



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Caraterização dos programas de cessação tabágica
de âmbito hospitalar em Portugal - estudo
transversal descritivo
Estudo preliminar**

Mariana Silva Ribeiro

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

Orientadora: Prof.^a Doutora Sofia Belo Ravara
Coorientadora: Prof.^a Doutora Célia Nunes

Covilhã, maio de 2019

Dedicatória

Aos meus pais, à minha irmã e ao meu namorado.

“You do not just wake up and become the butterfly
Growth is a process.”

Rupi Kaur

“Success is the ability to go from one failure to another
with no loss of enthusiasm”

Winston Churchill

Agradecimentos

Aos meus pais e à minha irmã, por todo o carinho infinito, por todo o amor e apoio incondicionais. Por estarem sempre presentes, por me darem todas as ferramentas que me tornaram na pessoa que sou, por me perceberem melhor que ninguém, por me ensinarem todo o caminho. Estarei eternamente grata por tudo.

A ti Madrinha, sei que estás a olhar por mim. És a estrela mais bonita dos céus. Ainda sonho que não te foste embora e que vou voltar a ver-te.

Ao Bruno, por ser o meu companheiro de todas as horas, até das mais complicadas. Obrigada pelo teu amor, carinho, ajuda e apoio, sempre. Obrigada por me perceberes sem me explicar e por seres a melhor constante da minha vida.

À Rafaela Lopes e à Bárbara Pereira pela melhor amizade de longa data cheia de alegria e companheirismo.

À Maria Ferreira, pelo amparo e carinho. Por me ouvires com verdadeira atenção.

À Professora Doutora Sofia Belo Ravara, por toda a orientação, ajuda e imensa transmissão de conhecimentos.

À Professora Doutora Célia Nunes pelo profissionalismo e paciência. Obrigada pelos ensinamentos de bioestatística.

À Dr.^a Paula Rosa e Dr.^a Cláudia Matos pela disponibilidade.

Aos meus afilhados, por toda a força que me dão. Por acreditarem sempre em mim.

A todos os meus amigos, por me encorajarem.

A todos os meus tutores que proporcionaram a minha aprendizagem ao longo dos 6 anos de faculdade.

Resumo

Introdução: Em Portugal, a investigação sobre a organização e efetividade dos programas de cessação tabágica é escassa. Com o objetivo de descrever os programas hospitalares de cessação tabágica realizou-se um estudo transversal, aplicando um questionário de autoavaliação validado por painel Delfi: *European Smoking Cessation Assessment Network (self-audit-escan)*.

Metodologia: O questionário avalia o nível de implementação de oito diferentes dimensões (recursos humanos, sinalética, boas práticas clínicas, tipo de população abrangida, formação em cessação tabágica, atividades na comunidade, registo e recolha de dados, avaliação e investigação), utilizando uma escala ordinal de 0 a 4 (nada a completamente implementado). Em março de 2019, iniciou-se a recolha de informação por correio eletrónico, solicitando aos coordenadores dos programas o autopreenchimento do *self-audit-escan*. Realizou-se uma análise descritiva dos dados e comparou-se os programas hospitalares por região do país.

Resultados: Resultados em Portugal indicam que existe uma média de *scores* de aproximadamente 3 nos itens de anúncio claro que o serviço se destina a oferecer tratamento a quaisquer utilizadores de tabaco, de desenvolvimento de esforços para obter recursos humanos suficientes e da prática clínica se basear na evidência científica. Nos restantes itens verificou-se uma média de *scores* de aproximadamente 2. Verifica-se uma diferença significativa entre a média de *scores* de desenvolvimento de atividades de promoção de saúde na comunidade, nos grandes centros e restantes cidades do país ($p=0,004 > 0,05$) e uma tendência para a existência de diferença entre as médias de avaliação regular das suas atividades, nos grandes centros e restantes cidades ($p=0,073 < 0,1$).

Conclusão: Há espaço para melhorar os programas de cessação tabágica de âmbito hospitalar em Portugal, nomeadamente a maior aposta na formação e educação médicas, contribuição para a introdução de ferramentas e avaliação regular dos resultados da cessação tabágica e investigação neste domínio, programas dirigidos a populações específicas, possibilidade de formato grupal, promoção da saúde e ligação com a comunidade.

Palavras-chave

Cessação tabágica, Consultas de cessação tabágica, Centros Hospitalares, Controlo da epidemia tabágica, Fumo de tabaco

Abstract

Introduction: In Portugal, research about the organization and effectiveness of smoking cessation programs is scarce. With the objective of describing the hospital programs of tobacco cessation, a cross sectional study was conducted, applying a self-evaluation inquiry, appraised by the panel Delfi: European Smoking Cessation Assessment Network (*self-audit-escan*).

Methodology: The inquiry evaluates the level of implementation of eight different dimensions (human resources, signposting, good clinical practices, type of population involved, tobacco cessation training, community activities, data recording and collection, evaluation and research), using an ordinal scale from 0 to 4 (nothing to totally implemented). In March 2019, data collection via electronic mail was initiated, asking the tobacco cessation programs co-advisors to complete the *self-audit-escan*. A descriptive analysis was made and hospital programs were compared by country regions.

Results: Results in Portugal demonstrate that there is an average score of approximately 3 for the items of clear announcement that the department offers treatment to any tobacco users, efforts to obtain sufficient human resources and evidence-based clinical practice. In the remaining items there is an average score of approximately 2. There was a significant difference between the average score of development of health promotion activities in the community, in the major centers and other cities in the country ($p= 0.004 > 0,05$) and a tendency for the existence of a difference between the means of regular evaluation of its activities, in the large centers and other cities ($p= 0.073 < 0.1$).

Conclusion: There is space to improve smoking cessation programs in hospital context, in Portugal, such as a better training and medical education, contribution to the introduction of tools and regular evaluation of tobacco cessation results and research in this domain, programs targeted to specific populations, possibility of group format, health promotion and connection with the community.

Keywords

Tobacco cessation, tobacco cessation appointments, Hospitals, Tobacco epidemic control, tobacco smoke

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	vii
Abstract	ix
Keywords	ix
Lista de figuras	xiii
Lista de gráficos	xv
Lista de tabelas	xvii
Lista de acrônimos	xix
1. Introdução	1
1.1 Enquadramento geral	1
1.2 Objetivo geral	3
1.3 Objetivos específicos	4
2. Metodologia	5
2.1 Tipo de Estudo	5
2.2 Participantes	7
2.3 Análise estatística	8
3. Resultados	9
3.1 Análise documental	9
3.1.1. Distribuição das consultas em Portugal Continental	9
3.1.2. Frequência da consulta de cessação tabágica	11
3.2 Caracterização da amostra	11
3.3 Avaliação dos recursos humanos disponíveis nos programas hospitalares de cessação tabágica	12
3.4 Avaliação da proximidade dos programas hospitalares de cessação tabágica com a comunidade	14
3.5 Avaliação do formato de consulta de cessação tabágica	15
3.6 Avaliação da existência de barreiras e inovações nos programas hospitalares de cessação tabágica	15
3.6.1. Inovações	15
3.6.2. Comentários	16
3.7 Análise descritiva dos dados	17
4. Discussão	21
4.1 Limitações e estudos futuros	22
5. Conclusão	23
Referências bibliográficas	25
Anexos	27

Lista de figuras

Figura 1. Distribuição das consultas de cessação tabágica no SNS em Portugal Continental (NUTII)	9
--	---

Lista de gráficos

Gráfico 1. Especialidade médica	12
Gráfico 2. Enfermagem	12
Gráfico 3. Psicologia	13
Gráfico 4. Psiquiatria	13
Gráfico 5. Nutrição	13
Gráfico 6. Outras especialidades.....	14
Gráfico 7. Proximidade com a comunidade	14
Gráfico 8. Existência de consulta de grupo	15

Lista de tabelas

Tabela 1. Rede de consultas de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS em Portugal Continental (2018)	10
Tabela 2. Número total e prevalência padronizada de fumadores diários por região NUTII e sexo em Portugal Continental (2014)	10
Tabela 3. Número de respostas por região	11
Tabela 4. Serviço clínico das consultas de cessação tabágica	11
Tabela 5. Média de <i>scores</i> de resposta às dimensões do questionário de auto-avaliação <i>esccan</i> das consultas hospitalares do SNS em Portugal Continental	17
Tabela 6. Análise da diferença entre os grandes centros (Lisboa e Porto) e as restantes regiões do país	18

Lista de acrónimos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CECT	Consulta Especializada de Cessação Tabágica
CH	Centro Hospitalar
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
DGS	Direção Geral de Saúde
ENSP	<i>European Network on Smoking and Tobacco Prevention</i>
ESCCAN	<i>European Smoking Cessation Clinics Assessment Networking</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NUT	Nomenclaturas de Unidades Territoriais
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCANPT	<i>Smoking Cessation Assessment Networking Portugal</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TSN	Terapêutica de Substituição Nicotínica
ULS	Unidade Local de Saúde

Capítulo 1

1. Introdução

1.1 Enquadramento geral

O tabaco é fator de risco para inúmeras doenças, nomeadamente, cancro, doenças respiratórias e cardio-cerebrovasculares (1),(2). Também é fator de risco para artrite reumatoide, diabetes *mellitus* e doenças infecciosas (1, 2). Possui ainda efeitos negativos a nível reprodutor: complicações obstétricas e diminuição da fertilidade (1),(2).

Nas crianças a exposição ao fumo do tabaco leva a um aumento da inflamação e menor capacidade de *clearance* bacteriana, o que resulta num maior número de doenças e infeções respiratórias (asma, otites médias e infeções do trato respiratório inferior) e hospitalizações resultantes destas (3-5). A exposição pré-natal ao fumo de tabaco está associada a maior risco de malformações congénitas e baixo peso à nascença (6), e na criança está associado a comportamentos de hiperatividade (7).

O consumo de tabaco é a principal causa de mortalidade prematura, agrava as doenças não transmissíveis e prejudica a saúde das populações, levando, conseqüentemente, a maior necessidade de cuidados de saúde (1, 2, 8). Aumenta o absentismo ao trabalho e os custos económicos (1),(8). Assim, o consumo de tabaco constitui a principal causa evitável de doença e morte, atingindo todas as regiões do mundo e estratos sociais, com tendência crescente para afetar grupos mais desfavorecidos, o que agrava as desigualdades em saúde (2).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, por ano, o tabaco mata mais de 7 milhões de pessoas (9) e 12% das mortes em idade adulta são atribuíveis ao tabaco (10), justificando uma ação preventiva e de controlo da epidemia de um modo consistente e continuado.

Na Europa ao longo das últimas décadas tem-se verificado uma diminuição do consumo de produtos de tabaco (11). No entanto, desde 2014 assiste-se a uma estagnação desta tendência. Os países europeus com maior investimento em políticas de controlo tabágico apresentam menor prevalência de fumadores e taxas de cessação tabágica mais elevadas (12), no entanto, mais de um quarto dos europeus ainda consomem produtos de tabaco (11). Globalmente, e também em Portugal, os jovens, os homens (13), os desempregados, as pessoas de baixo estatuto socioeconómico e baixo nível de escolaridade (14) apresentam maior probabilidade de consumo tabágico e menores intenções de cessação tabágica (11).

Em Portugal, de acordo com os dados dos inquéritos nacionais de saúde (1987-2014), houve uma diminuição do consumo de tabaco nos homens, mas a prevalência de fumadoras aumentou (15). Desde 1987 até 2006 já se tinha averiguado um aumento considerável na prevalência de tabagismo na população jovem-adulta do sexo feminino (16). No inquérito de 2014, verificou-se maior prevalência de consumo de tabaco na faixa etária dos 25 aos 34 anos (17). Desde 1987 até 2014 nos homens com escolaridade até ao 9º ano o consumo diário de tabaco manteve-se

estável, sendo que houve uma diminuição nos com escolaridade superior (15). Nas mulheres verifica-se o oposto, pois o aumento do nível de escolaridade está associado um maior consumo diário: até 1998/99 o consumo era mais alto nas mulheres com um grau académico mais elevado, mas posteriormente o maior consumo verificou-se nas com escolaridade de ensino secundário e 9ºano (15). Assim, em Portugal verificou-se um maior consumo diário de tabaco nos homens desempregados, divorciados, residentes no Alentejo e nos trabalhadores não qualificados, enquanto nas mulheres há um maior consumo diário nas que têm profissões mais qualificadas, divorciadas e habitantes no Algarve (15).

Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial no aconselhamento sobre cessação tabágica e na educação dos fumadores (18, 19). Deste modo, os médicos são essenciais contra a epidemia tabágica, no entanto, está demonstrado que ainda não estão a desempenhar adequadamente a sua função, pois muitas das vezes subestimam o seu papel (20) e prestam pouca atenção ao controlo desta epidemia (21).

De acordo com as *guidelines* internacionais, os fumadores devem ter acesso, em cada hospital, a um especialista com formação em cessação tabágica (22),(23). Por isso, a cessação tabágica deve fazer parte do currículo dos profissionais de saúde (24). Todos os profissionais de saúde, principalmente os médicos, devem fornecer recursos de cessação e fazer aconselhamento breve em tabagismo, sendo que também é possível recorrer a técnicas mais intensivas (entrevistas motivacionais e terapia cognitivo-comportamental) (24). A entrevista motivacional é um aconselhamento que tem como base uma relação terapêutica de respeito mútuo entre médico e fumador, que permite esclarecer os objetivos dos fumadores e motivá-los para cessarem os seus consumos (25). As intervenções breves são aconselhamentos simples de menor duração que avaliam a vontade do fumador para deixar de fumar, oferecem apoio para tal e opções de tratamento farmacológico(25). De acordo com as *guidelines* portuguesas, o tratamento farmacológico de primeira linha consiste em terapêutica de substituição nicotínica, vareniclina, nortriptilina e bupropiona (26).

Assim, é importante que a formação dos profissionais de saúde em cessação tabágica abranja um componente teórico e prático no aconselhamento acerca das vantagens da suspensão do consumo de tabaco e métodos disponíveis para o tratamento da respetiva dependência (22, 23). Estudos demonstram que intervenções que recorram não só à abordagem comportamental, como também, em combinação, à farmacoterapia, aumentam o sucesso de cessação tabágica (18, 27).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), a consulta de cessação tabágica requer uma equipa multiprofissional, constituída por um médico, um enfermeiro e um administrativo, sendo aconselhado, também, o apoio por um psicólogo e um nutricionista (28). Muitos fumadores têm patologia psiquiátrica (29), depressão e ansiedade, o que enaltece a necessidade de acompanhamento por um psiquiatra ou psicólogo que faça parte da equipa (24). Os enfermeiros também desempenham um papel importante no aconselhamento e terapia comportamental de cessação tabágica (26).

Os serviços devem estar disponíveis para todos os fumadores, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis e de maior risco (adolescentes, profissionais de saúde, doenças mentais, uso de substâncias, doenças agravadas ou relacionadas com o tabaco, grupos com alta prevalência de hábitos tabágicos e grávidas) (19, 23). Os hospitais devem oferecer tanto cessaçã tabágica em formato individual como em grupo (22), pois ambas são eficazes no aumento das taxas de cessaçã tabágica (25), apesar de alguns estudos evidenciarem até que a intervençã em grupo poderá estar associada a maiores taxas de sucesso de cessaçã tabágica do que a abordagem em formato individual (30).

É recomendado que os centros hospitalares avaliem e monitorizem, regularmente, a sua atividade clínica (23) , sendo esta necessidade de avaliaçã regular do controlo tabágico realçada peçã DGS (28). Enaltece-se igualmente a necessidade de verificaçã do cumprimento da lei portuguesa de cessaçã tabágica (19).

É conjuntamente fundamental a prática de avaliaçã regular dos programas de cessaçã tabágica através de investigaçã robusta, apoiando todas as iniciativas para o desenvolvimento desta, visto que está demonstrada a existênciã de uma relaçã entre investigaçã e política de saúde: a investigaçã pode influenciar o desenvolvimento e adoçã de certas políticas, como políticas de espaçõs sem fumo de tabaco, impostos, alteraçã dos rótulos dos maços de tabaco e tratamentos de cessaçã tabágica (31). Ressalta-se a importânciã da prática clínica ser baseada na evidênciã científica existente (22).

Em Portugal, a investigaçã sobre a organizaçã dos programas de cessaçã tabágica é escassa. A descriçã da realidade dos serviços de consulta de cessaçã tabágica é importante para melhorar os programas de cessaçã tabágica e desenvolver ações de prevençã. Por isso, com o objetivo de caraterizar os atuais programas hospitalares de cessaçã tabágica no Serviçõ Nacional de Saúde realizou-se este estudo descritivo sobre a organizaçã das consultas de cessaçã tabágica de âmbito hospitalar em Portugal Continental.

Este estudo está integrado no projeto *Smoking Cessation Assessment Networking Portugal* (SCANPT) que tem como objetivo compreender como se organiza e carateriza a oferta dos programas de cessaçã tabágica em Portugal. Este está inserido num projeto pioneiro, o “*European Smoking Cessation Assessment Networking*” (ESCAN), que envolve uma cooperaçã de peritos de 27 países da Uniã Europeia. O ESCAN tem como finalidade debate interativo, partilha de conhecimentos e boas práticas de cessaçã tabágica (32).

1.2 Objetivo geral

Esta dissertaçã tem como objetivo caraterizar os atuais programas hospitalares de cessaçã tabágica do SNS em Portugal Continental.

1.3 Objetivos específicos

- Avaliar os recursos humanos disponíveis nos programas hospitalares de cessaçã tabágica;
- Avaliar e descrever o formato de consulta (formato grupal/individual) de cessaçã tabágica;
- Avaliar a frequênci da consulta de cessaçã tabágica;
- Avaliar a proximidade dos programas hospitalares de cessaçã tabágica com a comunidade;
- Avaliar a existênci de barreiras para o bom funcionamento e organizaçã das consultas, assim como inovações nos programas hospitalares de cessaçã tabágica;
- Comparar os programas hospitalares de cessaçã tabágica nos grandes centros e restantes cidades do país.

Capítulo 2

2. Metodologia

2.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal descritivo, em que é aplicada uma metodologia quantitativa e qualitativa. Este estudo consiste em duas abordagens diferentes:

- a) Análise documental baseada na informação acerca da organização dos programas hospitalares de cessaçãõ tabágica presente no portal da *DGS*, mais especificamente sobre a frequência da consulta e número de consultas.

A análise documental baseou-se na pesquisa bibliográfica, através do Portal *DGS* (<https://www.dgs.pt/>). A pesquisa bibliográfica foi efetuada a partir de outubro 2017 até maio 2019.

- b) Aplicação de um questionário estruturado de autoavaliaçãõ dos serviços de cessaçãõ tabágica (*self-audit-escan*).

O questionário avalia os seguintes tópicos: nível de implementaçãõ dos recursos humanos, sinalética, boas práticas clínicas, formaçãõ em cessaçãõ tabágica, atividades na comunidade, tipo de populaçãõ abrangida, registo e recolha de dados, avaliaçãõ e investigaçãõ (Anexo I). Este questionário foi criado em 2009, desenvolvido e validado por um grupo de especialistas em controlo tabágico de 27 países europeus, integrando o estudo do “*European smoking cessation clinics assessment and network group*” (e.SCCAN) (32). O questionário utiliza uma escala ordinal tipo *Likert* de 0 (nada implementado) a 4 (completamente implementado). Este avalia a organizaçãõ das consultas de cessaçãõ tabágica.

Tem 8 dimensões:

- Sinalética
 - A designaçãõ “Cessaçãõ tabágica” (ou equivalente) consta em todos os documentos das CECT, impressos ou em formato eletrónico, e à entrada das suas instalações;
 - A designaçãõ “Cessaçãõ tabágica” (ou equivalente) consta na referênciã às CECT na internet;
 - Existe um número de telefone específico através do qual é possível contactar os profissionais de saúde das CECT;
 - A CECT deverá constar da respetiva listagem nacional e regional.
- Nível de implementaçãõ dos recursos humanos

- Os profissionais de saúde das CECT deverão ter disponibilidade e tempo suficiente para assegurar que o tempo de espera para a primeira consulta não exceda as 3 semanas;
- Existe um processo de acreditação ou certificação para todo o pessoal;
- Pelo menos metade do pessoal tem formação acreditada ou acreditação equivalente a especialista de cessação tabágica;
- Há possibilidade de prescrever todos os tratamentos farmacológicos específicos para a cessação tabágica;
- Existe uma sala atribuída para o aconselhamento de cessação tabágica num espaço tranquilo (> 10m²);
- Existe pelo menos um aparelho de coximetria por CECT para 600 visitas/ano;
- Questionários de autoavaliação como o teste de *Fagerstrom* para a dependência nicotínica (FTND) estão disponíveis para todos os doentes;
- A sala de consulta está equipada com um computador;
- Os produtos farmacológicos estão disponíveis para serem apresentados e informar os utilizadores de tabaco (amostra ou visualização no computador, folhetos ou outros documentos).
- Boas práticas clínicas
 - As recomendações de boas práticas estão identificadas e são aplicadas;
 - A primeiras visitas de formato individual requerem habitualmente o dobro do tempo da visita de seguimento e a duração mínima de 30 minutos. Nas visitas de formato grupal, a primeira visita deve demorar pelo menos 90 minutos;
 - O serviço tem uma abordagem multimodal (*i.e.* visitas de formato individual, de grupo, apoio telefónico, seguimento por e-mail, referênciação a linhas de apoio telefónico, programas na internet,...)
- Tipo de população abrangida
 - A maioria dos novos doentes têm comorbilidades, outras dependências, são grávidas ou têm um baixo nível socioeconómico;
 - Deve ser claramente anunciado quais os grupos específicos que poderão ter acesso às CECT).
- Formação em cessação tabágica
 - As CECT contribuem proactivamente para a formação e treino de profissionais de saúde não médicos no tratamento da dependência tabágica;
 - As CECT contribuem proactivamente na educação médica específica no tratamento da dependência tabágica, assim como na avaliação do tratamento e da cessação).
- Atividades na comunidade
 - As CECT desenvolveram atividades de promoção da saúde, incluindo a participação em programas baseados na comunidade, no corrente ano.
- Registo e recolha de dados

-A abstinência tabágica é registada aos 3, 6 e 12 meses. A avaliação aos 6 meses é o resultado mais importante;

-Os dados estatísticos da avaliação da cessação tabágica são sistematicamente recolhidos.

- Avaliação e investigação

-As CECT registam e fornecem dados para avaliação de projetos locais e/ou nacionais em cessação tabágica;

-As CECT contribuem proactivamente para a investigação académica em dependência tabágica).

Foram consideradas 3 regiões (norte, centro e sul), sendo que na distribuição por região considerou-se a classificação NUTII, à exceção da região sul que contempla a área metropolitana de Lisboa, Algarve e Alentejo. Os dados foram ainda agrupados em dois grupos: grandes centros, que contempla Lisboa e Porto, e Outros.

Consideraram-se para o estudo as médias dos *scores* de respostas às dimensões avaliadas no questionário.

c) Aplicação de perguntas abertas acerca da organização das consultas

Foram incluídas respostas sobre a organização das consultas de cessação tabágica em cada centro hospitalar, número de profissionais disponíveis, proximidade com a comunidade, existência de consulta de grupo, inovações atuais em cada programa de cessação (“A consulta tem alguma especificidade e/ou inovação que gostaria de partilhar?”), assim como barreiras para o bom funcionamento e organização das consultas (“Comentários e sugestões para uma melhor organização dos programas/consultas de cessação tabágica”) (Anexo III).

2.2 Participantes

A amostra é constituída por 27 consultas de cessação tabágica dos hospitais do SNS em Portugal Continental.

Em março de 2019, iniciou-se a recolha de informação por correio eletrónico, solicitando aos coordenadores dos programas o preenchimento do questionário estruturado de autoavaliação *self-audit-escan*. Ao todo foram enviados aos coordenadores 32 questionários, tendo sido devolvidos 27, constituindo assim a amostra do presente estudo.

Este estudo integra o projeto SCANPT (*Smoking Cessation Assessment Networking Portugal*), conceptualizado e coordenado por Sofia Belo Ravara (FCS-UBI), e com coordenação de área da bioestatística por Pedro Aguiar (Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa).

2.3 Análise estatística

A análise estatística foi efetuada através do software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0. Foi considerada uma significância estatística de 5%.

Inicialmente foram utilizados alguns métodos da estatística descritiva por forma a descrever os dados em análise. Utilizaram-se ainda alguns métodos da inferência estatística, nomeadamente o Teste *t* para amostras independentes, sempre que os seus pressupostos se verificaram (normalidade dos dados). Quando tal não aconteceu recorreu-se ao Teste Não Paramétrico de *Mann-Whitney*. A normalidade dos dados foi verificada através do Teste de *Shapiro-Wilk*, visto que $n < 30$ (Anexo IV).

Capítulo 3

3. Resultados

3.1 Análise documental

3.1.1. Distribuição das consultas em Portugal Continental



Figura 1. Distribuição das consultas de cessação tabágica no SNS em Portugal Continental (NUTII)

Fonte: PorData, disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>, e DGS 2018*, disponível em <https://www.dgs.pt/ms/5/pagina.aspx?js=0&codigoms=5516&codigono=0010AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>, acessíveis a 23.04.2019.

NOTA: Dados referentes a 2017 e de acordo com a versão 2013 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS)

Pela análise da tabela 1 conclui-se que o Algarve e o Alentejo são as regiões com menor número de consultas de cessação tabágica na rede de consultas de cessação tabágica do SNS em Portugal Continental, sendo que a região Norte é a região com maior oferta de programas de cessação tabágica.

Tabela 1. Rede de consultas de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS em Portugal Continental (2018)

Região NUTS II	Norte	Centro	Área Metropolitana de Lisboa	Alentejo	Algarve
ACES e ULS	24	9	15	4	3
Centros Hospitalares	13	7	15	0	1
Total	n= 37 (40,22 %)	n=16 (17,39%)	n=30 (32,61%)	n=5 (5,43%)	n=4 (4,35%)

Fonte: DGS, 2018*

*Rede de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS - DGS 2018(Disponível:<https://www.dgs.pt/ms/5/pagina.aspx?js=0&codigoms=5516&codigono=0010AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> acessível a 23.04.2019) NOTA1: Não consta informação relativa às consultas de cessação tabágica das regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

Em Portugal Continental verifica-se que o maior número de fumadores se localiza na região Norte, seguida pela área metropolitana de Lisboa. O Algarve é a região com menor número de fumadores. Em qualquer uma das regiões o sexo masculino apresenta uma maior percentagem de fumadores.

Tabela 2. Número total e prevalência padronizada de fumadores diários por região NUTII e sexo em Portugal Continental (2014)

Região NUTS II	Total de Fumadores	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Norte	477094	24,4%	11,3%
Centro	295115	23,9%	12,3%
Área Metropolitana de Lisboa	442545	26,8%	16,1%
Alentejo	116649	29,5%	14,8%
Algarve	77621	28,4%	18,8%
Portugal continental	1409023	26,7%	14,6%

Adaptado de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), 2017 e Instituto Nacional de Estatística, 2014 Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental. Fonte: Inquérito Nacional de Saúde (INE/INSA), 2014.

3.1.2. Frequência da consulta de cessaçã tabágica

Observou-se que a consulta de cessaçã tabágica é semanal em todos os programas hospitalares.

3.2 Caraterizaçã da amostra

Foram avaliados 27 programas hospitalares, 5 da regiã Norte, 7 da regiã Centro e 15 da regiã Sul (Tabela 3). Dos programas hospitalares avaliados 24 foram da responsabilidade dos serviços de pneumologia, 2 de psiquiatria e 1 de obstetrícia (Tabela 4).

Tabela 3. Número de respostas por regiã

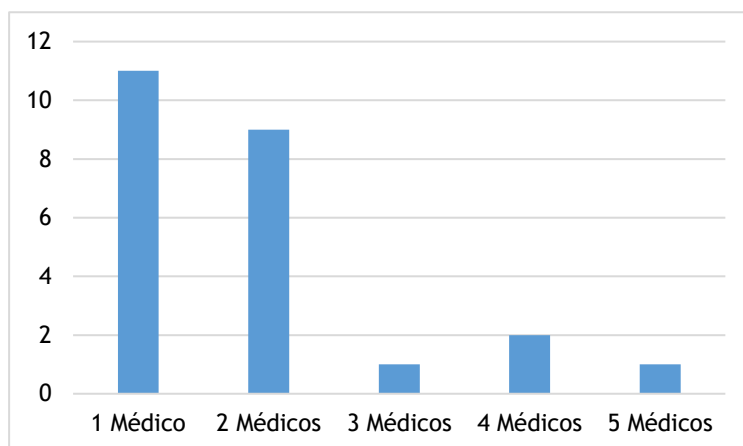
Regiã	Número de respostas
Norte	5 (18,52%)
Centro	7 (25,93%)
Sul	15 (55,56%)

Tabela 4. Serviço clínico das consultas de cessaçã tabágica

Serviço	Número
De Pneumologia	24 (88,89%)
De Psiquiatria	2 (7,41%)
De Obstetrícia	1 (3,70%)

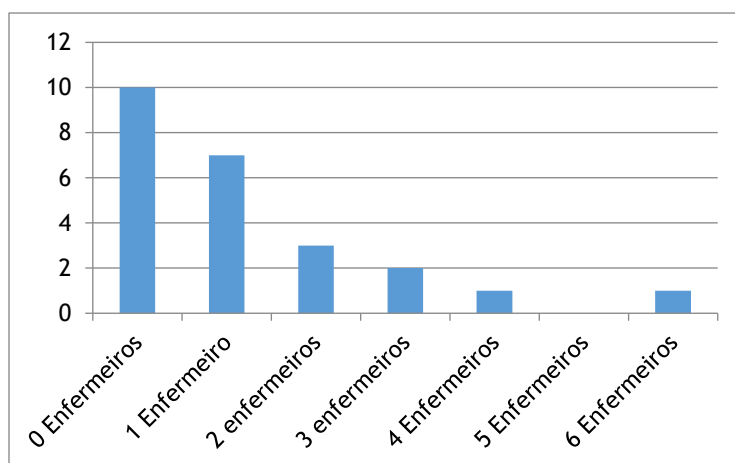
3.3 Avalia o dos recursos humanos disponíveis nos programas hospitalares de cessa o tabágica

Relativamente   especialidade médica, pode observar-se que existe 1 médico em 11 consultas, 2 médicos em 9 consultas, 3 médicos numa consulta, 4 médicos em 2 consultas e 5 médicos numa consulta.



Gráfico 1. Especialidade médica

Em rela o   equipa de enfermagem, verifica-se que existe 1 enfermeiro em 7 consultas, 2 enfermeiros em 3 consultas, 3 enfermeiros em 2 consultas, 4 enfermeiros numa consulta e 6 enfermeiros numa consulta. Verifica-se a inexistência de enfermeiro em 10 consultas.



Gráfico 2. Enfermagem

Pode observar-se que existe 1 psicólogo em 13 consultas e 2 psicólogos em duas consultas, mas que em 9 consultas o psicólogo não integra a equipa profissional.

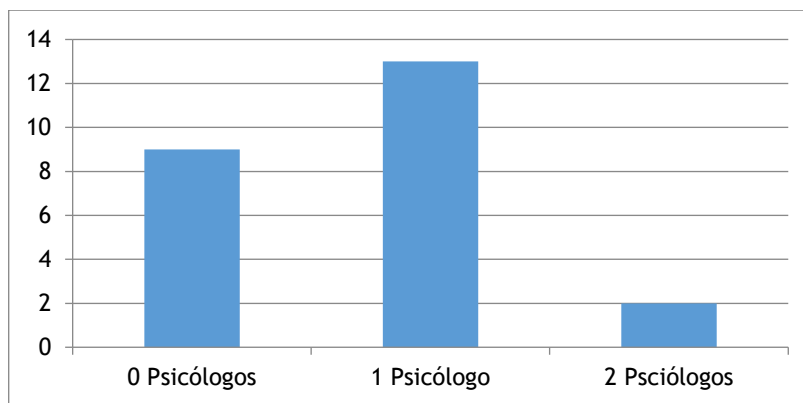


Gráfico 3. Psicologia

Relativamente à especialidade de psiquiatra, verifica-se que existe 1 psiquiatra em 9 consultas, mas que em 15 consultas não existe psiquiatra.

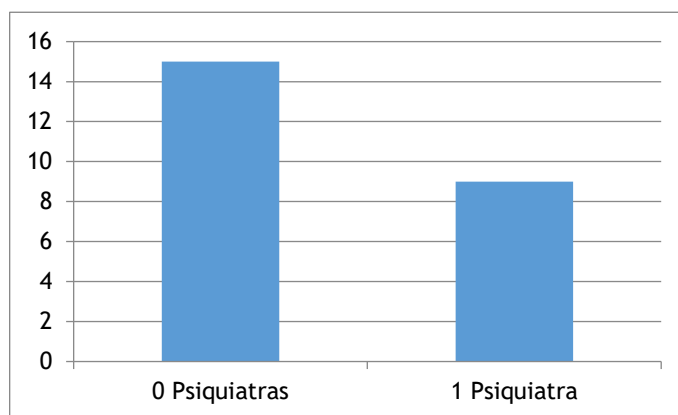


Gráfico 4. Psiquiatria

Observa-se que em 12 consultas não existe nutricionista, em 10 consultas existe 1 nutricionista e em 2 consultas existem 2 nutricionistas.

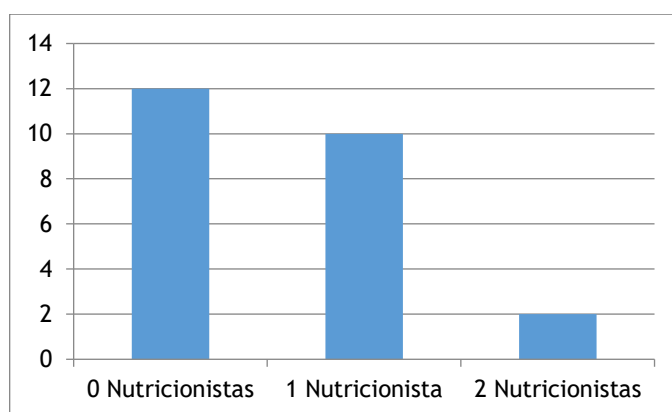
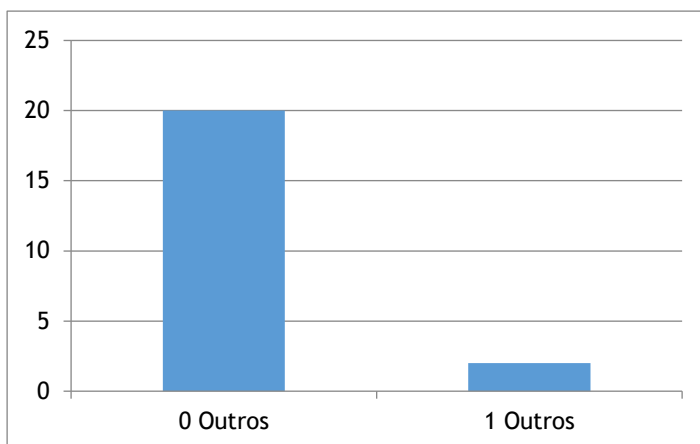


Gráfico 5. Nutrição

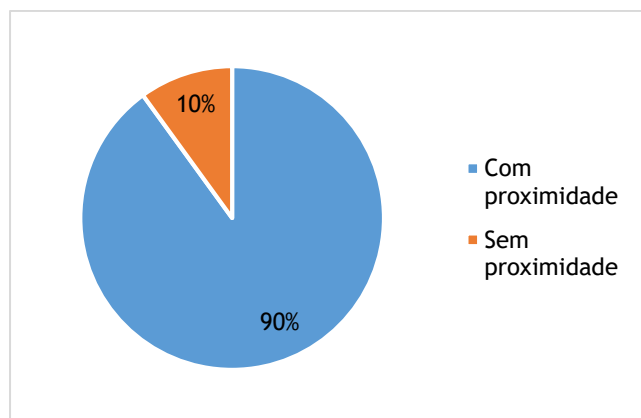
Em rela o a outros profissionais de saúde, numa consulta verifica-se a existência dum técnico de cardiopneumologia e noutra consulta a existência de 1 profissional de desporto.



Gráfico 6. Outras especialidades

3.4 Avalia o da proximidade dos programas hospitalares de cessa o tabágica com a comunidade

Pela análise do gráfico verifica-se que, das 10 respostas obtidas neste t pico, 9 (90%) defendem que existe proximidade com a comunidade e apenas 1 (10%) confessa não existir essa proximidade.



Gráfico 7. Proximidade com a comunidade

3.5 Avaliação do formato de consulta de cessação tabágica

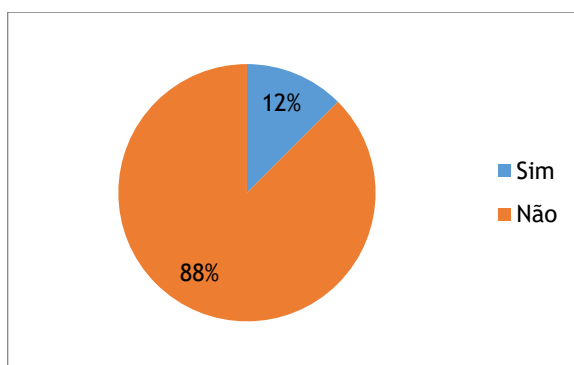


Gráfico 8. Existência de consulta de grupo

Das 24 respostas obtidas neste tópico, verifica-se que todas as consultas de cessação tabágica ocorrem em formato individual em todos os centros, com exceção de 3 (12%) programas de grupo.

3.6 Avaliação da existência de barreiras e inovações nos programas hospitalares de cessação tabágica

3.6.1. Inovações

Foram referidas as seguintes inovações:

- Consultas de cessação tabágica em serviço de psiquiatria;
- Consultas em formato grupal;
- Articulações com o internamento, ambulatório e o serviço de medicina ocupacional;
- Agendamento pós-laboral;
- Articulação com o serviço de pediatria que referenciam os pais fumadores, cujas crianças apresentam doenças respiratórias;
- Articulação com o serviço de obstetrícia que referenciam grávidas motivadas para a cessação tabágica;
- Telemedicina (seguimento via *Skype* em horário pós-laboral);
- Desenvolvimento de programa *online* com triagem de fumadores;
- Formação de enfermeiros do internamento do serviço de pneumologia;

- Introdução de TSN na farmácia hospitalar;
- Telefonemas proativos (efetuados pelo enfermeiro);
- Telefonemas reativos (efetuados pelo fumador);
- Programas de peso saudável.

3.6.2. Comentários

Os coordenadores das consultas de cessação tabágica teceram alguns comentários relativamente à organização das consultas. Destacam-se os seguintes itens:

- Necessidade de aposta na formação (pré e pós-graduada) de todos os profissionais de saúde e aumento da frequência do aconselhamento breve;
- Urgência na existência de condições de funcionamento de acordo com o programa-tipo proposto pela DGS, nomeadamente apoio administrativo e integração de mais recursos humanos nas equipas (psicologia, psiquiatria, pneumologistas, enfermeiros, nutricionistas);
- Melhorar a qualidade da referenciação;
- Indispensabilidade da consulta em grupo;
- Necessidade de acesso gratuito a terapêuticas para doentes com dificuldades financeiras;
- Necessidade de diminuição do tempo de espera;
- Indispensabilidade da consulta ser reconhecida pelos hospitais como uma consulta fundamental;
- Necessidade de reforçar a ligação à comunidade divulgando os programas na comunidade;
- *Softwares* e base de dados informatizada para a colheita rápida de dados acerca da consulta, especialmente a taxa de sucesso desta.

3.7 Análise descritiva dos dados

Tabela 5. Média de *scores* de resposta às dimensões do questionário de autoavaliação *escan* das consultas hospitalares do SNS em Portugal Continental

Hospital	Região NUTII	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
H2	Norte	1,75	2,00	2,50	2,67	3,00	2,00	0,00	2,50
H9		2,25	3,00	2,00	3,67	2,50	2,00	0,00	0,00
H10		3,75	2,89	2,00	3,67	1,00	2,50	1,00	2,50
H16		0,25	2,44	0,00	2,00	0,50	0,00	2,00	2,00
H17		2,50	3,11	2,50	3,00	4,00	4,00	2,00	2,00
Média ± Desvio padrão		2,10 ± 1,27	2,69 ± 0,46	1,80 ± 1,04	3,00 ± 0,71	2,20 ± 1,44	2,10 ± 1,43	1,00 ± 1,00	1,80 ± 1,04
H1	Centro	3,50	3,22	3,00	4,00	4,00	3,50	3,00	2,50
H6		2,75	2,67	2,00	3,67	4,00	3,50	4,00	3,00
H8		3,50	3,44	3,00	3,67	3,50	2,00	4,00	3,00
H19		1,25	1,78	1,50	2,67	0,50	2,50	2,00	1,00
H21		4,00	3,89	2,00	4,00	4,00	1,50	4,00	3,00
H23		3,00	2,44	2,50	3,00	2,00	1,50	4,00	2,50
H24		3,00	3,22	2,00	2,33	3,00	3,00	4,00	2,50
Média ± Desvio padrão		2,69 ± 1,20	2,93 ± 0,66	2,25 ± 0,53	3,25 ± 0,66	2,75 ± 1,41	2,56 ± 0,82	3,38 ± 0,92	2,19 ± 1,10
H3	Sul	3,25	3,00	4,00	4,00	2,00	2,00	0,00	3,50
H4		4,00	2,67	1,50	3,33	3,00	3,00	3,00	0,00
H5		3,50	4,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
H7		2,75	3,33	3,50	2,33	2,50	1,00	1,00	1,50
H11		3,00	2,89	2,00	3,33	2,50	3,00	3,00	2,00
H12		2,25	3,56	4,00	3,33	2,00	1,00	1,00	2,00
H13		2,75	3,22	4,00	2,67	3,00	2,00	1,00	3,50
H14		3,00	3,67	2,50	2,33	2,00	2,50	1,00	2,50
H15		1,50	2,56	2,00	2,67	0,50	1,00	0,00	0,50
H20		0,50	2,89	2,00	3,67	0,50	0,50	3,00	3,00
H22		2,50	2,67	1,00	2,00	3,50	0,00	3,00	2,50
H25		2,00	3,22	3,50	2,67	3,00	3,00	3,00	1,50
H26		3,00	2,78	3,50	3,00	2,00	2,00	0,00	2,50
H27		0,50	2,78	2,00	2,67	1,00	3,00	2,00	0,00
H18		3,75	3,56	3,50	3,67	3,00	2,00	3,00	3,50
Média ± Desvio padrão		2,70 ± 0,92	3,14 ± 0,44	2,86 ± 1,01	3,07 ± 0,64	2,32 ± 0,91	1,86 ± 1,01	1,79 ± 1,31	2,25 ± 1,09
Total n=27									
Média ± Desvio padrão		2,58 ± 1,06	3,00 ± 0,52	2,48 ± 0,97	3,11 ± 0,64	2,43 ± 1,15	2,11 ± 1,05	2,11 ± 1,42	2,15 ± 1,05
Mín-Máx		0,25-4,00	1,78-4,00	0,00-4,00	2,00-4,00	0,50-4,00	0,00-4,00	0,00-4,00	0,00-3,50

V1-As CECT anunciam claramente que o serviço se destina a oferecer tratamento a qualquer utilizador de tabaco; V2-A CECT deverá desenvolver todos os esforços para obter recursos humanos suficientes para desempenhar adequadamente a sua missão; V3- As CECT podem tratar qualquer utilizador de tabaco, mas têm a obrigação específica de tratar os casos mais graves, Se uma CECT se destina a um grupo específico de risco (i.e, grávidas), esta opção deverá ser claramente anunciada; V4- A prática clínica das CECT deve ser baseada na evidência científica, de acordo com as boas práticas e recomendações validadas de tratamento da dependência tabágica (*guidelines* nacionais/regionais); V5- As CECT contribuem proactivamente na formação pré e pós-graduada e em programas de formação em cessação tabágica para profissionais de saúde; V6- As CECT contribuem proactivamente para a avaliação das ferramentas de cessação tabágica e para a investigação neste domínio; V7- As CECT desenvolvem atividades de promoção de saúde em ligação à comunidade; V8- As CECT avaliam regularmente as suas atividades, melhorando continuamente o seu desempenho, de acordo com o feedback dessa avaliação.

Os resultados a cada item do questionário são apresentados no Anexo IV. Na tabela seguinte são apresentados os resultados referentes à média dos *scores* das respostas aos itens do questionário aplicado.

Os resultados indicam que existe uma média de *scores* de aproximadamente 3 ($2,58 \pm 1,06$) no item V1 de anúncio claro que o serviço se destina a oferecer tratamento a quaisquer utilizadores de tabaco e uma média de 3 ($3,00 \pm 0,52$) no item V2 de desenvolvimento de esforços para obter recursos humanos suficientes.

Quanto ao item V3 de as consultas de cessação poderem tratar quaisquer utilizadores de tabaco (tendo obrigação específica de tratar os casos mais graves), observou-se uma média de aproximadamente 2 ($2,48 \pm 0,97$) e uma média de cerca de 3 ($3,11 \pm 0,64$) no item V4 da prática clínica se basear na evidência científica.

Verificou-se uma média de aproximadamente 2 ($2,43 \pm 1,15$) no item V5 de resposta de aposta proactiva na formação pré e pós-graduada e uma média de cerca de 2 ($2,11 \pm 1,05$) no item V6 de contribuição para a avaliação das ferramentas de cessação e investigação neste domínio.

A média do item V7 de resposta da contribuição para a promoção da saúde ligada à comunidade é de aproximadamente 2 ($2,11 \pm 1,42$) e a média do item V8 de resposta de avaliação regular das atividades é de igualmente cerca de 2 ($2,15 \pm 1,05$).

Tabela 6. Análise da diferença entre os grandes centros (Lisboa e Porto) e as restantes regiões do país

		Média \pm Desvio padrão	Teste de Shapiro-Wilk (<i>p-value</i>)	<i>p-value</i>
V1	Grandes Centros (n= 13)	2,71 \pm 0,73	0,940	0,990 # ₁
	Outros (n=14)	2,44 \pm 1,34	0,035	
V2	Grandes Centros (n=13)	3,06 \pm 0,50	0,998	0,498 # ₂
	Outros (n=14)	2,92 \pm 0,56	0,988	
V3	Grandes Centros (n=13)	2,75 \pm 0,83	0,145	0,136 # ₂
	Outros (n=14)	2,19 \pm 1,05	0,695	
V4	Grandes Centros (n=13)	2,43 \pm 0,90	0,355	0,520 # ₁
	Outros (n=14)	2,42 \pm 1,41	0,036	

V5	Grandes Centros (n=13)	2,29 ± 0,89	0,183	0,763 # ₁
	Outros (n=14)	1,92 ± 1,20	0,036	
V6	Grandes Centros (n=13)	2,29 ± 0,89	0,204	0,380 # ₂
	Outros (n=14)	1,92 ± 1,20	0,268	
V7	Grandes Centros (n=13)	1,36 ± 1,22	0,009	0,004 # ₁ *
	Outros (n=14)	2,92 ± 1,19	0,015	
V8	Grandes Centros (n=13)	1,86 ± 1,06	0,175	0,073 # ₁ **
	Outros (n=14)	2,46 ± 0,99	0,015	

#₁ = Teste de *Mann-Whitney*; #₂ = Teste t para amostras independentes; V1-As CECT anunciam claramente que o serviço se destina a oferecer tratamento a qualquer utilizador de tabaco; V2-A CECT deverá desenvolver todos os esforços para obter recursos humanos suficientes para desempenhar adequadamente a sua missão; V3- As CECT podem tratar qualquer utilizador de tabaco, mas têm a obrigação específica de tratar os casos mais graves, Se uma CECT se destina a um grupo específico de risco (i,e, grávidas), esta opção deverá ser claramente anunciada; V4- A prática clínica das CECT deve ser baseada na evidência científica, de acordo com as boas práticas e recomendações validadas de tratamento da dependência tabágica (*guidelines* nacionais/regionais); V5- As CECT contribuem proactivamente na formação pré e pós-graduada e em programas de formação em cessação tabágica para profissionais de saúde; V6- As CECT contribuem proactivamente para a avaliação das ferramentas de cessação tabágica e para a investigação neste domínio; V7- As CECT desenvolvem atividades de promoção de saúde em ligação à comunidade; V8- As CECT avaliam regularmente as suas atividades, melhorando continuamente o seu desempenho, de acordo com o feedback dessa avaliação.

*- $p < 0,05$; ** - $p < 0,1$

Pela análise da tabela 6 concluímos que não existe diferença significativa entre os grandes centros e as restantes regiões do país, no que respeita à sinalética, implementação de recursos humanos suficientes, tratamento de qualquer utilizador de tabaco (com obrigação de tratar os casos mais graves) e prática clínica baseada na evidência ($p > 0,05$).

No que respeita à formação dos profissionais de saúde, avaliação de ferramentas de cessação tabágica e investigação, também não existe diferença significativa entre os grandes centros e restantes cidades ($p = 0,763 > 0,05$ e $p = 0,380 > 0,05$, respetivamente).

No entanto, existe diferença significativa para o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde na comunidade, entre os grandes centros e as restantes cidades do país ($p = 0,004 < 0,05$), sendo que a média mais elevada se verifica fora dos grandes centros.

Verifica-se ainda uma tendência para a existência de diferença entre as médias de avaliação regular das suas atividades, quando comparando os grandes centros com as restantes cidades ($p = 0,073 < 0,1$), verificando-se, igualmente, um valor mais elevado para a média, fora dos grandes centros.

Capítulo 4

4. Discussão

Na maioria dos programas de cessaçã tabágica verifica-se ainda necessidade de mais recursos humanos, visto que o número de profissionais de saúde atualmente não é suficiente para equivaler ao recomendado pela DGS (28).

Está demonstrado que o aconselhamento em grupo é eficaz, tão eficaz como aconselhamento individual, por isso deve ser dada a oportunidade ao paciente de escolher qual prefere, de modo que a cessaçã tabágica seja alcançada (24). Assim sendo, é importante que os centros hospitalares apresentem a opção de consulta de grupo, mas ainda poucos o aplicam como se verifica neste estudo.

Este estudo realça a necessidade de maior investimento na formaçã dos profissionais de saúde, sendo a importância desta necessidade realçada noutros estudos: os profissionais de saúde devem ter acesso a formaçã em cessaçã tabágica, pois está demonstrado que aumenta a sua capacidade de aconselhamento e acompanhamento dos seus utentes (33). Está também demonstrado que a formaçã de profissionais de saúde leva ao aumento das taxas de cessaçã tabágica (33), pois esta aumenta a capacidade de fornecimento de tratamento da dependência (34) e de intervenções de cessaçã tabágica (34, 35).

Já existe alguma aposta em consultas de grupo, articulações com outros serviçõs, agendamento pós-laboral e introduçã de TSN na farmácia hospitalar. Também existem inovações como telefonemas, *Skype* e programas *online*.

Deste modo, é importante investir na formaçã dos profissionais de saúde, guiar a prática clínica pelas recomendações da DGS, existênciam maior número de profissionais de saúde integrados nas equipas de cessaçã tabágica, criaçã de consultas em formato de grupo e aumentar a perceçã da real importância das consultas de cessaçã tabágica na diminuiçã da morbidade dos doentes e da procura de cuidados hospitalares, nomeadamente o recurso ao serviçõ de urgência e aumentar a ligaçã à comunidade, desenvolvendo atividades nesta. É também relevante a criaçã e utilizaçã de ferramentas de avaliaçã regular das consultas de cessaçã tabágica, promovendo ainda investigaçã e, conseqüentemente, disseminaçã do conhecimento resultante desta.

A investigaçã científica em saúde é essencial uma vez que contribui para o conhecimento dos problemas e identificaçã das prioridades, permitindo o delineamento de estratégias de promoçã e prevençã em saúde (19). Com este estudo verifica-se que Portugal deve apostar mais na investigaçã em saúde.

De acordo com a DGS e, em conformidade com este estudo, é essencial uma maior aposta na prática clínica baseada na evidência científica, promoçã de saúde e avaliaçã regular das atividades clínicas (36).

Neste estudo verificou-se ainda que a média dos *scores* dos itens de desenvolvimento de atividades de promoção de saúde na comunidade e avaliação regular das atividades   superior fora dos grandes centros, não tendo este resultado sido comprovado em estudos anteriores em Portugal.

4.1 Limita es e estudos futuros

Este estudo por ser um estudo transversal, ao contrário dos longitudinais, não permite estabelecer rela es de causalidade nem avaliar possíveis modifica es da organiza o das consultas de cessa o tabágica decorrentes ao longo do tempo. Assim, futuramente será necessário efetuar um estudo longitudinal para avaliar em que medida as modifica es da organiza o das consultas de cessa o tabágica decorrentes ao longo do tempo permitiram melhorar a taxa de cessa o tabágica na popula o portuguesa.

O questionário ao ser de autopreenchimento leva a um enviesamento dos dados obtidos pelas respostas dadas.

Como a amostragem não   aleatória, poderá haver um viés de seleção da amostra.

O estudo foi limitado pelo número de respostas por parte dos responsáveis das consultas hospitalares de cessa o tabágica do SNS em Portugal Continental. Deste modo, no futuro será necessário um maior número de respostas e participa o dos responsáveis pelas consultas, de forma a obter uma maior amostra. Como a amostra   de dimensão pequena e não   aleatória, não   representativa da popula o.

No futuro seria também importante avaliar se a frequência semanal de consulta e se os horários apresentados v o de encontro às necessidades dos fumadores em termos de adapta o   sua vida diária. Seria ainda relevante avaliar se o local dos CH onde   feita a consulta de cessa o tabágica está de acordo com as suas possibilidades em termos de desloca o e avaliar de que maneira a tipologia dos hospitais influencia a resposta de cessa o tabágica   comunidade.

Capítulo 5

5. Conclusão

Os programas de cessação tabágica de âmbito hospitalar em Portugal ainda são pouco frequentes e inconsistentes. É indispensável uma ação preventiva e de controlo da epidemia consistente e continuada baseada num maior investimento na formação e educação médicas, avaliação e investigação acerca da situação atual dos programas de consultas de cessação tabágica em Portugal e desenvolvimento de atividades de promoção de saúde na comunidade. Assim, ainda há espaço para um maior desenvolvimento dos programas de cessação tabágica hospitalares em Portugal.

Referências bibliográficas

1. MacKenzie TD, Bartecchi CE, Schrier RW. The Human Costs of Tobacco Use. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(14):975-80.
2. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease ...; 2014.
3. Kopp BT, Thompson R, Kim J, Konstan R, Diaz A, Smith B, et al. Secondhand smoke alters arachidonic acid metabolism and inflammation in infants and children with cystic fibrosis. *Thorax*. 2019;74(3):237-46.
4. Levina J, Zvonarev V, Namazova-Baranova L. Effects of Smoking on the Prevalence of Allergic Disorders in Russian Adolescents: A Retrospective Cross-sectional Study. *Cureus*. 2019;11(1):e3912-e.
5. Continente X, Arechavala T, Fernandez E, Pérez-Rios M, Schiaffino A, Soriano MDPDFJB, et al. Burden of respiratory disease attributable to secondhand smoke exposure at home in children in Spain (2015)2019.
6. Salmasi G, Grady R, Jones J, McDonald S. Environmental Tobacco Smoke Exposure and Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses2010. 423-41 p.
7. Lin Q, Hou X-Y, Yin X-N, Wen G-M, Sun D, Xian D-X, et al. Prenatal Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Hyperactivity Behavior in Chinese Young Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(10):1132.
8. Ekpū VU, Brown AK. The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tobacco use insights*. 2015;8:1-35.
9. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies: World Health Organization; 2017.
10. Organization WH. WHO global report on mortality attributable to tobacco. 2012.
11. Eurobarometer S. 458 “Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes” Report. European Union, 2017.
12. Felíu A, Filippidis FT, Joossens L, Fong GT, Vardavas CI, Baena A, et al. Impact of tobacco control policies on smoking prevalence and quit ratios in 27 European Union countries from 2006 to 2014. *Tobacco control*. 2019;28(1):101-9.
13. Paradela C, Pérez-Ríos M, Ruano-Ravina A, Barros-Dios JM. Exposure to environmental tobacco smoke in Chaves after the implementation of the law 37/2007. A cross-sectional study in two healthcare settings. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*. 2013;19(4):168-74.
14. de Vries H, Hummel K, Springvloet L, Willemsen MC, Nagelhout GE, Siahpush M, et al. Educational differences in associations of noticing anti-tobacco information with smoking-related attitudes and quit intentions: findings from the International Tobacco Control Europe Surveys. *Health Education Research*. 2015;30(5):719-30.
15. Leite A, Machado A, Pinto S, Matias Dias C. Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores em Portugal: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014). 2017.
16. Precioso J, Calheiros J, Pereira D, Campos H, Antunes H, Rebelo L, et al. Prevalence and smoking trends in Portugal and Europe. *Acta Médica Portuguesa*. 2009;22(4):-286.
17. INE/INSA. Inquérito Nacional de Saúde. 2014.
18. Roberts NJ, Kerr SM, Smith SMS. Behavioral Interventions Associated with Smoking Cessation in the Treatment of Tobacco Use. *Health Services Insights*. 2013;6:HSI.S11092.
19. Fraga S, Sousa S, Santos A-C, Mello M, Lunet N, Padrão P, et al. Tabagismo em Portugal. *Arquivos de medicina*. 2005;19(5-6):207-29.
20. Ravara SB, Castelo-Branco M, Aguiar P, Calheiros JM. Are physicians aware of their role in tobacco control? A conference-based survey in Portugal. *BMC Public Health*. 2014;14(1):979.
21. Hedman* L, Katsaounou* PA, Filippidis FT, Ravara SB, Lindberg A, Janson C, et al. Receiving support to quit smoking and quit attempts among smokers with and without smoking related diseases: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(2).
22. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55(12):987-99.
23. NICE. Stop smoking interventions and services. 2018.

24. European Networking for Smoking and Tobacco Prevention Guidelines for treating tobacco dependence. 2016:156.
25. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners. 2011.
26. Reis I, Fortuna P, Ascensão R, Bugalho A, Costa J, Carneiro AV. Norma de orientação clínica para a cessação tabágica. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa. 2008.
27. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(3).
28. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, et al. Programa-tipo de atuação em Cessação tabágica DGS. DGS, Circular normativa nº26 Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.
29. Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M, Macedo R, Caeiro F, Sotto-Mayor R, et al. Casuística de quatro anos de uma consulta de apoio ao fumador. Revista Portuguesa de Pneumologia. 2009;15:179-97.
30. Brose LS, West R, McDermott MS, Fidler JA, Croghan E, McEwen A. What makes for an effective stop-smoking service? Thorax. 2011;66(10):924-6.
31. Warner KE, Tam J. The impact of tobacco control research on policy: 20 years of progress. Tobacco Control. 2012;21(2):103-9.
32. European Smoking Cessation Clinic Assessment and Networking project (e.SCCAN) [Available from: <http://ofta-asso.fr/escan/>].
33. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(5).
34. Carpenter KM, Carlini BH, Painter I, Mikko AT, Stoner SA. Refer2Quit: Impact of Web-based skills training on tobacco interventions and quitline referrals. Journal of continuing education in the health professions. 2012;32(3):187-95.
35. Fu D, Gratziou C, Jiménez-Ruiz C, Faure M, Ward B, Ravara S, et al. The WHO-ERS Smoking Cessation Training Project: the first year of experience. Eur Respiratory Soc; 2018.
36. Bonito J, Pereira A, Albuquerque C, Carrilho E, Marques H, Manuel R, et al. Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde: Estudo de avaliação com os cursos de formação em ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária. 2017.

Anexos

A I - Questionário *Self-Audit-esccan*

A II - Parecer do Conselho de Administração do CHCB

A III - Aplicação de perguntas abertas acerca da organização das consultas

A IV- Verificação da Normalidade

A V - Resultados a cada item do questionário

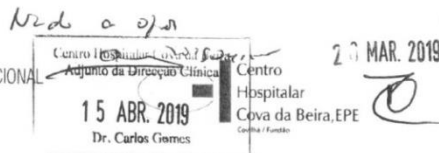
ANEXO I

Questionário *Self-Audit-escan*

Observações		nenhuma implementação					alguma implementação			quase totalmente implementado		sim totalmente implementado		não aplicável	Observações		
		(0)					(1)			(2)		(3)		(4)		(NA)	
Consultas especializadas em Cessação tabágica (CECT)-Questionário de auto-avaliação e-SCAN																	
1. Consultas especializadas em Cessação tabágica (CECT) providam claramente que o serviço se destina a oferecer tratamento a qualquer utilizador de tabaco																	
1.01	A designação "Cessação tabágica" (ou equivalente) consta em todos os documentos das CECT, impressos ou em formato eletrónico, e a entrada das suas instalações	0	1	2	3	4	NA										
1.02	A designação "Cessação tabágica" (ou equivalente) consta na referência às CECT na internet	0	1	2	3	4	NA										
1.03	Existe um número de telefone específico através do qual é possível contactar os profissionais de saúde das CECT	0	1	2	3	4	NA										
1.04	A CECT deverá constar de respectiva ligação nacional e regional	0	1	2	3	4	NA										
2. A UECT deverá desenvolver todos os esforços para obter recursos humanos suficientes para desempenhar adequadamente a sua missão.																	
2.01	Os profissionais de saúde das CECT deverão ter disponibilidade e tempo suficiente para assegurar que o tempo de espera para a primeira consulta não exceda as 3 semanas	0	1	2	3	4	NA										
2.02	Existe um processo de acreditação ou certificação para todo o pessoal	0	1	2	3	4	NA										
2.03	Pelo menos metade do pessoal tem formação acreditada ou equivalente a especialista de cessação tabágica	0	1	2	3	4	NA										
2.04	Ha possibilidade de preservar todos os tratamentos farmacológicos específicos para a cessação tabágica	0	1	2	3	4	NA										
2.05	Existe uma sala atribuída para o aconselhamento de cessação tabágica num espaço tranquilo (> 10m ²)	0	1	2	3	4	NA										
2.06	Existe pelo menos um aparelho de cometa por CECT para 600 tabacófilos	0	1	2	3	4	NA										
2.07	Questionários de auto-avaliação como o teste de Espenstrom para a dependência nicotínica (FND) estão disponíveis para todos os doentes	0	1	2	3	4	NA										
2.08	A sala de consulta está equipada com um computador	0	1	2	3	4	NA										
2.09	Os produtos farmacológicos estão disponíveis para serem apresentados e informar os utilizadores de tabaco (mostra ou visualização no computador, folhetos ou outros docs)	0	1	2	3	4	NA										
3. As CECT podem tratar qualquer utilizador de tabaco, mas têm a obrigação específica de tratar os casos mais graves. Se uma UECT se destina a um grupo específico de risco (i.e. grávidas), esta opção deverá ser claramente anunciada.																	
3.01	A maioria dos novos doentes têm co-morbilidades, outras dependências, são grávidas ou têm um baixo nível socioeconómico.	0	1	2	3	4	NA										
3.02	Deve ser claramente anunciado quais os grupos específicos que poderão ter acesso às CECT	0	1	2	3	4	NA										
4. A prática clínica das UECT deve ser baseada na evidência científica de acordo com as boas práticas e recomendações validadas de tratamento da dependência tabágica (guidelines nacionais/regionais)																	
4.01	As recomendações de boas práticas estão identificadas e são aplicadas	0	1	2	3	4	NA										
4.02	A primeira visita de formato individual requerem habitualmente o dobro do tempo da visita de seguimento e a duração mínima de 20 minutos. Nas visitas de formato grupo, a primeira visita deve demorar pelo menos 90 minutos	0	1	2	3	4	NA										
4.03	O serviço tem uma abordagem multidisciplinar (i.e. visitas de formato individual, de grupo, apoio telefónico, seguimento por mail, referencição a linhas de apoio telefónico, programas na internet,...)	0	1	2	3	4	NA										
5. As CECT contribuem proativamente na formação pré e pós-graduada e em programas de formação em cessação tabágica para profissionais de saúde																	
5.01	As CECT contribuem proativamente para a formação e treino de profissionais de saúde, não médicos no tratamento da dependência tabágica	0	1	2	3	4	NA										
5.02	As CECT contribuem proativamente na educação médica específica no tratamento da dependência tabágica, assim como na avaliação do tratamento e da cessação	0	1	2	3	4	NA										
6. As CECT contribuem proativamente para a avaliação das ferramentas de cessação tabágica para a investigação neste domínio.																	
6.01	As CECT registam e fornecem dados para avaliação de projetos locais e/ou nacionais em cessação tabágica	0	1	2	3	4	NA										
6.02	As CECT contribuem proativamente para a investigação académica em dependência tabágica	0	1	2	3	4	NA										
7. As CECT desenvolvem atividades de promoção de saúde em ligação à comunidade																	
7.01	As CECT desenvolvem atividades de promoção de saúde, incluindo a participação em programas baseados na comunidade, no corrente ano	0	1	2	3	4	NA										
8. As CECT avaliam regularmente as suas atividades melhorando continuamente o seu desempenho de acordo com o feedback dessa avaliação																	
8.01	A abordagem tabágica é integrada aos 3, 6 e 12 meses. A avaliação aos 6 meses é o resultado mais importante.	0	1	2	3	4	NA										
8.02	Os dados estatísticos da avaliação de cessação tabágica são sistematicamente recolhidos.	0	1	2	3	4	NA										
TOTAL /100																	
Centro												Data		Total			

ANEXO II

Parecer do Conselho de Administração do CHCB



Assunto: Projecto de Investigação n.º 81/2018-"Caracterização dos programas de cessação tabágica de	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 19/2019
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 25-03-2019

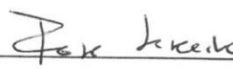
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Mariana Silva Ribeiro, aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Caracterização dos programas de cessação tabágica de âmbito hospitalar em Portugal: Avaliação da sua efetividade e dos determinantes da cessação", a realizar no Serviço de Medicina Preventiva - Consulta de Cessação Tabágica deste Centro Hospitalar.

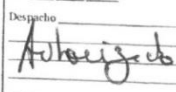
Envio ainda o parecer nº 09/2019, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)

Centro Hospitalar Cova da Beira Presente em reunião de C.A. Em 18 ABR, 2019
Despacho 
Presidente do C.A. (Presidente Único) Dr. João José Santos Alves
Vogal do C.A. Dr. Vítor Manuel Miguel da Moura
Vogal do C.A. Dr.ª Maria de Jesus Trusado Campos
Interventor Des. Cláudio Ramalho

RS/MA

Anexo III

Aplicação de perguntas abertas acerca da organização das consultas

Tipo e número de profissionais de saúde:

Centro Hospitalar	Serviço (ex.: Serviço de Pneumologia/ Psiquiatria, ...)	Tipologia do Hospital / do Centro Hospitalar	Proximidade com a comunidade	Médico (número)	Enfermeiro (número)	Psicólogo (número)	Psiquiatra (número)	Nutricionista (número)	Outro- especificar Ex.: Profissional de desporto Programa prescrição de atividade física	Existência de consulta de grupo (sim/não)

A consulta tem alguma especificidade e/ou inovação que gostaria de partilhar?

Comentários e sugestões para uma melhor organização dos programas/consultas de cessação tabágica:

ANEXO IV

Verificação da normalidade

Tabela A 1. Verificação da normalidade

		Teste de <i>Shapiro-Wilk</i> (<i>p-value</i>)
V1	Grandes Centros	0,940
	Outros	0,035*
V2	Grandes Centros	0,998
	Outros	0,988
V3	Grandes Centros	0,145
	Outros	0,695
V4	Grandes Centros	0,355
	Outros	0,036*
V5	Grandes Centros	0,183
	Outros	0,036*
V6	Grandes Centros	0,204
	Outros	0,268
V7	Grandes Centros	0,009*
	Outros	0,015*
V8	Grandes Centros	0,175
	Outros	0,015*

V1-As CECT anunciam claramente que o serviço se destina a oferecer tratamento a qualquer utilizador de tabaco; V2-A CECT deverá desenvolver todos os esforços para obter recursos humanos suficientes para desempenhar adequadamente a sua missão; V3- As CECT podem tratar qualquer utilizador de tabaco, mas têm a obrigação específica de tratar os casos mais graves, Se uma CECT se destina a um grupo específico de risco (i.e., grávidas), esta opção deverá ser claramente anunciada; V4- A prática clínica das CECT deve ser baseada na evidência científica, de acordo com as boas práticas e recomendações validadas de tratamento da dependência tabágica (*guidelines* nacionais/regionais); V5- As CECT contribuem proactivamente na formação pré e pós-graduada e em programas de formação em cessação tabágica para profissionais de saúde; V6- As CECT contribuem proactivamente para a avaliação das ferramentas de cessação tabágica e para a investigação neste domínio; V7- As CECT desenvolvem atividades de promoção de saúde em ligação à comunidade; V8- As CECT avaliam regularmente as suas atividades, melhorando continuamente o seu desempenho, de acordo com o feedback dessa avaliação; *- $p < 0.05$

A normalidade dos dados não se verifica para o grupo “outros” no que respeita a V1, V4, V5, V7 e V8 ($p < 0,05$). Não se verifica ainda para os grandes centros no que respeita ao item V7 ($p = 0,015 < 0,05$).

ANEXO V

Resultados a cada item do questionário

Tabela A 2. Anúncio claro que o serviço se destina a oferecer tratamento a qualquer fumador

Hospital	Região NUTII	V1.1	V1.2	V1.3	V1.4
H2	Norte	1,00	1,00	1,00	4,00
H9		1,00	4,00	0,00	4,00
H10		4,00	4,00	3,00	4,00
H16		1,00	0,00	0,00	0,00
H17		2,00	0,00	4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		1,80 ± 1,30	1,80 ± 2,05	1,60 ± 1,82	3,20 ± 1,79
H1		Centro	2,00	4,00	4,00
H6	2,00		4,00	1,00	4,00
H8	3,00		4,00	3,00	4,00
H19	0,00		1,00	0,00	4,00
H21	4,00		4,00	4,00	4,00
H23	3,00		4,00	3,00	2,00
H24	0,00		4,00	4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão	1,88 ± 1,46		3,25 ± 1,39	2,38 ± 1,77	3,25 ± 1,49
H3	Sul		2,00	3,00	4,00
H4		4,00	4,00	4,00	4,00
H5		4,00	4,00	2,00	4,00
H7		1,00	2,00	4,00	4,00
H11		1,00	3,00	4,00	4,00
H12		0,00	1,00	4,00	4,00
H13		3,00	4,00	0,00	4,00
H14		4,00	4,00	0,00	4,00
H15		1,00	1,00	0,00	4,00

H20		1,00	1,00	0,00	0,00
H22		2,00	4,00	0,00	4,00
H25		4,00	4,00	0,00	0,00
H26		4,00	4,00	0,00	4,00
H27		1,00	1,00	0,00	0,00
H18		3,00	4,00	4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		2,43 ± 1,45	3,07 ± 1,27	1,86 ± 2,00	3,43 ± 1,45
Total n=27					
Média ± Desvio Padrão		2,15 ± 1,41	2,89 ± 1,50	1,96 ± 1,85	3,33 ± 1,47
Mín-Máx		0,00-4,00	0,00-4,00	0,00-4,00	0,00-4,00

V1.1- A designação "Cessação tabágica" (ou equivalente) consta em todos os documentos das CECT, impressos ou em formato eletrónico, e à entrada das suas instalações; V1.2- A designação "Cessação tabágica" (ou equivalente) consta na referência às CECT na internet; V1.3- Existe um número de telefone específico através do qual é possível contactar os profissionais de saúde das CECT; V1.4- A CECT deverá constar da respetiva listagem nacional e regional.

No item de resposta V1.1 existe uma média de *scores* de resposta de aproximadamente 2 ($2,15 \pm 1,41$) e no item V1.2 uma média de *scores* de aproximadamente 3 ($2,89 \pm 1,50$). No item V1.3 a média de *scores* é de aproximadamente 2 ($1,96 \pm 1,85$) e no V1.4 é cerca de 3 ($3,33 \pm 1,47$).

Tabela A 3. Esforços na obtenção de recursos humanos suficientes

Hospital	Região NUTII	V2.1	V2.2	V2.3	V2.4	V2.5	V2.6	V2.7	V2.8	V2.9
H2	Norte	0,00	0,00	0,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00
H9		1,00	0,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H10		1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	1,00
H16		0,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	4,00	4,00	4,00
H17		0,00	0,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		0,40 ± 0,55	1,20 ± 1,79	2,40 ± 1,67	3,80 ± 0,45	3,00 ± 1,41	3,00 ± 1,41	4,00 ± 0,00	3,60 ± 0,89	2,80 ± 1,64
H1		Centro	2,00	0,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H6	0,00		0,00	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H8	2,00		3,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H19	0,00		0,00	0,00	2,00	1,00	4,00	2,00	4,00	3,00
H21	4,00		3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H23	0,00		0,00	3,00	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00	3,00
H24	0,00		1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão	1,00 ± 1,51		0,88 ± 1,36	2,38 ± 1,41	3,75 ± 0,71	3,13 ± 1,25	3,75 ± 0,71	3,75 ± 0,71	4,00 ± 0,00	3,75 ± 0,46
H3	Sul	1,00	0,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H4		0,00	0,00	0,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H5		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H7		1,00	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H11		0,00	1,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00
H12		0,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H13		2,00	0,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H14		1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H15		1,00	0,00	4,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00
H20		2,00	2,00	1,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00
H22		4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	0,00
H25		0,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	3,00	4,00

H26		2,00	3,00	4,00	4,00	0,00	1,00	4,00	4,00	3,00
H27		0,00	0,00	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
H18		2,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		1,14 ± 1,17	1,86 ± 1,75	3,21 ± 1,31	3,93 ± 0,27	3,00 ± 0,27	3,64 ± 0,93	4,00 ± 0,00	4,00 ± 0,00	3,50 ± 0,94
Total n=27										
Média ± Desvio Padrão		0,96 ± 1,19	1,44 ±1,65	2,81± 1,42	3,85± 0,46	3,04± 1,45	3,56±0, 97	3,93±0, 38	3,93±0, 38	3,44±1, 01
Mín-Máx		0,00- 4,00	0,00- 4,00	0,00- 4,00	2,00- 4,00	0,00- 4,00	1,00- 4,00	2,00- 4,00	2,00- 4,00	1,00- 4,00

V2.1- Os profissionais de saúde das CECT deverão ter disponibilidade e tempo suficiente para assegurar que o tempo de espera para a primeira consulta não exceda as 3 semanas; V2.2- Existe um processo de acreditação ou certificação para todo o pessoal; V2.3- Pelo menos metade do pessoal tem formação acreditada ou acreditação equivalente a especialista de cessação tabágica; V2.4- Há possibilidade de prescrever todos os tratamentos farmacológicos específicos para a cessação tabágica; V2.5- Existe uma sala atribuída para o aconselhamento de cessação tabágica num espaço tranquilo (> 10m²); V2.6- Existe pelo menos um aparelho de coximetry por CECT para 600 visitas/ano; V2.7- Questionários de autoavaliação como o teste de *Fagerstrom* para a dependência nicotínica (FTND) estão disponíveis para todos os doentes; V2.8- A sala de consulta está equipada com um computador; V2.9- Os produtos farmacológicos estão disponíveis para serem apresentados e informar os utilizadores de tabaco (amostra ou visualização no computador, folhetos ou outros documentos).

Nos itens de resposta V2.1 e V2.2 a média é de aproximadamente 1 [(0,96 ±1,19) e (1,44 ±1,65), respetivamente]. Nos itens V2.4, V2.6, V2.7 e V2.8 a média de scores é aproximadamente 4 [(3,85±0,46), (3,56±0,97), (3,93±0,38),(3,93±0,38), respetivamente].

Tabela A 4. Obrigação de tratar os casos mais graves e anúncio claro se a consulta destinar a um grupo específico de risco

Hospital	Região NUTII	V3.1	V3.2
H2	Norte	4,00	1,00
H9		4,00	0,00
H10		3,00	1,00
H16		0,00	0,00
H17		4,00	1,00
Média ± Desvio Padrão		3,00 ± 1,73	0,60 ± 0,55
H1	Centro	3,00	3,00
H6		4,00	0,00
H8		4,00	2,00
H19		3,00	0,00
H21		0,00	4,00
H23		2,00	3,00
H24		2,00	2,00
Média ± Desvio Padrão		2,75 ± 1,39	1,75 ± 1,58
H3	Sul	4,00	4,00
H4		3,00	0,00
H5		3,00	3,00
H7		4,00	3,00
H11		4,00	0,00
H12		4,00	4,00
H13		4,00	4,00
H14		4,00	1,00
H15		4,00	0,00
H20		1,00	3,00
H22		2,00	0,00
H25		4,00	1,00

H26		4,00	3,00
H27		4,00	0,00
H18		3,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		3,43 ± 0,94	2,29 ± 1,68
Total n=27			
Média ± Desvio Padrão		3,15±1,23	1,81±1,59
Mín- Máx		0,00-4,00	0,00-4,00

V3.1- A maioria dos novos doentes têm comorbilidades, outras dependências, são grávidas ou têm um baixo nível socioeconómico; V3.2- Deve ser claramente anunciado quais os grupos específicos que poderão ter acesso à CECT.

Verifica-se que uma média de *scores* de resposta de aproximadamente 3 (3,15±1,23) no item V3.1 e uma média de cerca de 2 (1,81±1,59) no item V3.2.

Tabela A 5. Prática clínica baseada na evidência científica

Hospital	Região NUTII	V4.1	V4.2	V4.3
H2	Norte	3,00	4,00	1,00
H9		4,00	4,00	3,00
H10		4,00	4,00	3,00
H16		3,00	3,00	0,00
H17		4,00	4,00	1,00
Média ± Desvio Padrão		3,60 ± 0,55	3,80 ± 0,45	1,60 ± 1,34
H1		Centro	4,00	4,00
H6	4,00		4,00	3,00
H8	4,00		4,00	3,00
H19	3,00		4,00	1,00
H21	4,00		4,00	4,00
H23	3,00		4,00	2,00
H24	3,00		3,00	1,00
Média ± Desvio Padrão	3,63 ± 0,52		3,88 ± 0,35	2,25 ± 1,49
H3	Sul	4,00	4,00	4,00
H4		4,00	4,00	2,00
H5		4,00	4,00	4,00
H7		3,00	3,00	1,00
H11		4,00	4,00	2,00
H12		4,00	4,00	2,00
H13		4,00	4,00	0,00
H14		3,00	4,00	0,00
H15		4,00	4,00	0,00
H20		4,00	4,00	3,00
H22		4,00	1,00	1,00
H25		4,00	4,00	0,00
H26		4,00	3,00	2,00

H27		4,00	4,00	0,00
H18		4,00	4,00	3,00
Média ± Desvio Padrão		3,86 ± 0,36	3,64 ± 0,84	1,71 ± 1,44
Total n=27				
Média ± Desvio Padrão		3,74±0,45	3,74±0,66	1,85±1,41
Mín-Máx		3,00-4,00	1,00-4,00	0,00-4,00

V4.1- As recomendações de boas práticas estão identificadas e são aplicadas; V4.2- A primeiras visitas de formato individual requerem habitualmente o dobro do tempo da visita de seguimento e a duração mínima de 30 minutos. Nas visitas de formato grupal, a primeira visita deve demorar pelo menos 90 minutos; V4.3- O serviço tem uma abordagem multimodal (*i.e.* visitas de formato individual, de grupo, apoio telefónico, seguimento por *e-mail*, referênciação a linhas de apoio telefónico, programas na *internet*,...).

Verifica-se também uma média de *scores* de resposta de aproximadamente 4 nos itens V4.1 e V4.2 [(3,74±0,45),(3,74±0,66), respetivamente]. Relativamente à existência de uma abordagem multimodal (V4.3), a média de *scores* de resposta é de aproximadamente 2 (1,85±1,41).

Tabela A 6. Formação dos profissionais de saúde

Hospital	Região NUTII	V5.1	V5.2
H2	Norte	3,00	3,00
H9		2,00	3,00
H10		1,00	1,00
H16		0,00	1,00
H17		4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		2,00 ± 1,58	2,40 ± 1,34
H1		Centro	4,00
H6	4,00		4,00
H8	3,00		4,00
H19	1,00		0,00
H21	4,00		4,00
H23	1,00		3,00
H24	3,00		3,00
Média ± Desvio Padrão	2,50 ± 1,60		3,00 ± 1,41
H3	Sul	1,00	3,00
H4		3,00	3,00
H5		3,00	3,00
H7		2,00	3,00
H11		2,00	3,00
H12		2,00	2,00
H13		2,00	4,00
H14		0,00	4,00
H15		0,00	1,00
H20		0,00	1,00
H22		3,00	4,00
H25		3,00	3,00

H26		2,00	2,00
H27		0,00	2,00
H18		3,00	3,00
Média ± Desvio Padrão		1,86 ± 1,17	2,79 ± 0,98
Total n=27			
Média ± Desvio Padrão		2,07±1,36	2,78±1,15
Mín-Máx		0,00-4,00	0,00-4,00

V5.1- As CECT contribuem proactivamente para a formação e treino de profissionais de saúde não médicos no tratamento da dependência tabágica; V5.2- As CECT contribuem proactivamente na educação médica específica no tratamento da dependência tabágica, assim como na avaliação do tratamento e da cessação.

Relativamente ao item V5.1 a média de *scores* é cerca de 2 ($2,07 \pm 1,36$) e no item V5.2 a média é cerca de 3 ($2,78 \pm 1,15$).

Tabela A 7. Avaliação das ferramentas de cessação tabágica e investigação

Hospital	Região NUTII	V6.1	V6.2
H2	Norte	2,00	2,00
H9		2,00	2,00
H10		4,00	1,00
H16		0,00	0,00
H17		4,00	4,00
Média ± Desvio Padrão		2,40 ± 1,67	1,80 ± 1,48
H1		Centro	3,00
H6	4,00		3,00
H8	2,00		2,00
H19	3,00		2,00
H21	3,00		0,00
H23	2,00		1,00
H24	2,00		4,00
Média ± Desvio Padrão	2,88 ± 0,84		2,25 ± 1,39
H3	Sul	3,00	1,00
H4		3,00	3,00
H5		3,00	3,00
H7		1,00	1,00
H11		3,00	3,00
H12		2,00	0,00
H13		3,00	1,00
H14		3,00	2,00
H15		1,00	1,00
H20		0,00	1,00
H22		0,00	0,00
H25		3,00	3,00

H26		2,00	2,00
H27		4,00	2,00
H18		3,00	1,00
Média ± Desvio Padrão		2,14 ± 1,17	1,57 ± 1,09
Total n=27			
Média ± Desvio Padrão		2,41±1,19	1,81±1,24
Mín-Máx		0,00-4,00	0,00-4,00

V6.1- As CECT registam e fornecem dados para avaliação de projetos locais e/ou nacionais em cessação tabágica; V6.2- As CECT contribuem proactivamente para a investigação académica em dependência tabágica.

Nos itens V6.1 e V6.2 verifica-se uma média de *scores* de aproximadamente 2 [(2,41±1,19) (1,81±1,24), respetivamente]

Tabela A 8. Promoção de saúde em ligação à comunidade

Hospital	Região NUTII	V7
H2	Norte	0
H9		0
H10		1,00
H16		2,00
H17		2,00
Média ± Desvio Padrão		1,00 ± 1,00
H1	Centro	3,00
H6		4,00
H8		4,00
H19		2,00
H21		4,00
H23		4,00
H24		4,00
Média ± Desvio Padrão		3,38 ± 0,92
H3	Sul	0
H4		3,00
H5		3,00
H7		1,00
H11		3,00
H12		1,00
H13		1,00
H14		1,00
H15		0,00
H20		3,00
H22		3,00
H25		3,00

H26		0,00
H27		2,00
H18		3,00
Média ± Desvio Padrão		1,79 ± 1,31
Total n=27		
Média ± Desvio Padrão		2,11±1,42
Min-Máx		0,00-4,00

V7.1- As CECT desenvolveram atividades de promoção da saúde, incluindo a participação em programas baseados na comunidade, no corrente ano.

No item V7.1 existe uma média de *scores* de cerca de 2 (2,11±1,42).

Tabela A 9. Avaliação regular das atividades

Hospital	Região NUTII	V8.1	V8.2
H2	Norte	4,00	1,00
H9		0,00	0,00
H10		1,00	4,00
H16		3,00	1,00
H17		4,00	0,00
Média ± Desvio Padrão		2,40 ± 1,82	1,20 ± 1,64
H1		Centro	3,00
H6	4,00		2,00
H8	4,00		3,00
H19	2,00		0,00
H21	3,00		3,00
H23	4,00		1,00
H24	4,00		1,00
Média ± Desvio Padrão	3,00 ± 1,41		1,38 ± 1,06
H3	Sul	3,00	4,00
H4		0,00	0,00
H5		3,00	3,00
H7		2,00	1,0
H11		4,00	0,00
H12		2,00	2,00
H13		4,00	3,00
H14		2,00	3,00
H15		1,00	0,00
H20		3,00	3,00
H22		3,00	2,00
H25		3,00	0,00
H26		2,00	3,00

H27		0,00	0,00
H18		4,00	3,00
Média ± Desvio Padrão		2,57 ± 1,16	1,93 ± 1,44
Total n=27			
Média ± Desvio Padrão		2,67±1,33	1,63±1,36
Mín-Máx		0,00-4,00	0,00-4,00

V8.1- A abstinência tabágica é registada aos 3, 6 e 12 meses. A avaliação aos 6 meses é o resultado mais importante; V8.2- Os dados estatísticos da avaliação da cessação tabágica são sistematicamente recolhidos.

Verifica-se uma média de *scores* de cerca de 3 (2,67±1,33) no item V8.1. Relativamente ao item V8.2 a média de *scores* de resposta é de aproximadamente 2 (1,63±1,36).