



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Tabagismo nos doentes internados no Centro Hospitalar Cova da Beira

Ana Catarina Abreu Lucas

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

Orientador: Mestre Sofia Belo Ravara

Covilhã, Maio de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas a quem devo a minha vida, os meus pais, pelo seu amor incondicional.

Agradecimentos

Um obrigado especial,

À Mestre Sofia Ravara, minha orientadora, a quem agradeço toda a disponibilidade, dedicação e apoio à realização deste trabalho;

À Faculdade de Ciências da Saúde e ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco, pela ajuda na impressão dos questionários para a recolha dos dados;

A todos os doentes e profissionais do Centro Hospitalar da Cova da Beira, que directa ou indirectamente contribuíram e colaboraram na realização deste trabalho;

À Cláudia Faria, pela companhia e apoio nesta caminhada;

Ao Ricardo Almeida, por todo o auxílio e amizade;

Aos meus pais, o meu porto seguro;

Ao António Pereira, por todo o amor e carinho, por acreditar em mim, me apoiar em todos os momentos, me fazer sorrir e não me deixar desistir.

Resumo

Introdução: A cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz a curto prazo, na redução da morbimortalidade associada ao tabaco. A identificação dos fumadores e caracterização do seu comportamento tabágico são fundamentais para adequar as estratégias de prevenção. O internamento constitui uma janela de oportunidade para iniciar a cessação tabágica. O diagnóstico e tratamento do tabagismo devem ser implementados sistematicamente.

Objectivo: Determinar a prevalência de fumadores no Centro Hospitalar Cova da Beira, e avaliar o tipo de intervenção e efectividade do aconselhamento para deixar de fumar pelos profissionais de saúde.

Metodologia: Estudo transversal descritivo, com aplicação de questionário por entrevista direta aos doentes com 18 ou mais anos, internados nos Departamentos de Medicina, Cirurgia, Psiquiatria, Urgência e Emergência, no período compreendido de Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012. Realizou-se ainda a determinação dos níveis de monóxido de carbono no ar expirado dos fumadores. Participaram 151 doentes (52.2% dos doentes internados que se encontravam colaboradores), com idade mediana de 73 anos, 51% do sexo masculino.

Resultados: O comportamento tabágico foi obtido em 151 doentes através da entrevista direta e em 5 pela consulta dos processos clínicos. A prevalência de fumadores no CHCB foi 16.7%. A pergunta acerca dos hábitos tabágicos foi efectuada a 31.8% dos doentes. O aconselhamento para cessação realizou-se em 28.6% dos fumadores e apenas 4.8% foram referenciados para seguimento especializado.

Conclusão: Não foi possível obter a verdadeira prevalência de fumadores no CHCB, devido à elevada taxa de não participação dos doentes não colaboradores. Contudo a percentagem de fumadores encontrada na amostra foi baixa. Os factores preditores do comportamento tabágico foram a idade inferior a 55 anos, o internamento no serviço de Psiquiatria e ser do sexo masculino. Apesar da evidência científica comprovar a eficácia da intervenção clínica e aconselhamento para a cessação tabágica, verificou-se que os profissionais de saúde continuam a desvalorizar esta temática não identificando convenientemente os fumadores nem lhes oferecendo ajuda especializada.

Palavras-chave: Tabagismo; Internamento; Aconselhamento; Cessação Tabágica.

Abstract

Introduction: Smoking cessation is the most effective preventive measure in short term, in the reduction of the morbimortality associated with smoking. The identification and characterization of smokers are fundamental to adequate the preventive strategies. The admission to hospital is a window of opportunity to initiate smoking cessation. The diagnostic and treatment of smoking should be systematically implemented.

Objective: Determine the prevalence of smokers in the Centro Hospitalar Cova da Beira and evaluate the effectiveness of intervention and counseling to quit smoking by health care professionals.

Methodology: Descriptive, cross-sectional study, with application of an enquiry by direct interview to patients with 18 or more years old, admitted on the Departments of Medicine, Surgery, Psychiatry, Urgency and Emergency, between November of 2011 and February of 2012, and determination of the levels of carbon monoxide of the expired air of the smokers. 151 patients participated (52.2% of the admitted patients that were collaborating), with a median age of 73 years old, 51% males.

Results: The smoking behavior was obtained on 151 patients through direct interview, and in 5 by consulting their clinical files. Smoking prevalence in CHCB was 16.7%. The question about smoking habits was made to 31.8% of the smokers. The counseling towards the smoking cessation has been made on 28.6% of the smokers, and only 4.8% were referenced for specialized follow-up.

Conclusion: It wasn't possible to obtain the real smoking prevalence in the CHCB, due to the high rate of non-participation of non-cooperating patients. However, the percentage of smokers found on the sample was low. The predicting factors of the smoking behavior were have less than 55 years, the admission on the Psychiatric ward and be male. It was verified that the healthcare professionals keep to devaluate this theme, although the scientific evidence proves the efficacy of the clinical intervention and counseling for smoking cessation, making bad identifications of the smokers and lacking to offer them specialized help.

Key-words: Smoking; Admission; Counseling; Smoking Cessation.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas	viii
Lista de Siglas e Abreviaturas	ix
1 Introdução	1
2 Metodologia	3
2.1 Tipo de estudo	3
2.2 Recolha de informação	3
2.2.1 População / Amostra	3
2.2.2 Instrumentos de recolha de dados	4
2.2.3 Definição de variáveis	4
2.3 Tratamento estatístico dos dados	5
2.4 Aspectos éticos	6
3 Resultados	7
3.1 Dados sociodemográficos	7
3.2 Comportamento tabágico dos doentes	9
3.3 Determinação dos níveis de CO	15
3.4 Associação entre o comportamento tabágico dos doentes e as variáveis grupo etário, género e especialidade de internamento	15
3.5 Intervenção e aconselhamento pelos profissionais de saúde	17
4 Discussão de Resultados	19
5 Conclusões	26
5.1 Limitações do estudo	26
5.2 Perspectivas futuras	27
6 Referências Bibliográficas	28
Anexos	30
Anexo 1: Questionário da recolha de dados	31
Anexo 2: Consentimento informado	38
Anexo 3: Autorização para a realização do estudo	40

Índice de Figuras

Figura 1 - Situação profissional dos doentes entrevistados	8
Figura 2 - Nível educacional dos doentes entrevistados	8
Figura 3 - Comportamento tabágico dos doentes entrevistados	9
Figura 4 - Estadio de mudança comportamental dos fumadores entrevistados	12

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos doentes entrevistados por género e grupo etário	7
Tabela 2 - Idade de início do consumo de tabaco e número de cigarros fumados por dia	10
Tabela 3 - Caracterização da dependência nicotínica dos fumadores	11
Tabela 4 - Medidas estatísticas da dependência nicotínica em doentes psiquiátricos e não psiquiátricos	11
Tabela 5 - Caracterização das variáveis “Quer tentar deixar de fumar”; “Acha que consegue deixar de fumar”; “Acha que necessita ajuda para deixar de fumar”; “Quer ser seguido em consulta especializada” e “Quer ser seguido por contacto telefónico”	12
Tabela 6 - Caracterização da confiança para deixar de fumar	13
Tabela 7 - Medidas estatísticas da confiança para deixar de fumar em doentes psiquiátricos e não psiquiátricos	13
Tabela 8 - Caracterização da motivação para deixar de fumar	14
Tabela 9 - Medidas estatísticas da motivação para deixar de fumar em doentes psiquiátricos e não psiquiátricos	14
Tabela 10 - Níveis de monóxido de carbono no ar expirado dos fumadores	15
Tabela 11 - Associação entre o comportamento tabágico dos doentes e o grupo etário	15
Tabela 12 - Associação entre o comportamento tabágico dos doentes e o género	16
Tabela 13 - Variáveis preditoras do comportamento tabágico	17
Tabela 14 - Caracterização da intervenção clínica prévia por profissionais de saúde	17
Tabela 15 - Local onde decorreu a intervenção clínica prévia por profissional de saúde	18
Tabela 16 - Caracterização da intervenção clínica no actual internamento por profissional de saúde	18

Lista de Siglas e Abreviaturas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CO	Monóxido de Carbono
CSP	Cuidados de Saúde Primários
INS	Inquérito Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ppm	Partículas por milhão
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior

1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo a principal causa de morte evitável da actualidade (1). A epidemia do tabaco constitui um dos maiores problemas de saúde pública, sendo responsável por mais mortes do que qualquer outra doença e impedindo que milhões de pessoas vivam mais e com melhor saúde (21). Cerca de 50% dos fumadores morrem prematuramente devido aos efeitos deletérios do tabaco (1).

A caracterização da população portuguesa face à utilização do tabaco é importante para o diagnóstico da situação, o planeamento das intervenções e a monitorização deste problema de saúde pública (2).

Os actuais fumadores devem ser incentivados a iniciar cessação tabágica e deve prevenir-se o início do consumo por parte dos jovens, pois o início do tabagismo em idades mais jovens está associado a maior dependência, menor confiança na cessação e menor duração da abstinência (3).

Apesar dos esforços a que se tem assistido na área da prevenção, estima-se que ocorram anualmente 4.9 milhões de mortes relacionadas com o tabaco (4).

Para além das consequências individuais do uso de tabaco é de realçar o impacto social do tabagismo, com elevados custos económicos associados em gastos na saúde, absentismo ou incapacidade precoce (4). A cessação tabágica, em qualquer idade, reduz o risco de doença prematura, sendo das medidas mais efectivas e com melhor relação custo/efectividade, melhorando e prolongando a vida dos doentes (3).

O reconhecimento da nicotina como substância altamente aditiva classifica o uso do tabaco como uma dependência e doença crónica, requerendo diagnóstico sistemático e intervenções terapêuticas, até se obter a abstinência completa (1, 5).

O internamento no hospital gera uma oportunidade de promoção da cessação tabágica entre os doentes, pois a hospitalização torna-os mais vulneráveis e receptivos ao aconselhamento e à oferta de apoio pelos profissionais de saúde (1, 6). Os doentes internados que fumam têm mais complicações, recuperações mais lentas, mais dias de internamento e maiores custos associados (1, 7). Tratar o fumador internado de forma apropriada é aproveitar a janela de oportunidade para promover a cessação tabágica e não apenas a abstinência temporária. Em Portugal são ainda escassas as intervenções a este nível (1).

Entre os fumadores regulares que recorrem ao médico pelo menos uma vez por ano, a maioria gostaria de deixar de fumar (5), apesar de cerca de 95% dos fumadores não receberem ajuda para a cessação (21).

Neste contexto, este estudo tem como principais objectivos analisar a prevalência de tabagismo nos doentes internados no Centro Hospitalar Cova da Beira, e avaliar o tipo de intervenção e efectividade do aconselhamento para deixar de fumar por parte dos profissionais de saúde.

Os objectivos específicos desta investigação são os seguintes:

- Determinar a prevalência de tabagismo nos doentes internados no CHCB;
- Efectuar a caracterização sociodemográfica dos doentes internados;
- Caracterizar o comportamento tabágico e dependência nicotínica dos fumadores, o estadio de mudança comportamental, e a sua motivação e confiança para deixar de fumar;
- Avaliar os níveis de monóxido de carbono no ar expirado nos doentes fumadores;
- Avaliar a associação entre o comportamento tabágico dos doentes e as características sociodemográficas e serviço de internamento;
- Determinar os principais factores preditores do comportamento tabágico;
- Avaliar a abordagem do tabagismo, a identificação de fumadores, e respectivo aconselhamento pelos profissionais de saúde.

2 Metodologia

2.1 Tipo de Estudo

Este trabalho de investigação diz respeito a um estudo observacional, pois não existiu qualquer intervenção do investigador na realização do mesmo, transversal na observação dado que esta decorreu em determinados momentos temporais, e descritivo pois teve o intuito de descrever dados gerais e características de uma população de interesse relativamente a um problema de saúde.

Este tipo de estudo é adequado para determinar a prevalência de um dado problema de saúde.

2.2 Recolha de Informação

2.2.1 População/Amostra

A população do estudo foram os doentes internados no Centro Hospitalar Cova da Beira (Hospital Pêro da Covilhã e Hospital do Fundão), com dezoito ou mais anos, nos Departamentos de Medicina, Cirurgia, Psiquiatria, Urgência e Emergência, no período compreendido de Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012. O CHCB é um hospital com 378 camas que serve uma população de 87869 habitantes.

A amostra foi de conveniência, constituída pelos doentes que no dia seleccionado aceitaram participar no estudo. Os dados foram recolhidos em diferentes momentos temporais nos diversos internamentos:

Cardiologia e Neurologia, dia 14 de Novembro de 2011

Unidade de AVC, dia 18 de Novembro de 2011

Unidade de Cuidados Intensivos, dia 22 de Novembro de 2011

Especialidades Cirúrgicas, Ortopedia e Gastrenterologia, dia 23 de Novembro de 2011

Medicina Interna e Pneumologia, dia 08 de Dezembro de 2011

Cirurgia Geral, dia 16 de Dezembro de 2011

Hospital do Fundão, dia 14 de Janeiro de 2012

Psiquiatria, dia 21 de Fevereiro de 2012

De um total de 289 doentes internados nos dias seleccionados, 138 não participaram no estudo devido a incapacidade por motivo de doença ou por indicação dos profissionais de saúde. Responderam ao questionário 151 doentes (52.2%): 51% de homens; média de idades de 68.43 ± 15.33 anos (mínimo = 21; máximo = 94).

Os dados relativos aos doentes não participantes foram obtidos, quando possível, a partir da consulta dos processos clínicos hospitalares. Foi possível obter os dados relativos às características sociodemográficas sexo e idade para os 289 doentes internados. Em relação ao comportamento tabágico obteve-se a informação para 156 doentes.

2.2.2 Instrumentos de Recolha de dados

A todos os doentes internados que aceitaram participar no estudo, e após consentimento livre e informado, foi aplicado um questionário validado através de entrevista directa. Em cada serviço os doentes internados foram todos entrevistados no mesmo dia. Com a aplicação do questionário pretendeu-se o seguinte:

- Caracterização sociodemográfica do doente;
- Caracterização do comportamento tabágico dos doentes;
- Avaliação da abordagem do tabagismo e respectivo aconselhamento pelos profissionais de saúde.

Procedeu-se ainda à medição dos valores de CO no ar expirado dos doentes fumadores participantes, utilizando o equipamento “Smoke Check - Micro Medical”. A determinação do CO fez-se em momento único, tendo em conta o número de cigarros já consumidos nesse dia e a hora do consumo do último cigarro antes do teste.

O protocolo de investigação deste estudo foi proposto ao Conselho de Administração do CHCB e à Comissão de Ética, tendo recebido o parecer favorável autorizando o desenvolvimento do estudo.

2.2.3 Definição de Variáveis

A caracterização sociodemográfica dos doentes incluiu informação acerca da idade, género, situação profissional (activa, reforma, desemprego, em formação), e nível de escolaridade (0 anos, entre 1 e 4 anos, entre 5 e 6 anos, entre 7 e 9 anos, entre 10 e 12 anos, e superior a 12 anos).

Quanto ao comportamento tabágico questionou-se cada doente se fumava (e se o consumo era diário ou ocasional), se nunca fumou ou se já tinha fumado alguma vez na sua vida. Para identificar correctamente cada um deles seguiram-se os critérios da OMS que define um fumador como um indivíduo que fuma regularmente ou que já fumou 100 cigarros ao longo da sua vida, um ex-fumador quando já fumou e se mantém abstinente há mais de um ano, e não fumador quando nunca fumou regularmente ou nunca fumou 100 cigarros na sua vida.

Para os fumadores inquiriu-se a idade de início de consumo, o número de cigarros fumados por dia, o tipo de tabaco consumido, as tentativas prévias de cessação tabágica (quantas vezes tentou, se o fez com tratamento ou ajuda médica, quanto tempo ficou sem fumar), vontade de fumar durante o internamento, se fumaram durante o mesmo, quantos cigarros e o local. Avaliou-se ainda a dependência da nicotina através da aplicação do Teste de Fagerstrom Abreviado, o estadio de mudança comportamental segundo o Modelo de Prochaska, e a confiança e motivação para deixar de fumar recorrendo a escalas visuais analógicas.

Para avaliar a abordagem do tabagismo pelos profissionais de saúde, perguntou-se a todos os participantes se durante o internamento tinham sido interrogados por algum profissional de saúde acerca dos seus hábitos tabágicos, sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco, e se reforçaram os benefícios de não fumar.

Aos fumadores questionou-se ainda se já tinham sido aconselhados a deixar de fumar, onde decorreu esse aconselhamento, se ofereceram ajuda para a cessação e se referiram a existência de um tratamento eficaz, e se existiu referenciação a uma consulta especializada de cessação tabágica.

2.3 Tratamento estatístico dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados no Microsoft Office Excel 2007, que foi posteriormente importada para o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17, onde se desenvolveu o tratamento estatístico de toda a informação.

Na caracterização da amostra utilizaram-se metodologias de análise estatística descritiva. Para as variáveis numéricas calcularam-se medidas de tendência central (como a média e a mediana) e de dispersão (como o desvio-padrão e a amplitude de variação com mínimo e máximo). Para as variáveis categóricas calcularam-se as frequências e respectivas percentagens.

Para comparação de variáveis categóricas utilizou-se o teste do qui-quadrado.

De forma a avaliar como diversas variáveis independentes influenciavam a variável dependente realizou-se uma análise de regressão logística múltipla.

Para comparação de médias recorreu-se ao teste T.

O nível de significância estatística adoptado em todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$). (23)

2.4 Aspectos Éticos

O questionário foi aplicado após a devida autorização dos participantes com obtenção do consentimento livre e informado dos doentes.

Os resultados foram posteriormente processados com protecção dos dados pessoais dos doentes, respeitando a sua confidencialidade e privacidade.

3 Resultados

3.1 Dados Sociodemográficos

Dos 289 doentes internados, 52.2% (n=151) eram do sexo masculino e 47.8% (n=138) do sexo feminino. A média de idades foi 69.60 ± 15.92 anos, a mediana 74.00, com idade mínima de 20 e máxima de 97 anos.

A distribuição por género e grupo etário dos 151 doentes participantes encontra-se na tabela 1, sendo a média de idades 68.43 ± 15.33 anos, a mediana 73.00, idade mínima 21 e máxima 94 anos.

Verificou-se que as características sociodemográficas da amostra relativas ao sexo e idade não diferiram das da população.

Tabela 1 - Distribuição dos doentes entrevistados por género e grupo etário

	Género				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
Grupo Etário	n	%	n	%	n	%
20-34	0	0,0	2	100,0	2	100,0
35-44	9	56,3	7	43,8	16	100,0
45-54	5	45,5	6	54,5	11	100,0
55-64	8	44,4	10	55,6	18	100,0
65-97	55	52,9	49	47,1	104	100,0
TOTAL	77	51,0	74	49,0	151	100,0

A situação profissional dos 151 doentes entrevistados e seu nível educacional (anos de escolaridade) estão representados nas figuras 1 e 2, respectivamente.

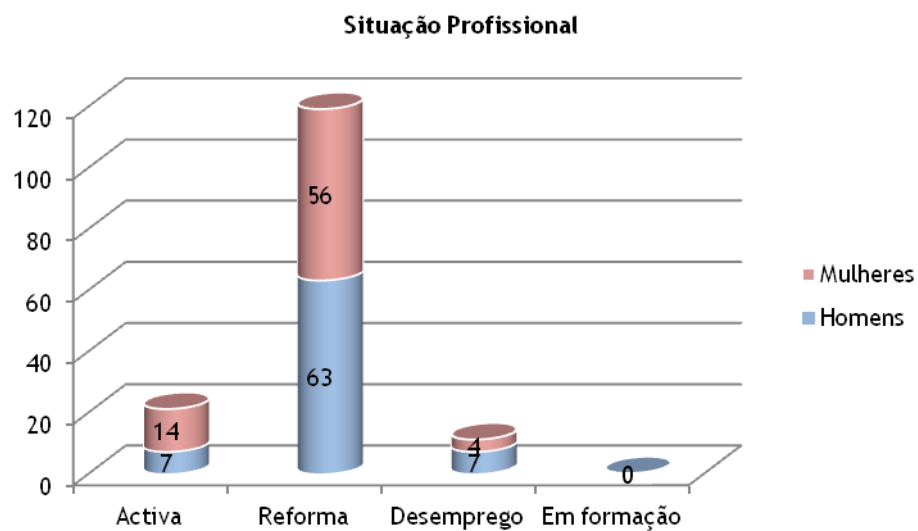


Figura 1 - Situação profissional dos doentes entrevistados

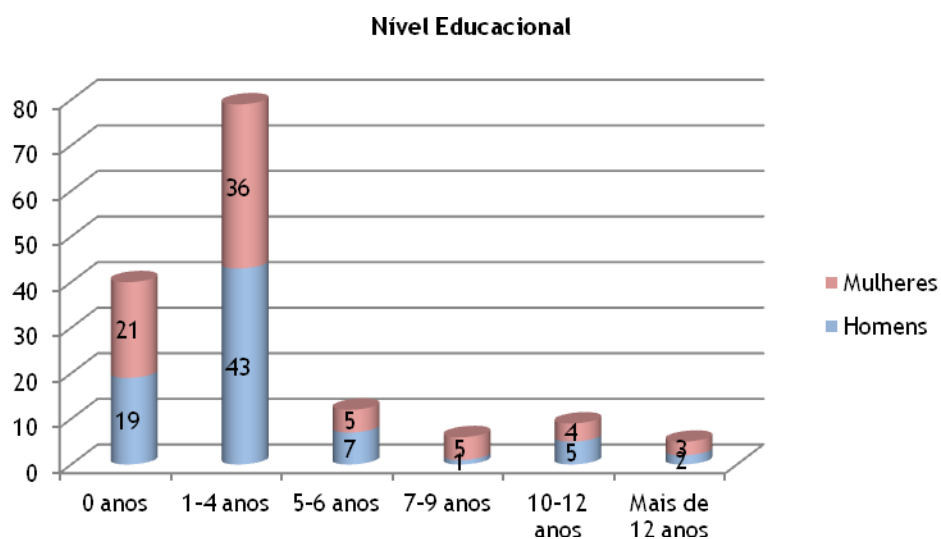


Figura 2 - Nível educacional dos doentes entrevistados

Observou-se que 78.8% dos doentes se encontravam reformados, 26.5% eram analfabetos e 52.3% estudaram entre 1 a 4 anos.

Dos 138 doentes internados não colaboradores, 53.6% (n=74) eram do sexo masculino e 46.4% (n=64) do sexo feminino. A média de idades foi 70.88 ± 16.50 anos, a mediana 75.0, com idade mínima de 20 e máxima de 97 anos.

Neste grupo havia apenas 7 doentes com idade inferior a 35 anos, 11 com idade inferior a 45 e 21 com idade inferior a 55 anos.

3.2 Comportamento tabágico dos doentes

Através da entrevista directa ou pela consulta dos processos clínicos foi possível obter informação acerca dos hábitos tabágicos em 156 doentes, representada na figura 3.

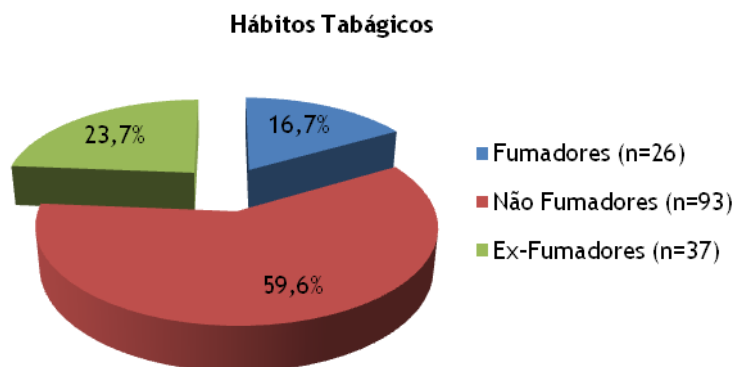


Figura 3 - Comportamento tabágico dos doentes entrevistados

Dentro dos ex-fumadores apenas 2 deixaram de fumar por aconselhamento médico, nenhum o fez com ajuda médica, tendo os restantes 35 abandonado o consumo de tabaco por iniciativa própria.

A tabela 2 representa a idade de início do consumo de tabaco entre os 21 doentes fumadores entrevistados e o número de cigarros fumados por dia.

Tabela 2 - Idade de início do consumo de tabaco e número de cigarros fumados por dia

	Idade de Início do Consumo	Número de Cigarros/dia
N	21	21
Média	16,81	18,24
Mediana	16,00	15,00
Moda	18,00	30,00
Mínimo	7,00	1,00
Máximo	43,00	60,00
Desvio Padrão	8,14	16,08

Entre os 21 fumadores entrevistados apenas 3 referiam fumar também outro tipo de tabaco, sendo que 2 fumam tabaco de enrolar e 1 fuma cigarrilhas.

Em relação às tentativas prévias de cessação tabágica, 16 dos fumadores referiram já ter tentado alguma vez, em que 8 o fizeram uma vez, 5 duas vezes, 2 três vezes, e 1 cinco vezes. Apenas 2 o fizeram com ajuda médica e 4 com medicação. Dos 16 fumadores que tentaram a cessação tabágica só 2 se mantiveram em abstinência durante 1 ano.

Durante o atual internamento 19 dos 21 fumadores entrevistados afirmaram ter tido vontade de fumar, sendo essa vontade referida como pouca em 7 fumadores, moderada em 4 e muita em 8. Contudo verificou-se que apenas 13 fumaram, sendo que 10 o fizeram na sala de fumo (Psiquiatria) e 3 no pátio do 2º piso do CHCB.

Quando questionados acerca da sua dependência em relação ao tabaco, 17 dos 21 fumadores responderam afirmativamente. 17 consideraram também a dependência do tabaco uma doença.

A tabela 3 apresenta a caracterização da dependência nicotínica dos fumadores segundo o Teste de Fagerstrom Abreviado. Foi possível observar que 57.1% (n=12) dos fumadores apresentam dependência ligeira.

Tabela 3 - Caracterização da dependência nicotínica dos fumadores

Teste de Fagerstrom Abreviado	n	%
Dependência ligeira (0-2)	12	57.1
Dependência moderada (3-4)	8	38.1
Dependência elevada (5-6)	1	4.8
TOTAL	21	100.0

A tabela 4 apresenta os resultados de comparação da dependência nicotínica entre os doentes psiquiátricos e não psiquiátricos. Tendo em conta o valor p verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dependências médias nos dois grupos (p=0.473).

Tabela 4 - Medidas estatísticas da dependência nicotínica em doentes psiquiátricos e não psiquiátricos

	Medidas estatísticas	Doentes psiquiátricos	Doentes não psiquiátricos	Valor p (teste T)
	Média	2.00	2.36	0.473
Dependência nicotínica:	Mediana	2.00	2.00	
0 a 6	Desvio-padrão	0.94	1.29	
	Min.-Máx.	1.00-3.00	0.00-5.00	

A figura 4 ilustra a fase de mudança comportamental em que se encontravam os 21 fumadores.

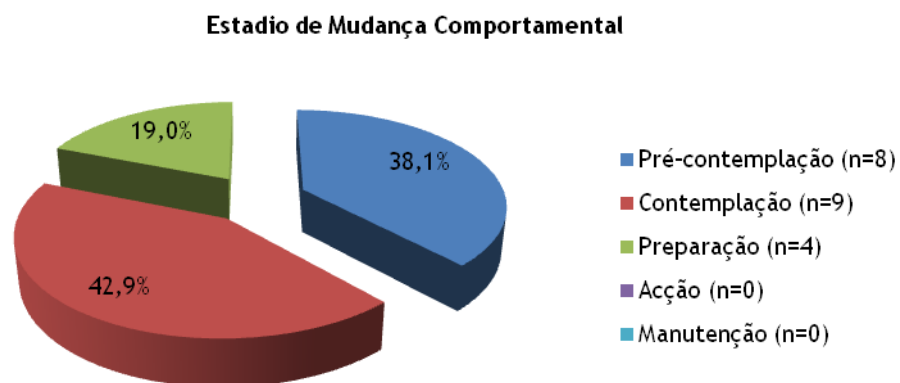


Figura 4 - Estadio de mudança comportamental dos fumadores entrevistados

Na tabela 5 estão indicadas as respostas dos 21 fumadores entrevistados às questões:

- Quer tentar deixar de fumar aproveitando este internamento?
- Acha que conseguiria deixar de fumar se assim o pretendesse?
- Acha que necessita de ajuda de um profissional de saúde para deixar de fumar?
- Quer ser seguido após a alta em consulta especializada?
- Quer ser seguido após a alta por contacto telefónico?

Tabela 5 - Caracterização das variáveis “Quer tentar deixar de fumar”; “Acha que consegue deixar de fumar”; “Acha que necessita ajuda para deixar de fumar”; “Quer ser seguido em consulta especializada” e “Quer ser seguido por contacto telefónico”

	Quer tentar deixar de fumar		Acha que consegue deixar de fumar		Necessita ajuda para deixar de fumar		Quer ser seguido em consulta especializada		Quer ser seguido por contacto telefónico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	11	52.4	12	57.1	7	33.3	10	47.6	4	19.0
Não	10	47.6	9	42.9	14	66.7	11	52.4	17	81.0
TOTAL	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Verificou-se que cerca de metade dos fumadores gostaria de deixar de fumar e ser seguida em consulta especializada.

A tabela 6 apresenta a caracterização da confiança para deixar de fumar segundo a escala visual analógica. Foi possível observar que 42.9% (n=9) dos fumadores apresentavam pouca confiança.

Tabela 6 - Caracterização da confiança para deixar de fumar

Confiança	n	%
Pouca (0-3)	9	42.9
Moderada (4-7)	7	33.3
Elevada (8-10)	5	23.8
TOTAL	21	100.0

A tabela 7 apresenta os resultados de comparação da confiança para deixar de fumar entre os doentes psiquiátricos e não psiquiátricos. Tendo em conta o valor p verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as confianças médias nos dois grupos (p=0.220).

Tabela 7 - Medidas estatísticas da confiança para deixar de fumar em doentes psiquiátricos e não psiquiátricos

	Medidas estatísticas	Doentes psiquiátricos	Doentes não psiquiátricos	Valor p (teste T)
Confiança: 0 a 10	Média	5.50	3.45	0.220
	Mediana	7.00	3.00	
	Desvio-padrão	4.06	3.33	
	Min.-Máx.	0.00-10.00	0.00-10.00	

A tabela 8 apresenta a caracterização da motivação para deixar de fumar segundo a escala visual analógica. Foi possível observar que 42.9% (n=9) dos fumadores apresentavam baixa motivação.

Tabela 8 - Caracterização da motivação para deixar de fumar

Motivação	n	%
Baixa (0-3)	9	42.9
Moderada (4-7)	7	33.3
Elevada (8-10)	5	23.8
TOTAL	21	100.0

A tabela 9 apresenta os resultados de comparação da motivação para deixar de fumar entre os doentes psiquiátricos e não psiquiátricos. Tendo em conta o valor p verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as motivações médias nos dois grupos (p=0.636).

Tabela 9 - Medidas estatísticas da motivação para deixar de fumar em doentes psiquiátricos e não psiquiátricos

	Medidas estatísticas	Doentes psiquiátricos	Doentes não psiquiátricos	Valor p (teste T)
Motivação: 0 a 10	Média	4.50	3.73	0.636
	Mediana	4.50	5.00	
	Desvio-padrão	3.89	3.47	
	Min.-Máx.	0.00-10.00	0.00-10.00	

3.3 Determinação dos níveis de Monóxido de Carbono

A tabela 10 indica os resultados da medição dos níveis de monóxido carbono nos doentes fumadores.

Tabela 10 - Níveis de monóxido de carbono dos fumadores

Níveis Monóxido de Carbono		
	n	%
0-6	14	66.7
7-10	4	19.0
11-20	3	14.3
>20	0	0.0
TOTAL	21	100.0

A maioria dos fumadores apresentou valores entre 0 e 6 ppm.

3.4 Associações entre o comportamento tabágico dos doentes e as variáveis grupo etário, género e especialidade do internamento

A tabela 11 mostra o comportamento tabágico dos doentes consoante o grupo etário. Verificou-se que o maior número de fumadores se encontrava na faixa etária dos 35 aos 44 anos.

Tabela 11 - Associação entre o comportamento tabágico dos doentes e o grupo etário

	Comportamento Tabágico				TOTAL	
	Fumador		Não Fumador			
Grupo Etário	n	%	n	%	n	%
20-34	1	33.3	2	66.7	3	100,0
35-44	10	62.5	6	37.5	16	100,0
45-54	6	46.2	7	53.8	13	100,0
55-64	6	31.6	13	68.4	19	100,0
65-97	3	2.9	102	97.1	105	100,0
TOTAL	26	16.7	130	83.3	156	100,0

A prevalência de tabagismo foi significativamente mais elevada no grupo etário com menos de 55 anos (53.1%) em relação ao grupo com mais de 55 anos (7.3%) ($p < 0.001$).

A tabela 12 mostra o comportamento tabágico dos doentes consoante o género. A prevalência de tabagismo foi significativamente mais elevada no sexo masculino ($p=0,022$).

Tabela 12 - Associação entre o comportamento tabágico dos doentes e o género

		Comportamento Tabágico				TOTAL	
		Fumador		Não Fumador			
Género	n	%	n	%	N	%	
Masculino	19	23.2	63	76.8	82	100,0	
Feminino	7	9.5	67	90.5	74	100,0	
TOTAL	26	16.7	130	83.3	156	100,0	

A relação entre ser fumador estando internado numa especialidade médica ou cirúrgica não foi estatisticamente significativa ($p=0,914$).

A tabela 13 mostra que o comportamento tabágico (ser fumador) está relacionado com o internamento no serviço de psiquiatria, com o género e com a idade. O grupo etário foi o factor preditor mais importante do comportamento tabágico.

Verificou-se ainda que o nível educacional e a situação profissional não se relacionavam/ não eram factores preditores do comportamento tabágico ($p>0.05$).

Tabela 13 - Variáveis preditoras do comportamento tabágico

Variável Independente*	Comportamento Tabágico	
	p-value	Odds ratio (95% C.I.)
Especialidade	0.010	6.15 (1.55-24.33)
Género	0.012	4.62 (1.40-15.23)
Grupo Etário	<0.001	11.88 (3.89-36.27)

*Especialidade: psiquiátrica (0), não psiquiátrica (1)

Género: masculino (1), feminino (0)

Grupo etário: <55 anos (1), >55 anos (0)

3.5 Intervenção e Aconselhamento pelos profissionais de saúde

Entre os doentes não fumadores, apenas 32.3% (n=42) foram questionados quanto aos seus hábitos tabágicos, 11.5% (n=15) foram alvo de reforço positivo por não fumar, e 2.3% (n=3) foram abordados quanto à exposição ao fumo ambiental do tabaco.

As tabelas 14 e 15 mostram as respostas dos 21 fumadores em relação ao aconselhamento prévio ao actual internamento, por profissionais de saúde, e onde ocorreu essa intervenção.

Tabela 14 - Caracterização da intervenção clínica prévia por profissional de saúde

Alguma vez um profissional de saúde...	Aconselhou a deixar de fumar		Falou que existe tratamento eficaz para deixar de fumar		Ofereceu ajuda para deixar de fumar	
	n	%	n	%	n	%
Sim	9	42.9	7	33.3	2	9.5
Não	12	57.1	14	66.7	19	90.5
TOTAL	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Tabela 15 - Local onde decorreu a intervenção clínica prévia por profissional de saúde

	Onde foi aconselhado	
	n	%
Consulta Especialidade	2	22.2
Consulta CSP	3	33.3
Internamento	4	44.4
TOTAL	9	100.0

A tabela 16 representa a intervenção clínica pelos profissionais de saúde aos doentes fumadores no actual internamento.

Tabela 16 - Caracterização da intervenção clínica no actual internamento por profissional de saúde

<i>Alguma vez neste internamento algum profissional de saúde...</i>	Sim		Não		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Perguntou se fuma ou se já fumou?	6	28,6	15	71,4	21	100,0
O aconselhou a deixar de fumar?	6	28,6	15	71,4	21	100,0
Perguntou se queria deixar de fumar?	5	23,8	16	76,2	21	100,0
Reflectiu consigo as razões para querer deixar de fumar?	2	9,5	19	90,5	21	100,0
Reflectiu consigo as suas tentativas para deixar de fumar?	0	0,0	21	100,0	21	100,0
Discutiu os problemas que poderá ter ao deixar de fumar?	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Discutiu uma estratégia para lidar com possíveis problemas?	0	0,0	21	100,0	21	100,0
Perguntou acerca da sua dependência física?	0	0,0	21	100,0	21	100,0
Explicou os riscos e malefícios do tabaco?	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Explicou os benefícios em deixar de fumar?	2	9,5	19	90,5	21	100,0
Explicou os métodos e tratamentos para deixar de fumar?	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Forneceu material informativo?	0	0,0	21	100,0	21	100,0
Referenciou para seguimento (consulta ou telefone)?	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Informou da existência da linha telefónica SOS para deixar de fumar?	5	23,8	16	76,2	21	100,0

4 Discussão de Resultados

Dos 289 doentes internados no CHCB, foi possível entrevistar 151 doentes (52.2%), tendo a amostra 51% de homens. Foi constituída essencialmente por pessoas idosas com uma média de idades de 68.43 anos, em que metade da amostra tinha mais de 73 anos.

O nível de instrução dos participantes foi baixo, e a média de idades encontrada reflecte-se na situação profissional dos doentes, estando a esmagadora maioria na reforma.

A prevalência de fumadores neste estudo foi de 16.7%, encontrando-se o maior número de fumadores na faixa etária dos 35 aos 44 anos, sendo na sua maioria homens. O número de fumadores internados foi baixo, possivelmente pela elevada média de idades. Não foi possível determinar a verdadeira prevalência de fumadores no CHCB pela elevada taxa de não participação dos doentes internados, assim como pela ausência da informação do comportamento tabágico nos processos clínicos. Contudo, dado que as características sociodemográficas dos doentes não entrevistados relativamente ao sexo e idade, não diferiram das encontradas para os doentes entrevistados, pode fazer-se uma estimativa para o cálculo da prevalência através do seguinte raciocínio: se nos 156 doentes cuja informação do comportamento tabágico foi possível obter, havia 21 fumadores, nos restantes 133 existiriam 18 fumadores. No total os 39 fumadores corresponderiam a uma prevalência de 13.5%.

Em outro estudo realizado num hospital português em 2006 foi encontrada uma prevalência de fumadores de 7.8% (8). No mesmo ano um estudo num hospital de Ottawa revelou uma prevalência de tabagismo de 20.0% (9). Em 2008, num hospital brasileiro, a prevalência de fumadores foi 17%, todos homens, sendo a média de idades dos participantes 70 anos. Em 2011 num outro hospital brasileiro foi revelada uma prevalência de tabagismo de 13,2%, mais frequente no sexo masculino, em que a média de idades dos participantes, 60.7 anos, era semelhante à encontrada neste estudo (10, 11). Estes resultados demonstram a existência de baixas prevalências de tabagismo nos hospitais.

Tendo em conta que a hospitalização e a doença aumentam a auto percepção de vulnerabilidade, é de extrema importância promover a cessação tabágica de uma forma sistemática e eficaz aproveitando a oportunidade do internamento. A identificação dos fumadores é fulcral na medida em que este é portador de pelo menos duas doenças: a que motivou o internamento e o tabagismo, que tal como qualquer outra doença carece de diagnóstico e de intervenção específica (1). O presente estudo torna-se relevante pois é dos primeiros estudos portugueses a avaliar a prevalência de tabagismo num hospital, ao mesmo

tempo que avaliou o comportamento tabágico dos fumadores internados e a eficácia da intervenção e do aconselhamento pelos profissionais de saúde.

A aplicação de um questionário por entrevista directa é uma metodologia que permite obter a informação de forma objectiva, eliminando alguns viés de informação.

Nos 21 doentes fumadores entrevistados a média de início do consumo de tabaco foi 16.81 anos, sendo que metade dos fumadores iniciou o consumo com menos de 16 anos. Estes dados tornam-se preocupantes, indicando que o consumo de tabaco se inicia com mais frequência na adolescência, evidenciando que as medidas de prevenção existentes e adequadas a esta faixa etária são ineficazes ou inexistentes. O número médio de cigarros fumados diariamente foi de 18.24 cigarros, que corresponde quase a um maço de cigarros por dia. A análise do consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) revelou que a idade média de início do consumo de tabaco foi 17 anos para o sexo masculino e 18 anos para o sexo feminino, sendo que em média os homens fumavam 20 cigarros por dia e as mulheres 13 cigarros (2), valores estes que não diferem muito dos encontrados neste estudo. Também num estudo aos utentes de três centros de saúde nacionais se obtiveram valores semelhantes a estes, com uma idade média de consumo de tabaco de 17.2 anos e uma média de 17,5 cigarros consumidos por dia (3).

Relativamente às tentativas de cessação prévias, a maioria dos doentes referiram já ter tentado, sendo que metade dos fumadores o fez pelo menos duas vezes. No entanto essas tentativas não foram bem-sucedidas pois os períodos de abstinência foram curtos, não tendo nenhum fumador ultrapassado o período de um ano de abstinência. Estes resultados não surpreenderam na medida em que é conhecida a elevada taxa de insucesso quando um fumador tenta parar de fumar sem auxílio técnico e especializado, sendo apenas 3-6% a taxa de sucesso a um ano após a cessação (1). Esta taxa pode aumentar para os 15-30% se os doentes forem apoiados por intervenções clínicas adequadas e eficazes, que incluem desde o aconselhamento breve com duração de 3 a 5 minutos até ao aconselhamento intensivo, sempre associadas a farmacoterapia (5). De facto neste estudo também se verificou que entre os 16 fumadores que tentaram a cessação, apenas 2 o fizeram com recurso a apoio médico e 4 com ajuda de medicação. É muito importante reflectir sobre as tentativas de cessação prévias com o fumador, tentar em conjunto perceber quais terão sido os principais obstáculos e encontrar soluções para os contornar, para que o objectivo seja de futuro bem-sucedido. Os insucessos repetidos podem diminuir a auto estima e a auto confiança, passando o fumador a manifestar que não deseja parar de fumar (1).

Quanto ao actual internamento a taxa de abstinência foi apenas de 38% o que poderia levar a pensar na ineficácia das medidas de controlo hospitalares em relação ao tabagismo dado que se trata de um hospital livre de fumo. Contudo, dos 62% de doentes que fumaram, 47.6%

foram doentes internados no serviço de Psiquiatria onde existe uma sala de fumo em que é permitido fumar. Num estudo de 2010 em doentes hospitalizados verificou-se que 60% dos fumadores se mantiveram abstinentes durante a hospitalização (12). Um grande obstáculo à cessação tabágica é a natureza aditiva da nicotina que causa dependência física e ainda factores psicológicos que relacionam o tabaco com as rotinas do fumador ou com situações de maior ansiedade (1). Neste sentido o internamento pode contribuir e facilitar a cessação na medida em que durante a hospitalização as rotinas do doente são diferentes e há a possibilidade de receber apoio especializado e tratamento adequado. O próprio meio ambiente hospitalar livre de fumo incentiva o doente fumador a não fumar promovendo uma sensação de desadaptação e violação de normas (1). O facto de os doentes terem que permanecer em abstinência durante o tempo de internamento é também uma mais valia para facilitar o processo de cessação e deve aproveitar-se esse momento para intervir. Por outro lado, os doentes que fumaram durante a hospitalização referiram ter diminuído o seu consumo diário, o que indica uma vez mais uma excelente oportunidade para promover intervenções de cessação.

A avaliação da dependência nicotínica é fundamental para que, no momento do internamento em que o doente se mantém abstinente, se possa prescrever farmacoterapia de forma adequada a cada fumador. O tratamento da dependência do tabaco é considerado pela OMS o *gold standard* das terapêuticas preventivas, e por isso deveria fazer parte dos cuidados clínicos de rotina de forma sistemática (5). Através da aplicação do Teste de Fagerstrom Abreviado, 57.1% dos doentes fumadores apresentaram uma dependência nicotínica ligeira e em apenas 4.8% essa dependência era elevada. Contrapondo com um estudo de 2010, demonstrou uma dependência elevada em 43% dos fumadores (12). No presente estudo a maioria dos fumadores consideraram ser dependentes do tabaco e que a dependência é uma doença. Tais resultados sugerem que os fumadores estão já mais conscientes acerca dos problemas do tabagismo e têm uma maior receptividade à oferta de ajuda e à necessidade de tratamento. 42.9% encontravam-se no estadio de contemplação para a mudança de comportamento e 19% na fase de preparação, demonstrando uma atitude positiva face à cessação tabágica. Verificou-se no entanto que 42.9% dos fumadores apresentam pouca confiança e baixa motivação para deixar de fumar o que comprova a necessidade de apoio e de intervenção por parte dos profissionais de saúde. Se por um lado a baixa confiança e pouca motivação podem dificultar o processo da cessação tabágica, por outro a baixa dependência nicotínica e o reconhecimento desta como uma doença, e a presença em estadios de contemplação e preparação para a mudança comportamental, podem aumentar o sucesso do abandono do tabagismo desde que a oportunidade do internamento não seja desperdiçada.

A determinação do monóxido de carbono no ar expirado é uma medida de consumo de tabaco, embora não tão rigorosa como os marcadores biológicos usualmente utilizados em

investigação, como a concentração de nicotina ou metabolitos como a cotinina no sangue, urina ou saliva. Contudo, para além de mais económico, permite obter uma informação imediata apesar de estar dependente do número de cigarros fumados e do tempo que decorreu desde o último cigarro até à realização do teste, devido à semivida curta do monóxido de carbono (1). Neste estudo a determinação do CO foi efectuada apenas aos 21 fumadores. No entanto também teria sido interessante realizar o teste a todos os doentes entrevistados de modo a confrontar os resultados da medição com o que estes autodeclararam de ser ou não fumador. Valores correspondentes aos não fumadores encontram-se entre os 0 e 6 ppm, sendo que nos fumadores regulares a taxa é geralmente superior a 10 ppm (1). Verificou-se que em 66.7% dos fumadores a taxa de CO era de 0 a 6 ppm e em apenas 14.3% era de 11 a 20 ppm. Como o teste só foi efectuado aos fumadores, pode explicar-se o facto de em 66.7% ter sido negativo por estarem em abstinência, ainda não terem fumado à hora do teste, ou por o último cigarro ter sido fumado há mais de 4 a 6 horas antes do teste que é o tempo de semivida do monóxido de carbono.

Analisando os factores associados ao tabagismo constatou-se que em relação ao grupo etário a prevalência de tabagismo foi significativamente mais elevada no grupo com menos de 55 anos em relação ao grupo com mais de 55 anos. O maior número de fumadores encontrou-se na faixa etária dos 35 aos 44 anos. Também no INS (2005/2006) as proporções mais elevadas de fumadores se encontravam nos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos (2). Quanto ao género mostrou-se que a prevalência de tabagismo foi significativamente mais elevada no sexo masculino. De acordo com a evolução da epidemia tabágica em Portugal verificou-se um aumento da prevalência de tabagismo nos grupos etários dos 35 aos 44 anos e 45 aos 54 anos, no sexo masculino, com uma tendência para a diminuição da prevalência nos restantes grupos. Contrariamente, no sexo feminino assistiu-se a um aumento considerável do consumo de tabaco em todos os grupos etários (13). Neste estudo provou-se ainda que a relação entre ser fumador estando internado numa especialidade médica ou cirúrgica não foi estatisticamente significativa.

Quanto aos factores preditores do comportamento tabágico verificou-se que o facto de ser fumador estava significativamente relacionado com o internamento no serviço de psiquiatria, com o género e com a idade. O factor preditor mais importante do comportamento tabágico foi a idade, e mais concretamente ter menos de 55 anos. O segundo factor mais influente foi o internamento em psiquiatria, e por último ser do sexo masculino. Em relação ao nível educacional e situação profissional não se observou relação estatisticamente significativa com o comportamento tabágico. Relativamente ao internamento num serviço de psiquiatria não é surpreendente este resultado uma vez que são conhecidas elevadas taxas de tabagismo nos doentes psiquiátricos (3, 14, 15) e a legislação permite a existência de áreas destinadas a doentes fumadores nos serviços psiquiátricos (22). As salas de fumo existentes nestes serviços

não só incentivam a manutenção dos hábitos tabágicos como também promovem a sua iniciação.

Pela análise da intervenção clínica dos profissionais de saúde demonstrou-se que esta está ainda aquém do que seria pretendido. Não houve identificação de fumadores na esmagadora maioria dos doentes, e os resultados foram ainda mais decepcionantes no que respeita ao reforço positivo por não fumar e à exposição ao fumo ambiental do tabaco. Em relação aos fumadores, a abordagem ao tabagismo e aconselhamento para cessação foram realizados numa minoria dos doentes, a explicação dos malefícios do tabaco, métodos e tratamentos para deixar de fumar, possíveis problemas ao tentar deixar de fumar e referência para seguimento aconteceu numa percentagem de doentes ainda menor, e reflexões acerca das tentativas prévias de cessação, estratégias para lidar com os problemas, dependência física e fornecimento de material informativo não se verificaram com nenhum fumador.

Sabendo que o tabagismo é uma causa de morbimortalidade evitável, e que o internamento aumenta a receptividade para as informações sobre comportamentos de saúde e vida saudável, é surpreendente que os profissionais de saúde continuem a desvalorizar esta temática e não identifiquem os fumadores nem lhes ofereçam apoio para a cessação (1, 9). A intervenção no internamento torna-se urgente não só porque o doente fumador fica consciente da gravidade da sua doença, o que por sua vez aumenta a motivação para parar de fumar, como é mais fácil manter a abstinência no hospital, onde estão ausentes os factores desencadeadores do tabagismo. Permite também controlar a síndrome de abstinência e fazer cumprir a legislação que proíbe o consumo de tabaco nos locais onde sejam prestados cuidados de saúde (1, 22).

Quanto à intervenção prévia ao actual internamento, 42.9% dos fumadores referiram ter sido já aconselhados a deixar de fumar, foi referida a existência de tratamento eficaz a 33.3% e em apenas 9.5% foi oferecida ajuda. O aconselhamento ocorreu em outros internamentos em 44.4% dos doentes e em consultas de cuidados de saúde primários em 33.3%.

Segundo Gunes et al (16), num estudo que avaliou as atitudes e práticas de aconselhamento dos médicos para a cessação tabágica (autodeclaradas) num hospital universitário, 26.5% referiram abordar o comportamento tabágico dos seus doentes e 22.6% disseram aconselhar sempre os seus doentes a parar de fumar. Com estes resultados, tal como os obtidos na presente investigação, verifica-se que o aconselhamento para a cessação é pouco praticado pelos médicos, e como consequência são poucos os pacientes internados que recebem cuidados relacionados com o tabagismo.

Existe evidência científica que mostra a associação entre o sucesso da cessação tabágica com o tempo dispendido com o fumador, o número de sessões e de profissionais envolvidos, tal

como com a duração do tratamento. Para a intervenção ter sucesso deve existir aconselhamento e farmacoterapia (1, 5).

A avaliação das características associadas à motivação para deixar de fumar e à cessação tabágica são importantes para identificar grupos com diferentes probabilidades para deixar de fumar, e assim direccionar as estratégias de abordagem e programas de intervenção de forma diferenciada e personalizada (3). É necessário intervir em todos os doentes fumadores, motivados e não motivados, pelo que se deve proporcionar uma intervenção adequada dependendo da situação, estando a entrevista motivacional recomendada para os doentes menos motivados (1).

Um estudo de 2011 demonstrou que as intervenções farmacológica e combinada (farmacológica e comportamental) para redução do tabagismo em doentes fumadores que não estavam motivados a tentar deixar de fumar, aumentaram significativamente a abstinência a longo prazo (17).

A farmacoterapia deveria ser recomendada a todos os doentes fumadores, excepto quando existissem contra-indicações médicas, explicando todos os fármacos disponíveis para a cessação tabágica e respectivas indicações, eficácia, efeitos secundários e duração do tratamento (5).

Segundo Duffy et al (12), os pacientes que param de fumar durante a hospitalização têm quatro vezes mais probabilidade de serem capazes de parar de fumar por vinte e quatro horas, e duas vezes e meia mais probabilidade de serem capazes de parar de fumar aos seis meses após a alta hospitalar.

O aconselhamento que se inicia durante o internamento e se prolonga por mais de um mês após a alta hospitalar aumenta o sucesso da cessação tabágica (18). Contudo, a promoção da cessação tabágica em contexto hospitalar é pouco frequente. Os cuidados assistenciais nas unidades hospitalares centram-se mais no tratamento de patologias já existentes, descurando as intervenções preventivas (7). Estão descritos alguns obstáculos relativos aos profissionais de saúde para o tratamento do tabagismo durante o internamento. Por um lado, os médicos fumadores desvalorizam mais os malefícios do tabaco e nem sempre reconhecem o tabagismo como uma dependência e doença, não tendo motivação de exercer o seu papel de educação para a saúde. Por outro, a falta de formação específica não lhes permite uma intervenção segura e confiante, acabando muitas vezes por não dar o devido valor à temática do tabagismo (1, 7). Um outro aspecto importante é o pouco tempo que têm disponível para cada doente, e como consequência adoptam uma atitude de facultar informação para a saúde em vez de acções de promoção da saúde, não sendo a melhor opção para o auxílio à mudança comportamental (1). A solução poderá passar pela criação de programas intra-hospitalares de

avaliação, documentação e tratamento, com equipas constituídas por profissionais de saúde motivados, dando-lhes formação específica em intervenção breve e aconselhamento para cessação tabágica para que se possa modificar a abordagem ao tabagismo e o suporte oferecido aos doentes internados (7, 19). Sendo os médicos os profissionais de saúde com maior responsabilidade e maior impacto na abordagem ao tabagismo, é essencial que incluam a intervenção breve na sua prática clínica e a ofereçam a todos os fumadores sempre que estes contactem com as unidades de saúde. Os passos da intervenção baseiam-se na estratégia dos 5 A's passando por abordar se o doente fuma, aconselhar a deixar de fumar, avaliar a motivação para o abandono do tabaco, ajudar a planear a cessação e acompanhar através de consultas de seguimento (5).

Numa revisão Cochrane realizada por Rigotti et al demonstrou-se que a intervenção intensiva foi mais eficaz quando realizada por período mínimo de um mês após a alta, a intervenção com menos de 20 minutos não obteve benefícios significativos mesmo que continuada após o internamento, e a terapêutica de substituição da nicotina aumentava a eficácia de intervenção. O seguimento após a alta ocorreu de diversas formas, sendo o mais comum o telefonema proactivo (1, 20).

As unidades que prestam cuidados de saúde devem ser livres de fumo, tal como prevê a legislação (22), para que fumadores e não fumadores não sejam expostos ao fumo ambiental do tabaco (1). Dado que neste estudo não se encontraram diferenças significativas na dependência nicotínica, confiança e motivação para deixar de fumar entre os doentes psiquiátricos e não psiquiátricos, e que inclusive os doentes psiquiátricos apresentaram em média valores mais baixos de dependência nicotínica e mais altos para a confiança e motivação para a cessação, seria de ponderar a retirada da excepção prevista na lei para os serviços de psiquiatria. Etter et al (15), num estudo de 2008, demonstraram que após uma proibição total de fumo num hospital psiquiátrico, aumentou a proporção de fumadores a querer deixar de fumar e também a oferta de tratamento de substituição da nicotina.

As políticas de prevenção deverão ter como principal objectivo proteger as diversas gerações das consequências para a saúde, económicas, sociais e ambientais que o consumo do tabaco acarreta (4). A cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz a curto prazo, na redução da morbimortalidade associada ao tabaco (5).

5 Conclusões

Com esta investigação observou-se que o número de fumadores internados é baixo, apesar de não ter sido possível averiguar a verdadeira prevalência de fumadores.

Os principais factores preditores do comportamento tabágico foram a idade inferior a 55 anos, o internamento no serviço de Psiquiatria e ser do sexo masculino.

Apesar de evidências científicas demonstrarem a importância e eficácia da intervenção clínica e aconselhamento para cessação tabágica, verificou-se neste estudo que os profissionais de saúde não estão ainda sensibilizados para esta temática, não incluindo as estratégias de intervenção na sua prática clínica.

A aposta na formação específica dos profissionais em intervenção breve e em cessação tabágica torna-se assim fundamental, para que as oportunidades do internamento não sejam desperdiçadas.

5.1 Limitações do estudo

Ao longo da realização desta investigação surgiram algumas limitações que poderão ter influenciado os resultados encontrados.

Tratou-se de um estudo não multicêntrico e por isso a população não era representativa da região da Cova da Beira.

O facto de ser um estudo transversal constitui uma limitação na medida em que não tem em consideração as possíveis alterações que podem ocorrer ao longo do tempo.

O reduzido tamanho da amostra, consequência da elevada taxa de não participação dos doentes internados, não permitiu avaliar a verdadeira prevalência de tabagismo no Centro Hospitalar Cova da Beira. Grande percentagem dos doentes não participaram pois devido à idade avançada ou condição de saúde não lhes foi possível colaborar.

Não tendo sido efectuado um teste bioquímico de confirmação de uso de tabaco, o número de fumadores apurado neste estudo pode não ter correspondido ao número real de fumadores existentes no CHCB.

5.2 Perspectivas futuras

Este estudo é dos primeiros a avaliar a prevalência de fumadores num hospital português e o aconselhamento para cessação tabágica por parte dos profissionais de saúde, constituindo um pilar para investigações futuras. Só o conhecimento das reais prevalências de fumadores permite estudar, planear e implementar programas adequados às necessidades da populações e intervir de forma adequada.

Seria pertinente realizar uma investigação envolvendo outros hospitais da região, para que se obtivessem resultados mais significativos e conclusões mais consistentes para a população da Cova da Beira.

6 Referências Bibliográficas

1. Pamplona P. [In-patient smoker? - Providing appropriate intervention]. Revista portuguesa de pneumologia. 2007;13(6):801.
2. Machado A, Nicolau R, Matias DC. Tobacco consumption by the portuguese population. Data from the 2005-2006 National Health Survey. Revista portuguesa de pneumologia. 2009;15(6):1005.
3. Rosendo I, Fonseca G, Guedes A, Martins V. A characterisation of smokers and factors influencing motivation to stop smoking. Revista portuguesa de pneumologia. 2009;15(5):783.
4. Fraga S, Sousa S, Santos AC. Tabagismo em Portugal. Arq Med. 2005;19(5-6):207-29.
5. Ravara S. Curso de tabagismo SPP-Intervenção breve. Rev Port Pneumol. 2004:40.
6. Hjalmarson A, Boëthius G. The effectiveness of brief advice and extended smoking cessation counseling programs when implemented routinely in hospitals. Preventive medicine. 2007;45(2-3):202-7.
7. Ballbè M, Mondon Vehils S, Nieva Rifá G, Walther M, Saltó Cerezuela E, Gual Solé A. Evaluación de un programa de formación de profesionales sanitarios sobre abordaje del tabaquismo en pacientes hospitalizados. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol. 2008;20(2):125-9.
8. Santis M, Lucas C, Jesus L, Godinho S, Domingues F, Marques A. Smoking cessation in hospital inpatients: 10 months experience. Rev Port Pneumol. 2006;12(6 Suppl 1):S50-S1.
9. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B. Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. Canadian Journal of Cardiology. 2006;22(9):775-80.
10. Oliveira MVC, Oliveira TR, Pereira CAC, Bonfim AV, Leitão Filho FS, Voss LR. Smoking among hospitalized patients in a general hospital. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2008;34(11):936-41.
11. Ferreira ÂS, Campos ACF, Santos IPA, Beserra MR, Silva EN, Fonseca VAS. Smoking among inpatients at a university hospital. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2011;37(4):488-94.

12. Duffy SA, Scholten RL, Karvonen-Gutierrez CA. The relation of tobacco use during hospitalization to post-discharge smoking cessation among US veterans. *Preventive medicine*. 2010;50(5-6):285-7.
13. Precioso J, Calheiros J, Pereira D, Campos H, Antunes H, Rebelo L, et al. Estado actual e evolução da epidemia tabágica: em Portugal e na Europa. *Acta Med Port*. 2009;22(4):335-48.
14. Lineberry TW, Allen JD, Nash J, Galardy CW. Population-based prevalence of smoking in psychiatric inpatients: a focus on acute suicide risk and major diagnostic groups. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(6):526-32.
15. Etter M, Khan AN, Etter JF. Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Preventive medicine*. 2008;46(6):572-8.
16. Gunes G, Karaoglu L, Genc MF, Pehlivan E, Egri M. University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counseling in Malatya, Turkey. *Patient education and counseling*. 2005;56(2):147-53.
17. Asfar T, Ebbert JO, Klesges RC, Relyea GE. Do smoking reduction interventions promote cessation in smokers not ready to quit? *Addictive Behaviors*. 2011.
18. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168(18):1950.
19. Liu SK, Prior E, Warren C, Brown T, Snide J, Butterly JR. Improving the Quality of Care for the Hospitalized Tobacco User—One Institution's Transformational Journey. *Journal of Cancer Education*. 2010;25(3):297-301.
20. Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3.
21. Pestana E, editor. *Tabagismo Do Diagnóstico ao Tratamento*. Lisboa: LIDEL; 2006.
22. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 156, 14 de Agosto de 2007.
23. Aguiar P. *Guia prático climepsi de estatística em investigação epidemiológica: spss*. 1st Ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2007

Anexos

Anexo 1: Questionário de recolha de dados

Questionário de tabagismo dos doentes internados no CHCB

N.º. de código:

Data: __/__/__

Nome do doente (iniciais maiúsculas):

Processo clínico _____

Data de internamento: __/__/__

Serviço: _____

Diagnóstico de admissão: _____

Outros diagnósticos: _____

UMA: _____

Doseamento do monóxido de carbono:

0-6	
6-12	
12-20	
>20	

- Hora do teste: _____
- Quantos cigarros já fumou hoje? _____
- Há quanto tempo fumou o último cigarro? _____

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

Desde já agradeço a sua colaboração.

1) Sexo: M ☐ F ☐

2) Idade: ___anos

3) Situação profissional actual:

Profissão: _____

Activa ☐ Reforma ☐ Desemprego ☐ Em formação ☐

4) Qual o seu nível de formação: ___anos de escolaridade

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

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

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

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

Se Sim:

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

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

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

Sim ☐ Não ☐

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

Sim ☐ Não ☐

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

Sim ☐ Não ☐

➤ *Se é fumador responda às seguintes questões:*

10) Idade com que começou a fumar: ____anos

11) N.º. de cigarros/dia: ____

12) Para além de cigarros, fuma outro tipo de tabaco?

Sim ☐ Não ☐

12.1) Se respondeu *sim*, qual?

Cigarrilhas ☐ Charuto ☐ Tabaco de enrolar ☐ Cachimbo ☐

13) Quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia? (Número de cigarros)

☐ ≤10

☐ 11-20

☐ 21-30

☐ ≥ 31

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

☐ Nos primeiros 5 minutos

☐ Após 6-30 minutos

☐ Após 31-60 minutos

☐ Após mais de 60 minutos

15) Qual das afirmações se aplica ao seu caso?

☐ Quero parar de fumar

☐ Quero reduzir, mas não quero parar de fumar

☐ Não quero reduzir nem parar de fumar

16) Qual das afirmações se aplica ao seu caso?

☐ Fumo, mas penso deixar de fumar no espaço de 1 mês

☐ Fumo, mas penso deixar de fumar no espaço de 1 a 6 meses

☐ Fumo, mas penso deixar de fumar no espaço de mais de 6 meses

☐ Fumo, e não penso deixar de fumar

17) Já alguma vez tentou deixar de fumar?

Sim ☐ Não ☐

• Se respondeu **sim**:

17.1) Quantas vezes o fez? _____

17.2) Quantas vezes no último ano? _____

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

17.4) Fê-lo com ajuda de medicação? Sim ☐ Não ☐

17.5) Quanto tempo ficou sem fumar? _____ dias/ meses / anos

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

Sim ☐ Não ☐

• Se respondeu **sim**:

18.1) Esse aconselhamento ocorreu durante:

- ☐ Consulta de especialidade (Consulta Externa) Qual? _____
- ☐ Consulta de cuidados de saúde primários (Centro de Saúde)
- ☐ Internamento
- ☐ No decurso de um exame Qual? _____

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

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

Sim ☐ Não ☐

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

Sim ☐ Não ☐

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

	Sim	Não	Não sei
21.1) Algum profissional de saúde (médico, enfermeiro ou outro) lhe perguntou se fuma actualmente ou se já fumou?			
21.2) O seu médico ou algum profissional de saúde já o aconselhou a deixar de fumar?			
21.3) O seu médico ou algum profissional de saúde perguntou se queria deixar de fumar?			
21.4) O seu médico ou algum profissional de saúde já discutiu consigo as razões pelas quais poderá querer parar de fumar?			
21.5) O seu médico ou algum profissional de saúde já reflectiu consigo acerca das suas tentativas para deixar de fumar?			

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

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

Sim ☐ Não ☐

23) Acha que conseguiria deixar de fumar se assim o pretendesse?

Sim ☐ Não ☐

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

Sim ☐ Não ☐

25) Quer ser seguido após a alta através de consulta especializada?

Sim ☐ Não ☐

26) Quer ser seguido após a alta através de contacto telefónico?

Sim ☐ Não ☐

27) Sente-se confiante para deixar de fumar?

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

Não Confiante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completamente confiante

28) Qual a sua motivação para deixar de fumar?

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

*Sem nenhuma vontade
parar*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 Francamente decidido a

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo 2: Consentimento informado

Consentimento Livre e Informado

Eu, Ana Catarina Abreu Lucas, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Medicina Preventiva subordinado ao tema "*Tabagismo nos doentes internados no CHCB*". Venho deste modo solicitar a sua colaboração no estudo através do preenchimento deste questionário. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.


Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

(Data)

Anexo 3: Autorização para a realização do estudo

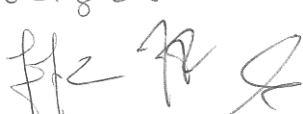
 Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

10/03/11
Núcleo de Investigação
29 MAR 2011

10/03/11


Parecer:

Despacho: 

autorizado no termo
de lei


ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 05/2009 - "Tabagismo nos doentes internados" - pedido de alargamento do estudo

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

N.º 19/NI

DE: Núcleo de Investigação

Data 09/03/2011

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio pedido de alargamento de autorização do estudo subordinado ao tema "Tabagismo nos doentes internados" a realizar no Hospital do Fundão.

Solicito, ainda, autorização para integração de Ana Catarina Abreu Lucas, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, como investigador no referido projecto.

Informo que este estudo já havia sido autorizado em 21 de Janeiro de 2009, pelo Conselho de Administração, que teve o parecer favorável nº.13/2009, emitido pela Comissão de Ética e que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.

Com os melhores cumprimentos, 

P'lo Núcleo de Investigação



(Dr.ª Rosa Saraiva)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.