

Quando as Medicinas Interna e Familiar se unem... consulta de cessação tabágica: estudo retrospectivo de 2 anos

When general practice and Internal Medicine work as a team-smoking cessation clinic: a 2-year retrospective study

Catarina Dias, Filomena Mina

Resumo

O Tabagismo continua a ser uma causa importante de morbidade e mortalidade a nível mundial. Após breve descrição do nosso projeto da Consulta de Cessação Tabágica implementado num Centro de Saúde, caracterização e análise dos dados, as autoras apresentam os resultados do estudo descritivo e retrospectivo após dois anos de consulta. A taxa de cessação foi de 25,0% e a de abandono de 28,5%. Os casos de insucesso foram mais prevalentes nos grupos etários mais jovens e em apenas dois doentes se verificou reação adversa à terapêutica instituída. A cooperação entre a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar mostrou-se fulcral na concretização dos objetivos a que nos propusemos na luta contra o tabagismo.

Palavras chave: tabaco, tabagismo, consulta, cessação tabágica.

Abstract

Tobacco addiction is a major cause of morbidity and mortality worldwide. After a brief description of our project for a Smoking Cessation Clinic in a HealthCare Center and data analysis, the authors present the results of a descriptive, retrospective study after a two year experience with this clinic. The success rate was 25% and the rate for quitting the clinic was 28.5%. The worst results were more prevalent in younger age groups. Only two patients reported adverse effects with treatment. The cooperation between General and Internal Medicine was essential in achieving our goals against tobacco addiction.

Key words: tobacco; smoking cessation, clinic.

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco mata 6 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo,¹ cerca de meio milhão na União Europeia,² e, se não houver medidas de prevenção eficazes, poderá causar a morte a cerca de um bilião de pessoas neste século.^{1,3} Nos Estados Unidos, é responsável por 30% do total de mortes por cancro e 80% do total de mortes por cancro do pulmão.⁴

A doença aterosclerótica cardiovascular, o cancro do pulmão e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) são as três principais causas de morte relacionada com o tabaco (CDC).

Estes dados fazem do tabagismo a principal causa de morte evitável.

Situação em Portugal

Aproximadamente 20% dos portugueses com mais de 18 anos fumam diariamente. Em 2005/2006 a prevalência de fumadores em Portugal era das mais baixas a nível europeu, sendo superado apenas pela Suécia. No entanto essa prevalência tem-se mantido constante desde 1995/1996, enquanto que na maioria dos países europeus tem vindo a diminuir.⁵

Os homens fumam mais do que as mulheres (28% versus 11%), mas, nos últimos 10 anos, tem-se verificado um aumento preocupante da prevalência do tabagismo nas mulheres (de 8 para 11%) enquanto que nos homens tem vindo a decrescer (de 33 para 29%).⁵ Portugal é ainda o único país europeu onde se verifica uma correlação positiva do tabaco com o estrato socioeconómico: quanto mais elevado, maior é a prevalência do tabagismo.

O estudo comparativo dos custos e carga da doença atribuíveis ao tabaco e ao álcool,⁶ efetuado no nosso país, veio trazer algumas conclusões importantes:

- O tabagismo não tem qualquer benefício para a saúde humana, nem mesmo moderado.

Serviço de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal, e Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde do Santo da Serra

Recebido para publicação a 19.04.12
Aceite para publicação a 07.09.12

• O tabagismo é a principal causa de morte evitável e mata três vezes mais que o álcool. Em 2005 foi responsável por 12.615 óbitos (11,7%), num total de 107.839 mortes.

• Ao estimar a carga global da doença, verifica-se que os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years - DALYs*) para as doenças atribuíveis ao Tabagismo foram de 145.801 (3,5 vezes superior à do álcool). Esta medida dá-nos o valor dos anos de vida perdidos por morte e incapacidade (redução da qualidade de vida) atribuível ao tabaco. As doenças respiratórias (49,4%) e o cancro (26%) foram as maiores origens da carga da doença.

• Do ponto de vista económico, gera custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2,6 vezes superiores aos atribuídos ao álcool. Foram estimados cerca de 126,2 milhões de Euros para os custos com internamentos atribuíveis ao tabagismo e 364 milhões de euros para os custos em ambulatório, sendo o custo total de 490 milhões de Euros. Estimou-se ainda que a cessação tabágica total da população pouparia cerca de 171 milhões de Euros ao SNS.

É ainda umas das principais causas de doenças cardiovasculares e, sabendo que estas são a principal de causa de incapacidade e morte em Portugal, torna-se urgente combater esta epidemia.^{7,8}

Esta temática tem sido fonte de preocupação por parte da Direção Geral de Saúde (DGS) como se constata com o documento de “DPOC – Normas de Boas Práticas de Cessação Tabágica”⁹ e o “Cessação Tabágica: Programa-tipo de Atuação”.¹⁰

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), que em 2005-2006 apresentava uma prevalência de 20% de fumadores ativos (fonte: INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006), tem sido feito, igualmente, algum investimento nesse sentido. Existem consultas de cessação tabágica no Hospital dos Marmeleiros (Pneumologia) e em Centros de Saúde (CS) das Zonas Oeste e Centro da RAM.

Especialidades como a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar lidam diariamente com espectros diferentes das doenças relacionadas com o tabaco. Na perspetiva do Médico de Família, a quem se impõe um papel preponderante na prevenção, é muitas vezes difícil conciliar uma abordagem eficaz para cessação tabágica com a carga diária de trabalho e com a complexidade e especificidade do ato médico em cada consulta.

Assim sendo, fez sentido criação de uma Consulta

QUADRO I

Objetivos gerais e específicos da Consulta de Cessação Tabágica

Objetivos gerais
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o número de fumadores, a morbilidade, os internamentos e a mortalidade prematura por doenças atribuíveis ao tabaco e, desta forma, contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, e redução dos custos económicos, individuais e sociais decorrentes do tratamento dessas doenças
Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a aquisição de estilos de vida e hábitos saudáveis • Aumentar a proporção de população fisicamente ativa • Prevenir e/ou gerir eventual aumento ponderal

de Cessação Tabágica na Zona Leste da Ilha assente no trabalho de equipa entre a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna e que permite o acompanhamento, a orientação terapêutica e a prevenção de recaídas dos fumadores que pretendam abandonar o tabagismo.

OBJECTIVO

Esta publicação tem como objetivo divulgar a caracterização e análise dos resultados obtidos desde a implementação da Consulta de Cessação Tabágica no CS do Santo da Serra – Zona Leste da RAM (Fevereiro de 2010 a Fevereiro de 2012).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi elaborado um projeto da Consulta de Cessação Tabágica que foi posto em prática no início de Fevereiro de 2010 num Centro de Saúde que serve cerca 2500 pessoas da Zona Leste da Ilha da Madeira, tendo como modelo o proposto por Rebelo, L.¹¹ e seguindo as orientações da DGS.⁹

Os objetivos gerais e específicos da consulta estão definidos na *Quadro I*. Estabeleceram-se como critérios de referenciação à consulta, embora não estanques, fumadores motivados para deixar de fumar, que tenham um consumo \geq a 20 cigarros por dia e moderado a elevado grau de dependência (Teste de Fagerström \geq 3, *vide infra*).

A triagem dos doentes é feita pelo Médico de Família que executa um abordagem rápida questionando a existência de hábitos tabágicos e a predisposição para deixar de fumar. Havendo essa predisposição, oferece ajuda e encaminha para a consulta de Cessação Tabágica efetuada pelo Internista que se desloca

1- Quanto tempo depois de se levantar fuma o 1º cigarro (minutos)?
 < 5 (3) 6 a 30 (2) 31 a 60 (1) > 60 (0)

2- Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?
 Sim (1) Não (0)

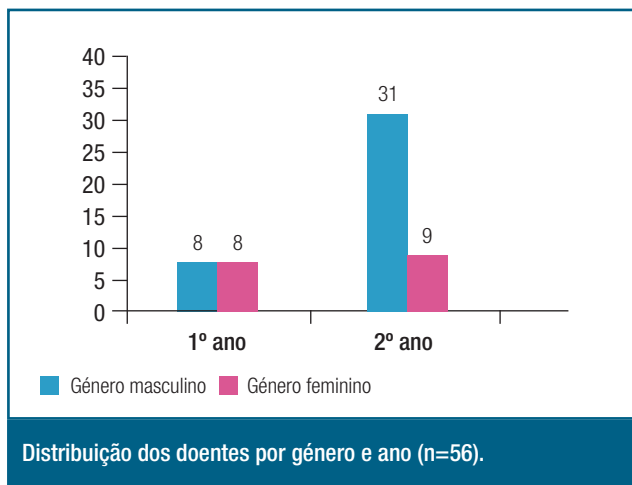
3- Qual é o cigarro que vai ter maior dificuldade em deixar?
 O 1º da manhã (1) Qualquer outro (0)

4- Quantos cigarros fuma por dia ?
 < 10 (0) 11 - 20 (1) 21 - 30 (2) > 31 (3)

5- Fuma mais no começo do dia ?
 Sim (1) Não (0)

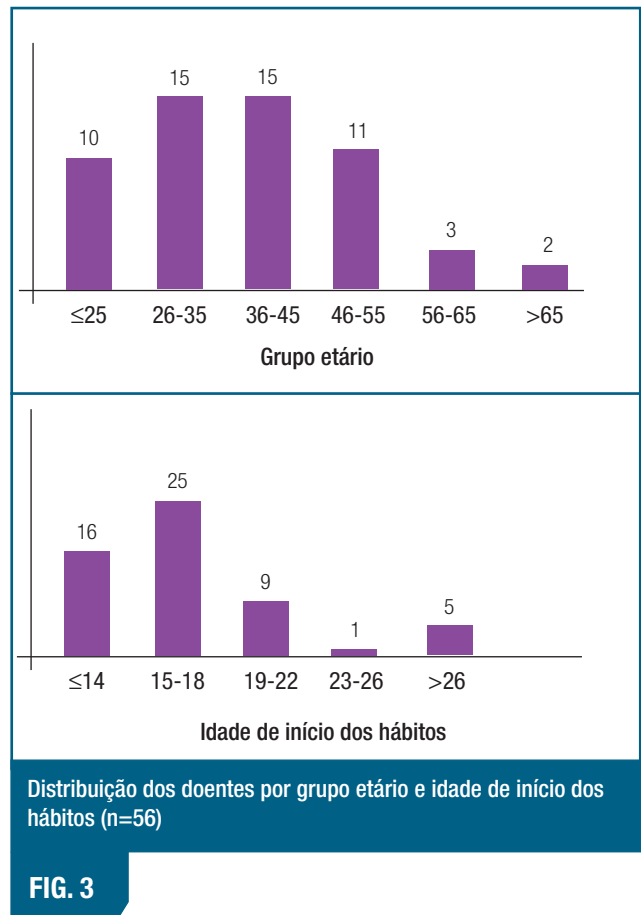
Teste de Fagerström.

FIG. 1



semanalmente ao CS, fora do horário laboral em regime de voluntariado, e/ou pelo Médico de Família conforme disponibilidade.

Na primeira consulta são executados testes para avaliar o grau de dependência da nicotina e o grau de motivação, usando, respetivamente, o Teste de Fagerström (Fig. 1) e a escala visual analógica de 0 a 10. A carga tabágica foi medida em unidades/maço/ano (UMA) e para o cálculo do risco global cardiovascular foi utilizada a tabela *Systematic Coronary Risk*



Evaluation (SCORE). O cálculo da taxa de cessação foi efetuado da seguinte forma: % de doentes em fase de manutenção / nº total de doentes × 100, sendo que, os doentes em fase de manutenção são aqueles que deixaram os hábitos há pelo menos 6 meses, sem recaídas.

A abordagem a cada doente é feita com a individualidade e especificidade inerente a cada caso. A estratégia de cessação é sempre negociada com o doente e não imposta. No entanto, o doente é informado que a desmotivação e/ou o incumprimento de objetivos mínimos propostos constituem critério de alta da consulta.

Após dois anos desde a implementação da consulta, foram caracterizadas e analisadas as seguintes variáveis: género, idade, antecedentes patológicos, nº de consultas, resultados do teste de Fagerström e do grau de motivação, a carga tabágica, risco cardiovascular, taxa de cessação e de abandono, número de referenciações para nutricionista/psicólogo, uso ou não de farmacoterapia e respetiva monitorização

QUADRO II

Distribuição por comorbilidades (n=56)

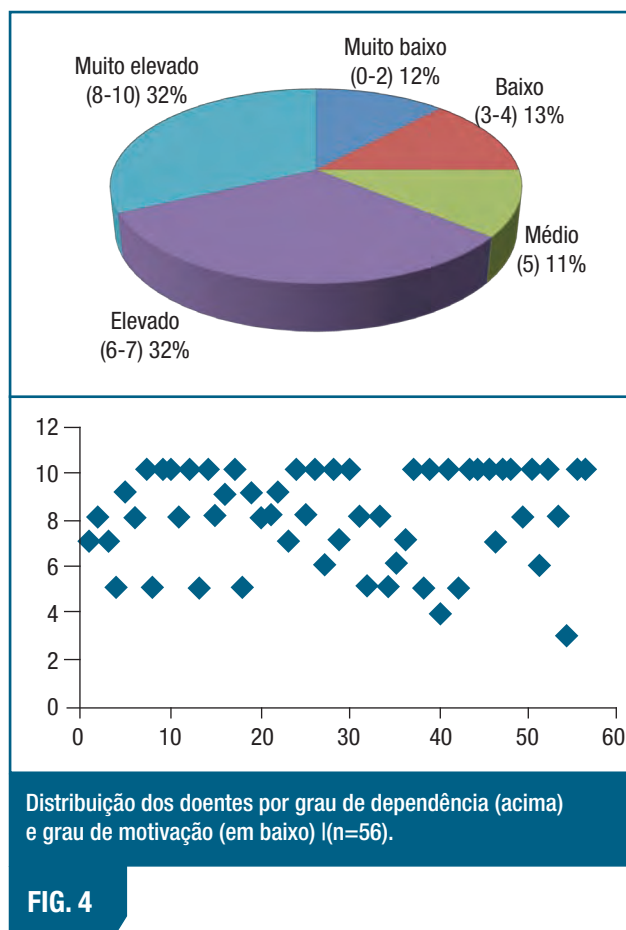
Dislipidemia	16
Hipertensão arterial	13
Alcoolismo	10
Síndrome depressiva	5
Obesidade	5
Doença vascular periférica	4
Asma	3
Diabetes mellitus tipo ii	3
Toxicodependencia	3
Morte súbita em familiar direto	2
Epilepsia	2
DPOC	2
Espondilite anquilosante	2
Neoplasia em familiar direto	2
Tromboembolismo pulmonar	1
Gota	1
Hipertiroidismo	1
Carcinoma basocelular	1
Aneurisma da aorta abdominal	1
Cardiomiopatia	1
Litíase renal	1
HIV	1
Doença cerebrovascular	1
Sem antecedentes	11

de efeitos adversos.

RESULTADOS

Em 2 anos foram observados 56 doentes, 16 no 1º ano e 40 no 2º (Fig. 2), num total de 292 consultas (média de 5 consultas por doente). Cerca de 70% eram do género masculino e a média de idades foi de 38 anos (mínimo 16, máximo 73). 54% (n=30) dos doentes encontrava-se no grupo etário entre os 26 e os 45 anos (Fig. 3).

A idade média com que iniciaram hábitos tabágicos foi de 17 anos (mínimo 6, máximo 38), sendo que 73% (n=41) tinham ≤ 18 anos e 29% (n=16) com ≤ 14



anos (Fig. 3). Nesta amostra os doentes fumavam em média 27 cigarros por dia (mínimo 7 e máximo 60) (dados não exibidos).

As comorbilidades mais prevalentes foram a dislipidemia (29%), a hipertensão arterial (23%) e o alcoolismo (18%), e 20% (n=11) dos doentes eram previamente saudáveis (Quadro II).

A maior parte dos doentes apresentou como motivo para deixar de fumar questões de saúde e financeiras já que cerca de 23% se encontravam desempregados (dados não exibidos).

A carga tabágica média nesta amostra foi de 29 UMA (min. 1 e máx. 100) sendo que 53% dos casos tinham mais de 25 UMA (dados não exibidos).

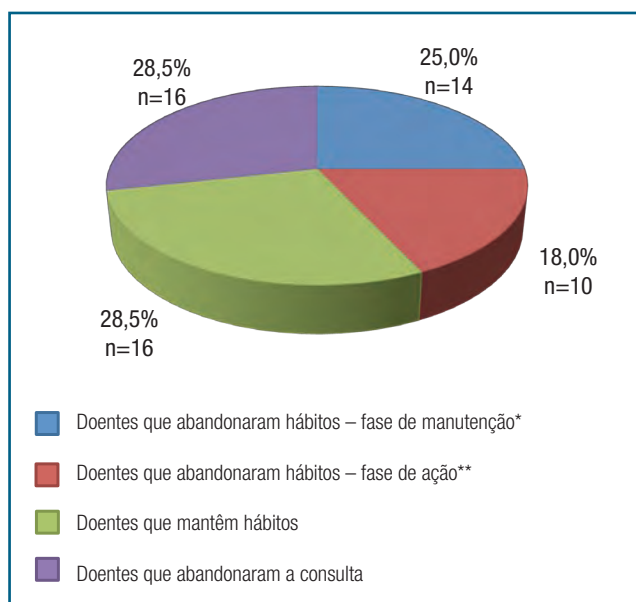
A média do teste de Fagerström foi de 6, sendo que 64% dos doentes apresentava um resultado elevado (6-7) ou muito elevado (8-10) (Fig. 4). Já a média do grau de motivação foi de 9.

No que diz respeito à terapêutica implementada, todos os doentes foram submetidos a terapia comportamental mas, 39% apenas efetuaram essa inter-

QUADRO III

Terapêutica implementada (n=56)

	n	%
Terapêutica de substituição com nicotina	14	25%
Vareniclina	19	34%
Bupropiona	1	2%
Apenas terapia comportamental	22	39%



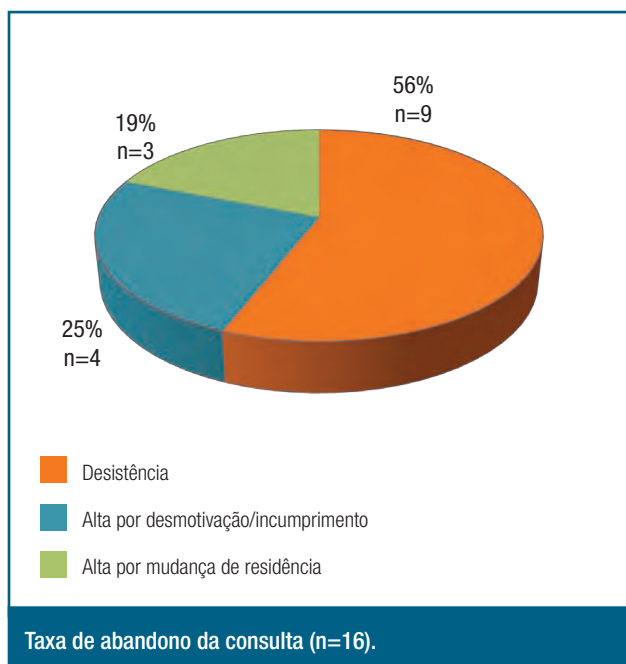
Outcome da consulta (n=56).

FIG. 5

venção, enquanto que 34% foram medicados com vareniclina, 29% com terapêutica de substituição com nicotina (TSN) e 2% com bupropiona (Quadro III). Dois doentes apresentaram intolerância à vareniclina (náuseas e vômitos) mas em apenas um deles foi necessária a sua suspensão.

A taxa de cessação tabágica (doentes em fase de manutenção) foi de 25% (n=14) (Fig. 5). Se considerarmos os doentes que atualmente não estão a fumar (doentes em fase de ação e de manutenção) a percentagem sobe para os 43% (n=24). Atualmente 28,5% (n=16) mantêm hábitos, ainda que reduzidos em relação ao habitual. 5% (n=3) dos doentes foram referenciados à nutricionista.

A taxa de abandono da consulta foi de 28,5% (n=16) (Fig. 6): 56% (n=9) desistiram da consulta,



Taxa de abandono da consulta (n=16).

FIG. 6

25% (n=4) tiveram alta por desmotivação e incumprimento dos objetivos propostos e 19% (n=3) mudaram de residência. A média de idades neste grupo foi de 36 anos.

Quando comparámos algumas características dos doentes em fase de manutenção com os que não abandonaram hábitos (Quadro IV) verificámos que no primeiro grupo a carga tabágica o grau de dependência era superiores (32 vs 27 e 7 vs 6 respetivamente).

Atualmente, 71,5% (n=40) continuam ativos na consulta e apresentam um risco cardiovascular médio (SCORE) de 3% (mínimo 0 e máximo 19%). Dos doentes atualmente em fase de manutenção houve uma redução média do SCORE em 2% (mínimo 0 e máximo 11%) (dados não exibidos).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Atualmente, o tabagismo é considerado uma doença, contrariamente ao que acontecia no passado em que apenas era tido como um hábito nocivo socialmente aceite.

Comparativamente ao 1º ano, verificou-se um aumento da procura/referenciação à consulta no 2º ano, que se manifestou por um aumento do nº de doentes em 150%. Isto deveu-se a uma boa aceitação e acessibilidade por parte dos utentes do CS que incentivaram familiares e amigos a frequentarem a consulta. Um

QUADRO IV

Caraterísticas dos doentes que abandonaram hábitos comparativamente aos que não abandonaram

	Doentes que abandonaram hábitos - fase de manutenção	Doentes que abandonaram a consulta
Idade média de início (anos)	17	18
Carga tabágica (uma)	32	27
Teste de Fagerström	7	6
Grau de motivação	8	8

aspecto interessante que se verificou, sendo um meio pequeno, foi o incentivo entre os próprios doentes, desafiando-se uns aos outros a deixarem de fumar.

Curiosamente, os doentes com DPOC tiveram baixa representação nesta amostra. Embora tivéssemos a preocupação de recrutar doentes com DPOC, a desmotivação e inércia no abandono do tabaco foram responsáveis pela recusa na adesão.

Tal como tem vindo a ser descrito na literatura, verificámos com a nossa experiência que quanto maior é o numero de consultas por doente, maior é o sucesso na cessação. Como seria de esperar, os doentes que não estão atualmente a fumar apresentaram maior grau de motivação e menor grau de dependência ainda que a diferença seja ligeira entre os dois grupos.

Após dois anos de experiência verificou-se que a taxa de cessação atingida (25%) está dentro dos objetivos que tínhamos traçado inicialmente (20 a 30%) mas aquém dos resultados obtidos numa série nacional publicada com taxa de cessação tabágica a um ano de 42,4% (amostra de 536 doentes)¹². Isto deve-se provavelmente ao facto da amostra ainda ser pequena e ao ajuste dos critérios de referenciação que foi rigoroso desde o início da consulta no que diz respeito à motivação.

O achado surpreendente de que o grupo dos doentes em fase de manutenção apresentaram cargas tabágicas e graus de dependência superiores, relativamente aos doentes que abandonaram a consulta, mostrou-nos que o insucesso não teve a ver com a grandeza destes fatores mas provavelmente com a desmotivação após a primeira consulta.

Preocupam-nos os casos de insucesso que se deveram essencialmente à desmotivação dos doentes em querer deixar de fumar. Salientamos o facto que, nesta amostra, 73% começaram a fumar na adolescência.

Torna-se necessário intervir mais ativamente neste grupo etário cuja abordagem é difícil. Efetivamente os casos mais desafiantes da nossa consulta foram os adolescentes (n=3). O argumento financeiro não os atinge diretamente porque dependem de terceiros, e o argumento da saúde também é pouco eficaz nesta fase. O que tentámos apostar em termos

de argumentos foi a autoimagem (envelhecimento precoce) e a performance física que notam que fica aquém do esperado. Nos três casos, os doentes não vieram à consulta de livre e espontânea vontade embora tivessem aceite frequentá-la. Num deles foi por imposição dos pais o que não foi eficaz na cessação, outro foi por gravidez tendo entretanto mudado de residência mantendo os hábitos, e finalmente no terceiro foi inicialmente por questões financeiras e mais tarde por gravidez. Neste último caso a doente frequentou a consulta mais de um ano e atualmente encontra-se em fase de ação.

Com este trabalho as autoras pretendem ainda salientar a importância duma cooperação e trabalho em equipa entre a Medicina Familiar e a Medicina Interna que, cada vez mais, consideramos ser necessária. A abordagem multidisciplinar nesta população-alvo e a motivação da equipa, que inclui o doente, são fulcrais na concretização dos objetivos a que nos propusemos na luta contra o Tabagismo. ■

Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Bibliografia

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. Nunes E, Consumo de Tabaco, Estratégias de Prevenção e Controlo. Ministério da Saúde Direção-Geral de Saúde, 2007 [disponível em <http://www.dgs.pt>, pesquisa: Consumo de Tabaco, acedido em 02/04/2012].
3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2012. Atlanta: American Cancer Society; 2012.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57:1226.
5. WHO Regional Office for Europe, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Portugal health system performance assessment -2010.
6. Gouveia M, Borges M, Pinheiro L, Costa J, Paulo S, Carneiro A. Carga e custos da doença atribuível ao tabagismo em Portugal, 2007 [disponível em

<http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Carga%20e%20Custo%20da%20Doen%C3%A7a%20Atribu%C3%ADvel%20ao%20Tabagismo%20 em%20 Portugal.pps>, acessado em 13/06/2011].

7. Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa nº 03/DSPCS de 06/02/2006 [disponível em <http://www.dgs.pt>, pesquisar: Doenças Cardiovasculares/ circular normativa, acessado em 02/04/2012].

8. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida – Ministério da Saúde- Direção-Geral de Saúde, 2004.

9. Circular Informativa da Direção Geral de Saúde - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Normas de Boas Práticas na Cessaçao Tabágica - No: 51/ DSPCD -28/12/2009

10. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, Rebelo L, Açafrão M, Rosas M, Santos M, Vinagre S. Programa-tipo de actuação em cessaçao tabágica. Circular normativa n.º 26/DSPPS de 28/12/2007: 1-74 [disponível em <http://www.dgs.pt> pesquisar: cessaçao tabágica/ circular normativa, acessado em 02/04/2012].

11. Rebelo, L.; Consulta de cessaçao tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar - Rev Port Clin Geral 2004;20:87-98.

12. Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M, Macedo R, Caeiro F, Sotto-Mayor R, Bugalho de Almeida A. Casuística de quatro anos de uma consulta de apoio ao fumador - Rev Port Pneumol. 2009;15(2):179-197.