

RESUMO

Introdução: o tabagismo constitui um grave problema de saúde pública, sendo o maior factor evitável de morbilidade e mortalidade no mundo. Sendo a medida mais eficaz a curto, médio e longo prazo, a cessação tabágica deve ser uma das prioridades dos profissionais, nomeadamente daqueles que melhor conhecem e que mais directamente e oportunamente contactam estes doentes, como o caso do médico de família.

Objectivos: rever e sintetizar conhecimentos relativos ao papel do médico de família na cessação tabágica; apresentar as respectivas intervenções; perceber dificuldades vivenciadas e reflectir sobre a prática clínica.

Metodologia: pretendia-se pesquisar, sistematizar e reflectir sobre o papel do médico de família na cessação tabágica, em Portugal, nos últimos 5 anos. Após várias leituras, optou-se pela revista da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, tendo-se seleccionado todos os documentos que abordavam o tema da cessação tabágica, entre Janeiro 2006 e Dezembro 2010.

Para além de artigos de revisão e trabalhos de investigação, esta revista reúne os “melhores resumos de congressos” e, ainda, comentários de POEMs (Patient-Oriented Evidence that Matters), editados em várias publicações, e que constituem “Evidência que interessa, Orientada para o Paciente”.

O recurso a outras fontes bibliográficas prendeu-se com a necessidade de apresentar e enriquecer este documento com noções teóricas acerca da problemática de base – tabagismo.

Conclusões: qualquer fumador a pretender cessar o tabagismo beneficia da intervenção próxima, oportuna e singular do médico de família, cujo papel se pode representar nas palavras: acompanhar; aconselhar; ajudar; apoiar; diagnosticar; individualizar; informar; motivar; prevenir; registar; referenciar e sensibilizar.

Palavras-Chave: médico de família; cessação tabágica

S U M M A R Y

Introduction: smoking is a major public health problem, being the largest factor of avoidable morbidity and mortality worldwide. Being the most effective measure in the short, medium and long term, smoking cessation should be a priority of the professionals, particularly those who know best and that more directly and appropriately contacting these patients, as the case of GP.

Objectives: To review and synthesize knowledge on the role of family physician in smoking cessation; submit their interventions; perceive difficulties experienced and reflect on practice.

Methodology: the aim was to search, organize and reflect on the role of family physician in smoking cessation in Portugal over the past 5 years. After several readings, it was chosen by the magazine of the Portuguese Association of General Practitioners, having been selected all the documents that addressed the issue of smoking cessation, between January 2006 and December 2010.

In addition to review articles and research papers, this journal brings together the "best conference abstracts and also comments POEMs (Patient-Oriented Evidence that Matters), published in various publications, which are" evidence that matters, Patient-oriented. "

The use of other bibliographical sources held with the need to present and enrich this document with theoretical notions about the basic issues - smoking.

Conclusions: Any patient consumers want the benefits of smoking cessation intervention next, timely and unique family doctor and may represent yourself in the words: monitor, advise, help, support, diagnose, distinguish, inform, motivate, prevent, register; reference and awareness.

Keywords: GP; smoking cessation

DA IMPORTÂNCIA DO TEMA

Sendo um grave problema, com sequelas de Saúde Pública, ambiental, económicas e sociais, identificado como o maior factor evitável de mortalidade e morbidade, o tabagismo continua responsável por mortes prematuras e patologias diversas, salientando-se as respiratórias, cardiovasculares, endócrinas, gastrointestinais e neoplásicas (Nunes, 2006).

Contribui para o aumento de, 12 vezes o risco de doença pulmonar crónica obstrutiva, 13 vezes o risco de cancro nas mulheres e 23 vezes o mesmo risco nos homens (US Department of Health and Human Services, 2004). Outras doenças estão também relacionadas com o tabagismo, nomeadamente: doença de Crohn; doença de Graves; úlcera péptica gástrica e duodenal; refluxo gastro-esofágico; tuberculose e patologia tiroideia (Ibidem).

Também o fumo ambiental tem sido objecto de vários estudos, concluindo-se que a casa e o trabalho são os principais locais de exposição e que aumenta em quem nunca fumou, o risco de: 16% de cancro do pulmão, 30% de doença cardíaca isquémica, 9-13% de todos os cancros e efeitos respiratórios agudos e crónicos, em crianças (Calheiros, 2006). Ainda é especialmente perigoso para mulheres grávidas, sendo responsável por recém-nascidos de baixo peso, morte fetal e partos prematuros.

A International Agency for Research on Cancer, a OMS e o U.S. Department of Health and Human Services reconhecem que toda e qualquer forma e produto de tabaco são prejudiciais para a saúde, não existindo um limiar seguro de exposição (Calheiros, 2006; Nunes, 2006).

Anualmente, morrem em Portugal 12500 fumadores, constituindo 11,7% das mortes e sendo a proporção da carga da doença atribuível ao tabaco, medida em anos de vida ajustados por incapacidade – disability, adjusted life years (DALY), de 11,2% (Borges M. et al, 2009).

Espreitando a realidade mundial, verificamos que o tabagismo, não tendo limiar seguro de exposição, constitui a 1ª causa de morte evitável no mundo, com uma mortalidade de 5 milhões de pessoas por ano (WHO, 2009). A OMS prevê que em 2030, morrerão 10 milhões por ano (70% nos países em desenvolvimento), caso não se consiga instituir medidas de prevenção e controlo efectivas (WHO, 2002).

Os gastos económicos em cuidados de saúde relacionados com o tabagismo representam 3,2 % dos custos das ARS e 1,5% das despesas totais do SNS e ronda os 490 milhões de euros (Gouveia e Col., 2007).

Com a cessação tabágica, podia reduzir-se a carga de doença medida em DALY em 5,8% (7,8% nos homens e 2,8% nas mulheres) e ainda a mortalidade em 5,8%, 8,5% masculina e 2,9% feminina (Borges M. et al, 2009).

Vários são os estudos que alertam para a elevada percentagem de fumadores que tentou, tenta e deseja abandonar o tabaco (DGS, 2008). Mesmo bem perto de nós, há profissionais que realizam estudos e se apercebem dessa mesma realidade (cf. Costa et al, 2007).

Ajudar os fumadores na árdua tarefa do abandono do tabaco constitui uma das prioridades dos profissionais de saúde, nomeadamente daqueles que exercem a sua actividade nos cuidados de saúde primários e representa uma forma de combate efectiva e desejada (Rebelo, 2004).

A grande parte dos fumadores aprecia e deseja que os médicos os aconselhem a cessar o tabagismo, sendo o impacto deste aconselhamento superior ao efectuado por outros profissionais de saúde (Costa, 2006).

O médico de família, como promotor de saúde (Ibidem), constitui o corolário de todo este processo, que deve pautar a consulta diária de Medicina Geral e Familiar e cuja abordagem de prevenção primária engloba, não só, mas também, o desincentivo do tabagismo (Hespanhol et al, 2009), pelo que pesquisar, reflectir e repensar o seu papel na cessação tabágica faz todo o sentido (Silva e Sá, 2010)

Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

No que concerne à realidade portuguesa, e baseando-nos na análise dos dados do último inquérito nacional de saúde, 2005/2006 (1 ano antes da entrada em vigor da Lei nº 37/2007, 14 Agosto e que visa a protecção dos cidadãos da exposição ao fumo passivo), 20,9% da população residente em Portugal era fumadora à data da entrevista, 30,9% sexo masculino e 11,8% feminino, com tendência crescente e decrescente, nas mulheres e homens, respectivamente.

A prevalência mais elevada observou-se nos Açores (31%) e Alentejo (29,9%), para os homens; para as mulheres, a prevalência verificava-se em Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e Algarve (12,8%). A prevalência no sexo masculino está presente nos níveis de escolaridade menores (5 anos), observando-se o inverso no sexo feminino (9 anos). Os divorciados e os desempregados de ambos os sexos contemplam a proporção mais elevada de consumidores diários e 44,3% dos homens e 36,4% das mulheres, fumadores/as, não evitam fumar na presença de não fumadores.

O mesmo inquérito refere que 55,6% começou a fumar entre os 15 e os 19 anos, sendo que 19,7% dos residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 10 anos, referiam ser fumadores; a mesma situação se passa com a população de 15 e mais anos, com 17,2%, denotando a precocidade no início do tabagismo.

Quanto ao produto fumado, constitui essencialmente cigarros ou cigarrilhas em 98% dos fumadores, sendo consumido 18 e 13 unidades/dia, para homens e mulheres, respectivamente.

Dos fumadores diários, 48,8% já tinham tentado, mas sem sucesso, o abandono do tabaco, invocando o receio de problemas de saúde como principal motivo. A idade média de cessação tabágica era de 29 para as mulheres e 38 nos homens.

INFOTABAC – situação a 31 de Dezembro de 2009

Este relatório analisa o impacte da aplicação da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto, durante o ano de 2008 e no que concerne à epidemiologia, apresenta e discute os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, sublinhando a frequência de fumadores

superior no sexo masculino e a diminuição ligeira do número de fumadores nos últimos 20 anos.

A favor da proibição de fumar apresentaram-se 61-98% e devido à Lei referida, 5% dos fumadores deixou de fumar e 22% diminuiu o consumo (DGS, 2008)

Quanto às acções de educação e informação para a saúde sobre o tabagismo, 70% mencionou a sua realização, tendo as mesmas decorrido em: 83% dos centros de saúde; 63% dos hospitais do SNS; 57% dos centros de reabilitação e tratamento e em 31% dos hospitais e clínicas privadas (INFOTABAC/DGS 2009).

No que respeita à criação de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, as mesmas foram referidas por 43,5% dos estabelecimentos de saúde, sendo 76% do total destas consultas, criadas em centros de saúde e 17% em hospitais do SNS. Destes estabelecimentos, 82% refere seguir como referência o Programa-Tipo de Cessação Tabágica (Ibidem).

Quanto ao número médio de profissionais envolvidos nestas consultas, é de: 1,6 para médicos, 1,3 para enfermeiros, 0,5 para psicólogos e 0,4 para nutricionistas e outros (Ibidem).

Em 31 de Dezembro 2008, havia 9,5% de utentes em lista de espera para aceder a estas consultas, sendo o tempo médio de 3-365 dias (Ibidem).

A farmacoterapia destinada a este fim aumentou 6% em 2009, comparativamente a 2008 (Ibidem).

PROMOÇÃO E BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

A DGS publicou o “Programa-tipo de actuação” e segundo o qual é “difícil identificar outro problema que represente uma ameaça para a saúde tão significativa, em que existam intervenções tão eficazes e prontamente acessíveis e em que os serviços de saúde intervenham de forma tão inconsistente” (Nunes, E. et al, 2007: 10), pelo que se

impõe “uma mudança de atitude dos prestadores de cuidados de saúde relativamente a este problema, em particular dos que trabalham nos cuidados primários” (Ibidem).

A cessação tabágica é indicação em todos os fumadores, independentemente do tempo de consumo, co-morbilidades, estado geral ou idade (Rebelo, 2004). Assim, “todos os adultos e grávidas que acorram a uma consulta num serviço de saúde deverão ser questionados quanto aos seus hábitos tabágicos e aconselhados relativamente às vantagens da cessação” (Ibidem).

Também o plano Nacional de Saúde 2011-2016, visa não só reforçar, como expandir várias áreas específicas de intervenção, sendo a cessação tabágica uma delas (Silva e Sá, 2010) e propondo a existência de pelo menos uma consulta de cessação tabágica em cada Agrupamento de Centros de Saúde (Ibidem: 12)

A cessação tabágica é a cessação total de consumo de produtos contendo tabaco e é a medida que a curto e médio prazo oferece maiores benefícios. Estes são muitos, em qualquer pessoa e independentemente da idade. Uma vez terminado o consumo, verifica-se que após (Nunes et al, 2007): 20 min, há diminuição do ritmo cardíaco; 12h - normalização dos níveis de monóxido de carbono; 2 semanas a 3 meses - melhoria da função pulmonar e diminuição do risco de enfarte de miocárdio; 1-9 meses - diminuição da dispneia e tosse, do risco de doença cardíaca e cancerígena. A melhoria da auto-estima, a melhoria estética, sensorial e económica, constituem outros benefícios da cessação tabágica (Ibidem).

Quanto à expectativa de vida, realiza-se um ganho de mais 10 anos nos ex fumadores com 35 anos. Mais tarde os ganhos são consideráveis, mas menores.

CONSTITUINTES DO TABACO: a viciante, o cancerígeno e o fatigante...

Resultado da combustão incompleta do tabaco, o fumo do cigarro apresenta-se como um aerossol, onde já foram identificadas 4000 tóxicos (cuja natureza e concentração variam em função do tipo de tabaco e do modo de consumo), com propriedades antigénicas, carcinogénicas, citotóxicas e mutagénicas (Nunes, 2006).

As múltiplas substâncias tóxicas encontram-se na fase condensada e gasosa. Nesta predomina o azoto, monóxido de carbono e oxigénio, constituindo 85% do peso do fumo do cigarro; outras podem ser encontradas, em menor percentagem, mas com repercussões na saúde, como: acetaldeído, ácido hidrocianico, acroleína, amónia, formaldeído, hidrazina, etc. Exceptuando a nicotina, na fase condensada encontram-se substâncias carcinogénicas ou co-carcinogénicas, como: acroleínas, alcatrão, aldeídos, arsénico, cádmio, cetonas, chumbo, crómio, epóxidos e peróxidos (Ibidem).

Qualquer constituinte do tabaco é nocivo, no entanto, a sua rotulagem obedece a normas europeias, sendo obrigatório discriminar os teores de alcatrão, monóxido de carbono e nicotina. Mesmo quando os referidos teores são baixos, o consumidor pode, devido à frequência e modo como inala o fumo, estar exposto a doses altas, pelo que a União Europeia proibiu o uso das designações light, ultralight e mild nos rótulos do tabaco (Nunes et al, 2007).

Sendo o principal alcalóide do tabaco, a nicotina é a responsável pela dependência física e psíquica verificada (Nunes, 2006). Esta dependência está incluída na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e no DSM-IV desde 1992 e 1994, respectivamente (Nunes, 2006; Nunes et al, 2007). Após 10-15 segundos da inalação do fumo, os efeitos da nicotina são sentidos pela maior parte dos consumidores. Aquando no sangue, segue para o sistema nervoso, apresenta 60 minutos de semivida e é metabolizada pelo fígado, sendo oxidada em óxido de nicotina e cotinina, estando esta presente na urina por 16h, pelo que permite estimar o consumo de tabaco nas últimas 72h (Nunes, 2006).

Os efeitos da nicotina sobre o organismo verificam-se a vários níveis e denotam a base da dependência psicológica (Rebelo, 2006) do tabaco, com aumento da vigília, concentração, batimento cardíaco, pressão sanguínea e ventilação pulmonar. Tem ainda efeito ansiolítico, anti-depressivo, estimulante e tranquilizante. A interrupção abrupta do consumo desencadeia, no espaço de 2-12h, um síndrome de abstinência que reflecte os efeitos neurofisiológicos (Ibidem) e aditivos da nicotina, como: ansiedade; depressão; aumento do apetite e peso; desejo de fumar; irritabilidade; mal-estar físico, cefaleias; alterações do sono e concentração. Alcançando o pico entre as 24-48h, a maioria desta sintomatologia dura 4 semanas, embora a necessidade da nicotina e a sensação de fome

possam permanecer por seis meses ou mais. O modo mais fácil de reverter este estado, será voltando a fumar, o que justifica as recaídas frequentes (Nunes et al, 2007).

Designa-se por alcatrão, o conjunto das partículas sólidas suspensas no fumo do tabaco, constituídas por mais de 3500 substâncias químicas, das quais 40 são cancerígenas (arsénio, benzopireno, cádmio, níquel...), sendo responsáveis pelo cancro do pulmão e, quando combinadas com outras substâncias, agravamento da bronquite crónica e enfisema.

O monóxido de carbono é um gás inodoro, formado durante a combustão das substâncias do tabaco, que, quando inalado em grandes quantidades, é mortal. Com grande afinidade para a hemoglobina, forma a carboxi-hemoglobina, impedindo a oxigenação celular, provocando cansaço e, nos casos mais graves, doença coronária isquémica (Ibidem).

Para além das substâncias referidas, outras têm sido manipuladas e adicionadas (aditivos, aromatizantes, humidificantes), não se conhecendo a totalidade de seus efeitos no organismo (Nunes, 2006).

O MÉDICO DE FAMÍLIA

O papel do médico de família na cessação tabágica, tem merecido nos últimos anos um destaque e interesse especial, por parte da comunidade que, directa ou indirectamente está envolvida nesta problemática. Assim, tem sido definido, discutido, repensado e actualizado...

Contudo, existem factores que negativamente condicionam a probabilidade do médico de família aconselhar a cessação tabágica, nomeadamente: ser fumador (Costa, 2006); sentir que é um assunto do foro privado; que não é função sua, ou que a sua actuação será ineficaz; receio de estragar a relação médico-doente e o facto de os doentes fumarem pouco ou não apresentarem sintomatologia de doença (Cohen, 2008).

Genérica e resumidamente, o papel do médico assenta sob um conjunto de várias tarefas, nomeadamente: diagnosticar; rever, com o fumador, o questionário por este preenchido; avaliar o consumo de tabaco e estado clínico do fumador; identificar as razões que levaram ao consumo e as que motivam a sua cessação; informar acerca dos malefícios do tabagismo; ajudar a identificar recompensas possíveis com a cessação; colher a história clínica; identificar a fase de motivação e grau de prontidão para a mudança; reconhecer possíveis apoios familiares e sociais; apresentar e negociar o dia de interrupção tabágica e programa de tratamento; reconhecer actividades ou estados de humor que potenciem recaídas e treinar competências para lidar e superar as mesmas; apresentar e discutir o plano terapêutico e esclarecer dúvidas; efectuar os registos respectivos em documentos próprios; felicitar o sucesso e apoiar nas recaídas, discutir dificuldades, tentando perceber as circunstâncias da recaída, para tentar prevenir novo episódio; despistar sintomas de privação e reforçar a sua disponibilidade, assim como a da equipa, em caso de dúvidas/problemas.

Muito se tem escrito sobre o tema e da necessidade de encarar o fumador como um doente crónico, potencialmente reabilitável; no entanto, há grupos de fumadores que têm recebido atenção especial, nomeadamente jovens, grávidas, idosos, doentes mentais e fumadores resistentes.

E a grávida fumadora...

Etiologicamente relacionado com morbilidade materno-fetal e com efeito dose-dependente, o tabagismo na gestação é uma realidade que aumenta o risco de descolamento da placenta, placenta prévia, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal (Nunes, 2006). Parar de fumar durante os primeiros meses da gestação reduz estes riscos para níveis similares aos da grávida não fumadora (Nunes et al, 2007).

A gravidez é um estado de graça que leva a que a maior parte das mulheres nesta condição tenha mais probabilidade de abandonar o tabaco do que em qualquer outra altura.

Segundo Ana Costa, e após uma pesquisa na Medline durante 10 anos, “a estratégia mais eficaz para abordagem de uma grávida fumadora é através da intervenção breve dos 5 A’s adaptada à grávida” (2007: 232), a qual pode ter sucesso

em 30-70%. Este tipo de abordagem engloba 5 passos: 1º Abordar hábitos, 2º aconselhar a parar, 3º avaliar a motivação, 4º ajudar na tentativa e 5º acompanhar o seguimento após a interrupção do consumo.

O programa-tipo da cessação tabágica recomenda uma “intervenção psicossocial mais intensa que a intervenção breve” e quando a gestante possui um bom nível literário, poder-se-á realizar um programa personalizado de treino de aptidões (Nunes et al, 2007: 64).

A farmacoterapia está contra-indicada, podendo usar-se substitutos da nicotina, em determinadas circunstâncias e sob supervisão médica (Ibidem).

Qualquer médico de família deve saber usar sistematicamente esta intervenção, na qual a mudança de comportamento constitui a 1ª ajuda à grávida fumadora, devendo ponderar-se os substitutos da nicotina, sempre que esta não resulte. Os mesmos fármacos, classificados pela FDA em categoria D, podem e devem usar-se na gravidez e amamentação, na menor dose necessária e no menor tempo possível (Costa, 2007).

E os jovens fumadores...

O consumo de tabaco pelos adolescentes é elevado e tem vindo a aumentar nos adolescentes, desde a década de 90. A experimentação inicia-se cerca dos 12-15 anos e a consolidação antes dos 18. Estes dados responsabilizam a adolescência, sobretudo até aos 15 anos como a idade de maior risco (Precioso, 2006; Precioso et al, 2007).

A investigação acerca da saúde dos adolescentes revela que os factores de risco são sobretudo de natureza comportamental, cada vez mais em idades precoces, podendo a maioria ser evitada, como é o caso do tabagismo, constituindo um dos mais graves comportamentos, com consequências graves na saúde e com maior risco de doenças, dependência e outros (álcool, drogas), quanto mais precoce a idade inicial de consumo (Ibidem).

Outro estudo transversal analítico multicêntrico, realizado em 2006 e 2007, com 1033 adolescentes da região Norte de Portugal, detectou uma maior prevalência de tabagismo nos adolescentes sem aproveitamento escolar (Lima, 2009) e naqueles cujos

pais eram fumadores, não tendo encontrado associação com a escolaridade dos pais, nem diferença significativa entre sexos.

O tabagismo dos jovens é influenciado pelo consumo de tabaco dos pais, assim como pelas atitudes destes em relação ao mesmo produto, verificando-se percentagens maiores de jovens fumadores, quando os pais fumam e o inverso em filhos de pais não fumadores (Precioso et al., 2007). Existem outros factores predisponentes como: diferenças genéticas a nível dos receptores cerebrais da nicotina; valores e normas do grupo de pares; factores sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e classe social); rebeldia; impulsividade; consumo de álcool e/ou outras substâncias; rendimento escolar baixo e publicidade (Nunes et al, 2007).

O consumo de tabaco, activo ou passivo, na infância e adolescência tem efeitos nefastos imediatos, reflectindo-se na função e maturação pulmonares, agravando a tosse, bronquite, expectoração e asma, aumenta as LDL e diminui o rendimento físico (Precioso, 2006; Nunes et al, 2008).

Acreditando que ao influenciar o tabagismo dos pais, se reduz o dos filhos, Precioso et al. sublinham que, para além de outros profissionais, os médicos de família devem não só tratar os pais fumadores, como envolve-los na prevenção do tabagismo dos seus filhos, convencendo os pais a deixar de fumar e invocando-se várias razões: poupar; contribuir na luta anti-tabágica; servir de exemplo; exercer autoridade e recomendar comportamentos saudáveis, com mais saúde para si e para os seus (2007: 265).

Aquando das consultas com adolescentes, o médico de família deve investir na prevenção primária e secundária, questionando acerca do hábito de fumar, aconselhando a não fumar, elogiando os não fumadores, informando acerca dos efeitos imediatos do tabagismo, incentivando e apoiando o abandono do hábito (Precioso, 2006). Deve desmistificar o conceito de que “a maioria dos jovens fuma” e não deve moralizar ou centrar o aconselhamento na ameaça das doenças. Deve-se preferir abordagens que os ajudem a resistir à pressão dos pares e a decidir conscientemente.

Recomenda-se precaução no uso das abordagens preconizadas para o adulto, especialmente na abordagem terapêutica não aconselhada a menores de 18 anos. Usar

uma linguagem e conteúdos adaptados ao desenvolvimento de cada adolescente (Nunes et al, 2007).

Outra forma de participar neste âmbito, será intervindo activamente no meio escolar, através da equipa de saúde escolar e desenvolvendo um trabalho contínuo com discentes e docentes ao longo de todo o ano (Precioso, 2006), dando especial atenção aos pais e professores.

E os doentes psiquiátricos...

O consumo de tabaco pelos doentes psiquiátricos é elevado, nomeadamente pelos hiperactivos, depressivos e esquizofrénicos, cujas taxas de prevalência do tabagismo rondam os 40, 50 e 90%, respectivamente (Nunes et al, 2007).

A cessação tabágica tem sido relacionada com o agravamento de patologias psiquiátricas, nomeadamente a depressão (cuja probabilidade de recaída é 2 vezes superior à dos restantes fumadores), requerendo da parte do médico um aconselhamento e acompanhamento adequados e a consciência da dificuldade acrescida da cessação tabágica nestes doentes. Assim, recomenda-se uma abordagem combinada de substitutos da nicotina e antidepressivos (Ibidem).

Relativamente a doentes com doença psiquiátrica prévia e seguidos por psiquiatria, deve privilegiar-se uma intervenção em equipa, entre médico de família e psiquiatra, para acordo mútuo da oportunidade de início de tratamento, conhecimento da situação e ajuste terapêutico eventual (Ibidem).

Nos doentes psiquiátricos, sem diagnóstico, sobretudo os que estão em crise, ou que iniciaram terapêutica, recentemente, deve adiar-se a intervenção por 3-6 meses da estabilização do quadro clínico (Ibidem).

E os fumadores idosos

Com uma longa e cumulativa história de tabagismo, assim como uma enorme dependência da nicotina, a maior parte dos idosos não acredita em conseguir deixar de fumar e desvaloriza este interesse na sua idade. Também neste grupo, o benefício de

parar de fumar é inquestionável, representando uma maior mobilidade, longevidade e qualidade de vida.

Neste grupo, a abordagem do tabagismo é semelhante, embora deva ter-se em consideração algumas características especiais deste grupo. Desde que não existam contra indicações, os substitutos da nicotina, a bupropiona ou a vareniclina são os fármacos de 1ª linha (Ibidem).

A farmacocinética da nicotina é semelhante, embora a eliminação esteja diminuída na insuficiência renal, pelo que a dose deve ser ajustada. Dar preferência às pastilhas de chupar ou sistemas transdérmicos nos idosos com próteses dentárias móveis. Relativamente à bupropiona, deve optar-se por administrar metade da dose, nos utentes com mais de 65 anos (Ibidem).

O aconselhamento telefónico proactivo tem mostrado utilidade e o apoio psicológico e social não deve ser ignorado (Ibidem).

E os fumadores Resistentes...

Este é um grupo problemático, na medida em que a toda a abordagem e potencial ajuda apresenta-se dificultada pela pouca motivação do utente e por alguns factores que devem ser do conhecimento médico. Ser do género feminino dificulta a cessação, uma vez que parece haver uma maior preocupação com o aumento de peso; quanto menores as habilitações literárias, menor o sucesso; também a depressão, a existência de familiares fumadores, a recaída nas 2 semanas após o abandono e o grande consumo são factores que dificultam o sucesso de um programa de cessação tabágica.

Este grupo deve ser privilegiado com uma equipa multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, administrativo, nutricionista e psicólogo.

O médico de família deve reforçar a motivação através da abordagem breve dos 5 Rs, encorajando o doente a identificar: 1º relevância dos benefícios; 2º riscos em continuar; 3º recompensas potenciais; 4º resistências que possam comprometer a cessação. Por último, a repetição dos passos anteriores constitui o 5º R e deve ser efectuada sempre que o médico contacte com o consumidor não motivado (Nunes, 2008).

De forma a ajudar o fumador a aperceber-se das suas necessidades, capacidades e ambivalências, deve estabelecer-se uma relação empática, enriquecida com questões abertas e escuta reflexiva, de modo a prevenir situações de confronto directo e oposição (Ibidem).

Numa revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados, determinou-se a eficácia dos substitutos da nicotina na redução ou cessação tabágica, em fumadores que não querem ou não conseguem deixar o tabagismo e concluiu-se que a maioria não beneficiaria desta abordagem, uma vez que a mesma apenas consegue que mais 3% reduzam o seu consumo para cerca de metade ao fim de 6 meses (Tomé, 2009).

E intervenções breves...

Constituem uma intervenção em que se aproveitam todos os contactos com o fumador para se abordar o problema do tabagismo, visando a cessação tabágica. Com uma duração curta, sob a forma de aconselhamento mínimo (2-3 min), ou através de um aconselhamento mais aprofundado (10 min), avalia-se o consumo do tabaco, a motivação na cessação, bem como as estratégias a adoptar (Rebelo, 2004).

Apresentam-se como uma prática que pode e deve ser efectuada por todos os profissionais de saúde, não exigindo equipas/equipamento especializado, sendo facilmente aplicáveis e com uma relação custo-benefício positiva, pelo que se defende o mínimo de uma intervenção breve, a cada fumador, em cada visita realizada (Lameiras et al, 2006).

Dirigidas a todos os consumidores, pretendem sobretudo reconhecer o fumador e propor-lhe ajuda, podendo representar alguns minutos de uma consulta e apresentando uma eficácia de 2-3% (Ibidem).

O Médico de Família reúne condições singulares na colocação em prática destas intervenções, pela relação de proximidade e confiança estabelecida e pelas várias oportunidades de o fazer, com possibilidade de seleccionar o melhor momento para o fazer.

E a intervenção motivacional baseada no modelo de mudança comportamental ou, quando a motivação é a cessação tabágica e o fumador, o motivador...

Pretendendo-se caracterizar de modo breve esta abordagem, dir-se-ia que é uma intervenção de apoio intensivo, estruturada em 3 consultas clínicas e 5 chamadas telefónicas, em que o profissional abandona o habitual papel directivo, para possibilitar circunstâncias que permitam ao fumador a motivação, a gestão de conflitos, a evolução e a selecção da altura certa para cessar o tabagismo (Santos, 2006).

A aptidão do doente se envolver e assentir à mudança define a motivação, imprescindível em todas as etapas, que deixa de ser vista como um traço estático da personalidade e passa a ser encarada como algo dinâmico e flutuante que se pode ter, sem antes ter existido (Ibidem).

A 1ª consulta e os contactos telefónicos podem ser realizados por um profissional de enfermagem. O médico de família assume um papel imprescindível, na 2ª e 3ª consulta (Ibidem).

Na 2ª consulta, que ocorre em fase de mudança e tem duração média de 30 min, o médico, para além da história clínica, avalia a dependência física (através do questionário de Fagerstrom, por ex.); discute resultados das avaliações efectuadas na 1ª consulta; reavalia a posição da pessoa no modelo transteórico de mudança; avalia possíveis riscos e recompensas da suspensão tabágica; informa acerca do processo de desabituação tabágica; nomeia estados de espírito, actividades ou acontecimentos com risco de recaída; identifica e treina aptidões de resolução de problemas e se o fumador já em estágio de preparação, apresenta a abordagem terapêutica, explica como tomar e da a conhecer os efeitos secundários da medicação. Já no final deste encontro, deve ser averiguada a necessidade de outra consulta com o médico antes do início da cessação tabágica, assim como decidido o dia da cessação tabágica (dia D) (Ibidem).

Na 3ª consulta, 1 mês depois do dia D, o médico deve iniciar o encontro, felicitando o sucesso conseguido; despistar sintomas de privação e efeitos laterais da medicação; discutir dificuldades; reavaliar apoios familiares e sociais; dosear monóxido de carbono, rever processo de desabituação e ajustar fármacos (Ibidem).

A 4ª consulta é marcada e realizada pelo médico e destina-se a avaliar e prevenir a recaída (Ibidem).

A 5ª ou 6ª consulta também é realizada pelo médico, 3 meses após o dia D, pretendendo novamente avaliar e prevenir recaída (Ibidem).

O 2º, 3º e 4º contactos telefónicos podem ser realizados pelo médico ou enfermeiro e devem ser efectuados, 2 meses, 6 meses e 1 ano, respectivamente, após o dia D (Ibidem).

A comunicação entre o utente e o profissional pode constituir um factor decisivo no (in)sucesso do programa, pelo que deve assentar em quatro princípios (Nunes et al, 2007):

Empatia – para uma boa interacção com o utente, deve aceitar-se a pessoa, compreender dificuldades e evitar a argumentação, uma vez que esta apenas aumenta as resistências à mudança.

Discrepâncias – a motivação para a mudança surge quando o fumador se apercebe da discrepância entre a realidade desejada e a actual, pelo que deve-se ajudar a tomar consciência da discrepância entre os motivos que o levam a desejar parar de fumar e as consequências de continuar a fumar.

Resistências – é importante que se estimule o fumador a identificar, verbalizar e reflectir sobre as suas dificuldades e possíveis soluções.

Auto-eficácia – as expectativas e os reforços positivos para com o fumador reforça a convicção de que se é capaz de mudar e é uma condição chave para o sucesso.

Importa, ainda, conhecer um conjunto de técnicas que facilitam a interacção, como usar de questões abertas, fazer afirmações positivas (capacidades, pequenos sucessos), sintetizar aspectos discutidos ou acordados, salientar pontos chave para conseguir progressos e estimular afirmações de auto motivação, no sentido do fumador reconhecer que tem de fazer alguma coisa para cessar o consumo.

É importante também que o médico estabeleça um clima de aceitação e confiança; promova a motivação; avalie a dependência, intenção e capacidade de mudança; escute atentamente; provoque e facilite a expressão verbal de mudança, proporcione a auto reflexão e permita respostas reflexivas (Santos, 2006).

E a abordagem terapêutica...

A medicação poderá duplicar ou triplicar o sucesso da intervenção, pelo que é aconselhada a todos os fumadores motivados na cessação tabágica (Etter et al, 2007). Consumidores acima de dez cigarros por dia, devem ser aconselhados a fazer terapêutica farmacológica (Nunes et al, 2007).

Actualmente, os fármacos disponíveis podem classificar-se de 1ª e 2ª linha, tendo em conta a maior ou menor eficácia e efeitos laterais. A vareniclina, os substitutos da nicotina e a bupropiona SR são considerados de 1ª linha, e a clonidina e a nortriptilina são inseridos no grupo de 2ª linha.

Vareniclina

Agonista/antagonista parcial dos receptores da acetilcolina, nicotínicos $\alpha 4 \beta 2$. Bloqueia o aumento da dopamina, induzida pela nicotina, reduzindo a satisfação de fumar (Coe et al, 2005; Garrison e Dugan, 2009; Keating e Lyseng, 2010).

Tratamento de 1ª linha na cessação tabágica, com nível de evidência A (Fiore, 2008). Geralmente é bem tolerada, sendo as náuseas o efeito lateral mais comum (Tonstad et al, 2006). Apresenta taxas de abstinência superiores quando comparadas com o placebo, a bupropiona ou os substitutos da nicotina (Cahill et al, 2007; Wannmacher, 2007; Wu et al, 2006; Tonstad et al, 2006), sendo recomendado o seu uso por 12-24 semanas (Keating e Lyseng, 2010).

Bupropiona

Foi a primeira alternativa aos substitutos da nicotina e constitui um antidepressivo da classe das cetoaminas, com boa tolerância e eficácia na cessação tabágica, inibindo o uptake pré-sináptico da dopamina e noradrenalina, com efeitos mínimos na serotonina (Tonnesen et al, 2003).

Os efeitos laterais mais comuns são: cefaleias, insónias, náuseas e xerostomia (Beyens et al, 2008). Associa-se um risco para convulsões de 1 em 1000.

Substitutos da nicotina

São os fármacos mais conhecidos e usados na dependência e tratamento do tabagismo, por substituir parcialmente a nicotina, reduzindo os sintomas de privação e proporcionando os efeitos neurofarmacológicos mediados pela mesma. Existem sob a forma de diversas formulações farmacêuticas (comprimidos sublinguais, gomas de

mascar, inalador bucal, pastilhas para chupar, sistemas transdérmicos), diferindo nas características farmacocinéticas, o que determina a sua indicação. No entanto, qualquer formulação é eficaz (Nunes et al, 2007). Devem ser iniciados no dia D e advertido o consumidor a não fumar.

Constituem contra-indicações e precauções ao uso destes substitutos: acidente vascular cerebral em evolução; angina instável; arritmias cardíacas graves; feocromocitoma; gravidez ou amamentação; hipertensão; idade inferior a 18 anos; insuficiência arterial periférica e úlcera gastro-duodenal (nas gomas ou pastilhas) (Ibidem).

A terapêutica com substitutos da nicotina é muito mais segura que o consumo de tabaco, pelo que não se deve evitar a medicação, quando indicada ou preferir a subdosagem dos mesmos (Ibidem).

Uma meta-análise de ensaios clínicos aleatorizados e controlados, foi efectuada, objectivando comparar os efeitos terapêuticos de 7 intervenções farmacológicas aprovadas e usadas na cessação tabágica (bupropiona, vareniclina e 5 substitutos da nicotina – comprimido sub-lingual, inalador, pastilha, penso transdérmico e spray nasal). Dos resultados, salienta-se que há diferença estatisticamente significativa a favor do uso de fármacos (Carvalho, 2009).

Antidepressivos

A abstinência da nicotina produz sintomatologia depressiva, podendo mesmo precipitar uma depressão major. Alguns destes fármacos podem actuar em vias neuronais, associadas à dependência da nicotina, bloqueando receptores da nicotina, daí o seu uso.

Por não caber no âmbito deste trabalho, mas por se considerar importante, sugere-se a leitura e o estudo das características destes fármacos, de forma a garantir uma adequada prescrição e aconselhamento.

E outras estratégias...

A necessidade de implementar várias abordagens, com efectividade diferente e complementar, tem sido invocada pelos estudos desta área e colocada em prática em domínios diversos.

Exercício físico

Exercício de intensidade moderada (ex: caminhada de 15 min) aumenta o intervalo entre cigarros fumados, diminui o desejo de fumar e os sintomas de abstinência (Daniel et al, 2006; Taylor e Katomeri, 2007; Taylor et al, 2007).

Acupuntura e hipnoterapia

Usada com o objectivo de diminuir os sintomas de abstinência, podendo afectar também o desejo de fumar (He et al, 2001). Não existe evidência de que a acupuntura seja eficaz na cessação tabágica (White et al, 2006), assim como a hipnoterapia (Lynn et al, 2010, Abbot et al, 2000), no entanto, parece ser melhor que não fazer nada.

E outras estratégias...

Outra estratégia utilizada, como incentivo à cessação tabágica, será informar os fumadores da idade pulmonar, estimada por espirometria, aumentando assim a probabilidade de abandono do tabagismo, tal como observado num ensaio clínico aleatorizado e controlado, na Inglaterra, em 5 clínicas de cuidados de saúde primários (Rua, 2008).

CONCLUSÃO

As consequências do tabagismo na saúde estão hoje bem documentadas, para um grande número de patologias, nomeadamente reprodutivas, respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas. Futuramente outras patologias poderão ser identificadas.

Os números referentes à epidemiologia do tabagismo mostram uma realidade que deve ser encarada pelos profissionais de saúde como um alvo a combater.

O acto de fumar é explicado pela associação de vários factores – fisiológicos, psicológicos, cognitivos e sociais.

É preciso encarar o tabagismo como uma doença crónica que deve ser despistada, diagnosticada e tratada, assim como tantas outras, que merecem dos profissionais a atenção devida.

A cessação tabágica constitui, a curto prazo, a forma mais eficaz de conseguir baixar a prevalência do tabagismo e as respectivas consequências.

Vários factores contribuem para o sucesso da cessação tabágica, sendo de salientar, três: as características pessoais do consumidor, a dependência tabágica e a comunicação entre o fumador e o profissional.

O clínico, nomeadamente o especialista em medicina geral e familiar, apresenta um lugar privilegiado na prevenção, redução e cessação tabágica, tendo em mãos a árdua tarefa de ajudar a deixar de fumar.

Qualquer consulta deve ser aproveitada pelo médico de família para, no momento oportuno, abordar e discutir os hábitos tabágicos e as múltiplas vantagens de cessação tabágica. O profissional desatento, que ignora ou não se compromete a aceitar o desafio de ajudar o doente a ajudar-se, apresenta-se como um profissional que pode estar a deixar escapar uma oportunidade de sucesso.

Todos os médicos de família devem conhecer os princípios da cessação tabágica, identificar, informar os seus utentes acerca dos riscos do tabaco, activo e passivo, e

cooperar na investigação respectiva.

O incentivo e aconselhamento no abandono do tabaco são imprescindíveis, podendo até não ser necessário a ajuda farmacológica. Sempre que pertinentes, aproveitar, individualmente, dados, sintomatologia, sinais, patologias associadas, resultados de exames auxiliares de diagnóstico e outros para promover a cessação tabágica.

Na abordagem clínica do fumador é possível identificar duas intervenções, visando o mesmo objectivo – a intervenção breve e a de apoio intensivo. Ambas visam a cessação tabágica, mas enquanto na primeira se aproveitam todas as oportunidades, para realizar uma intervenção breve, na segunda, é realizada uma intervenção ao longo de várias sessões, em local e consulta programada e por profissionais com formação específica, combinando acções de natureza comportamental e medicamentosa, sendo assim possível uma maior interacção, investimento e sucesso.

O/a doente fumador/a, quer seja jovem, adulto, idoso ou grávida merece do seu médico uma ajuda individualizada e personalizada, em função da história clínica, factores de risco, patologias associadas e estado geral. No caso de existirem comorbilidades (ex: patologia psiquiátrica) ou perante fumadores resistentes, o médico de família deve privilegiar uma abordagem multidisciplinar.

As várias terapias disponíveis apresentam eficácias e impacto diferente em cada fumador, devendo ser adaptadas às necessidades e preferências individuais.

A temática do tabagismo é uma matéria complexa, que demanda uma actualização e aperfeiçoamento permanentes, nomeadamente a questão da cessação tabágica e respectivas estratégias, assim como a abordagem terapêutica, o tabagismo activo, passivo e os processos de mudança comportamental.

Como trabalhos futuros, sugere-se a realização do mesmo tema, mas “espreitando” a realidade internacional.