



## **CESSAÇÃO TABÁGICA**

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 para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Mariana da Silva Salgado

Junho 2010



## **CESSAÇÃO TABÁGICA**

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 para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Mariana da Silva Salgado

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Sofia Belo Ravara

Junho 2010

*Dedico este trabalho aos meus Pais*

## └ Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão pela confiança e apoio incondicionais.

À restante família pela constante motivação.

Ao Miguel por ter estado sempre presente.

Aos meus amigos pela compreensão e incentivo.

À Isabel Coelho, por ter sido o meu grande apoio durante todo o meu percurso universitário, principalmente neste último ano.

À Dr.<sup>a</sup> Telma Mendes por me ter ajudado a escolher a área e a orientadora de mestrado.

À Dr.<sup>a</sup> Sofia Ravara, minha orientadora, a quem dirijo uma palavra de apreço e sincero agradecimento pela disponibilidade, dedicação, apoio e motivação, que se mostraram essenciais na realização desta dissertação.

## Índice

Agradecimentos.....	IV
Índice.....	V
Índice de Gráficos.....	VII
Índice de Tabelas.....	IX
Resumo.....	1
Abstract.....	3
Introdução.....	5
Materiais e Métodos.....	9
Resultados.....	14
Dados Sócio-demográficos.....	14
História Tabágica.....	16
Comportamento Tabágico.....	20
Ambiente do fumador.....	22
Co-morbilidades.....	22
Referenciação.....	25
Seguimento.....	27

Discussão / Conclusão .....	30
Referências Bibliográficas.....	44
Anexos.....	50

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o número de primeiras consultas, por cada ano analisado.....	14
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o género.....	14
<b>Gráfico 3:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o nível educacional.....	15
<b>Gráfico 4:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a actividade profissional .....	16
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a realização de tentativas prévias de cessação tabágica (CT).....	17
<b>Gráfico 6:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o recurso a apoio terapêutico nas tentativas prévias de CT.....	18
<b>Gráfico 7:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a duração da abstinência.....	19
<b>Gráfico 8:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a dependência nicotínica.....	20

<b>Gráfico 9:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a motivação para deixar de fumar.....	21
<b>Gráfico 10:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a existência de co-morbilidades.....	22
<b>Gráfico 11:</b> Distribuição das co-morbilidades dos fumadores com idade $\leq$ 30 anos.....	24
<b>Gráfico 12:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a existência de múltiplas co-morbilidades.....	25
<b>Gráfico 13:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o tipo de referenciação.....	26
<b>Gráfico 14:</b> Distribuição dos fumadores, segundo a comparência à segunda consulta.....	28
<b>Gráfico 15:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o estabelecimento de Dia D.....	29

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Caracterização da variável “Idade” .....	15
<b>Tabela 2:</b> Caracterização das variáveis “Idade de início dos hábitos tabágicos”, “Número de Cigarros/Dia” e “Duração dos hábitos tabágicos” .....	17
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o tipo de tratamento usado em tentativas prévias de CT .....	19
<b>Tabela 4:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o local onde fumam habitualmente .....	21
<b>Tabela 5:</b> Distribuição dos fumadores, segundo o seu ambiente de fumador .....	22
<b>Tabela 6:</b> Distribuição das co-morbilidades existentes na amostra .....	23
<b>Tabela 7:</b> Distribuição das outras dependências dos fumadores em estudo .....	24
<b>Tabela 8:</b> Tabela representativa da relação de independência entre as variáveis “Referenciação” e “Co-morbilidades” .....	27

**Tabela 9:** Tabela representativa da relação de independência entre as variáveis “2ª Consulta” e “Ano da consulta” .....28

**Tabela 10:** Tabela representativa da relação de independência entre as variáveis “Dia D” e “Ano da consulta” .....29

## Abreviaturas

Ao longo deste trabalho, por uma questão de simplificação, foram usadas as seguintes abreviaturas:

CHCB – Centro Hospitalar da Cova da Beira

CT – Cessação tabágica

OMS – Organização Mundial de Saúde

MNN – Métodos Não Nicotínicos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TSN – Terapêutica de Substituição Nicotínica

## Resumo

A epidemia tabágica é uma prioridade de Saúde Pública, a nível mundial, que exige medidas urgentes. A cessação tabágica é a estratégia preventiva mais custo-efectiva. É importante caracterizar os fumadores para adequar os programas às necessidades.

**Objectivos:** Caracterizar o perfil dos fumadores da consulta de cessação tabágica do CHCB; avaliar o tipo de referenciação; avaliar a adequação do programa.

**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo, através da análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes inscritos na consulta de cessação tabágica do CHCB, em 2008 e 2009. Foi feita a caracterização sócio-demográfica, da história e comportamento tabágicos, co-morbilidades, tipo de referenciação e seguimento.

**Resultados:** Foram analisados 218 doentes, 128 do ano de 2008 e 90 de 2009; o género predominante é o masculino (68,3%); a média de idades é de 44,8 ( $\pm$  12,8 anos); 30% é analfabeto ou apenas completou o ensino primário e 67% está profissionalmente activo; a média de idade de

início dos hábitos é de 17,1 ( $\pm$  3,9 anos), sendo o consumo médio diário de 23,2 ( $\pm$  9,7 cigarros) e a duração média dos hábitos de 27,7 ( $\pm$  13,1 anos); a maioria (76,8%) fez tentativas prévias de cessação e não recorreu a apoio terapêutico (59,7%); 66,7% apresenta moderada dependência nicotínica e 64,2% moderada motivação para deixar de fumar; a maioria (86,8%) tem co-morbilidades, sendo a patologia mais frequente as alterações de saúde mental; 53,2% dos fumadores foram referenciados por profissionais de saúde, e a referenciação foi maior em fumadores com co-morbilidades ( $p=0,006$ ); a maioria (60,6%) compareceu à 2ª consulta e 38,1% estabeleceu uma data para cessar ("Dia D"). O número de fumadores que compareceu à 2ª consulta e estabeleceu "dia D" em 2008 foi superior, comparativamente ao ano de 2009 ( $p<0,001$ ;  $p=0,006$ , respectivamente).

**Conclusões:** O formato da consulta intensiva de cessação tabágica do CHCB está de acordo com o perfil dos fumadores. No entanto, algumas medidas deveriam ser tomadas para aumentar a adesão ao programa e para motivar os profissionais de saúde para o aconselhamento e referenciação à consulta.

**Palavras-chave:** cessação tabágica, caracterização, referenciação.

## Abstract

Tobacco epidemic is a major Public Health priority and effective Tobacco Control is needed. Smoking cessation is the most cost-effective preventive strategy. Therefore it is important to characterize smokers in order to establish programs that match their needs.

**Objectives:** To characterize smokers seeking treatment in CHCB's smoking cessation program; to evaluate the type of referring; to evaluate how adequate the program is.

**Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted, based on the retrospective analysis of the smokers clinical forms, attending a smoking cessation intensive program at CHCB during 2008 and 2009. Demographic variables, smoking history and smoking behavior, associated diseases, type of referring and follow up were evaluated.

**Results:** Two hundred and eighteen patients were analyzed, 128 from 2008 and 90 from 2009; 68,3% were male; the mean age was 44,8 ( $\pm$  12,8 years); 30% are illiteracy or had only four years of schooling and 67% have a professional activity; the mean age of smoking starting was 17,1 ( $\pm$  3,9 years), the mean daily cigarette consumption was 23,2 ( $\pm$  9,7

cigarettes) and the mean duration of smoking habits was 27,7 ( $\pm$  13,1 years); most patients (76,8%) had previous smoking cessation attempts and 59,7% did so without therapeutic support; 66,7% had a moderate degree of nicotine dependence and 64,2% had a moderate motivation to quit smoking; most patients (86,8%) had co-morbidities, being the most frequent psychiatric disorders; 53,2% of smokers were referred to the program by a health professional and the referring was higher in smokers with co-morbidities ( $p=0,006$ ); most smokers (60,6%) appeared to a second consult and 38,1% established a D-day to start smoking cessation; the number of smokers who appeared to a second consult during 2008 was higher than in 2009 ( $p<0,001$ ); the same applies to the D-day ( $p=0,006$ ).

**Conclusions:** CHCB's smoking cessation program is in line with the smoker's profile. Nevertheless, interventions should be implemented to increase the compliance and to motivate health professionals to proactive counsel and referal their patients to this smoking cessation quit clinic.

**Keywords:** smoking cessation, smoker profile, referal smoking quit clinic.

## ┌ Introdução

O Tabagismo é uma dependência e uma doença crónica. (6, 7, 14, 18, 19, 26, 27, 34, 35) Constitui uma prioridade de Saúde Pública, a nível mundial, sendo uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte. (1, 5, 8, 12, 14, 18, 19, 21, 24-28, 35)

A epidemia tabágica é responsável por 5,4 milhões de mortes anuais em todo o mundo e, sem medidas de prevenção eficazes, prevê-se que em 2030 serão mais de 8 milhões, atingindo, 1 bilião durante o séc. XXI. (1, 4, 7, 14, 15, 18, 19, 28, 34)

O tabaco é o único produto de consumo legal que pode prejudicar todos os que a ele estão expostos, sendo factor de risco de 6 das 8 principais causas de morte em todo o mundo. (1, 4, 5, 19) O seu consumo mostra uma forte tendência de crescimento, sendo, por isso, urgente tomar medidas para travar esta epidemia. (1, 5, 15, 25)

Neste contexto, a OMS editou em 2008 o relatório, MPOWER, que recomenda e propõe um modelo integrado de intervenção de controlo do tabagismo. (1)

As seis medidas mais importantes e eficazes no controlo do tabagismo deverão ser aplicadas em conjunto:

**Monitor:** avaliar a prevalência de tabagismo e o impacto das políticas preventivas;

**Protect:** proteger a população da exposição ao fumo do tabaco;

**Offer:** disponibilizar ajuda para deixar de fumar;

**Warn:** alertar para os malefícios do tabaco;

**Enforce:** proibir a publicidade, promoção e patrocínio;

**Raise:** aumentar os impostos do tabaco. (1-3, 8, 13, 24, 26)

A cessação tabágica é a estratégia preventiva mais custo-efectiva. (1, 6-8, 12, 13, 16, 20, 26, 27)

Os profissionais de saúde têm um papel crucial na prevenção e controlo do tabagismo, para além do aconselhamento clínico e do apoio à cessação. (1, 6-10, 16-21, 27)

A OMS preconiza três tipos de intervenção integrada: (1, 10, 12, 18, 26, 34)

1. *Intervenção oportunista:* todos os profissionais de saúde, no âmbito da sua actividade clínica diária, aproveitando a

presença do doente por outros motivos, devem aconselhar a cessação.

2. *Intervenção mínima ou breve*, utilizando os “5 A’s”: ASK, perguntar se fuma; ADVISE, aconselhar a deixar de fumar, clara e consistentemente; ASSESS, avaliar a motivação para deixar de fumar; ASSIST, apoiar na cessação tabágica; ARRANGE, programar o seguimento no processo de CT. (10, 11, 18)
3. *Intervenção intensiva*: destina-se a fumadores motivados que não conseguem deixar de fumar sem ajuda, ou apenas com o apoio da intervenção breve. (6, 10, 12, 14-16, 19)

Um programa intensivo de cessação tabágica deve incluir intervenções educacionais e comportamentais, apoio psico-social e tratamento farmacológico. (8, 20, 22, 26) A dependência nicotínica exige tratamento farmacológico do síndrome de privação e os clínicos devem encorajar o seu uso, excepto se existir contra-indicação médica. (5-11)

A intervenção multidisciplinar obtém melhores resultados. (1, 6, 11, 16, 22) O suporte intensivo combina a terapia comportamental, farmacológica e apoio multi-profissional. (1, 6-8, 12-14, 16, 23)

É importante caracterizar a população de fumadores, de forma a delinear programas culturalmente adaptados e adequados às necessidades. (4, 8, 15)

Em Outubro de 2007 foi implementado um programa de cessação tabágica, no Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB), que inclui acções de sensibilização no próprio hospital e uma consulta intensiva. Os fumadores são referenciados pelos profissionais de saúde ou recorrem ao programa por iniciativa própria. A avaliação inicial é realizada através do questionário de auto-preenchimento de CT, da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. A utilização de questionários específicos permite objectivar a avaliação, melhorando a eficácia da intervenção. (12)

Os objectivos deste estudo são os seguintes:

- Caracterizar o perfil dos fumadores;
- Avaliar o tipo de referenciação;
- Avaliar a adequação do programa.

## 】 Materiais e Métodos

### Instituição de Saúde onde foi realizado o estudo

O Hospital Pêro da Covilhã é um hospital universitário de 284 camas, que serve uma população de cerca de 65 000 pessoas, no interior urbano-rural de Portugal.

A consulta de Cessação Tabágica, integrada no Departamento de Higiene e Segurança no Trabalho, teve início na referida instituição em Outubro de 2007. É uma consulta aberta à comunidade, com horário flexível, pós laboral. Tem, ainda, uma linha telefónica de apoio ao fumador e um site interactivo sobre tabagismo e recursos para deixar de fumar. Dispõe de apoio multi-disciplinar (psicologia, nutrição e psiquiatria), mas carece de apoio de enfermagem.

### Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo.

### População-alvo

A população-alvo deste estudo é constituída pelos fumadores que recorrem a um programa de cessação tabágica, integrado num Serviço de Saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

### População-alvo Identificável

Fumadores residentes no concelho da Covilhã, seguidos num programa de cessação tabágica do SNS.

### População de Estudo

A população de estudo é constituída por todos os fumadores residentes na área do CHCB, seguidos no programa de cessação tabágica do CHCB.

### Amostra em Estudo

Em muitos cenários de investigação não é possível, prático ou desejável, por limitações de tempo e/ou de recursos, obter amostras aleatórias. Nesses casos, é necessário optar por métodos não aleatórios de amostragem. (37)

O presente estudo baseou-se numa amostra de conveniência, na qual foram incluídos todos os doentes inscritos na consulta

intensiva de cessação tabágica do CHCB, no período compreendido entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2009.

### Recolha de Informação

Foi realizada uma análise documental, através dos processos clínicos dos doentes que constituem a amostra em estudo. Para isso, foram avaliados, retrospectivamente, os dados registados no protocolo de admissão da consulta de cessação tabágica do CHCB, dos doentes inscritos durante os anos de 2008 e 2009.

### Instrumento de recolha de informação

Foi analisado o questionário de auto-preenchimento, que constitui o protocolo standard da consulta intensiva de cessação tabágica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP).

### Variáveis

Pretende-se, com este estudo, caracterizar os fumadores da consulta de cessação tabágica do CHCB.

Desta forma, foram avaliadas variáveis sócio-demográficas, tais como, gênero, idade, nível educacional e actividade profissional.

Foram também analisados a história e comportamento tabágicos, através das seguintes variáveis: idade de início do comportamento tabágico, número de cigarros/dia, duração dos hábitos tabágicos; tentativas prévias de cessação tabágica, método de cessação e duração da abstinência; dependência nicotínica, motivação para deixar de fumar; ambiente do fumador e se fuma habitualmente em casa e no carro. A dependência foi avaliada através da escala de Fagerström (Anexo 3), método quantitativo mais utilizado para avaliar a dependência nicotínica; quanto mais elevado o score, maior o nível de dependência. (27, 28, 34-36) A motivação para deixar de fumar foi avaliada a partir da escala de Richmond (Anexo 4), medida semiquantitativa que permite quantificar o grau de vontade em parar de fumar, numa escala de 0 a 10. (27, 28, 34-36)

Além das variáveis mencionadas, foi avaliada a co-existência de co-morbilidades e outras dependências.

Por fim, foi também avaliado o tipo de referenciação à consulta e o seguimento, sendo que este foi caracterizado através das variáveis comparência na segunda consulta e estabelecimento do dia D.

### Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram analisados através do programa informático SPSS, *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17 para o Microsoft Windows®.

Foi realizada uma análise estatística descritiva, sendo que para as variáveis numéricas foram determinadas medidas de tendência central, tais como a média e a mediana, e medidas de dispersão, tal como o desvio padrão e a amplitude de variação, como o mínimo e máximo. Para as variáveis nominais e ordinais foram utilizadas frequências absolutas e relativas.

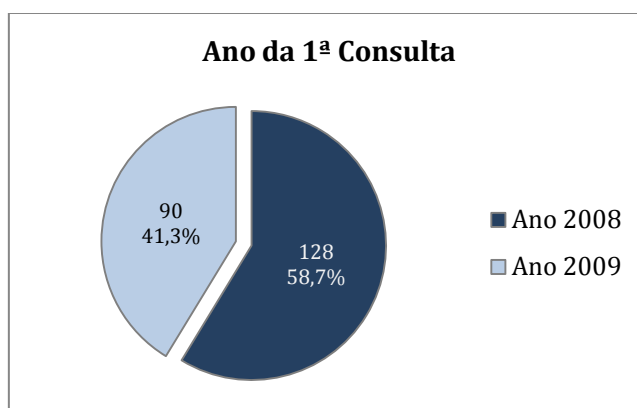
Para avaliar a independência de variáveis nominais ou ordinais, foi utilizado o teste de Qui-quadrado.

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

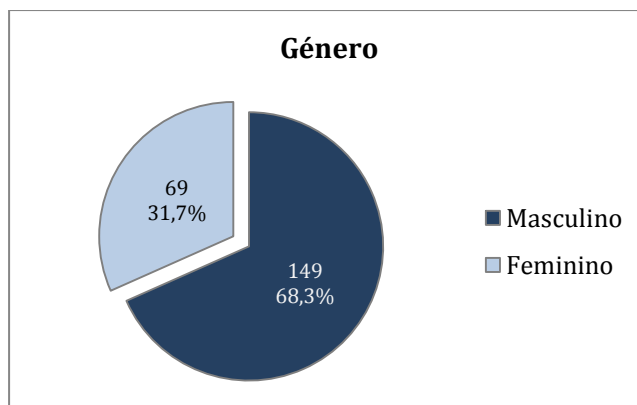
### Dados Sócio-demográficos

Foram analisados 218 processos, dos quais 128 tiveram a primeira consulta em 2008 e 90, em 2009 (Gráfico 1).



**Gráfico 1:** Distribuição dos fumadores, segundo o número de primeiras consultas, por cada ano analisado.

O género mais prevalente na consulta de cessação tabágica no período considerado foi o masculino (Gráfico 2).



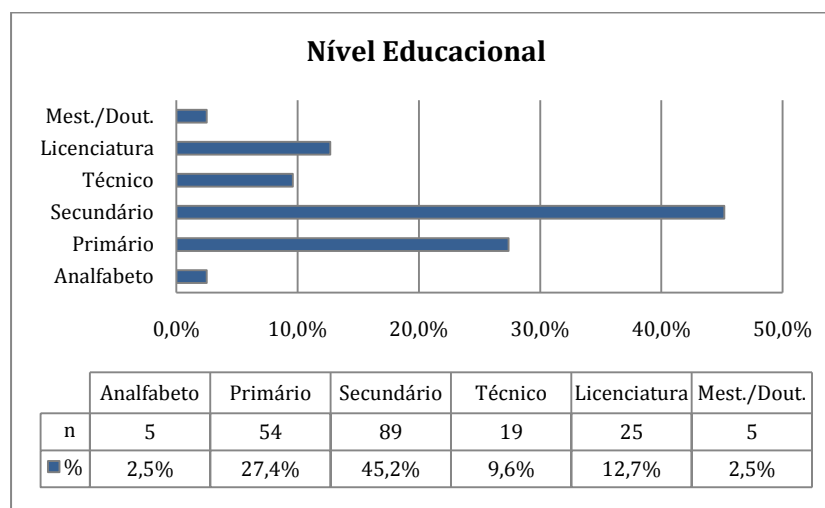
**Gráfico 2:** Distribuição dos fumadores, segundo o género.

A média de idades dos fumadores é de 44,77 ( $\pm 12,843$  anos), com um mínimo de 16 anos e um máximo de 74 anos (Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização da variável “Idade”.

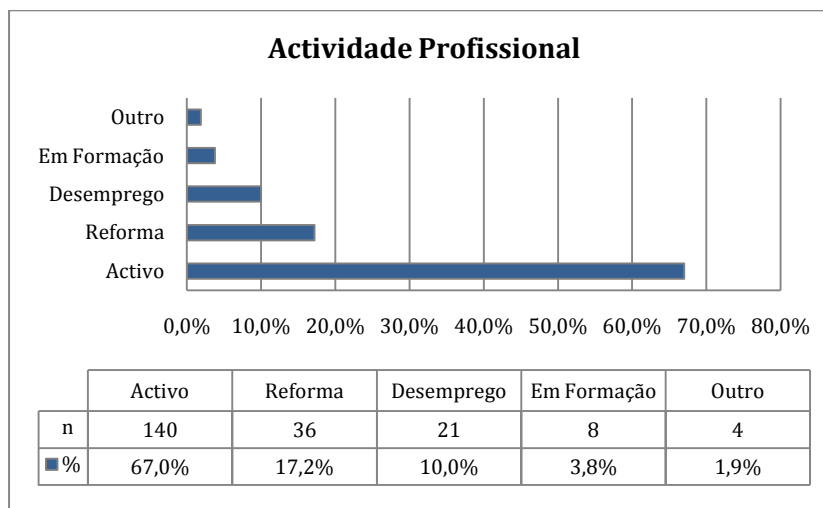
Idade	
N	218
Mínimo	16
Máximo	74
Moda	43
Média	44,77
Mediana	44,50
Desvio Padrão	12,843
IC 95% para a Média	
limite inferior	43,05
limite superior	46,48

De todos os doentes analisados, 30% é analfabeto ou apenas completou 4 anos de escolaridade (Gráfico 3).



**Gráfico 3:** Distribuição dos fumadores, segundo o nível educacional.

A grande maioria dos fumadores da consulta (67%) encontra-se activa em termos profissionais (Gráfico 4).



**Gráfico 4:** Distribuição dos fumadores, segundo a actividade profissional.

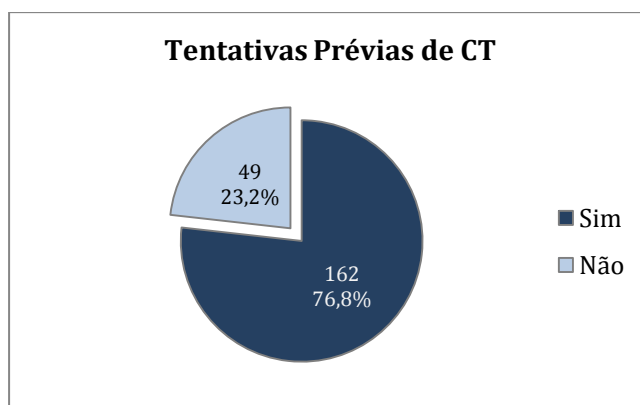
### História Tabágica

A média da idade de início do consumo de tabaco é de 17,12 ( $\pm$  3,983 anos), com um mínimo de 9 anos e um máximo de 34 anos, sendo que a média de consumo diário é de 23,21 ( $\pm$  9,688 cigarros) e a média da duração dos hábitos tabágicos é de 27,70 ( $\pm$  13,065 anos) (Tabela 2).

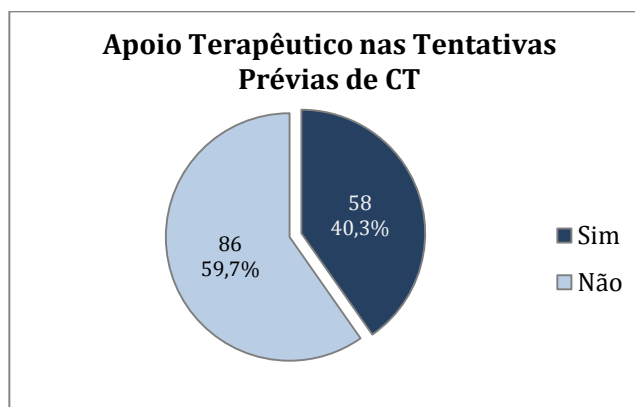
**Tabela 2:** Caracterização das variáveis “Idade de início dos hábitos tabágicos”, “Número de Cigarros/Dia” e “Duração dos hábitos tabágicos”.

	Idade de Início Hábitos Tabágicos	Número de Cigarros / Dia	Duração dos Hábitos Tabágicos
N	217	217	217
Mínimo	9	7	0
Máximo	34	60	60
Moda	18	20	20
Média	17,12	23,21	27,70
Mediana	17,00	20,00	26,00
Desvio Padrão	3,983	9,688	13,065
IC 95% para a Média			
limite inferior	16,59	21,92	25,95
limite superior	17,65	24,51	29,45

Dos 218 fumadores, 76,8% afirmaram ter realizado tentativas prévias de cessação tabágica (Gráfico 5).

**Gráfico 5:** Distribuição dos fumadores, segundo a realização de tentativas prévias de cessação tabágica (CT).

Relativamente ao método de cessação tabágica adoptado nas tentativas prévias para deixar de fumar, 40,3% dos fumadores recorreram a apoio terapêutico. (Gráfico 6)



**Gráfico 6:** Distribuição dos fumadores, segundo o recurso a apoio terapêutico nas tentativas prévias de CT.

Nos processos clínicos não há informação acerca do tipo de programa que seguiram. Apenas há referência ao tipo de tratamento utilizado, sendo que a maioria (66,7%) optou por Terapêutica de Substituição Nicotínica (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição dos fumadores, segundo o tipo de tratamento usado em tentativas prévias de CT.

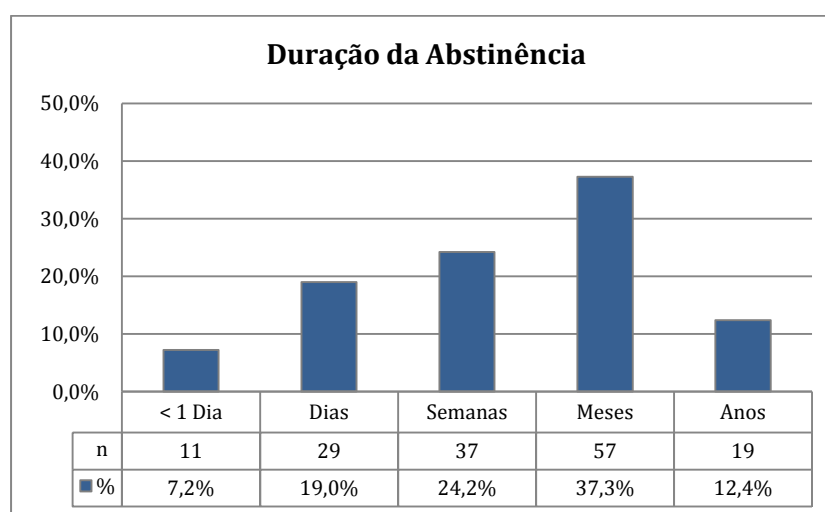
Tipo de Tratamento		
	n	%
TSN	34	66,7
MNN	11	21,6
Medicinas Alternativas	1	2,0
TSN + MNN	2	3,9
TSN + Med. Alt.	1	2,0
MNN + Med. Alt.	2	3,9
TSN + MNN + Med. Alt.	0	0,0

**TSN:** Terapêutica de Substituição Nicotínica

**MNN:** Métodos Não Nicotínicos

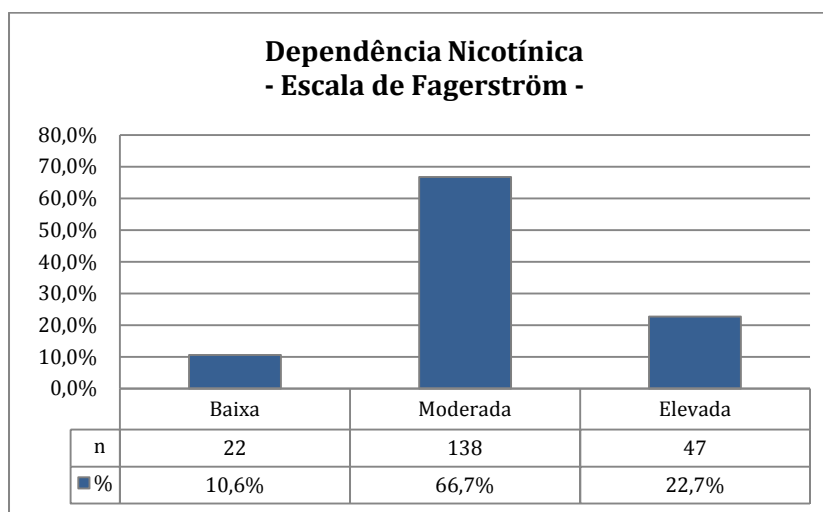
**Med. Alt.:** Medicinas Alternativas

Em relação ao tempo de abstinência na última tentativa de cessação tabágica, é de referir que 7,2% manteve-se sem fumar menos de 24 horas e 49,7% conseguiu meses ou anos de abstinência (Gráfico 7).

**Gráfico 7:** Distribuição dos fumadores, segundo a duração da abstinência.

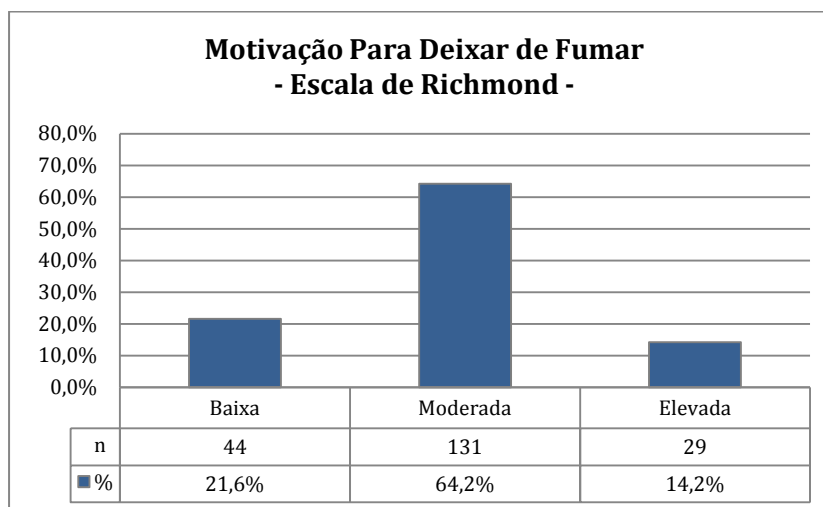
### Comportamento Tabágico

De acordo com a análise da escala de Fagerström, a maioria dos fumadores da consulta (66,7%) apresenta uma dependência nicotínica moderada (Gráfico 8).



**Gráfico 8:** Distribuição dos fumadores, segundo a dependência nicotínica.

Analisando a escala de Richmond, observa-se que a maioria dos doentes estudados (64,2%) apresenta moderado grau de motivação para deixar de fumar (Gráfico 9).



**Gráfico 9:** Distribuição dos fumadores, segundo a motivação para deixar de fumar.

A maioria dos fumadores fuma habitualmente em casa (67,5%) e no carro (80,5%) (Tabela 4).

**Tabela 4:** Distribuição dos fumadores, segundo o local onde fumam habitualmente.

Local Onde Fuma Habitualmente		
	n	%
Em Casa	131	67,5
No Carro	149	80,5

### Ambiente do fumador

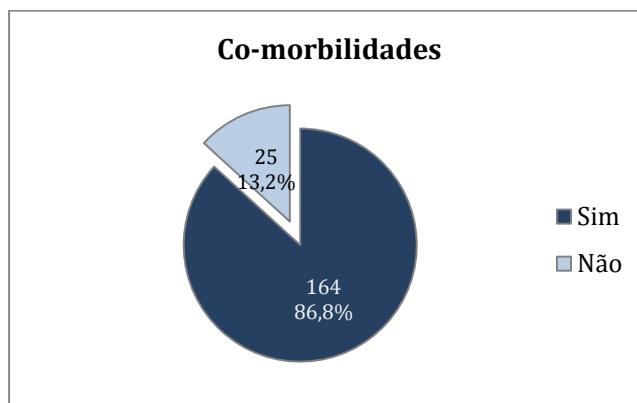
Quando questionados se convivem com fumadores, é maior o grupo de doentes que tem fumadores no seu círculo de amigos (Tabela 5).

**Tabela 5:** Distribuição dos fumadores, segundo o seu ambiente de fumador.

Ambiente do Fumador		
	n	%
Casa	83	40,3
Emprego	99	48,1
Amigos	124	60,2

### Co-morbilidades

A maioria dos doentes incluídos neste estudo (86,8%), apresenta co-morbilidades (Gráfico 10).



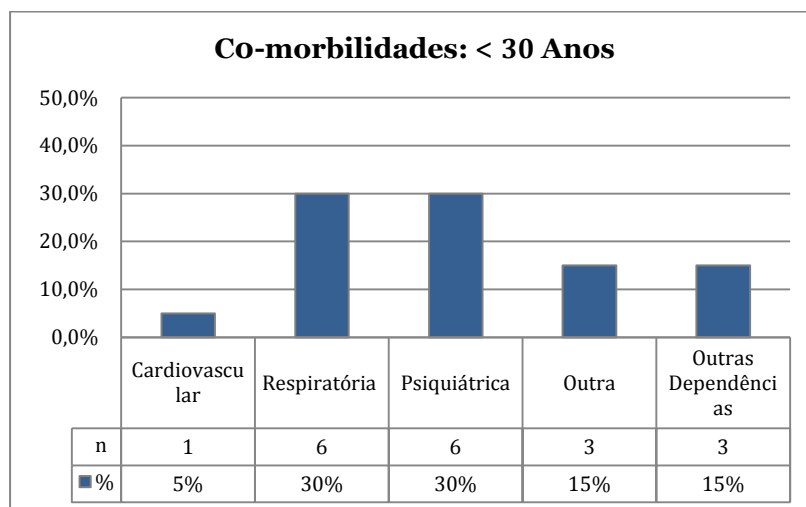
**Gráfico 10:** Distribuição dos fumadores, segundo a existência de co-morbilidades.

As doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e psiquiátricas apresentam maior prevalência na amostra em estudo. A patologia mais frequente é a alteração de saúde mental (Tabela 6).

**Tabela 6:** Distribuição das co-morbilidades existentes na amostra.

Co-morbilidades		
	n	%
D. Cardiovasculares	94	50,0
D. Respiratórias Crônicas	70	37,4
Diabetes Mellitus	14	7,5
D. Oncológicas	6	3,2
D. Psiquiátricas	55	29,4
Outra	44	23,4
Outras Dependências	30	16,0

Avaliando apenas os fumadores mais jovens, com idade igual ou inferior a 30 anos, verifica-se que as patologias mais frequentes nesta faixa etária são as doenças psiquiátricas e as respiratórias crônicas (Gráfico 11).



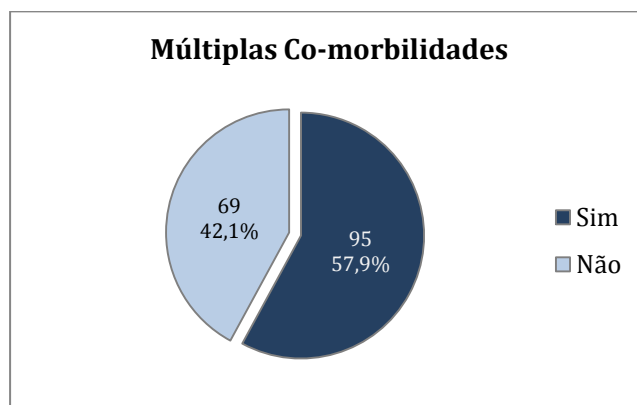
**Gráfico 11:** Distribuição das co-morbilidades dos fumadores com idade ≤ 30 anos.

Dos 30 doentes que afirmam ter outras dependências, a maioria (76,9%) apresenta consumo de álcool (Tabela 7).

**Tabela 7:** Distribuição das outras dependências dos fumadores em estudo.

Outras Dependências		
	n	%
Álcool	20	76,9
Haxixe	4	15,4
Heroína	6	23,1
Cocaína	4	15,4

De referir que, dos 164 doentes que apresentam co-morbilidades, aqueles que têm múltiplas co-morbilidades<sup>1</sup> constituem a maioria (57,9%) (Gráfico 12).



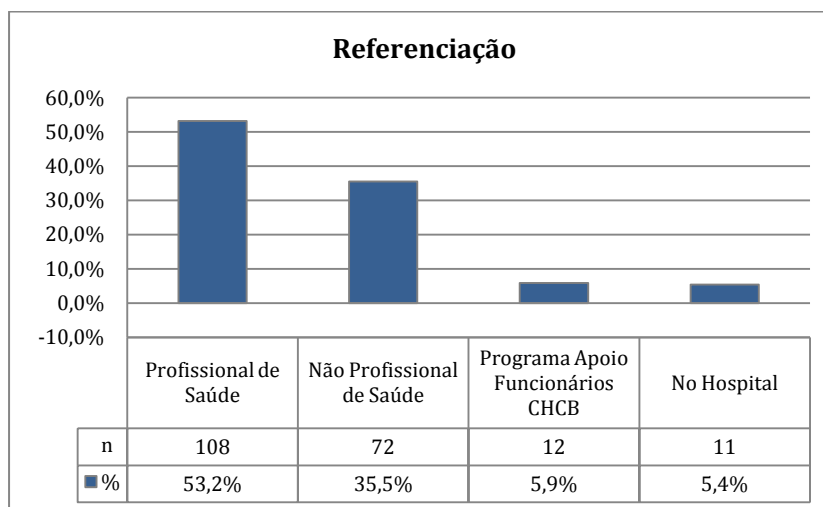
**Gráfico 12:** Distribuição dos fumadores, segundo a existência de múltiplas co-morbilidades.

### Referenciação

Para avaliar o tipo de referenciação à consulta, foram constituídas 4 categorias: Profissional de Saúde, Não Profissional de Saúde, Programa de Apoio aos Funcionários do CHCB e No Hospital. Neste contexto, o tipo de referenciação mais prevalente foi a realizada por um profissional de saúde (Gráfico 13).

---

<sup>1</sup> Foram considerados como tendo múltiplas co-morbilidades, todos os doentes com duas ou mais co-morbilidades.



**Gráfico 13:** Distribuição dos fumadores, segundo o tipo de referenciação.

A referenciação através dos profissionais de saúde foi maior nos fumadores que apresentam co-morbilidades, do que naqueles que não têm qualquer patologia, sendo esta diferença estatisticamente significativa,  $p = 0,006$  (Tabela 8).

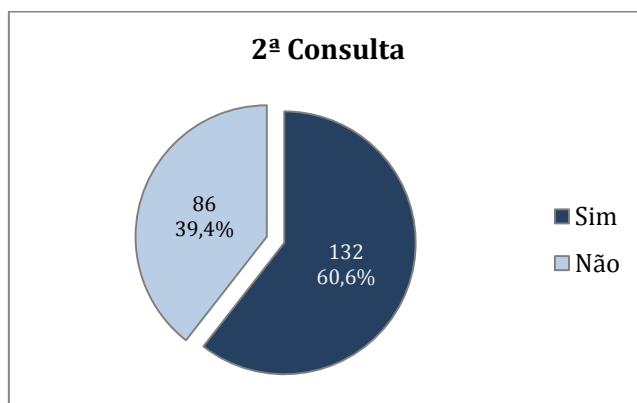
**Tabela 8:** Tabela representativa da relação de independência entre as variáveis “Referenciação” e “Co-morbilidades”.

		Co_morbilidades			p	
		Sim	Não	Total		
<b>Referenciação</b>	Prof_Saúde	n	93	5	98	0,006
		%	94,9%	5,1%	100,0%	
	Não_Prof_Saúde	n	44	14	58	
		%	75,9%	24,1%	100,0%	
	Prog_Apoio_Func_CHCB	n	9	2	11	
		%	81,8%	18,2%	100,0%	
	No_hospital	n	9	1	10	
		%	90,0%	10,0%	100,0%	
<b>Total</b>		n	155	22	177	
		%	87,6%	12,4%	100,0%	

### Seguimento

O seguimento foi avaliado através da comparência à segunda consulta e do estabelecimento do dia D, dia para iniciar a cessação.

A maioria dos fumadores (60,6%) compareceu à segunda consulta (Gráfico 14).



**Gráfico 14:** Distribuição dos fumadores, segundo a comparência à segunda consulta.

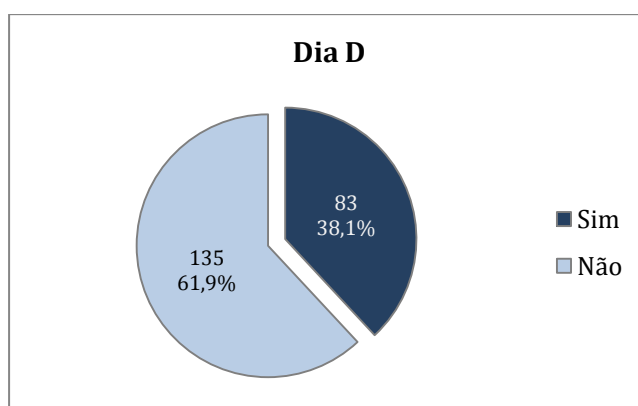
De referir que o número de doentes que compareceu à segunda consulta em 2008 é superior ao de 2009, sendo esta diferença estatisticamente significativa,  $p < 0,001$  (Tabela 9).

**Tabela 9:** Tabela representativa da relação de independência entre as variáveis “2ª Consulta” e “Ano da consulta”.

			Ano			p
			2008	2009	Total	
<b>2ª Consulta</b>	Sim	n	91	41	132	0,000
		%	68,9%	31,1%	100,0%	
	Não	n	37	49	86	
		%	43,0%	57,0%	100,0%	
Total	n	128	90	218		
	%	58,7%	41,3%	100,0%		

Em relação ao Dia D, foi menor a percentagem de doentes que o estabeleceu (Gráfico 15).

Apesar disso, em 2008 o número de fumadores que estabeleceu Dia D foi maior do que o de 2009, sendo esta diferença estatisticamente significativa,  $p = 0,002$  (Tabela 10).



**Gráfico 15:** Distribuição dos fumadores, segundo o estabelecimento de Dia D.

**Tabela 10:** Tabela representativa da relação de independência entre as variáveis “Dia D” e “Ano de consulta”.

		Ano			p
		2008	2009	Total	
Dia D	Sim	n	60	23	83
		%	72,3%	27,7%	100,0%
	Não	n	68	67	135
		%	50,4%	49,6%	100,0%
Total	n	128	90	218	
	%	58,7%	41,3%	100,0%	

## 】 Discussão / Conclusão

Os resultados do presente estudo mostram que a maioria dos fumadores que recorrem à consulta de cessação do CHCB, são homens, entre os 43 e os 47 anos; apresentam mais de 12 anos de literacia e encontram-se profissionalmente activos. Têm dependência nicotínica moderada e fumam há mais de 27 anos; apresentam moderada motivação para deixar de fumar. A maioria já tinha realizado tentativas prévias de cessação e apresenta co-morbilidades.

A maioria dos fumadores é referenciada à consulta através de um profissional de saúde.

O número de indivíduos que recorreu à consulta de CT em 2008 (128) é superior ao número equivalente de 2009 (90), tendo havido uma evolução desfavorável no número de primeiras consultas. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de o programa de CT do CHCB se ter iniciado com uma acção de sensibilização acerca do tabagismo e suas políticas de prevenção, entre Outubro e Dezembro de 2007. Tal estratégia interventiva, aliada à implementação da nova lei do tabaco, a 1 de Janeiro de 2008, Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, que aprova as normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao

fumo (30), pode ter contribuído para um aumento da motivação para deixar de fumar, o que se traduziu numa maior afluência à consulta de CT. Por outro lado, a crise económica e financeira que atingiu todo o mundo no início de 2009 pode ter tido um papel importante na falta de motivação para a cessação tabágica, uma vez que o tabaco é, muitas vezes, utilizado para diminuir o stress e a ansiedade. (19, 20, 26) Isto reflectiu-se no programa de CT do CHCB, tendo havido uma diminuição do número de primeiras consultas em 2009. O mesmo aconteceu no Centro de Saúde da Covilhã. (39)

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) (4), a prevalência geral do tabagismo em Portugal é de 20,9%, sendo maior no género masculino (30,9%) do que no feminino (11,8%). Na região Centro, a prevalência específica do tabagismo para o género é 24,6% nos homens e 9,1% nas mulheres. (4) Apesar disso, vários estudos mostram que a procura de apoio para deixar de fumar é maior no género feminino. (14, 15) No nosso estudo, o número de homens (68,3%) na consulta de CT do CHCB é superior ao número de mulheres (31,7%), o que se pode justificar pela baixa prevalência de fumadores do sexo feminino na região Centro (9,1%). (4) Se, por um lado, as mulheres começaram a fumar mais tarde, logo adoecem mais tarde e procuram ajuda numa fase mais tardia, por outro, há, devido a esse

facto, uma menor tendência dos clínicos em questionar as mulheres acerca dos hábitos tabágicos. (38)

A média de idades da amostra deste estudo é de 44,77 ( $\pm$  12,8 anos), de acordo com outros estudos (14, 15, 17, 19), podendo sugerir que são os doentes com maior duração dos hábitos tabágicos, aqueles que procuram apoio para o tratamento ou que são referenciados à consulta de CT por profissionais de saúde. (14, 24, 28)

Dados publicados por Caram et al (15) mostram que baixos níveis educacionais estão associados à prevalência do tabagismo; contudo, geralmente são os indivíduos mais escolarizados que primeiro solicitam apoio para deixar de fumar. (13, 24) Isto vem corroborar os resultados encontrados, que revelam que 30% dos fumadores apresentam até 4 anos de escolaridade e 70% têm mais de 12 anos de habilitações literárias.

A maioria dos fumadores (67%) encontra-se activa em termos profissionais. É de salientar a percentagem de desempregados (10,0%), uma vez que esta situação em muito contribui para a instabilidade emocional e estados de ansiedade, que se mostram determinantes para o insucesso na cessação tabágica. (13)

A idade média de início dos hábitos tabágicos é de 17,12 ( $\pm 3,983$  anos), enquadrando-se nos valores indicados por outras publicações feitas em Portugal (4, 14, 19, 31), o que mostra que a prevenção primária do tabagismo deve incidir essencialmente nos adolescentes. (19, 24)

Os resultados encontrados neste estudo indicam que o consumo diário é, em média, de 23,21 ( $\pm 9,688$  cigarros/dia), valor inferior ao encontrado noutro estudo português. (13) A duração dos hábitos tabágicos apresenta uma média de 27,70 ( $\pm 13,065$  anos). Estes dados vêm reforçar o facto de que os fumadores mais dependentes e com maior duração dos hábitos, são aqueles que procuram ajuda para deixar de fumar. (14)

A maioria dos fumadores estudados (76,8%) já tinha tentado deixar de fumar, de acordo com outros estudos. (14-16, 20, 21, 28) A existência de tentativas prévias de CT é um forte factor preditivo para a cessação, sendo que a maioria dos doentes necessita de várias tentativas até conseguir. (7, 16, 17)

Apesar de 76,8% ter realizado tentativas prévias, apenas 40,3% recorreram a apoio terapêutico, sendo que desses, 66,7% optaram por terapêutica de substituição nicotínica. Estes resultados vão de encontro aos encontrados na bibliografia (15, 17), mas contrariam o que está

preconizado nas actuais guidelines: a CT deve ser feita recorrendo a apoio médico e terapêutico. (7, 15)

Um dos factores associados a alto risco de insucesso da CT é um alto grau de dependência nicotínica. (15, 20, 26) Por outro lado, há mais procura de apoio para deixar de fumar entre os fumadores que apresentam moderado a elevado grau de dependência na escala de Fagerström. (13-15) Os resultados obtidos neste estudo reforçam esse facto, pois 89,4% dos fumadores tem um grau de dependência nicotínica moderado a elevado.

A motivação para deixar de fumar é um dos factores mais importantes e com maior valor preditivo na cessação tabágica. (7, 14, 17, 20, 26) À semelhança de outros estudos, (13, 15, 19, 28) a maioria dos fumadores desta amostra (64,2%) apresenta moderada motivação para deixar de fumar.

O suporte social é indispensável para o sucesso da cessação. É importante que o ambiente do fumador seja livre de fumo e que em seu redor haja, maioritariamente, não fumadores. (12, 20, 28) Neste estudo, 40,3% vivem com outros fumadores e 48,1% trabalham com fumadores. Além dos componentes sociais mencionados, os amigos também apresentam um papel fundamental no processo de CT. (12) Apesar disso, 60,2% refere ter amigos fumadores, o que pode dificultar

o êxito da cessação, pois aumenta a probabilidade de recaídas. (24) Por outro lado, 67,5% fuma dentro de casa e 80,5% no carro, o que mostra que o cigarro faz parte das rotinas diárias, tornando-se, assim, mais difícil a desabituação do comportamento tabágico. (27)

No presente estudo, 86,8% dos fumadores apresenta pelo menos uma patologia associada. As doenças cardiovasculares, respiratórias crónicas e psiquiátricas são as mais prevalentes na amostra, como em outros dados publicados. (13-15) Estes resultados confirmam que o tabagismo é um factor de risco para as doenças cardiovasculares. Tendo em conta que estas constituem uma das principais causas de morte em todo o mundo, a cessação tabágica deve ser uma prioridade. (15, 19) Da mesma forma, o tabaco é uma das principais causas de doença respiratória; isto explica o facto de os médicos pneumologistas referenciar os doentes à consulta de CT, uma vez que se encontram mais motivados para a abordagem do tabagismo. As patologias psiquiátricas são mais frequentes em fumadores, do que na população em geral, (12, 14) o que pode justificar os resultados deste estudo.

Analisando apenas as co-morbilidades presentes nos mais jovens ( $\leq 30$  Anos), existe uma predominância das doenças respiratórias crónicas e psiquiátricas. Neste caso, as patologias respiratórias são

hereditárias e o tabaco é um factor de agravamento, sendo estes doentes os que mais procuram ajuda para deixar de fumar.

Também é conhecida uma forte associação entre o consumo de tabaco e a dependência alcoólica, sendo que a prevalência do alcoolismo é cerca de 10 a 14 vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores. (14, 20, 21, 26) A percentagem de fumadores que apresenta consumo de álcool na amostra em estudo (76,9%) corrobora esses dados.

De referir, ainda, que a maioria dos fumadores estudados apresenta mais do que uma co-morbilidade. Estes resultados podem estar relacionados com o maior uso dos serviços de saúde por parte destes doentes, e conseqüente maior número de oportunidades dos profissionais para aconselhar a cessação, a par de um aumento da consciencialização dos próprios doentes para os malefícios do tabaco.

O segundo objectivo deste trabalho é a avaliação do tipo de referência à consulta.

É essencial que os profissionais de saúde tenham um papel activo na CT. Além de aconselhar os fumadores a deixar de fumar, os clínicos devem referenciá-los à consulta intensiva de CT, sempre que a

intervenção oportunista e a intervenção breve ou mínima não produzam os efeitos pretendidos. (10-12, 20, 21, 28)

Neste estudo, 53,2% dos fumadores foram referenciados através de profissionais de saúde. A contrastar com este valor, encontra-se a percentagem de doentes referenciados por indivíduos não profissionais de saúde, 35,5%. Estes dados indicam que os profissionais de saúde estão a referenciar menos do que deveriam, tendo em conta que a consulta de CT em causa foi formada para responder às necessidades hospitalares.

Por outro lado, a referenciação através dos profissionais de saúde foi maior nos fumadores que apresentam co-morbilidades, do que naqueles sem qualquer patologia associada. A diferença é estatisticamente significativa.

Desta forma, quando o clínico está perante um doente com co-morbilidades, o aconselhamento para deixar de fumar é mais frequente. Esta realidade prende-se com o facto de o tabaco ser factor de risco de várias patologias. No entanto, apenas 5,1% dos fumadores sem co-morbilidades foram referenciados por profissionais de saúde, o que indica que a intervenção clínica da abordagem proactiva do tabagismo ainda não é parte integrante da rotina médica. (10, 15) Uma das razões para esta hesitação dos profissionais de saúde poderá ser a falta de

informação acerca do programa de CT, assim como a baixa motivação, uma vez que apenas uma pequena percentagem de doentes segue esse conselho. (27) No entanto, os clínicos devem ter presente a ideia de que apesar de o aconselhamento não produzir efeitos imediatos na maioria das vezes, pode levar o doente à reflexão sobre uma possível cessação. (10, 21)

Para avaliar o seguimento, utilizaram-se as variáveis “comparência na segunda consulta” e “marcação do dia D”. A comparência na segunda consulta, que neste caso representa 60,6% dos fumadores, pode indicar a motivação do doente. Mesmo que ainda não tenha parado de fumar, o facto de ir à consulta pode significar a vontade de mudança comportamental.

A marcação do “Dia D” é fundamental no processo de desabituação e deve ser feita pelo próprio doente. (12) Neste estudo, apenas 38,1% dos fumadores o fez. Este resultado pode querer dizer que a maioria dos fumadores da amostra, quando foi à consulta de CT ainda se encontrava em fase de preparação no “Transtheoretical Model of Change”. (32)

Em termos comparativos, foi maior o número de doentes que compareceu à segunda consulta em 2008 do que em 2009. Também o número de fumadores que estabeleceu Dia D em 2008 foi superior ao

de 2009. As diferenças são estatisticamente significativas. De forma geral, a adesão ao programa foi melhor em 2008. Como já foi referido, no final de 2007 teve início o programa de CT do CHCB e em 2008 entrou em vigor a nova lei do tabaco. Estes factores podem ter contribuído para maior motivação dos fumadores em iniciar e cumprir o programa. Por outro lado, em 2008 houve um programa de apoio farmacológico à cessação, através do qual muitos doentes tiveram acesso gratuito aos fármacos; o facto de haver participação pode ter levado a maior motivação dos doentes e, conseqüentemente, melhor cumprimento. Pelo contrário, em 2009 o clima de stress e tensão social gerado pela crise económica, não foi favorável para as pessoas deixarem de fumar, ou para conseguirem cumprir o programa de cessação.

Desta forma, conclui-se que a consulta intensiva de cessação tabágica e os moldes em que é realizada, estão de acordo com o perfil dos fumadores. De referir que, ao contrário do que é recomendado, não há um enfermeiro de apoio à consulta de CT no CHCB; seria positivo ter o apoio da equipa de enfermagem no preenchimento de questionários, fornecimento de informações gerais sobre os malefícios do tabaco, e na avaliação de parâmetros, que, posteriormente, serão monitorizados em consultas de seguimento: peso, pressão arterial e concentração de monóxido de carbono no ar expirado. O enfermeiro também é muito

importante para telefonar aos fumadores quando estes faltam à consulta e, assim, promover a adesão ao programa, além de que muitos seguimentos podem ser telefónicos, método muito custo-efectivo. (36)

A cessação é a medida de controlo do tabagismo mais eficaz, a curto prazo, na diminuição da morbilidade e mortalidade.

Sendo assim, algumas medidas deveriam ser tomadas para melhorar a relação custo-efectividade da consulta e aumentar a adesão ao programa. Além de motivar os doentes para irem à consulta e cumprirem o plano traçado, é importante motivar os profissionais de saúde para os seguintes aspectos:

- Proactividade na abordagem do tabagismo;
- Aconselhamento da cessação;
- Referenciação à consulta.

Neste sentido, o programa de cessação tabágica do CHCB deveria incluir as seguintes estratégias:

- Implementar intervenções nas escolas, instituições da comunidade, além de farmácias, espaços comerciais e locais de trabalho, no concelho da Covilhã;
- Disponibilizar panfletos e material informativo nas salas de espera e outros locais do hospital;

- Apelar a alterações governamentais no sentido de obter isenção nas taxas moderadoras da consulta, à semelhança do que acontece com outras doenças crónicas e a comparticipação dos tratamentos, nomeadamente os farmacológicos;
- Promover a consulta de CT junto dos restantes profissionais de saúde da área do CHCB;
- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde para a importância e o impacto do aconselhamento e referenciação no combate ao tabagismo;
- Facultar formação na área da cessação tabágica aos profissionais de saúde;
- Estabelecer parceria com a faculdade de Medicina, no sentido de introduzir esta área e respectiva consulta na formação dos novos profissionais.

Todas estas medidas visam aumentar o sucesso da cessação tabágica, que aliado a uma boa estratégia de prevenção primária, poderá contribuir para a diminuição da prevalência do tabagismo no concelho da Covilhã.

Existem algumas limitações inerentes ao estudo realizado, nomeadamente:

- Trata-se de um estudo observacional transversal, que é o indicado para caracterizar um problema; no entanto, a população de estudo tem características específicas, não permitindo fazer inferências causais; (33)
- Apesar de o inquérito utilizado na consulta ser de auto-preenchimento, há situações em que é necessário ser o clínico a colocar as questões em entrevista directa, o que pode suggestionar o fumador. O facto de ter sido realizado num contexto de consulta poderá ter influenciado as respostas obtidas;
- A avaliação da motivação para deixar de fumar, foi realizada através da escala de Richmond, teste não validado em Portugal e com grande grau de subjectividade.

Teria interesse para complementar este estudo, a análise do aconselhamento médico, ou seja, verificar se os fumadores já teriam sido aconselhados a deixar de fumar. Visto que essa questão foi inserida

no questionário apenas em 2009, por escassez de dados não foi incluída.

De igual forma, a avaliação do rendimento mensal dos fumadores e quantia gasta por mês em tabaco trariam novos dados a este estudo, pois avaliariam a importância da necessidade da participação dos tratamentos farmacológicos.

Após a caracterização do perfil dos fumadores da consulta de CT do CHCB, seria pertinente a realização de um estudo para avaliação da taxa de cessação tabágica e principais causas de abandono do programa.

## Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. [Online]. 2008 [cited 2008 Nov]; Available from: URL:<http://www.who.int/en/>
2. World Health Organization. The European Tobacco Control Report, 2007. [Online]. 2007 [cited 2007 Jan]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>
3. World Health Organization. WHO Framework Convention On Tobacco Control. [Online]. 2003 [cited 2003 May]; Available from: URL:[http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf)
4. 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.
5. Fraga S, Sousa S, Santos AC, Mello M, Lunet N, Padrão P et al. Tabagismo em Portugal. ArquiMed. 2005; 19 (5-6): 207-29.
6. 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.
7. Van Schayck OCP, Pinnock H, Ostrem A, Litt J, Tomlins R, Williams S et al. IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic – practical guidance for primary care. *Prim Care Resp J.* 2008; 17 (3): 185-93.
  8. Panel statement from an NIH State-of-the-Science Conference held on 12-14 June 2006 at the National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. For a list of the members of the NIH State-of-the-Science Panel, see Appendix 1. For a list of other participants, see Appendix 2, available at [www.annals.org](http://www.annals.org). National Institutes of Health State-of-the-Science conference statement: tobacco use: prevention, cessation, and control. *Ann Intern Med.* 2006; 145: 839-44.
  9. Leatherdale ST, Shields M. Smoking cessation: intentions, attempts and techniques. *Health Rep.* 2009 Sep; 20 (3): 1-9.
  10. Cornuz J. Smoking Cessation Interventions in Clinical Practice. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007; 34: 397-404.
  11. Marlow SP, Stoller JK. Smoking Cessation. *Respir Care.* 2003; 48(12): 1238-54.
  12. Pascoal I. Cessação tabágica: Consulta especializada. *Rev Port Pneumol.* 2005 Ago; XI (3 Supl 1): 137-43.

13. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. Rev Port Clin Geral. 2008; 24: 13-20.
14. Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M, Caeiro F, Sotto-Mayor R et al. Casuística de quatro anos de uma consulta de apoio ao fumador. Rev Port Pneumol. 2009 Mar/Abr; XV (2): 179-97.
15. Caram LMO, Ferrari R, 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.
16. Hsueh KC, Chen CY, Yang YH, Huang CL. Smoking Cessation Program in Outpatient Clinics of Family Medicine Department in Taiwan: A Longitudinal Evaluation. Eval Health Prof. 2010 Feb; 33 (1): 12-25.
17. Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, Masui S, Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. Addiction. 2009; 105: 164-73.
18. Le Foll B, George TP. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. CMAJ. 2007 Nov; 177 (11): 1373-80.
19. Resende I, Fonseca G, Guedes AR, Martins V. Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a

- cessação tabágica. *Rev Port Pneumol.* 2009 Set/Out; XV (5): 783-802.
20. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med.* 2008; 102: 1182-92.
21. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med.* 2005; 99: 1303-10.
22. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur. J. Cancer Prev.* 2008; 17: 535-44.
23. Kalman D, Hoskinson R, Sambamoorthi U, Garvey AJ. A prospective study of persistence in the prediction of smoking cessation outcome: Results from a randomized clinical trial. *Addict Behav.* 2009; 35 (2010): 179-82.
24. Torrell JM, Cortada EB, Pinilla CF, Burgoa VS, Vásquez ER. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gac Sanit.* 2009; 23 (6): 539.e1-539.e6.
25. Borges M, Gouveia M, Costa J, Pinheiro LS, Paulo S, Carneiro AV. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Rev Port Pneumol.* 2009 Nov/Dez; XV (6): 951-1003.
26. Pamplona P, Mendes B. Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. *Rev Port Pneumol.* 2009 Nov/Dez; XV (6): 1121-156.

27. Pamplona P. Fumador internado? - A intervenção apropriada. Rev Port Pneumol. 2007 Nov/Dez; XIII (6): 801-26.
28. 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.
29. Padrão P, Lunet N, Santos AC, Barros H. Smoking, alcohol, and dietary choices: evidence from the Portuguese National Health Survey. BMC Public Health. 2007; 7: 138.
30. 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.
31. European Opinion Research Group. Special Eurobarometer: Europeans on smoking and the environment: actions and attitudes. Brussels: European Commission: 2003.
32. Spencer L, Pagell F, Hallion ME, Adams TD. Applying the Transtheoretical Model to Tobacco Cessation and Prevention: A Review of Literature. Am J Health Promot. 2002 Sep/Oct; 17(1): 7-71.
33. Aguiar P. Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.

34. Ferrero MB, Mezquita MA, Garcia MT. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª edición. Badalona: EUROMEDICINE, Ediciones Médicas, S.L.; 2009.
35. Muela RA, Guillem FC, Muñoz JL. Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje del tabaquismo. Madrid: International Marketing & Communication, S.A.; 2006.
36. Pestana E, Alves P, Borges ML, Matias D, Mendes B, Moreira S et al. Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda; 2006.
37. Maroco J. Análise Estatística, com utilização do SPSS. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
38. Precioso J, Calheiros J, Pereira D, Campos H, Antunes H, Rebelo L et al. Prevalence and Smoking Trends in Portugal and Europe. Acta Med Port. 2009; 22(4): 335-48.
39. in: Relatório Anual de Prevenção do Tabagismo no Centro de Saúde da Covilhã nos anos de 2008 e 2009 (dados não publicados).

# ┌ Anexos

# Anexo 1

02 FEB 2010

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

NUCLEO DE INVESTIGACAO  
26 FEB 2010

Parecer:	Despacho: <u>17 FEB. 2010</u> <i>autorizado nos termos da</i> <i>[assinaturas]</i>
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº2/2010 - "Cessação tabágica: estratégias de controlo e intervenções na prática clínica. Epidemiologia e caracterização dos fumadores na consulta de cessação de um hospital distrital."	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 6/2010
<b>DE:</b> Núcleo de Investigação	Data 02/02/2010
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Mariana Salgado, 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 "Cessação tabágica: estratégias de controlo e intervenções na prática clínica. Epidemiologia e caracterização dos fumadores na consulta de cessação de um hospital distrital", a realizar na consulta de cessação tabágica deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009:" A Comissão de Ética decidiu ainda: -----</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>psmcs</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>[assinatura]</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p>	



### Hábitos alcoólicos (CAGE adaptação)

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

### Apenas para ser preenchido pela mulher

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

### Teste de Fagerström

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

### 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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente confiante

### 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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Francamente decidido a parar

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

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

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

## CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

Data: |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
Dia mês ano

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: |\_\_| |\_\_| P. Hospitalar |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

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: \_\_\_\_\_

## Comportamento tabágico:

- 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="checkbox"/>	compulsão <input type="checkbox"/>	irritabilidade, cólera <input type="checkbox"/>
Agitação <input type="checkbox"/>	nervosismo <input type="checkbox"/>	ansiedade <input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	alterações sono <input type="checkbox"/>	outras: _____
dificuldade concentração <input type="checkbox"/>	aumento apetite <input type="checkbox"/>	
- Aumentou de peso quando parou de fumar? Sim  Não  |\_\_| |\_\_| Kg
- À sua volta quem fuma? Em casa: \_\_\_\_\_ Emprego \_\_\_\_\_  
Amigos \_\_\_\_\_
- Fumar dentro de casa? Sim  Não  Fuma dentro de carro? Sim  Não
- Fuma outro tipo de tabaco? Charutos  Cigarilhas  Cachimbo

**Factores de risco e patologia prévios e actuais:**

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

**Terapêutica em curso:**

Xantinas	<input type="checkbox"/>	Antidepressivos Qual: _____
Corticosteroides	<input type="checkbox"/>	Benzodiazepinas <input type="checkbox"/>
Insulina	<input type="checkbox"/>	Hipnóticos <input type="checkbox"/>
Antidiabéticos orais	<input type="checkbox"/>	Quinolonas <input type="checkbox"/>
Inibidores da MAO	<input type="checkbox"/>	Tramadol <input type="checkbox"/>
Antihistaminicos	<input type="checkbox"/>	Antiarrítmicos <input type="checkbox"/>
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			
<b>Perfil lipídico:</b>	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	_____
<b>ECG:</b>	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	_____
<b>Radiografia de tórax:</b>	Normal <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	_____
<b>Outros:</b>			

**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"/> ( <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="checkbox"/> Contemplação <input type="checkbox"/> Acção <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/>
- Indicação actual para cessação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
- Outras: _____

**PLANO:**

Dia previsto para cessação: <input type="text"/>	
<b>TERAPÊUTICA:</b>	
Comportamental	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Folhetos informativos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Substitutos de nicotina:</b>	
Gomas/pastilhas 2 mg	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Máximo: <input type="text"/> _____
Gomas 4 mg	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Máximo: <input type="text"/> _____
Transdérmicos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 16h <input type="checkbox"/> _____ Dose: <input type="text"/>
Bupropiona SR	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dose: <input type="text"/> mg
_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Psicotrópicos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Psicóloga	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Nutricionista	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

**PRÓXIMA CONSULTA:**

Contacto telefónico Sim  Não

Contacto telefónico Sim  Não

**CONSULTA DE SEGUIMENTO**

Nome: \_\_\_\_\_

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

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

**Terapêutica:**

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

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

<b>Bupropiona</b>	150 mg <input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/>	150 mg <input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/>
Adesão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
E. acessórios	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<b>Vareniclina</b>	2mg <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/>	2mg <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/>
Adesão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
E. acessórios	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

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)

<b>Psicóloga</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Nutricionista</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	CO ____ ____  ppm último cigarro  ____ ____  _____ <b>Peso</b>  ____ ____  Kg aumento  ____ ____  Kg <b>TA</b>  ____ ____  <b>Pulso</b>  ____ ____  <b>HAD A</b>  ____  <b>D</b>  ____	CO ____ ____  ppm último cigarro  ____ ____  _____ <b>Peso</b>  ____ ____  Kg aumento  ____ ____  Kg <b>TA</b>  ____ ____  <b>Pulso</b>  ____ ____  <b>HAD A</b>  ____  <b>D</b>  ____
<b>Plano de acção:</b>		

Contacto telefónico Sim  Não  Contacto telefónico Sim  Não   
 Próxima consulta: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

## ┃ Anexo 3

### Escala de Fagerström

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

Nos primeiros 5 minutos  3

6-30 minutos  2

31-60 minutos  1

Mais de 60 minutos  0

2) Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?

Sim  1

Não  0

3) Qual é o cigarro que mais lhe custa deixar?

O 1º da manhã  1

Qualquer outro  0

4) Quantos cigarros fuma por dia?

10 ou menos  0

11 a 20  1

21 a 30  2

31 ou mais  3

5) Fuma mais no começo do dia?

Sim  1

Não  0

6) Fuma mesmo quando está doente?

Sim  1

Não  0

Pontuação Total: \_\_\_\_\_

**Grau de Dependência: < 4 baixa 4-7 moderada > 7 elevada**

## └ Anexo 4

### Escala de Richmond

1) Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?

Não  0

Sim  1

2) Quantifique o seu interesse em deixar de fumar:

Não tenho interesse  0

Ligeiro  1

Moderado  2

Intenso  3

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

Não de certeza  0

Talvez não  1

Talvez sim  2

Sim de certeza  3

4) Qual é a sua possibilidade de ser ex-fumador nos próximos 6 meses?

Não de certeza  0

Talvez não  1

Talvez sim  2

Sim de certeza  3

Pontuação Total: \_\_\_\_\_

**Grau de Motivação: 0-6 baixa 7-9 moderada 10 elevada**