=92; *** N hospital=177; N comunidade=86; **** N hospital=194; N comunidade=101.

3.7.2. Estado de saúde geral

Tabela 14 - Comorbilidades dos fumadores do hospital e da comunidade

Comorbilidades	Fumadores do hospital		Fumadores da comunidade	
	n	(n/171)%	n	(n/72)%
Acidente vascular cerebral	16	9,4	3	4,2
Doença cardiovascular	73	42,7	10	13,8
Enfarte agudo do miocárdio	31	18,1	---	---
Doença respiratória crónica	72	42,1	18	25,0
Alteração de saúde mental	81	47,4	31	43,1
Depressão	69	40,4	27	37,5
Ansiedade	10	5,8	6	8,3
Dependências	58	33,9	26	36,1
Álcool	48	28,1	19	26,4
Drogas duras	7	4,1	2	2,8
Haxixe	10	5,8	7	9,7
Diabetes <i>mellitus</i>	22	12,9	5	6,9
Doença oncológica	9	5,3	5	6,9
Úlcera gastroduodenal	34	19,9	16	22,2
Doença arterial periférica	23	13,5	5	6,9
Dislipidémias	66	38,6	14	19,4

As comorbilidades predominantes nos fumadores do meio hospitalar foram, por ordem decrescente, as alterações de saúde mental (47,4%), as doenças cardiovasculares (42,7%) e as doenças respiratórias crónicas (42,1%) (Tabela 14).

As comorbilidades mais observadas nos fumadores da comunidade foram, por ordem decrescente, as alterações de saúde mental (43,1%), as dependências (36,1%) e as doenças respiratórias crónicas (25,0%) (Tabela 14).

Verificou-se que os fumadores do hospital têm uma probabilidade três vezes maior de ter alguma comorbilidade em relação aos fumadores da comunidade, (OR=3,29; IC 95%:1,5-7,1), $p=0,002$.

Nenhum fumador da comunidade declarou ter tido enfarte agudo do miocárdio tendo-se verificado, no entanto, a presença de doença cardiovascular em alguns destes.

3.7.3. Comportamento tabágico

Tabela 15- "Idade de início do comportamento tabágico", "Número de cigarros por dia" e "Duração do comportamento tabágico" dos fumadores do hospital e da comunidade

	Idade de início do comportamento tabágico (anos)	Número de cigarros/dia	Duração do comportamento tabágico (anos)
Fumadores do hospital			
N	194	193	194
Mínimo	6	2	1
Máximo	42	60	65
Moda	14	20	31
Média	14,86	22,85	31,80
Mediana	14,00	20,00	32,00
Desvio padrão	3,74	9,94	12,12
IC 95% para a média			
Limite inferior	14,33	21,45	30,09
Limite superior	15,39	24,25	33,51
Fumadores da comunidade			
N	97	97	97
Mínimo	6	6	7
Máximo	45	60	53
Moda	16	20	16
Média	14,90	24,24	27,04
Mediana	15,00	20,00	24,00
Desvio padrão	4,79	10,37	12,24
IC 95% para a média			
Limite superior	13,95	22,18	24,60
Limite inferior	15,85	26,30	29,48

A média da idade de início do consumo regular dos fumadores do hospital e da comunidade foi, respetivamente, $17,3 \pm 4,21$ e $17,4 \pm 4,66$ anos.

Os fumadores provenientes do hospital apresentam, em média, uma duração do comportamento tabágico, $31,8 \pm 12,12$ anos, superior à dos fumadores provenientes da comunidade, $27,0 \pm 12,24$, $p=0,001$ (Tabela 15).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a idade de experimentação ($p=0,809$), o número de cigarros consumidos diariamente ($p=0,290$) ou a idade de consumo regular ($p=0,573$) com a proveniência do fumador.

Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã

Verificou-se que os fumadores do hospital apresentam uma carga tabágica de $35,7 \pm 20,05$ UMA e que os fumadores da comunidade apresentam uma carga tabágica de $29,6 \pm 17,55$ UMA, $p=0,012$.

Os fumadores do hospital declararam gastar, em média, €123,1±54,90 e os fumadores da comunidade €119,1±59,51, $p=0,528$.

A maioria dos fumadores do hospital e da comunidade declararam ter dependência moderada, respetivamente, 59,9% e 55,9% (Tabela 16).

As características dependência nicotínica e motivação foram similares em ambos os grupos ($p=0,803$ e $p=0,656$, respetivamente).

Tabela 16- Dependência e motivação dos fumadores do hospital e dos fumadores da comunidade

	Baixa		Moderada		Elevada	
	n	(n/N)%	n	(n/N)%	n	(n/N)%
Nível de dependência						
Fumadores do hospital (N=187)	25	13,4	112	59,9	50	26,7
Fumadores da comunidade (N=93)	13	14,0	52	55,9	28	30,1
Nível de motivação						
Fumadores do hospital (N=184)	29	15,8	128	69,6	27	14,7
Fumadores da comunidade (N=93)	16	17,2	67	72,0	10	10,8

Em relação ao tipo de tabaco fumado, a maioria dos fumadores do hospital, 94,2% (180/191), declararam fumar cigarros, isoladamente (82,7%) ou em associação a outros tipos de tabaco, como tabaco de enrolar, cigarrilha/charuto, cachimbo ou cigarro eletrónico. 4,2% (8/191) só fumam tabaco de enrolar.

Entre os fumadores da comunidade também o consumo de cigarros foi dominante, em 90,3% (84/93), consumido isoladamente (86,0%) ou em associação a outro tipo de tabaco como cigarrilha/charuto, cachimbo, cigarro eletrónico. Todos os fumadores que declararam fumar tabaco de enrolar, 9,7% (9/93), fumam exclusivamente este tipo de tabaco.

3.7.4. Vias de conhecimento do programa e referência

As três principais vias de conhecimento do programa por parte dos fumadores do hospital foram, por ordem decrescente, o médico (81,3%), o programa hospitalar para funcionários (9,3%) e o profissional de saúde do hospital (3,6%).

Em relação aos fumadores da comunidade, as principais vias de conhecimento do programa foram o amigo/familiar/conhecido (28,4%), outro fumador amigo/familiar/conhecido utilizador da consulta (22,1%) e o amigo/familiar/conhecido funcionário do hospital (16,8%).

69,6% (135/194) dos fumadores do hospital declararam ter sido referenciados à consulta pelo médico, tendo-se verificado um predomínio das especialidades médicas pneumologia (36,3%), cardiologia (17,8%) e medicina interna (9,6%) na referência destes. A maioria dos fumadores da comunidade referiu ter sido pró-ativa na vinda à consulta (94,8%; 92/97), e apenas 5,2% (5/97) foram referenciados pelo médico (Tabela 17).

Tabela 17 - Referência pelas especialidades médicas entre os fumadores do hospital e os fumadores da comunidade

	Fumadores do hospital		Fumadores da comunidade	
	n=135	%	n=5	%
Pneumologia	49	36,3	1	20
Cardiologia	24	17,8	1	20
Cirurgia	8	5,9	---	---
Ginecologia e Obstetrícia	4	3,0	1	20
Medicina Interna	13	9,6	---	---
Infeciologia	7	5,2	---	---
Neurologia	6	4,4	---	---
Otorrinolaringologia	1	0,7	---	---
Psiquiatria	5	3,7	---	---
Gastrenterologia	3	2,2	---	---
Reumatologia	6	4,4	---	---
Medicina Geral e Familiar	---	---	2	40
Medicina Intensiva	8	5,9	---	---
Alergologista	1	0,7	---	---

Entre as razões de vinda à consulta, 53,8% dos fumadores do hospital declararam recorrer à consulta por “Decisão pessoal”, 26,9% por “Insistência do médico ou de outro profissional de saúde”, 1,6% por “Pressão familiar” e 0,5% por “Outra razão”. 17,0% recorreram à consulta por mais do que uma das razões supracitadas.

“Decisão pessoal” (71,3%) e múltiplas razões (13,9%) foram apontadas pelos fumadores da comunidade como principais justificações de recorrência à consulta de CT.

3.7.5. Caracterização da tentativa prévia

Uma ou mais tentativas prévias de CT foram declaradas por 77,2% (149/193) dos fumadores do hospital e por 73,5% (72/98) dos fumadores da comunidade, $p=0,562$.

Tabela 18 - Métodos utilizados pelos fumadores do hospital e pelos fumadores da comunidade na tentativa prévia de cessação tabágica

	Fumadores do hospital		Fumadores da comunidade	
	n=149	%	n=71	%
TSN oral	2	1,3%	1	1,4%
TSN transdérmica	---	---	1	1,4%
TSN combinada	---	---	---	---
Vareniclina	1	0,7%	---	---
<i>Cold turkey</i>	68	45,6%	37	52,1%
Medicina alternativa	---	---	---	---
Sessões motivacionais	---	---	1	1,4%
Internet	---	---	1	1,4%
Durante internamento hospitalar	23	15,4%	---	---
Cigarro eletrónico	---	---	1	1,4%
Programa de cessação	2	1,3%	---	---
Mais do que um método	53	35,6	29	40,8%

TSN: Terapêutica de Substituição Nicotínica;

Cold turkey: abandono do comportamento tabágico por iniciativa própria, sem recurso a qualquer método, aconselhamento comportamental ou terapêutica farmacológica para a síndrome de privação nicotínica;

Programa de cessação: compreende qualquer programa de cessação tabágica, seja realizado em meio hospitalar ou em Centros de Saúde.

Verificou-se que a maioria dos fumadores do hospital, 45,6%, utilizaram como método *cold turkey* e que 15,4% utilizaram o internamento hospitalar prévio para tentar deixar de fumar.

Dos fumadores do hospital que realizaram tentativa prévia, 28,9% (43/149) declararam ter sido apoiados/aconselhados a parar de fumar: 65,1% (28/43) pelo farmacêutico, 23,3% (10/43) pelo médico, 7,0% (3/43) pelo técnico de saúde e 4,7% pelo apoio/aconselhamento conjunto do médico e equipa de enfermagem (2/43).

Verificou-se que na tentativa prévia, 33,3% (24/72) dos fumadores da comunidade foram apoiados/aconselhados a parar de fumar: 79,2% (19/24) pelo farmacêutico, 16,7% (4/24) pelo médico e 4,2% (1/24) por técnico de saúde.

Nenhum fumador do hospital declarou ter ficado mais de 5 anos sem fumar na tentativa prévia de CT (Tabela 19).

A média de tempo sem fumar por parte dos fumadores do hospital e por parte dos fumadores da comunidade foi de 299,0 dias (IC 95%:191,5-406,5; 1↔4380) e de 358,6 dias (IC 95%:199,2-518,1; 1↔3650), respetivamente.

Tabela 19 - Duração da abstinência dos fumadores do hospital e dos fumadores da comunidade na tentativa prévia de cessação tabágica

	Fumadores do hospital		Fumadores da comunidade	
	n=139	(n/149)%	n=71	(n/72)%
Menos de 1 ano	115	77,2	51	70,8
Entre 1 e 2 anos	8	5,4	6	8,3
Entre 2 e 3 anos	10	6,7	4	5,6
Entre 3 e 4 anos	5	3,4	5	6,9
Entre 4 e 5 anos	1	0,7	1	1,4
Mais de 5 anos	---	---	4	5,6

Todos os fumadores do hospital realizaram a última tentativa de CT há menos de 5 anos enquanto 19,4% dos fumadores da comunidade realizaram a última tentativa de CT há mais de 5 anos (Tabela 20).

Tabela 20 - Tempo decorrido desde a última tentativa de cessação tabágica dos fumadores do hospital e dos fumadores da comunidade

	Fumadores do hospital		Fumadores da comunidade	
	n=74	(n/149)%	n=53	(n/72)%
Menos de 1 ano	38	25,5	16	22,2
Entre 1 e 2 anos	7	4,7	4	5,6
Entre 2 e 3 anos	14	9,4	12	16,7
Entre 3 e 4 anos	9	6,0	1	1,4
Entre 4 e 5 anos	6	4,0	6	8,3
Mais de 5 anos	---	---	14	19,4

Em relação ao aumento de peso durante tentativa prévia de CT, 37,6% (56/149) dos fumadores do hospital declararam ter aumentado uma média de $8,3 \pm 5,21$ quilogramas (IC 95%:6,9-9,7; 2↔25); em 45,8% (33/72) dos fumadores de comunidade verificou-se um aumento, em média, de $7,1 \pm 4,69$ quilogramas (IC 95%:5,5-8,7; 1↔20), $p=0,330$.

Em relação às razões de recaída, a 29,5% dos fumadores do hospital e 31,9% dos fumadores da comunidade apresentaram mais do que uma razão para a recaída. A SP, apresentada como única razão, foi, em ambos os grupos, a segunda maior causa de recaída: em 25,5% dos fumadores do hospital e em 27,8% dos fumadores da comunidade (Tabela 21).

Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã

Tabela 21 - Razões de recaída na última tentativa de cessação tabágica nos fumadores do hospital e nos fumadores da comunidade

	Fumadores do hospital		Fumadores da comunidade	
	n=106	(n/149)%	n=57	(n/72)%
Síndrome de privação	38	25,5	20	27,8
Convivência com fumadores	2	1,3	1	1,4
Stress/Trabalho	4	2,7	4	5,6
Contexto social	14	9,4	5	6,9
Evento stressante	4	2,7	4	5,6
Mais do que uma razão	44	29,5	23	31,9

4. Discussão

4.1. Discussão dos resultados

A população de fumadores do programa de cessação do CHCB é na sua maioria do género masculino, com 50 anos de idade, fuma em média desde há 30 anos, apresentando carga tabágica elevada e moderada a elevada dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar. A maioria dos fumadores consome cigarros, podendo consumir simultaneamente outros tipos de tabaco, nomeadamente, cachimbo, cigarro eletrónico e cigarrilha/charuto, com predomínio deste último. Verificou-se que 5,7% dos fumadores fumam exclusivamente tabaco de enrolar. Não foi observado consumo de cachimbo de água.

Quase todos os fumadores apresentaram múltiplas comorbilidades, sendo doenças causadas ou agravadas pelo tabaco. As patologias do foro mental foram as patologias mais prevalentes, seguidas das dependências e das doenças respiratórias crónicas. 2/3 dos fumadores do estudo são provenientes do hospital e 1/3 da comunidades. Os fumadores do meio hospitalar apresentaram três vezes mais probabilidade de terem alguma comorbilidade em comparação com os fumadores da comunidade. Os fumadores da comunidade têm um nível de instrução mais elevado, recorrem mais cedo à consulta e apresentam uma carga tabágica menor do que os fumadores proveniente do hospital. Por outro lado, os fumadores do estudo fumam há mais tempo, recorrendo à consulta mais tarde do que aqueles tratados no CHCB nos primeiros anos da consulta (2008-2010). A maioria dos participantes referiu ter realizado pelo menos uma tentativa prévia de CT, sendo que quase metade dos fumadores deixaram de fumar por iniciativa própria, sem recurso a qualquer método, aconselhamento comportamental ou terapêutica farmacológica para a SP nicotínica. Dos fumadores que realizaram tentativa prévia, um terço referiu ter sido aconselhado/apoiado a parar de fumar por algum profissional de saúde: 70,1% pelo farmacêutico, 20,9% pelo médico, 6,0% pelo técnico de saúde e 3,0% pelo apoio/aconselhamento conjunto do médico e equipa de enfermagem. Acresce que uma percentagem significativa dos participantes deixou de fumar durante o internamento hospitalar, sem tratamento adequado para a CT. Destes fumadores que contavam com uma tentativa prévia, a maioria manteve a abstinência por um período menor de um ano. O médico foi o principal agente na divulgação da consulta, tendo sido referido por mais de metade dos fumadores. O farmacêutico não foi relatado como agente de divulgação/referenciação. É de realçar que um quarto dos fumadores referiu ter tido conhecimento da consulta através de amigos/familiares/conhecidos, alguns destes funcionários do CHCB e outros utentes da consulta. Por último, quatro fumadores referiram ter obtido conhecimento da consulta através do hospital/sinalética, seis pessoas pelo programa hospitalar para funcionários, sete por um profissional saúde do hospital e sete pelos *media*.

Metade dos fumadores recorreram à consulta por referenciação médica e metade foi pró-activa no pedido da consulta de CT. Enquanto que a maioria dos fumadores do meio hospitalar foram referenciados por médicos de diferentes especialidades, quase todos os fumadores da comunidade foram pró-activos a solicitar a consulta. As especialidades médicas que mais referenciaram foram a pneumologia, a cardiologia e a medicina interna.

Embora a CT seja benéfica em qualquer idade, os benefícios na saúde são tanto maiores quanto mais cedo se abandona o hábito tabágico.⁽²²⁾ Cada ano que um fumador continua a fumar para além dos seus trinta e poucos anos a sua sobrevivência reduz-se em 3 meses.⁽²²⁾ Portanto, é extremamente importante incentivar e apoiar os fumadores a parar de fumar o mais cedo possível.

A tendência dos fumadores em recorrerem cada vez mais tarde a consulta é um cenário bastante preocupante, refletindo-se na existência de múltiplas comorbilidades na maioria desta população.

Verificou-se a associação de múltiplos produtos de tabaco, tal como descrito por outros autores^(23,24), facto que não só potencia a dependência nicotínica como dificulta a CT. Além disso, verificou-se que 5,7% dos fumadores consome apenas tabaco de enrolar. Sendo este número muito menor que o número de consumidores de outros tipos de tabaco, poderá sugerir-se que este tipo de tabaco protela a CT.

Uma vez que as patologias do foro mental e as doenças respiratórias crónicas representam as patologias mais prevalentes do estudo, é aconselhável ter-se em atenção as várias vertentes destas comorbilidades para um correto diagnóstico e tratamento das mesmas. Além disso, a presença de comorbilidade psiquiátrica em fumadores é um dos fatores que pode comprometer a eficácia das diversas modalidades de intervenção terapêutica sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas.⁽²⁵⁾ Assim, é de extrema importância a inclusão de intervenção breve em tabagismo e a referenciação para um tratamento intensivo e personalizado no tratamento integrado destas patologias. Como tal, propõe-se o desenvolvimento de um programa de formação em CT, abrangente e interdisciplinar, para todos os profissionais de saúde do CHCB.

Por outro lado, atendendo à dimensão da amostra em estudo, importa notar que é reduzido o total de referenciações pelas diferentes especialidades médicas tendo em conta a população de utentes fumadores que passa anualmente pelas especialidades do CHCB. Neste sentido, a referenciação interna do hospital é precária, o que deverá ser colmatado com acções de sensibilização e formação para os profissionais de saúde e outros funcionários. A sinalética do hospital, indicando e divulgando o programa, deverá também ser reforçada.

Acresce que a MGF não referenciou quase nenhum fumador do estudo. Stott e Davies chamaram à atenção para o “potencial excepcional” da consulta de MGF na prevenção da

doença e no aconselhamento dos pacientes em aspetos comportamentais relacionados com a saúde.⁽²⁶⁾ Os próprios criaram um modelo, o qual intitularam de “promoção da saúde oportunística”, que deveria ser seguido por todos os médicos regularmente.⁽²⁶⁾ O potencial da consulta da MGF revela-se não só pela continuidade de cuidados prestados ao longo da vida dos pacientes, identificando momentos de maior receptividade à mudança e mais adequados à realização de determinadas atividades preventivas, como também pelo facto do seu aconselhamento ter maior impacto quando comparado com o de outros profissionais.⁽²⁷⁾ De facto, observou-se que a maioria dos utentes que foram pró-ativos a marcar a consulta teve aconselhamento prévio pelo médico.

Apesar da maioria dos fumadores serem provenientes do hospital, quer por serem seguidos por alguma especialidade médica quer por historial de internamento prévio, um terço são fumadores da comunidade. Como tal, há potencial para se investir neste último grupo uma vez que os ganhos em saúde são maiores em fumadores mais jovens e com menos comorbilidades⁽²⁸⁾. Além disso, este grupo de fumadores apresenta um nível educacional superior refletindo-se na sua vinda à consulta mais cedo e demonstrando maior preocupação com a saúde. Tendo em consideração que o CHCB é um hospital que se destina a uma cidade rural de média dimensão, as redes sociais de referência podem estar mais facilitadas. A promoção da CT deverá ser também veiculada pelos *media*. Campanhas de sensibilização e *marketing* social⁽¹⁵⁾ deverão ser dirigidas não só aos fumadores como a todas as pessoas da comunidade por serem importantes agentes na promoção da saúde. Tal como discutido por Ravara, estas campanhas poderão não só aumentar a pró-atividade e a iniciativa dos próprios fumadores a procurar ajuda, como informar sobre os programas de tratamento e recursos de referência.⁽¹⁵⁾ Acresce que a consulta de cessação deverá ser divulgada através da rede de referência: centros de saúde, hospitais, clínicas privadas, escolas, universidade e empresas.

Cerca de 3/4 dos fumadores inquiridos referiram ter realizado pelo menos uma tentativa prévia de CT. Além disso, 2/3 destes não tiveram aconselhamento ou apoio de profissional de saúde e quase metade não recorreu a qualquer apoio comportamental/farmacológico. No entanto, como observado por Pamplona, a utilização da farmacoterapia é extremamente importante no apoio à CT uma vez que diminui a sintomatologia da abstinência e reduz a probabilidade de recaída.⁽¹⁸⁾ Acresce que um quinto dos fumadores que realizaram tentativa prévia, deixaram de fumar no internamento sem qualquer apoio, refletindo a escassa identificação pelos profissionais de saúde e a imperatividade na formação de todos os profissionais de saúde do internamento.

A maioria dos que realizaram tentativa prévia de CT ficou menos de um ano sem fumar. No entanto, só há benefícios na saúde após um ano de abstinência tabágica.⁽²²⁾ Segundo Fiore, a taxa de sucesso ao ano de apenas 3-7% na cessação sem auxílio especializado pode aumentar para 15-30% com a implementação de programas estruturados de apoio à CT e à prevenção da

recaída.⁽⁸⁾ Estes resultados apontam para a necessidade de promover a CT assistida, com recurso a um programa de cessação que divulga a rede de tratamento. Além disso, o tratamento do tabagismo deve ser prioritário e obrigatoriamente incluído no tratamento das doenças crónicas. Acresce que a maioria dos fumadores do estudo que tentou deixar de fumar sem qualquer método recaiu em menos de um ano. Como tal, é fundamental participar a farmacoterapia da CT, com vista a promover a sua utilização e incluir a TSN na prescrição hospitalar. Por outro lado, a intervenção da equipa de enfermagem foi reduzida. Dada a importância da intervenção multidisciplinar na CT, é necessário investir na formação específica em tabagismo, como forma de envolver todos os profissionais de saúde, particularmente a equipa de enfermagem. Estes resultados podem ser em parte explicados pela falta de formação em tabagismo e pela elevada prevalência de fumadores neste hospital.^(29,30)

Apesar do importante papel no aconselhamento e apoio na CT prévia, o farmacêutico não foi relatado como agente de divulgação/referência. De modo a aumentar o contributo deste profissional de saúde, todos os farmacêuticos deveriam receber formação que aprimorasse o aconselhamento, como o método dos “3As” (“Ask”, “Advice” and “Act” (*Refer*)), como também deveriam ser integrados num circuito de referência para as consultas ou programas locais de CT. Deste modo, juntamente com os *media*, a comunidade farmacêutica poderá constituir um importante veículo de ligação com a comunidade, trazendo mais fumadores e mais cedo à consulta.

É de realçar que 1/3 dos fumadores foi pró-activo no pedido da consulta. Poderá justificar-se este número com o facto de ainda existir uma percentagem significativa de médicos e enfermeiros que não realizam os “2As” (“Ask” and “Advise”).⁽²³⁾ Como observado por Nunes, poderão existir várias barreiras no aconselhamento médico como a falta de tempo perante outras prioridades da consulta, falta de formação, falta de motivação para introduzir novas abordagens na consulta e receio de prejudicar a relação com os seus pacientes.⁽²⁷⁾ O não aconselhamento sistemático por parte dos profissionais de saúde constitui oportunidades perdidas de CT, sendo importante a desmistificação de todos estes preconceitos criados pela comunidade médica. Além disso, um programa de CT num hospital deve ser acompanhado de campanhas de divulgação na comunidade, educando sobre os benefícios da cessação, da eficácia dos tratamentos, promovendo a motivação para cessar, divulgando a consulta e incentivando os fumadores a deixar de fumar com a ajuda de profissionais de saúde especializados.⁽¹⁵⁾ Neste sentido, o CHCB iniciou uma campanha veiculada pelos *media* locais, com especial foco na rádio local, integrada num programa abrangente de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde designada como “Saúde Próxima”.

Por último, é fundamental a realização de estudos futuros no âmbito da caracterização, da referência e da proveniência dos fumadores, para criação de melhores estratégias de intervenção, adaptadas às características e necessidades das populações.

4.2. Limitações do estudo

As limitações de um estudo transversal não permitem inferir causalidade. A amostra do estudo, ao compreender fumadores de um programa de um único centro hospitalar, limita a generalização dos resultados ou ainda a comparação com estudos de base populacional.

A análise de questionários previamente preenchidos ao estudo, sem apoio aos fumadores aquando do preenchimento dos mesmos, implicou o preenchimento incorreto ou incompleto por alguns destes uma vez que se trata de um questionário exaustivo, pouco intuitivo e dúbio em algumas questões. Algumas limitações na perceção do que é inquirido nos referidos questionários podem prender-se com o facto de a maioria dos fumadores do estudo apresentarem um baixo nível educacional. Além disso, por ser um questionário aplicado em contexto de consulta, algumas respostas podem ser influenciadas e não corresponder diretamente à realidade.

A diferente codificação impossibilitou o estudo comparativo entre todas as variáveis do atual estudo com os resultados obtidos no estudo anterior.

4.3. Conclusões e implicações

Este estudo demonstra a precária divulgação da consulta de CT e a escassa referenciação pelas diferentes especialidades médicas. A consulta de cessação deverá ser divulgada através de uma rede dinâmica de referenciação. Como formas de promoção da CT deverá investir-se: 1) na formação multidisciplinar em tabagismo para todos os profissionais de saúde no hospital e nos cuidados primários, envolvendo prioritariamente os enfermeiros em ambos os níveis de prestação dos cuidados; 2) na integração sistemática da CT no tratamento das doenças crónicas; 3) na utilização da sinalética no hospital; 4) na divulgação na comunidade através dos *media* e no envolvimento dos farmacêuticos comunitários, incentivando os fumadores a cessarem mais cedo. A comparticipação da terapêutica farmacológica e a inclusão da terapêutica específica de CT na prescrição hospitalar é crucial.

Referências bibliográficas

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2224-60.
2. World Health Organization. MPOWER. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008. Geneve, 2008.
3. Poulsen PB, Dollerup J, Moller AM. Is a percentage a percentage? Systematic review of the effectiveness of Scandinavian behavioural modification smoking cessation programmes. *The clinical respiratory journal*. 2010;4(1):3-12.
4. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MP. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2005;8(3):178-90.
5. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;328(7435):338-9.
6. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. TNS opinion & social, 2012. Accessed January 2013. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf.
7. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT). 2012-2016.
8. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL et al. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med*. 2008; 35 (2): 158-76.
9. Brose LS, West R, McDermott MS, Fidler JA, Croghan E, McEwen A. What makes for an effective stop-smoking service? *Thorax*. 2011;66(10):924-6.
10. Rebelo L. Intervenção breve no paciente fumador: Aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs». *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2011;27:356-61.
11. Machado A, Nicolau R, Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Rev Port Pneumol*. 2009 Nov/Dez; XV (6): 1005-27.
12. Feijão F. INME 2011 - 3.º Ciclo/secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2012/INME-2011.pdf>

13. Carreira H, Pereira M, Azevedo A, Lunet N. Trends in the prevalence of smoking in Portugal: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012; 12:958.
14. Caram LMO FR, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS et al. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(10): 980-85.
15. Ravara, SB. Abordagem pró-activa e sistemática do tabagismo e recursos abrangentes de cessação: contributo para a integração e custo-efectividade dos programas de cessação tabágica. In: *O Essencial sobre tabagismo para Médicos*, pp 147-152. Eds. Precioso J et al. Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga: Braga; Maio 2011.
16. Aguiar P. Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. 1ª edição. Lisboa. 2007.
17. Câmara Municipal da Covilhã. Programa Rede Social Covilhã: Diagnóstico Social. Covilhã. Janeiro de 2012.
18. Pamplona P, Mendes B. Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. *Rev Port Pneumol*. 2009 Nov/Dez; XV (6): 1121-156.
19. Costa AD. Tabagismo em médicos e enfermeiros na cidade do Porto. Motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22: 27-38.
20. Salgado M. Programas de Cessação Tabágica nos Serviços de Saúde: Uma Estratégia Prioritária de Controlo do Tabagismo. Caracterização do Perfil dos Fumadores e Referenciação numa Consulta de Cessação de um Hospital Distrital da Beira Interior [dissertação] [Internet]. Covilhã: Universidade de Beira Interior; 2010. [acesso em outubro de 2013].
Disponível em:
http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/872/mariana_salgadopdf.pdf
21. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99(1):29-38.
22. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-33.
23. Ravara SB, Bragança F, Aguiar P, Calheiros JM. Trends and patterns of tobacco use: A population-based cross-sectional study in Portugal (preliminary data). Thematic Poster, no congresso European Respiratory Society (ERS) Annual Conference, Barcelona, Spain, 7-11 de Setembro 2013. *Eur Resp J* 2013, 42(Suppl 57):s212.
24. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
25. Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia* [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Dez 25]; (23): 65-74. Disponível

em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942006000200007&lng=pt.

26. Stott BNCH, Davis RH. The consultation: the exceptional potential in each primary care consultation. [Em linha]. Journal of the Royal College of General Practitioners. 29 (1979) 201-205. [Consult. 21 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2159027/pdf/jroyalcgprac00124-0011.pdf>.
27. Nunes, E M. Aconselhamento médico na prevenção da doença e promoção da saúde, análise a propósito do consumo de tabaco [dissertação] [Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2011. [acesso em dezembro de 2013]. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/10183/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Emilia%20Nunes.pdf>.
28. Direcção Geral da Saúde. Cessação Tabágica: Programa-tipo de actuação; Dezembro 2007.
29. Ravara SB, Calheiros, JM, Aguiar P, Taborda-Barata L: Delivery and recording of smoking cessation advice in a Portuguese teaching hospital: the need for a systemic approach. J Subs Use 2012, 4:311-322. doi.org/10.3109/14659891.2012.685792.
30. Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. BMC Public Health. 2011; 11:72.

Hábitos alcoólicos (CAGE adaptação)

-Bebe bebidas alcoólicas todos os dias?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
-Já fez algum tratamento de desintoxicação?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
-Quanto bebe por dia?	Vinho: _____ Cerveja: _____ Aguardente: _____ Whisky _____ Outros: _____	
- Já o aborreceram por beber?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
- Já alguma vez sentiu remorsos por beber tanto?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
- Alguma vez pensou que tinha de deixar de beber?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
- Alguma vez teve que beber de manhã, para estar em forma? (por cada sim 1 ponto, nas 4 últimas questões)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
	Total:	___

Apenas para ser preenchido pela mulher

- Se alguma vez esteve grávida, fumou durante a gravidez?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
- Se alguma vez amamentou, fumou durante essa altura?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
- Utiliza a pílula?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
- Observações: _____		

Teste de Fagerström

1) Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?		
	Nos primeiros 5 minutos	<input type="radio"/> 3
	6-30 minutos	<input type="radio"/> 2
	31-60 minutos	<input type="radio"/> 1
	Mais de 60 minutos	<input type="radio"/> 0
2) Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?	Sim <input type="radio"/>	1
	Não <input type="radio"/>	0
3) Qual é o cigarro que mais lhe custa deixar?	O 1º da manhã <input type="radio"/>	1
	Qualquer outro <input type="radio"/>	0
4) Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos <input type="radio"/>	0
	11 a 20 <input type="radio"/>	1
	21 a 30 <input type="radio"/>	2
	31 ou mais <input type="radio"/>	3
5) Fuma mais no começo do dia?	Sim <input type="radio"/>	1
	Não <input type="radio"/>	0
6) Fuma mesmo quando está doente?	Sim <input type="radio"/>	1
	Não <input type="radio"/>	0
	Total:	___

Sente-se confiante para parar de fumar?

Avalie de 0 a 10, a sua confiança actual 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	

Qual é o seu grau de 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 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	

Porque é que acha que fuma?

De 0 a 10 gradue as razões que o levam a fumar. Assinale com um circulo a sua resposta (*0 significa "nunca" e 10 significa "sempre"*)

Fumo...	Nunca											Sempre
- porque é um gesto automático	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
- no convívio social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
- por prazer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
- para combater o stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
- para me concentrar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
- para me levantar a moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
- para não engordar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Teste de Richmond

1 - Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?	Não	<input type="radio"/>	0
	Sim	<input type="radio"/>	1
2 – Quantifique o seu interesse em deixar de fumar:	Não tenho interesse	<input type="radio"/>	0
	Ligeiro	<input type="radio"/>	1
	Moderado	<input type="radio"/>	2
	Intenso	<input type="radio"/>	3
3 – Vai tentar deixar de fumar nas duas próximas semanas?	Não de certeza	<input type="radio"/>	0
	Talvez não	<input type="radio"/>	1
	Talvez sim	<input type="radio"/>	2
	Sim de certeza	<input type="radio"/>	3
4 – Qual é a sua possibilidade de ser ex-fumador nos próximos 6 meses?	Não de certeza	<input type="radio"/>	0
	Talvez não	<input type="radio"/>	1
	Talvez sim	<input type="radio"/>	2
	Sim de certeza	<input type="radio"/>	3
	Total:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Porque quer parar de fumar? (por ordem de importância)

O que teme ao deixar de fumar? (por ordem de importância)

Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã

HADS

Nome: _____ Data: ____/____/____

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo/a mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como se sente. Não considere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

A	Sinto-me tenso ou contraído:	Sinto-me parado:	D
3	A maior parte do tempo	Quase sempre	3
2	Muitas vezes	Com muita frequência	2
1	De vez em quando, ocasionalmente	Algumas vezes	1
0	Nunca	Nunca	0
D	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente:	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago	A
0	Tanto como antes	Nunca	0
1	Não tanto	De vez em quando	1
2	Só um pouco	Muitas vezes	2
3	Quase nada	Quase sempre	3
A	Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer:	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:	D
3	Nitidamente e muito forte	Com certeza	3
2	Sim, mas não muito forte	Não tenho tanto cuidado como devia	2
1	Um pouco, mas não me incomoda	Talvez não tanto como antes	1
0	De modo algum	Tanto como habitualmente	0
D	Sou capaz de rir de me divertir com as coisas engraçadas:	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:	A
0	Tanto como habitualmente	Muito	3
1	Não tanto como agora	Bastante	2
2	Nitidamente menos agora	Um pouco	1
3	Nunca	Nada	0
A	Tenho a cabeça cheia de preocupações:	Penso com prazer no que tenho a fazer:	D
3	A maior parte do tempo	Tanto como habitualmente	0
2	Muitas vezes	Menos que anteriormente	1
1	De vez em quando	Bastante menos que anteriormente	2
0	Raramente	Quase nunca	3
D	Sinto-me bem disposto:	De repente, tenho sensação de pânico:	A
3	Nunca	Com grande frequência	3
2	Poucas vezes	Bastante vezes	2
1	Bastantes vezes	Algumas vezes	1
0	Quase sempre	Nunca	0
A	Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado:	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV:	D
0	Sempre	Frequentemente	0
1	Habitualmente	Algumas vezes	1
2	Algumas vezes	Poucas vezes	2
3	Nunca	Muito raramente	3

A D

HADS R P Snaith and A S Zigmond 1983, 1992, 1994. Itens do questionário registado originalmente publicado no *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 67 (1983) Munksgaard International Publishers Lda., Copenhaga 1983. Este questionário poderá ser fotocopiado para uso somente pela instituição adquiridora.
Publicada por NFER-NELSON Publishing Company Lda, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF, UK

CONSULTA DE TABAGISMO

Data:
Dia mês ano

Nome: _____

Idade:

Vem à consulta por:

Decisão pessoal Insistência do seu médico Pressão familiar Outros

Já foi aconselhado a deixar de fumar por algum profissional de saúde? Qual: _____

Actualmente tem mais problemas profissionais do que habitualmente? Não Sim

Especifique: _____

Actualmente tem mais problemas familiares do que habitualmente? Não Sim Especifique:

Hábitos tabágicos:

- Com que idade fumou o 1º cigarro? anos
- Com que idade começou a fumar diariamente? anos
- Quantos cigarros fuma actualmente? Carga tabágica UMA
- No último mês reduziu o número de cigarros por dia? Sim Não
- Já tentou parar de fumar? Sim Não
- Utilizou algum método? _____
- Quanto tempo esteve sem fumar (período de maior duração)
- Quando foi a última tentativa? _____
- Qual foi a razão que o levou a fumar novamente? (por ordem de importância)
- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

- Quais são as alterações que nota quando pára de fumar?

Nenhuma <input type="radio"/>	compulsão <input type="radio"/>	irritabilidade, cólera <input type="radio"/>
Agitação <input type="radio"/>	nervosismo <input type="radio"/>	ansiedade <input type="radio"/>
Depressão <input type="radio"/>	alterações sono <input type="radio"/>	outras: _____
dificuldade concentração <input type="radio"/>	aumento apetite <input type="radio"/>	

- Aumentou de peso quando parou de fumar? Sim Não Kg

- À sua volta quem fuma? Em casa: _____ Emprego _____
Amigos _____
- Vive sozinho? Sim Não

- Fuma outro tipo de tabaco? Charutos Cigarrilhas Cachimbo

Factores de risco e patologia prévios e actuais:

- HTA	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Diabetes	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
- Dislipidemia	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Doenças cardiovasculares	- enfarte, angor		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	- AVC		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	- Doença arterial periférica		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
- Doença oncológica			Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
- Doenças respiratórias	- DPOC		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	- Asma		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
- Alergias (medicamentos)	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Epilepsia, convulsões	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Traumatismo/Tumor cerebral	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Anorexia nervosa/Bulimia	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Depressão	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Doença bipolar	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Alcoolismo/toxicodependência	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
- Úlcera duodenal	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Outra:			

Terapêutica em curso:

Xantinas	<input type="radio"/>	Antidepressivos	Qual: _____
Corticosteroides	<input type="radio"/>	Benzodiazepinas	<input type="radio"/>
Insulina	<input type="radio"/>	Hipnóticos	<input type="radio"/>
Antidiabéticos orais	<input type="radio"/>	Quinolonas	<input type="radio"/>
Inibidores da MAO	<input type="radio"/>	Tramadol	<input type="radio"/>
Antihistaminicos	<input type="radio"/>	Antiarrítmicos	<input type="radio"/>
Outros:	_____		

Antecedentes familiares

- DPOC e Asma	_____
- Neoplasias	_____
- D. cardiovasculares	_____

Exame Objectivo

-AP	_____
-AC	_____
-	_____

Exames Complementares

EFR:			
	Teórico	Actual	%
CVF			
FEV1			
FEV1/CVF			
PEF			
25 – 75			
Difusão			
Perfil lipídico:	Normal <input type="radio"/>	Alterado <input type="radio"/>	_____
ECG:	Normal <input type="radio"/>	Alterado <input type="radio"/>	_____
Radiografia de tórax:	Normal <input type="radio"/>	Alterada <input type="radio"/>	_____
Outros:			

RESUMO:

Nº cigarros/dia: <input type="text"/>			
CO: <input type="text"/> ppm		Tempo decorrido desde o último cigarro: _____	
Cotina urinária: <input type="text"/> ng/ml			
Peso: <input type="text"/> Kg	Altura: <input type="text"/> cm	IMC: <input type="text"/>	
Pulso: <input type="text"/>	T A: <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		
Teste de Fagerström: <input type="text"/> (<4 baixa; 4-7 moderada; >7 elevada)			
Teste Richmond: <input type="text"/> (motivação -0 – 6 baixa; 7 – 9 moderada ; 10 - alta)			
Perfil	Automatismo <input type="text"/>	Social <input type="text"/>	Prazer <input type="text"/>
	Stress <input type="text"/>	Concentração <input type="text"/>	
	Manter o moral/relaxar <input type="text"/>	Não engordar <input type="text"/>	
HAD A <input type="text"/>	D <input type="text"/>	Teste de Auto-confiança <input type="text"/>	

-Estadio de mudança: Pré contemplação <input type="radio"/> Contemplação <input type="radio"/> Acção <input type="radio"/> Recidiva <input type="radio"/>
- Indicação actual para cessação: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> _____
- Outras: _____

PLANO:

Dia previsto para cessação:

TERAPÊUTICA:

Comportamental Sim Não Folhetos informativos Sim Não

Substitutos de nicotina:

Gomas/pastilhas 2 mg Sim Não Máximo: _____

Gomas 4 mg Sim Não Máximo: _____

Transdérmicos Sim Não 24h 16h _____

Dose:

Bupropiona SR Sim Não Dose: mg

Vareniclina Sim Não Dose: mg

Outros Sim Não Dose: mg

Psicotrópicos Sim Não

Psicóloga Sim Não

Nutricionista Sim Não

PRÓXIMA CONSULTA:

CONSULTA DE SEGUIMENTO

Nome: _____

Data:	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _
Fuma ?	Não <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ Sim <input type="radio"/> Tentou parar? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ Quantos cigarros fuma/dia ? _ _	Não <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ Sim <input type="radio"/> Tentou parar? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ Quantos cigarros fuma/dia ? _ _

Que alterações mantém desde que parou de fumar ?	Nenhuma <input type="checkbox"/>	Urgência <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>	Urgência <input type="checkbox"/>
	Irritabilidade <input type="checkbox"/>	Agitação <input type="checkbox"/>	Irritabilidade <input type="checkbox"/>	Agitação <input type="checkbox"/>
	Ansiedade <input type="checkbox"/>	Depressão <input type="checkbox"/>	Ansiedade <input type="checkbox"/>	Depressão <input type="checkbox"/>
	Aumento apetite _ _	Obstipação _ _	Aumento apetite _ _	Obstipação _ _
	Dificuldade concentração		Dificuldade concentração	
	Alterações sono		Alterações sono	

Terapêutica:

Substitutos de nicotina transdérmicos	24h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/>	24h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/>
	16h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/>	16h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/>
Adesão	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
E. acessórios		

Substitutos de nicotina	Gomas <input type="radio"/> pastilhas <input type="radio"/>
	2 mg <input type="radio"/> Quantas por dia? _ _
	4 mg <input type="radio"/> Quantas por dia? _ _
Adesão	
E. acessórios	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Zyban ®	150 mg <input type="radio"/> 300 mg <input type="radio"/>
Adesão	
E. acessórios	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

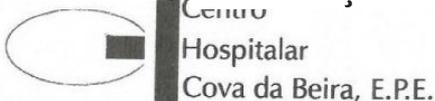
Graduar sintomas e efeitos acessórios: (0 = sem sintomas, 1= não perturbam vida diária
2 = perturbam vida diária moderadamente, 3 = perturbam muito/ obrigam a retirar fármaco)

Psicóloga	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Nutricionista	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

	CO _ _ _ ppm último cigarro _ _	CO _ _ _ ppm último cigarro _ _
	Peso _ _ _ Kg aumento _ _ Kg	Peso _ _ _ Kg aumento _ _ Kg
	TA _ _ _ _ Pulso _ _	TA _ _ _ _ Pulso _ _
	HAD A _ _ D _ _	HAD A _ _ D _ _

Próxima consulta: |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Anexo 2: Autorização do Conselho de Administração do CHCB



ENVIADO ao
Gabinete de Investigações
24 OUT. 2013
Inovação

Centro Hospitalar Cova da Beira Presença em reunião de C.A. Em 22/10/13
Despacho
Presidente de C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida
Vogal do C.A. Técnica Superior Orminda Sucena
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enfermeira Director Enf. António João Rodrigues

Parecer:	Despacho:
<p>ASSUNTO: Projecto de Investigação nº81/2013 - "Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã"</p>	
<p>PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p>DE: Gabinete de Investigação e Inovação</p>	<p>N.º 86/GII</p> <p>Data 22/10/2013</p>
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Eva Pires Mendes de Campos Pereira, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Comunicação e referência da comunidade fumadora da Covilhã" a realizar no Serviço de Medicina Preventiva – Unidade de Cessação Tabágica deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº 46/2013, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Gabinete de Investigação e Inovação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>Resposta</i></p> <p><i>P</i> O Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p><i>Rosa Saraiva</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p>	