

Instituto da Qualidade em Saúde

- Ministério da Saúde -

Norma de Orientação Clínica

**TRATAMENTO DO USO E
DEPENDÊNCIA DO
TABACO**

2002

INDICE

INDICE	2
SECÇÕES QUE CONSTITUEM ESTA NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	4
TÍTULO	6
INTRODUÇÃO	6
NATUREZA DA DEPENDÊNCIA DE TABACO	7
REFERÊNCIAS	7
ADAPTAÇÃO	8
FONTES DE FINANCIAMENTO	8
COMITÉS E GRUPO RESPONSÁVEL	9
OBJECTIVOS	9
TÓPICO/DOENÇA	9
CATEGORIA	9
UTILIZADORES POTENCIAIS	9
POPULAÇÃO – ALVO	9
INTERVENÇÕES PRÁTICAS	9
RESULTADOS	10
MÉTODOS DE SELECÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	10
FONTES DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	10
ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTAS OU BASES DE DADOS ELECTRÓNICAS	10
REVISTAS	12
LIVROS	12
CDROMs	12
INTERNET	12
METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	13
ESQUEMA DA HIERARQUIZAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	14
APOIANTES E SUBSCRITORES	17
ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	17
RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS	17
AVALIAÇÃO DO USO DE TABACO	17
INTERVENÇÕES CLÍNICAS BREVES	19
INTERVENÇÕES CLÍNICAS INTENSIVAS	26
RASTREIO E AVALIAÇÃO	28
ESTRUTURA E INTENSIDADE DO TRATAMENTO	28
ELEMENTOS DE TRATAMENTO	29
POPULAÇÕES ESPECIAIS	30
<i>GRAVIDEZ</i>	30
<i>MINORIAS RACIAIS E ÉTNICAS</i>	30
<i>FUMADORES HOSPITALIZADOS</i>	30
<i>CRIANÇAS E ADOLESCENTES</i>	31
<i>DOENTES IDOSOS</i>	31
TÓPICOS ESPECIAIS	31
<i>AUMENTO DE PESO APÓS A CESSAÇÃO DO TABAGISMO</i>	31
<i>OUTROS PRODUTOS DO TABACO</i>	31
<i>FORMAÇÃO DOS CLÍNICOS</i>	32

ALGORITMO CLÍNICO.....	32
RESERVAS QUALITATIVAS.....	33
ANÁLISE DE CUSTOS.....	33
BENEFÍCIOS POTENCIAIS GERAIS DE SUB-GRUPOS.....	33
RISCOS POTENCIAIS E DE SUB-GRUPOS.....	33
DISPONIBILIDADE.....	33
DOCUMENTAÇÃO ANEXA	33
RECURSOS DE DOENTES	33
DATA DE PUBLICAÇÃO	34
DATA DE REVISÃO PREVISTA	34

SECÇÕES QUE CONSTITUEM ESTA NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

<i>Secção</i>	<i>Descrição</i>
<i>Título</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica o título completo
<i>Adaptação</i>	<ul style="list-style-type: none"> esclarece se a NOC foi adaptada de outra e, no caso afirmativo, identifica-a
<i>Responsáveis</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica a organização responsável pela elaboração da NOC
<i>Fontes de financiamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> indica as eventuais fontes de financiamento para elaboração da NOC e, no caso afirmativo, pormenoriza as condições contratualizadas
<i>Comités e grupo responsável</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica formalmente os comités e sub-comités dentro do grupo responsável e descreve a composição individual deste, incluindo graus profissionais, académicos e afiliações existentes
<i>Objectivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve os objectivos gerais da NOC
<i>Tópico/doença</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica as áreas major de medicina clínica ou de cuidados de saúde sobre as quais incidirão as recomendações
<i>Categoria</i>	<ul style="list-style-type: none"> classifica a NOC em termos de tipo (ver atrás)
<i>Utilizadores potenciais</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica as categorias profissionais que poderão vir a utilizar a NOC (com ênfase no grupo-alvo)
<i>População-alvo</i>	<ul style="list-style-type: none"> decreve a população-alvo de doentes para os quais a NOC foi elaborada
<i>Intervenções / Práticas</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica as intervenções clínicas e as práticas específicas incluídas na NOC
<i>Resultados (outcomes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica os resultados (<i>outcomes</i>) mais importantes ou as medidas específicas da NOC
<i>Métodos de selecção da evidência científica</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica com pormenor e classifica os métodos utilizados para seleccionar a evidência científica que serviu de base à NOC
<i>Fontes de evidência científica</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve as fontes bibliográficas da evidência científica (bases de dados, CD-ROMs, WWW, etc.)
<i>Metodologia de avaliação crítica da evidência científica</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve em pormenor os métodos utilizados para avaliar criticamente a evidência científica que serviu de base à NOC
<i>Esquema de hierarquização da evidência científica</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve os esquema de classificação da validade da evidência científica e a força das recomendações nela baseadas (se justificável)
<i>Métodos de análise e validação da evidência científica</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve os métodos analíticos utilizados para os dados da evidência científica (RCTs, meta-análises, revisões sistematizadas, estudos retrospectivos, etc.), incluindo a sua validação interna e externa
<i>Apoiantes e subscritores</i>	<ul style="list-style-type: none"> identifica as organizações que apoiam formalmente as NOCs e as suas recomendações depois de publicadas
<i>Estratégia de implementação</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve os planos práticos para a implementação da NOC: contextos, modalidades, avaliação
<i>Recomendações principais</i>	<ul style="list-style-type: none"> descreve as recomendações principais, resumidas das que estão incluídas no principal segmento do texto base

<i>Algoritmo clínico</i>	<ul style="list-style-type: none">• apresenta o algoritmo clínico que sintetiza as recomendações do texto
<i>Reservas qualitativas</i>	<ul style="list-style-type: none">• descreve os problemas metodológicos identificados pelo grupo e identifica áreas de incerteza da evidência, assim como os passos que foram dados para a solucionar
<i>Análise de custos</i>	<ul style="list-style-type: none">• inclui análise económica, se possível
<i>Benefícios potenciais gerais e de sub-grupos</i>	<ul style="list-style-type: none">• identifica os benefícios antecipados da aplicação das recomendações em geral, assim como em sub-grupos específicos (se se justificar)
<i>Riscos potenciais e em sub-grupos</i>	<ul style="list-style-type: none">• identifica os riscos antecipados da aplicação das recomendações em geral, assim como em sub-grupos específicos (se se justificar)
<i>Disponibilidade</i>	<ul style="list-style-type: none">• descreve os meios em que a NOC será disponibilizada e a sua localização (material impresso, CD-ROM, Internet)
<i>Documentação anexa</i>	<ul style="list-style-type: none">• identifica os documentos extra classificados como importantes pelos responsáveis
<i>Recursos de doentes</i>	<ul style="list-style-type: none">• identifica os recursos referentes a doentes que serão necessários estar presentes para aplicação da NOC
<i>Data de publicação</i>	<ul style="list-style-type: none">• data em que foi disponibilizada publicamente
<i>Revisões</i>	<ul style="list-style-type: none">• datas em que estão previstas as revisões das recomendações

TÍTULO

NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA PRÁTICA PARA O TRATAMENTO DO USO E DEPENDÊNCIA DO TABACO

INTRODUÇÃO

O uso de tabaco é uma importante causa de morbilidade e mortalidade, sendo referido como a principal causa evitável de doença e morte nas sociedades avançadas (americana, por ex.).⁽¹⁾ É uma causa reconhecida de cancro, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença pulmonar crónica obstrutiva e complicações na gravidez.⁽²⁾

Apesar dos perigos para a saúde que representa, o uso de tabaco permanece surpreendentemente elevado. Em Portugal, 18 % de todos os adultos fumam.⁽³⁾ Além disso, a prevalência do uso de tabaco em adolescentes tem subido dramaticamente desde 1990.⁽⁴⁻⁶⁾

Uma percentagem significativa dos actuais fumadores está disposta a deixar de fumar^(7,8) criando uma enorme responsabilidade para todos os prestadores de cuidados de saúde: estes deverão estar à altura do desafio, uma vez que há actualmente intervenções eficazes que aumentam significativamente a taxa de sucesso das tentativas de abandono do uso de tabaco.

Os utilizadores de tabaco não devem ser deixados entregues a si próprios, mas sim encorajados e ajudados activamente na terminação adequada da sua dependência, devendo ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento que actualmente se sabe serem efectivas.

A negligência e desatenção do sistema de saúde em relação a este problema custa um preço elevado - em termos de doença evitável, vidas perdidas e custos económicos - que já nada justifica, visto que nas últimas duas décadas a investigação clínica clarificou muitos aspectos da dependência de tabaco e foram descobertas várias formas efectivas de terapêutica, quer farmacológica quer de aconselhamento.

Pode-se afirmar que se verifica em relação ao uso de tabaco uma rara confluência de circunstâncias:

- Ameaça para a saúde altamente significativa
- Tendência dos clínicos para não intervir consistentemente
- Existência de intervenções efectivas.

É difícil identificar qualquer outra condição que apresente uma mistura tal de letalidade, prevalência e negligência, apesar da existência de intervenções efectivas e prontamente acessíveis.

Outro aspecto a salientar é que os tratamentos de cessação do tabagismo são efectivos não só clinicamente, mas também relativamente ao custo, nomeadamente em comparação com outras intervenções de prevenção de doença e tratamentos médicos, como o tratamento da hipertensão e hipercolesterolemia, e exames de rastreio como a mamografia periódica ou os testes de Papanicolau. O tratamento da dependência de tabaco é considerado o “gold standard” das terapêuticas preventivas⁽⁹⁻¹³⁾.

Em países como os EUA há um reconhecimento crescente de que as intervenções em relação ao uso de tabaco devem tornar-se parte integrante dos cuidados de saúde, constituindo um modelo de boa prática ⁽¹⁴⁾. Para esta mudança de atitude contribuiu o aparecimento em 1996 de uma “*guideline*” intitulada “Smoking Cessation Clinical Practice Guideline” ⁽¹⁵⁾, a que se seguiu a publicação em 2000 de uma segunda versão resumida e actualizada, chamada “Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline” ⁽¹⁴⁾, que foi publicada sob a forma de um “*United States Public Health Report*”, dada a importância que é dada a este problema nos EUA.

Existe a necessidade de também no nosso país mudar a atitude de todos os prestadores de cuidados de saúde em relação a este problema, em particular dos que trabalham nos Cuidados Primários: foi baseada nesta convicção que o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) decidiu elaborar esta Norma de Orientação Clínica, destinada a sumariar e apresentar os dados práticos mais recentes sobre a cessação do tabagismo.

Natureza da dependência de tabaco

Para muitos utilizadores, o tabaco resulta em verdadeira dependência, comparável à dependência causada por opiáceos, anfetamina e cocaína, e, como no caso destas drogas, apresenta muitas das características de doença crónica ⁽¹⁶⁾.

Uma minoria de utilizadores de tabaco consegue abstinência permanente numa primeira tentativa de abandono, mas a maioria persiste no uso de tabaco e tipicamente passa por múltiplos episódios de remissão e recidiva.

Reconhecer a cronicidade da dependência do tabaco permite uma aproximação mais correcta do tratamento, levando a valorizar a necessidade de cuidado continuado e a dar importância ao aconselhamento activo.

Apenas 7% dos fumadores conseguem abstinência a longo prazo, quando o tentam por si próprios ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾; a taxa de sucesso pode aumentar para 15 - 30% se apoiados por tratamentos e intervenções efectivas ⁽¹⁴⁾, que fazem parte das recomendações desta NOC. Os tratamentos mais eficazes são o aconselhamento intensivo associado a farmacoterapia, mas mesmo intervenções tão breves como aconselhamento com duração inferior a 3 minutos, podem aumentar significativamente a taxa de abstinência ⁽¹⁴⁾.

A maior parte dos utilizadores de tabaco são fumadores de cigarros. Por este motivo, grande parte da atenção clínica e de investigação neste campo tem incidido sobre a avaliação e tratamento dos fumadores de cigarros. Mas todos os produtos de tabaco têm efeitos devastadores sobre a saúde das pessoas ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e os médicos devem intervir em relação a todos os utilizadores de tabaco (cachimbo, charutos, etc.): é esta a razão para a adopção do termo “utilizador de tabaco” em vez de “fumador”. Há no entanto algumas recomendações para as quais só existe evidência baseada em estudos sobre fumadores de cigarros. Nestes casos é usado o termo “fumador” para reflectir o carácter limitado das recomendações.

Referências

1. Centers for Disease Control and Prevention. Perspectives in disease prevention and health promotion. Smoking – attributable mortality and years of potential life lost – United States, 1984. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997; 46 (20): 444-51.

2. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. DHHS Publication N° (CDC) 90-8416, 1990.
3. Eurotrials, nº 2, Setembro de 2000.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use among high school students – United States, 1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47 (12): 229-233.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Incidence of initiation of cigarette smoking – United States, 1965 – 1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47 (39):837-40.
6. Gilpin E, Choi WS, Berry C, Pierce JP. How many adolescents start smoking each day in the United States. J Adolesc Health 1999; 25:248-55.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Health objectives for the nation cigarette smoking among adults – United States, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994; 43(50):925-30.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997; 46 (51): 1217 – 20.
9. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. Harv Health Lett 1992; 11.
10. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost – effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1989; 261 (1): 75-9.
11. Eddy DM. The economics of cancer prevention and detection: getting more for less. Cancer 1981; 47 (5 Suppl): 1200-9.
12. Eddy DM. Setting priorities for cancer control programs. J Natl Cancer Inst 1986; 76 (2): 187-99.
13. Oster G, Huse DM, Delea TE, Colditz GA. Cost – effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against cigarette smoking. JAMA 1986; 256 (10): 1315-8.
14. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
15. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline nº 18. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996. AHCPR publication 96 – 0692.
16. Jones H, Garrett B, Griffiths R. Subjective and physiological effects of intravenous nicotine and cocaine in cigarette smoking cocaine abusers. J Pharmacol Exp Ther 1999; 288 (1): 188 – 97.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking cessation during previous year among adults – United States, 1990 and 1991. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993; 42 (26): 504-7.
18. Hatzianandreu EJ, Pierce JP, Lefkopoulou M, Fiore MC, Mills SL, Novotny TE, et al. Quitting smoking in the United States in 1986. J Natl Cancer Inst 1990; 82 (17): 1402-6.
19. National Cancer Institute. Cigars: Health effects and trends. Smoking and Tobacco Control Monograph nº 9. Bethesda, Maryland, National Cancer Institute. NIH Publication nº 98 – 4302. 1998.
20. Iribarren C, Tekawa I, Sidney S, Friedman G. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. N Eng J Med 1999; 340 (23): 1773-80.

ADAPTAÇÃO

Esta NOC não foi adaptada directamente de nenhuma recomendação, protocolo, consenso ou “*guideline*” publicadas até à data.

FONTES DE FINANCIAMENTO

As fontes de financiamento para a elaboração desta NOC provêm exclusivamente do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

COMITÉS E GRUPO RESPONSÁVEL

Os autores desta NOC fazem parte da área das Normas de Orientação Clínica do IQS e são a Dra. Isabel Soares e o Prof. António Vaz Carneiro (responsável da área das NOC).

OBJECTIVOS

Esta NOC tem por objectivo fornecer recomendações efectivas, baseadas na evidência científica, sobre o tratamento do uso e dependência de tabaco.

TÓPICO/DOENÇA

A doença a que se refere esta NOC é a dependência de tabaco, seja qual for a forma de utilização (cigarros, charutos, cigarrilhas, cachimbo).

CATEGORIA

É uma NOC de triagem/rastreo e de efectividade terapêutica.

UTILIZADORES POTENCIAIS

- Médicos de família
- Médicos do trabalho
- Internistas
- Cardiologistas
- Pneumologistas
- Obstetras
- Pediatras
- Enfermeiros
- Psicólogos

POPULAÇÃO – ALVO

Todos os utilizadores de tabaco.

INTERVENÇÕES PRÁTICAS

As duas principais categorias de intervenções são as intervenções breves e as intervenções intensivas. Tanto umas como outras incluem várias formas de aconselhamento e farmacoterapia.

As intervenções breves são de 3 tipos, conforme se dirigem a um de três grupos de doentes:

- utilizadores de tabaco que desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono
- utilizadores de tabaco que não desejam fazer para já uma tentativa de abandono (intervenção motivacional)
- ex-utilizadores recentes de tabaco (intervenção para prevenção de recidiva)

As intervenções intensivas diferem das breves na duração, assim como na intensidade, do aconselhamento.

RESULTADOS

O resultado (*outcome*) é o da cessação permanente do uso de tabaco.

MÉTODOS DE SELECÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A selecção da evidência científica foi feita exclusivamente em fontes secundárias de informação.

Definem-se como *fontes de evidência científica secundária* aquelas que, tendo seleccionado os artigos, ensaios e estudos nas bases de dados primárias (Medline, EMBASE, CINAHL, por exemplo), fazem sobre eles uma avaliação crítica baseada na sua estrutura metodológica, seleccionando apenas aquelas que, pela sua validade, importância e relevância para a prática clínica, constituem a evidência considerada a mais válida (ver adiante).

O critério base foi o das referidas fontes de evidência científica secundária serem inequivocamente baseadas na evidência científica e estarem disponíveis sob a forma impressa (artigos de revistas, livros) e/ou electrónica (CDROMs, Internet).

FONTES DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

As fontes de evidência científica utilizadas como base desta NOC incluem artigos, revistas, livros e páginas na Internet de organizações específicas. Seguem-se as indicações de cada fonte individual.

ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTAS OU BASES DE DADOS ELECTRÓNICAS

- The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel SaCR. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283:3244-3254.
- Lancaster T, Stead L, Silagy CA, Sowden A for the Cochrane Tobacco Addiction Review Group. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the *Cochrane Library*. *BMJ* 2000; 321:355-358.
- Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides MA et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357:1571-1575.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 1st ed. 2000
- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall – Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Sowden A, Arblaster L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Sowden AJ, Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Stead LF, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

- David S, Lancaster T, Stead LF. Narcotic antagonists for smoking cessation (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

REVISTAS

- Evidence-Based Medicine 2000-2001
- ACP Journal Club 2000-2001
- Evidence-Based Cardiovascular Diseases 2000-2001
- Evidence-Based Practice 2000-2001
- Evidence-Based Healthcare 2000-2001
- Evidence-Based Obstetrics and Gynecology 2000-2001
- Evidence-Based Oncology 2000-2001
- Bandolier 2000-2001

LIVROS

- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. **Clinical Epidemiology**. 2 ed. Boston: Little, Brown and Company, 1991.
- **Evidence Based Cardiology**. 1st ed. London: BMJ, 1998.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. **Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM**. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- **Clinical Evidence 5**. 5th ed. London: BMJ Publishing Group, 2001.
- **Making use of guidelines in clinical practice**. 1st ed. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.
- **Implementing clinical guidelines**. 1st ed. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.

CDROMs

- **Cochrane Library** 2001-2. Update Software
- **Best Evidence 5**
- **UpToDate 9.2**, 2001

INTERNET

Site da WWW	URL
• <i>Agency for Research and Health Quality (ARHQ), USA</i>	http://www.ahrq.gov
• <i>Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase, Canada</i>	http://www.cma.ca/cpgs
• <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, UK</i>	http://www.rcpe.ac.uk/sign.html

• <i>National Guideline Clearinghouse, USA</i>	http://www.guideline.gov/index.asp
• <i>NHS Centre for Reviews and Dissemination, UK</i>	http://www.york.ac.uk
• <i>New Zealand Guidelines Group, New Zealand</i>	http://www.nzgg.org.nz
• <i>St. George's Hospital Medical School Health Care Evaluation Unit, UK</i>	http://www.sghms.ac.uk
• <i>National Health and Medical Research Council, Australia</i>	http://www.ausinfo.gov.au
• <i>University of Alberta Guidelines Appraisal Project, Canada</i>	http://www.infoward.ualberta.ca/cpg
• <i>Netting the Evidence, UK</i>	http://www.shef.ac.uk/uni/academic/R-Z/scharr/ir/netting.html
• <i>Centre for Evidence-Based Medicine at Oxford, UK</i>	http://cebmr2.ox.ac.uk
• <i>Filtros MBE para pesquisa</i>	http://www.mssm.edu/library/ebm/ebmhedges.htm
• <i>Health Information Research Unit McMaster, Canada</i>	http://www.hiru.mcmaster.ca
• <i>ACP Journal Club</i>	http://www.journalclub.org
• <i>UptoDate</i>	http://www.uptodateinc.com/html/ordernow.htm
• <i>Infotriever</i>	http://www.infopoems.com
• <i>Medline</i>	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A evidência científica em que se baseia esta NOC é proveniente de fontes de evidência científica secundária. Como já foi dito, estas são as que, tendo seleccionado os artigos, ensaios e estudos nas bases de dados primárias (Medline, EMBASE, CINAHL, por exemplo), fazem sobre eles uma avaliação crítica baseada na sua estrutura metodológica, seleccionando apenas aquelas que, pela sua validade, importância e relevância para a prática clínica, constituem a evidência considerada a mais válida.

Deste modo, e no que concerne esta NOC, a avaliação crítica da evidência científica dos artigos originais – executada com base nos critérios da Medicina Baseada na Evidência – foi realizada previamente pelos autores responsáveis pelas fontes secundárias. A evidência assim produzida foi compilada, sintetizada e apresentada nos formatos acima descritos (publicações, meios informáticos) e é sobre estes que esta NOC está construída.

ESQUEMA DA HIERARQUIZAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Quais são os critérios para a classificação da evidência científica em graus e que princípios metodológicos lhe estão subjacentes?

A resposta encontra-se na operacionalização dos objectivos de conseguir definir a evidência que seja a mais correcta (cientificamente falando) e que sirva de base ao médico, no sentido de maximizar os aspectos positivos e minimizar os negativos das interacções clínicas com os doentes ⁽¹⁻²⁾.

Este desiderato consegue-se, por exemplo no caso de um esquema de tratamento, através da convicção (que não pode ser provada inequivocamente) de que uma revisão sistematizada¹ demonstrando homogeneidade dos resultados de RCTs (*randomized clinical trials* – ensaios aleatorizados e controlados) de alta qualidade - que possuem aleatorização ocultada, dupla-ocultação na colheita e análise dos dados, *follow-up* exaustivo dos sujeitos de estudo e com análise de intenção-de-tratar - fornece a evidência com o menor grau de viés na determinação do efeito de uma intervenção terapêutica ⁽³⁻⁴⁾. A este tipo de evidência atribui-se o nível 1 e as recomendações nele baseadas designam-se por grau A.

Quando a evidência existente é de menor qualidade - revisões sistematizadas com elevada heterogeneidade, RCTs individuais com variável qualidade metodológica, estudos de coorte, casos-controlé ou opinião de peritos (designada por graus 2,3,4 e 5) - a graduação das recomendações reflecte esse facto, sendo estas classificadas decrescentemente em níveis B, C e D - o nível A é mais sólido que o nível B, o nível C que o D.

Este tipo de abordagem não é exclusivo da evidência terapêutica, já que pode também ser utilizada na determinação dos níveis de evidência e graus de recomendação de manobras preventivas e de etiologia ou iatrogenia ⁽⁵⁾.

1. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward RSA, Cook DJ, Cook RJ et al. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. JAMA 1995; 274:1800-1804.
2. Guyatt GH, Cook DJ, Sackett DL, Eckman M, Pauker S. Grades of recommendation for antithrombotic agents. Chest 1998; 114:441S-444S.
3. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? JAMA 1993; 270:2598-2601.
4. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients? JAMA 1994; 271:59-63.
5. Levine M, Walter S, Lee H, Haines T, Holbrook PR, Moyer VA et al. Users' guides to the medical literature. IV. How to use an article about harm. JAMA 1994; 271:1615-1619.

¹ Uma **revisão sistematizada** é uma revisão bibliográfica e científica sobre um determinado tema, executada de tal maneira que os vieses se encontram reduzidos ao máximo. A característica fundamental de uma revisão sistematizada é a explicitação clara e não ambígua dos critérios utilizados para a selecção, avaliação crítica e inclusão da evidência científica naquela. Deste modo, uma revisão sistematizada apresenta objectivos formais e precisos e os critérios de inclusão (e exclusão) dos estudos são explicitados detalhadamente. A revisão sistematizada não apresenta, habitualmente, nenhuma representação gráfica determinada.

QUADRO A - Níveis de evidência e graus de recomendação terapêutica

Grau de recomendação	Nível de evidência	Análise metodológica
A	1a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de EACs [§]
	1b	EAC individuais (com IC [#] curtos)
	1c	todos ou nenhuns [¶]
B	2a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de estudos de coorte
	2b	estudos de coorte individuais (incluindo EACs [§] de baixa qualidade, por ex. <80% de follow-up)
	2c	investigação sobre resultados (“outcomes research”) ^{§§}
	3a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de estudos caso-controlo
	3b	estudos caso-controlo individuais
C	4	estudos de séries de casos (e também estudos coorte e caso-controlo de baixa qualidade**)
D	5	opinião de peritos sem explicitação prévia da metodologia de avaliação crítica da evidência, ou baseada em investigação básica (extrapolação), ou em “princípios primários” ^{††}

Notas no final dos quadros

QUADRO B - Níveis de evidência e graus de recomendação sobre diagnóstico

Grau de recomendação	Nível de evidência	Análise metodológica
A	1a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de estudos diagnósticos nível 1; ou uma RPC ^Δ testada numa amostra de validação apropriada
	1b	comparação independente e ocultada de uma gama de doentes consecutivos, todos sujeitos ao teste em estudo assim como ao teste comparativo considerado <i>gold-standard</i>
	1c	SpPins e SnNouts absolutos ^{¶¶}
B	2a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de estudos diagnósticos ≥ nível 2
	2b	qualquer um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> comparação independente ocultada e objectiva estudo realizado numa gama de doentes ou não consecutivos ou muito restrita (ou ambos) todos sujeitos ao teste em estudo assim como ao teste comparativo considerado <i>gold-standard</i> ou uma RPC^Δ não-testada numa amostra de validação apropriada
	2c	
	3a	
	3b	comparação independente ocultada e objectiva de uma gama apropriada de doentes, mas em que nem todos foram sujeitos ao teste comparativo considerado <i>gold-standard</i>

C	4	qualquer um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • o teste comparativo considerado <i>gold-standard</i> não é objectivo, mesmo que o estudo seja ocultado • independente • os testes positivos e negativos foram analisados por padrões referenciais não idênticos • o estudo foi efectuado numa gama inapropriada de doentes[Ⓞ]
D	5	opinião de peritos sem explicitação prévia da metodologia de avaliação crítica da evidência, ou baseada em investigação básica (extrapolação), ou em “princípios primários” ^{††}

Notas no final dos quadros

QUADRO C - Níveis de evidência e graus de recomendação sobre prognóstico

Grau de recomendação	Nível de evidência	Análise metodológica
A	1a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de estudos com populações iniciais bem definidas (<i>inception cohort</i>); ou uma RPC ^Δ testada numa amostra de validação apropriada
	1b	estudos de coorte em populações iniciais bem definidas (<i>inception cohort</i>) com <i>follow-up</i> > 80% dos doentes
	1c	todos ou nenhuns estudos de série de casos (<i>case-series</i>)
B	2a	RS* (com homogeneidade [†] interna) de estudos de coorte retrospectivos ou grupos de controlo de RCTs não tratados
	2b	estudos de coorte retrospectivos ou <i>follow-up</i> de doentes de grupos de controlo de RCTs não tratados; ou uma RPC ^Δ não-testada numa amostra de validação apropriada
	2c	investigação sobre resultados (“ <i>outcomes research</i> ”) ^{§§}
	3a	
	3b	
C	4	estudos de séries de casos (<i>case-series</i>) (e também estudos de coorte prognósticos de baixa qualidade [Ⓞ])
D	5	opinião de peritos sem explicitação prévia da metodologia de avaliação crítica da evidência, ou baseada em investigação básica (extrapolação), ou em “princípios primários” ^{††}

Notas no final dos quadros

NOTAS REFERENTES AOS QUADROS

*RS: revisões sistematizadas

§EACs: ensaios aleatorizados e controlados (RCTs: *randomized controlled trials*)

†Homogeneidade: é uma RS com um baixo grau de heterogeneidade na direcção e magnitude dos resultados dos estudos individuais nela incluídos

ΔRPC: regra de predição clínica

#IC: intervalos de confiança

‡quando todos os doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas alguns agora sobrevivem; ou quando alguns doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas nenhum agora morre quando o faz

**os estudos de coorte de baixa qualidade são os que não definiram claramente os grupos em comparação; e/ou não mediram as exposições e resultados (*outcomes*) de maneira objectiva (de preferência em ocultação) em ambos os grupos (expostos e não-expostos); e/ou não identificaram ou controlaram apropriadamente os factores de confusão (*confounders*); e/ou não levaram a cabo um seguimento (*follow-up*) suficientemente longo e completo. Os estudos casos-controle de baixa qualidade são aqueles que não definiram claramente os grupos em comparação; e/ou não mediram as exposições e resultados (*outcomes*) de maneira objectiva (de

preferência em ocultação) em ambos os grupos (casos e controlos); e/ou não identificaram ou controlaram apropriadamente os factores de confusão (*confounders*).

§§a investigação sobre resultados (“*outcomes research*”) consiste – segundo a definição americana dos PORT – nos estudos de coorte de doentes com idêntico diagnóstico (AVC, EAM, etc.) que relacionam os seus resultados clínicos (*clinical outcomes*), sejam eles a mortalidade, morbilidade, eventos, etc., com os cuidados médicos recebidos (aspirina, cirurgia, reabilitação); este tipo de investigação não utiliza EACs pelo que se torna impossível a atribuição de efectividade a uma determinada manobra terapêutica. A vantagem desta abordagem é que no permite reconhecer se os *outcomes* esperados correspondem aos encontrados na clínica diária.

††por princípios primários entendem-se os conceitos fisiopatológicos que presidem à prática médica (controle da tensão arterial em doentes com dissecção da aorta, por exemplo); como é óbvio, estes princípios, se não testados em estudos rigorosos, podem conduzir por vezes a práticas a práticas erradas

APOIANTES E SUBSCRITORES

- Instituto da Qualidade em Saúde
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
- -
- -
- -

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

A estratégia de implementação desta NOC deve ser determinada pelo(s) organismo (s) que a deseje utilizar.

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS

AVALIAÇÃO DO USO DE TABACO

O primeiro passo no tratamento de uso e dependência de tabaco é identificar os seus utilizadores.

Um grande número de utilizadores de tabaco consultam um médico pelo menos uma vês por ano, colocando os clínicos numa posição privilegiada para intervir nesta situação.

A identificação efectiva do uso de tabaco não só abre as portas a intervenções com potencial êxito, mas também orienta os médicos na escolha das acções apropriadas.

São quatro o número de respostas que se podem obter no rastreio do uso de tabaco:

- o doente usa tabaco e deseja fazer uma tentativa de abandono
- o doente usa tabaco, mas não deseja fazer para já uma tentativa de abandono
- o doente já usou tabaco, mas deixou de usar
- o doente nunca usou regularmente tabaco.

Esta NOC fornece respostas simples mas efectivas para todas estas situações (Fig. 1 e Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégias breves para ajudar o doente que deseja abandonar o uso de tabaco – Estratégia dos “5 As”

Acção	Estratégias para implementação
Implementar um sistema que assegure que, para cada doente em cada consulta, o uso de tabaco seja investigado e documentado	<p>Passo 1: Abordar – identificar sistematicamente todos os utilizadores de tabaco em cada consulta</p> <p>Expandir os sinais vitais para incluir uso de tabaco ou usar um sistema de identificação universal alternativo.</p> <p>SINAIS VITAIS</p> <p>TA: _____ Pulso: _____ Peso: _____</p> <p>Temperatura: _____ Frequência Respiratória: _____</p> <p>Uso de tabaco: Actual Anterior Nunca (assinale um)</p>
De uma maneira clara, persuasiva, forte e personalizada, encorajar todos os utilizadores de tabaco a abandonar	<p>Passo 2: Aconselhar – incentivar com convicção todos os utilizadores de tabaco a abandonar.</p> <p>O aconselhamento deve ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Claro</i> – “Penso que é importante que abandone já e posso ajudá-lo. Reduzir apenas enquanto está doente não é suficiente” • <i>Forte</i> – “Como seu médico quero que saiba que deixar de fumar é a coisa mais importante que pode fazer para proteger a sua saúde agora e no futuro. Estarei disponível para o ajudar” • <i>Personalizado</i> – Associar o uso do tabaco à doença actual, e/ou aos seus custos sociais e económicos, nível de motivação/disponibilidade para deixar e/ou ao impacto do uso de tabaco sobre crianças e outros membros do agregado familiar
Interrogar cada utilizador de tabaco sobre se está disposto a fazer uma tentativa de abandono de imediato (ex.: dentro dos 30 dias seguintes)	<p>Passo 3: Avaliar – determinar se o doente deseja fazer uma tentativa de abandono.</p> <p>Avaliar a vontade do doente abandonar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o doente deseja fazer uma tentativa de abandono de imediato, prestar assistência • Se o doente deseja participar num tratamento intensivo, fornecer o tratamento ou referenciar o doente para intervenção intensiva • Se o doente claramente afirma que para já não deseja fazer uma tentativa de abandono, fornecer uma intervenção motivacional • Se o doente é membro duma população especial (adolescente, mulher grávida, minoria racial/étnica), considerar fornecer informação adicional
Elaborar em conjunto com o doente um plano de abandono do uso do tabaco	<p>Passo 4 – Ajudar – ajudar o doente na sua tentativa de abandono.</p> <p>Preparação do doente para a tentativa de abandono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcar uma data: idealmente a data de abandono deve ser dentro de 2 semanas. • Informar a família, amigos e colaboradores sobre a tentativa de abandono, e pedir compreensão e apoio. • Antecipar dificuldades que podem surgir durante a tentativa de abandono, particularmente durante as semanas iniciais, mais críticas. Entre elas, sintomas de abstinência de nicotina. • Remover produtos de tabaco do ambiente antes de iniciar, evitar fumar em lugares onde passa muito tempo (trabalho, casa, carro).
Fornecer aconselhamento prático (ver Quadro 2)	<p><i>Abstinência</i> – a abstinência total é essencial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Experiência de tentativas de abandono anteriores</i> – identificar o que é que ajudou e o que é que correu mal em tentativas de abandono prévias ▪ <i>Antecipar problemas ou dificuldades na tentativa de abandono a iniciar</i> – discutir problemas e dificuldades e como o doente as vai vencer com êxito. ▪ <i>Alcool</i> – o doente deve considerar limitar ou abster-se de álcool, visto que o álcool pode causar recidiva. ▪ <i>Outros fumadores em casa</i> – abandonar é mais difícil quando há outros fumadores em casa. Os doentes devem encorajar as

	<p>peças com quem vivem a abandonar com eles ou a não fumar na sua presença.</p>
<p>Fornecer apoio social intra-tratamento (ver Quadro 2)</p>	<p>Fornecer um ambiente clínico de apoio enquanto se encoraja o doente na sua tentativa de abandono. <i>“Estamos disponíveis para vos ajudar”</i></p>
<p>Ajudar o doente a obter apoio social extra-tratamento (ver Quadro 2)</p>	<p>Ajudar o doente a desenvolver suporte social para a sua tentativa de abandono, no seu ambiente, fora do tratamento. <i>“Peça à sua família, amigos e colegas de trabalho para o/a ajudar na sua tentativa de abandono”</i></p>
<p>Recomendar o uso da farmacoterapia aprovada, excepto em circunstâncias especiais (ver Quadros 3 e 4)</p>	<p>Recomendar o uso de farmacoterapias efectivas. Explicar como é que os medicamentos aumentam a probabilidade de sucesso e reduzem os sintomas de abstinência. Os fármacos de 1ª linha incluem: cloridrato de bupropiona de libertação retardada, pastilhas mastigáveis de nicotina e adesivo transdérmico de nicotina</p>
<p>Fornecer materiais suplementares</p>	<p><i>Fontes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tipo:</i> apropriadas para o doente, relativamente à sua cultura, raça, educação e idade ▪ <i>Localização:</i> prontamente acessíveis em cada local de consulta médica
<p>Programar consulta de seguimento, pessoalmente ou via telefone</p>	<p>Passo 5: Acompanhar – agendar consulta de seguimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Data</i> – A consulta de seguimento deve ocorrer pouco depois da data de abandono, de preferência durante a 1ª semana. Uma segunda consulta de seguimento é recomendada dentro do 1º mês. Programar consultas adicionais conforme indicado. ▪ <i>Ações durante a consulta de seguimento</i> – Congratular sucesso; se ocorreu uso de tabaco, rever as circunstâncias e incentivar recompromisso com abstinência total; lembrar ao doente que um lapso pode ser usado como uma experiência de aprendizagem; identificar problemas já encontrados e antecipar dificuldades no futuro imediato; avaliar uso e problemas da farmacoterapia; considerar uso ou referência a tratamento mais intensivo

INTERVENÇÕES CLÍNICAS BREVES

Esta secção da NOC apresenta estratégias específicas relativas a intervenções breves.

Estas intervenções breves podem ser postas em prática por qualquer clínico, mas são particularmente importantes para os médicos de cuidados primários que vêm uma larga variedade de doentes e têm fortes restrições de tempo na consulta.

Os objectivos das intervenções breves são claros: mudar a cultura clínica e os padrões de prática, de modo a que cada doente que usa tabaco seja identificado e lhe seja oferecido tratamento.

Há um tema central a estas estratégias: é essencial fornecer pelo menos uma intervenção breve a todos os utilizadores de tabaco em cada visita clínica.

Embora muitos utilizadores de tabaco mostrem relutância em procurar programas de cessação intensivos, nada deve impedir que recebam uma intervenção breve de cada vez que visitam um médico. Além disso, estas intervenções devem ser usadas com todas as populações, incluindo adolescentes, mulheres grávidas, idosos e minorias raciais e étnicas.

Apesar de não ser o objectivo desta NOC, é importante referir que para assegurar que todos os doentes que usam tabaco sejam identificados para intervenção, são necessárias alterações institucionais na prática clínica.

Este capítulo divide-se em 3 secções, cada uma com recomendações sobre intervenções clínicas breves dirigidas a três tipos de doentes:

- A. utilizadores de tabaco que desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono
- B. utilizadores de tabaco que não desejam fazer para já uma tentativa de abandono
- C. ex-utilizadores recentes de tabaco

A – UTILIZADORES DE TABACO QUE QUEREM ABANDONAR DE IMEDIATO

Os médicos de Cuidados Primários observam todos os anos um grande número de utilizadores de tabaco e por isso devem estar preparados para intervir em relação a estes doentes.

Os cinco passos principais de intervenção nos Cuidados Primários são (Quadro 1):

1. Abordar o doente sobre se usa ou não tabaco
2. Aconselhar o doente a deixar de usar
3. Avaliar a vontade de fazer uma tentativa de abandono
4. Ajudar os que querem fazer uma tentativa de abandono
5. Acompanhar através de consultas de seguimento para prevenir recidivas

Estas estratégias foram concebidas para ser breves, necessitando de poucos minutos de tempo directo do médico.

A cada doente que deseja fazer uma tentativa de abandono, deve ser fornecido tanto o aconselhamento como o tratamento farmacológico.

Os três componentes do aconselhamento que são recomendados estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 -Elementos comuns de aconselhamento efectivo e terapêuticas comportamentais para cessação de uso de tabaco

Componente	Exemplos
<i>Aconselhamento Prático sobre o Tratamento</i>	
Identificar acontecimentos, estados de espírito ou actividades que aumentam o risco de fumar ou recair	Afecto negativo Estar perto de outros fumadores Ingerir alcool Sentir desejos de fumar Estar debaixo de pressão de tempo
Identificar e treinar aptidões de resolução de problemas. Tipicamente, estas aptidões destinam-se a defrontar situações críticas	Aprender a prever e evitar a tentação Aprender estratégias cognitivas que reduzam os humores negativos Introduzir alterações do estilo de vida que reduzam o stress, melhorem a qualidade de vida ou produzam prazer Aprender actividades cognitivas e comportamentais para defrontar os desejos de fumar
Fornecer informação básica acerca do tabagismo e das técnicas de abandono	Salientar o facto de que qualquer contacto com tabaco (mesmo uma simples inalação) aumenta a probabilidade de recidiva completa A abstinência tipicamente atinge a máxima intensidade 1 a 3 semanas após o abandono

	Os sintomas de abstinência incluem humor negativo, desejos de fumar e dificuldade de concentração Mencionar a natureza adictiva do hábito de fumar
<i>Intervenções de suporte intra-tratamento</i>	
Encorajar o doente na tentativa do abandono	Referir que estão agora disponíveis tratamentos efectivos da dependência do tabaco Referir que actualmente metade das pessoas que alguma vez fumaram, deixaram de o fazer Comunicar confiança na capacidade do doente conseguir abandonar
Comunicar cuidado e preocupação	Perguntar como é que o doente se sente acerca da tentativa de abandono Exprimir directamente preocupação e vontade de ajudar Estar aberto à expressão pelo doente de receios relacionados com o abandono, dificuldades experimentadas e sentimentos ambivalentes
Encorajar o doente a falar acerca do processo de abandono	Interrogar sobre: <ul style="list-style-type: none"> • razões que levam o doente a querer abandonar • preocupações ou temores acerca do abandono • êxitos que o doente tenha conseguido • dificuldades encontradas durante o processo de abandono
<i>Intervenções de suporte extra-tratamento</i>	
Treinar o doente para solicitar apoio	Mostrar videos que exemplifiquem maneiras de obter apoio Praticar modalidades de procura de apoio da família, amigos e colaboradores Ajudar o doente a criar uma casa livre de fumo
Incentivar a solicitação de apoio	Ajudar o doente a identificar pessoas capazes de o apoiar Telefonar ao doente para o incentivar a procurar apoio Informar o doente sobre recursos da comunidade (linhas de apoio telefónico)
Arranjar apoio exterior	Enviar cartas para pessoas susceptíveis de apoiar Telefonar a pessoas susceptíveis de apoiar Convidar outros para sessões de cessação Nomear doentes para serem “companheiros” uns para os outros

A terapêutica farmacológica deve ser oferecida a todos os doentes, excepto certos grupos que requerem consideração especial (doentes com contra indicações médicas, os que fumam menos de 10 cigarros por dia, mulheres grávidas e fumadores adolescentes).

O Quadro 3 descreve as recomendações gerais de terapêutica farmacológica e o Quadro 4 fornece instruções de prescrição sobre medicações específicas.

Quadro 3 - Normas de orientação clínica geral para prescrição de terapêutica farmacológica para abandono do hábito de fumar

Quem deve receber terapêutica farmacológica para abandonar o hábito de fumar?	Todos os doentes em processo de abandono, excepto na presença de circunstâncias especiais. Deve ser dada consideração especial a populações seleccionadas: os que têm contra indicações médicas, os que fumam menos de 10 cigarros/dia, mulheres grávidas e a amamentar e fumadores adolescentes.
Quais são as terapêuticas farmacológicas de 1ª linha?	Cloridrato de bupropiona de libertação retardada e terapêuticas de substituição de nicotina (pastilhas mastigáveis e adesivo transdérmico).
Que factores se devem considerar na selecção das terapêuticas farmacológicas de 1ª linha?	Devido à inexistência de dados suficientes para escalonar estes fármacos, a escolha de uma terapêutica farmacológica de 1ª linha específica deve ser guiada por factores tais como: <ul style="list-style-type: none"> • a familiaridade do clínico com os fármacos

	<ul style="list-style-type: none"> • contraindicações para doentes seleccionados • preferência do doente • experiência prévia do doente com um fármaco específico (positiva ou negativa) • características do doente (ex.: história de depressão, preocupações acerca do aumento de peso).
Os tratamentos farmacológicos são apropriados para fumadores ligeiros (ex.: 10-15 cigarros/dia)?	No caso de se decidir usar terapêutica farmacológica em fumadores ligeiros, deve-se considerar reduzir a dose das terapêuticas de substituição de nicotina de 1ª linha. Não são necessários ajustamentos quando se usa cloridrato de bupropiona de libertação retardada.
Quais são as terapêuticas farmacológicas de 2ª linha recomendadas?	Cloridrato de clonidina e cloridrato de nortriptilina
Quando é que se devem usar agentes de 2ª linha para tratar dependência do tabaco?	Em doentes que não podem usar fármacos de 1ª linha, devido a contraindicações, ou em doentes em que os fármacos de 1ª linha não são úteis. Os doentes devem ser monitorizados relativamente aos efeitos adversos conhecidos dos agentes de 2ª linha.
Quais as terapêuticas farmacológicas para doentes particularmente preocupados com aumento de peso?	Cloridrato de bupropiona de libertação retardada e terapêuticas de substituição da nicotina, em particular pastilhas mastigáveis de nicotina (que atrasam mas não impedem o aumento de peso)
Há terapêuticas farmacológicas que devam ser especialmente consideradas em doentes com história de depressão?	Cloridrato de bupropiona de libertação retardada e cloridrato de nortriptilina
As terapêuticas de substituição de nicotina devem ser evitadas em doentes com história de doença cardiovascular?	Não: o adesivo transdérmico de nicotina, em particular, é seguro e não causa efeitos cardiovasculares adversos. No entanto, a segurança destes produtos para o período pós-enfarte agudo do miocárdio imediato ou em doentes com angina grave ou instável ainda não foi estabelecida.
As terapêuticas farmacológicas de dependência do tabaco podem ser usadas a longo prazo (6 meses ou mais)?	Sim: esta aproximação pode ser útil com fumadores que apresentem sintomas persistentes de abstinência durante o curso da terapêutica farmacológica, ou que desejem terapêutica a longo prazo. Uma minoria de doentes que deixam efectivamente de fumar, usam fármacos de substituição de nicotina livremente a longo prazo. No entanto, foi provado que 8 semanas de terapêutica com o adesivo transdérmico de nicotina é tão eficaz como regimes mais longos. O uso a longo prazo destas medicações não apresenta um risco conhecido para a saúde. O FDA aprovou o uso de cloridrato de bupropiona para manutenção a longo prazo.
As terapêuticas farmacológicas podem ser combinadas?	Sim: existe evidência de que combinar o adesivo transdérmico de nicotina com pastilha mastigável de nicotina aumenta as taxas de abstinência em relação ao uso de cada um destes fármacos individualmente
Quais as doses mais adequadas para as terapêuticas de substituição de nicotina?	No caso de pastilha mastigável pode ser usada em regime de dose fixa ou numa base de dose livre. Os fumadores altamente dependentes ou os que falharam com 2mg de pastilha mastigável, devem usar 4mg de pastilha mastigável. Não está provado que o uso de adesivo transdérmico de nicotina em doses mais altas do que 22mg/24h seja mais eficaz em conseguir abstinência a longo prazo. Não está provado que redução gradual da terapêutica seja melhor do que supressão abrupta.

QUADRO 4: Sugestões para o uso clínico de farmacoterapia para cessação do hábito de fumar

Fármaco	Apresentação (preço relativo por unidade de dosagem)	Precauções/Contraindicações	Efeitos adversos	Dosagem	Duração
1ª LINHA					
Cloridrato de Bupropiona (Zyban)	Comprimidos de 150 mg (44 €) Embalagem de 60 comprimidos	Contraindicações absolutas: antecedentes de convulsões, bulimia ou anorexia nervosa, doença bipolar, tumor do SNC, cirrose hepática grave, supressão abrupta de álcool ou benzodiazepinas. Contraindicações relativas: alcoolismo, diabetes tratada com antidiabéticos orais ou insulina, história de traumatismo craneano, uso de estimulantes ou anoréticos ou fármacos que reduzam o limiar de convulsões*. Interações medicamentosas: fármacos que reduzem o limiar de convulsões e outrosΦ.	Convulsões Febre Insónia Boca seca Alterações do paladar Rash	150 mg/dia, de manhã, durante 6 dias; em seguida, 150 mg 2 vezes /dia	7 a 12 semanas; manutenção até 6 meses (começar 1 a 2 semanas pre-interrupção)
Nicotina - pastilhas mastigáveis (Nicorette)	Dosagens: 2 e 4 mg (7€ e 12 €) Embalagens de 30 e 105 p. mastigáveis		Dores na boca Dispepsia	1-24 cigarros/dia: até 24 past. de 2 mg/dia ≥25 cigarros/dia: até 24 past. de 4 mg/dia	Até 12 semanas
Nicotina – Sistema terapêutico transdérmico (Nicotinell TTS)	Dosagens: 10 cm2, 20 cm2 e 30 cm2 (0,7 mg/cm2/24h) (66 €, 81€ e 87€) Embalagens de 14 e 28 sistemas		Reacção cutânea local Insónia	21 mg / 24 h 14 mg / 24 h 7 mg / 24 h	4 semanas + 2 semanas + 2 semanas ou 8 semanas
2ª LINHA					
Cloridrato de Clonidina (Catapresan)	Comprimidos de 150 µg (1€) Embalagens de 20 e 60 comprimidos	Hipertensão “rebound”	Boca seca Sonolência Tonturas Sedação	0,15 – 0,75 mg/dia	3 – 10 semanas
Cloridrato de Nortriptilina (Norterol)	Dosagens: 25 e 50 mg (2 e 3 €)	Risco de arritmias	Sedação Boca seca	75 – 100 mg / dia	12 semanas

Embalagens de 20 e 50 comp. de 25 mg; Embalagem de 50 comp. de 50 mg				
---	--	--	--	--

* Estes fármacos incluem: antipsicóticos, antidepressivos, antimaláricos, teofilina, corticosteroides sistémicos, tramadol, quinolonas e anti-histamínicos sedativos.

Φ Estes fármacos incluem: β-bloqueantes, anti-arrítmicos tipo 1 c, captopril, loratadina, codeína, cimetidina, valproato de sódio, orfenadrina, ciclofosfamida, levodopa e inibidores da monoaminoxidase.

B – UTILIZADORES DE TABACO QUE NÃO DESEJAM FAZER UMA TENTATIVA DE ABANDONO

Para os doentes que não estão dispostos a fazer para já uma tentativa de abandono, deve ser usada uma intervenção breve, concebida para promover a motivação para abandonar.

Podem ser diversas as razões para os doentes não quererem fazer uma tentativa de abandono: falta de informação acerca dos efeitos nocivos do tabaco, receios acerca das consequências da abstinência, falta de meios económicos ou ainda desmoralização por recidivas prévias.

Estes doentes podem responder a uma intervenção motivacional, delineada para educar, reassegurar e motivar. Os componentes de uma intervenção deste tipo são descritos no Quadro 5.

Quadro 5 - Aumentar a motivação para abandonar o uso de tabaco – Estratégia dos “5 Rs”

Relevância	Encorajar o doente a descrever em que medida é que o abandono é pessoalmente relevante, procurando ser tão específico quanto possível. Informação motivacional tem o maior impacto se é relevante para o estado de doença ou factores de risco do doente, situação familiar ou social (ex: existência de crianças em casa), preocupação de saúde, idade, sexo e outras características importantes do doente (ex.: experiência prévia de abandono, barreiras pessoais à cessação).
Riscos	O clínico deve pedir ao doente para identificar consequências negativas potenciais do uso do tabaco. O clínico pode sugerir e esclarecer aquelas que parecem mais relevantes para o doente. Deve salientar que fumar cigarros pobres em alcatrão ou nicotina ou usar outras formas de tabaco (ex.: tabaco sem fumo, cigarrilhas, cachimbo) não eliminam estes riscos. Alguns exemplos de riscos: <u>Riscos agudos</u> : dispneia, exacerbação de asma, prejuízo para a gravidez, impotência, infertilidade, aumento dos níveis de monóxido de carbono do soro. <u>Riscos a longo prazo</u> : enfarte do miocárdio, AVC, neoplasias do pulmão, outras neoplasias (laringe, cavidade oral, faringe, esófago, pancreas, bexiga, cervix), doenças pulmonares crónicas obstrutivas (bronquite crónica e enfisema), incapacidade a longo prazo e necessidade de cuidado continuado. <u>Riscos ambientais</u> : risco mais elevado de neoplasia do pulmão e doença cardíaca no cônjuge; taxas mais altas de fumadores em filhos de utilizadores do tabaco; maior risco de baixo peso ao nascer, síndrome de morte súbita infantil, asma, doença do ouvido médio, e infeções respiratórias, nos filhos de fumadores
Recompensas	O clínico deve pedir ao doente para identificar benefícios potenciais de suspender o uso de tabaco, podendo sugerir e esclarecer aqueles que parecem mais relevantes para o doente. Exemplos de benefícios: melhor saúde; os alimentos sabem melhor; sentido do olfacto mais apurado; diminuição dos gastos; sentir-se melhor consigo próprio; a casa, o carro, a roupa e a respiração têm melhor cheiro; deixa de se preocupar

	com o abandono; dá um bom exemplo aos filhos; os filhos são mais saudáveis; deixa de se preocupar em expor outros a fumo; sente-se melhor fisicamente; melhor desempenho nas actividades físicas; retarda o envelhecimento da pele
Resistências	O clínico deve pedir ao doente para identificar barreiras ou impedimentos ao abandono e indicar formas de tratamento (resolução de problemas, farmacoterapia) dirigidas para a sua resolução. Exemplos de dificuldades típicas: sintomas de abstinência, medo de falhar, aumento de peso, falta de apoio, depressão, ter prazer no tabaco.
Repetição	A intervenção motivacional deve ser repetida de cada vez que um doente não motivado vem a uma consulta. Os utilizadores de tabaco que falharam em tentativas de abandono prévias devem ser informados de que muitas pessoas fazem tentativas de abandono repetidas até conseguirem ter êxito.

C – EX-UTILIZADORES DE TABACO RECENTES

Por causa da natureza crónica recorrente da dependência do tabaco, todos os ex-utilizadores de tabaco devem receber tratamento breve de prevenção de recidiva.

Quando um clínico encontra um doente nestas circunstâncias, deve apoiar a decisão tomada pelo doente, relembrar os benefícios da abstinência e ajudar o doente a resolver quaisquer problemas resultantes do abandono do uso de tabaco.

A maior parte das recidivas ocorre precocemente, embora também possam ocorrer meses ou mesmo anos após a data do abandono. As intervenções para prevenção das recidivas são por isso especialmente importantes na fase inicial do processo de abandono, e podem ser fornecidas por meio de consultas programadas, contactos telefónicos, ou em qualquer altura em que um clínico encontre um ex-utilizador de tabaco.

Estas intervenções podem ser divididas em duas categorias:

- Intervenção mínima para todos os ex-utilizadores
- intervenções prescritivas para doentes com problemas em manter a abstinência (Quadro 6)

Quadro 6 - Componentes de estratégias breves para impedir recidiva do uso de tabaco

Prevenção de recidiva prática mínima	
Estas intervenções devem fazer parte de todos os encontros com um doente que abandonou recentemente o uso de tabaco	<p>Todos os ex-utilizadores de tabaco devem ser felicitados pelos sucessos e fortemente encorajados a permanecer abstinentes.</p> <p>Quando se encontra um ex-utilizador recente devem ser usadas perguntas “open-ended” com o objectivo de promover a resolução de problemas pelo doente (ex.: Em que é que a suspensão do uso de tabaco foi benéfica para si?).</p> <p>O clínico deve encorajar a discussão activa pelo doente dos seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • os <u>benefícios</u>, incluindo potenciais benefícios de saúde, que o doente pode obter da cessação. • qualquer <u>sucesso</u> que o doente tenha tido no processo de abandono (ex.: duração da abstinência, diminuição dos sintomas de abstinência) • os <u>problemas</u> encontrados ou dificuldades previsíveis em manter a abstinência (ex.: depressão, aumento de peso, álcool, outros utilizadores de tabaco em casa)
Prevenção de recidiva prescritiva	

Os componentes de prevenção de recidiva prescriptiva são individualizados na base da informação obtida acerca de problemas que o doente está a ter em manter a abstinência. Estas intervenções de prevenção de recidiva mais intensivas podem ser postas em prática durante consulta de seguimento programada (pessoal ou via telefone). Seguem-se alguns problemas específicos que os doentes podem referir e respostas possíveis.

Problemas	Respostas
Falta de apoio para a cessação	<p>Programar consultas de seguimento ou contactos telefónicos com o doente.</p> <p>Ajudar o doente a identificar fontes de apoio dentro do seu ambiente.</p> <p>Referenciar o doente a uma organização apropriada que ofereça aconselhamento de cessação, ou apoio.</p>
Humor negativo ou depressão	<p>Se significativo, prestar aconselhamento, prescrever medicações apropriadas ou referenciar o doente a um especialista.</p>
Sintomas de abstinência fortes ou prolongados	<p>Se o doente refere desejo prolongado ou outros sintomas de abstinência, considerar prolongar o uso de uma farmacoterapia aprovada ou adicionar/combinar fármacos para reduzir sintomas de abstinência fortes.</p>
Aumento de peso	<p>Recomendar iniciar ou aumentar actividade física; desencorajar dieta estrita.</p> <p>Reassegurar o doente de que algum aumento de peso após o abandono é comum e parece ser auto-limitado.</p> <p>Salientar a importância de uma dieta saudável.</p> <p>Manter o doente com uma farmacoterapia que atrase o aumento de peso (ex.: cloridrato de bupropiona de libertação retardada e terapêuticas de substituição de nicotina, particularmente pastilhas mastigáveis de nicotina).</p> <p>Referenciar o doente a um especialista ou programa especializado</p>
Motivação em queda/sentimento de perda	<p>Reassegurar o doente que estes sentimentos são comuns.</p> <p>Recomendar actividades compensadoras.</p> <p>Investigar para ter a certeza de que o doente não está envolvido em uso periódico de tabaco.</p> <p>Salientar que começar a fumar aumenta o desejo e torna o abandono mais difícil.</p>

INTERVENÇÕES CLÍNICAS INTENSIVAS

O tratamento intensivo da dependência de tabaco pode ser fornecido por qualquer clínico treinado e que disponha dos recursos necessários para intervenções intensivas.

Há evidência substancial de que o tratamento mais intensivo é mais efectivo do que o tratamento breve, por isso as intervenções intensivas são apropriadas para qualquer utilizador de tabaco que deseje participar nelas, e não devem ser limitadas a qualquer subpopulação de utilizadores de tabaco (ex:fumadores pesadamente dependentes, por exemplo).

No Quadro 7 estão descritos os componentes de uma intervenção intensiva.

Quadro 7 - Componentes de uma intervenção intensiva para abandonar o hábito de fumar

Componente	Estratégia de implementação
Avaliação	A avaliação deve assegurar que os usuários do tabaco desejam fazer uma tentativa de abandono usando um programa de tratamento intensivo. Outras avaliações podem fornecer informação útil para o aconselhamento (ex.: nível de stress, presença de comorbilidade)
Profissionais do Programa	Múltiplos tipos de profissionais são efectivos e devem ser usados. Uma estratégia de aconselhamento seria colocar um médico a fornecer mensagens acerca de riscos e benefícios para a saúde e a prescrever farmacoterapia, e profissionais não médicos a fornecer intervenções adicionais psicossociais ou de comportamento.
Intensidade do Programa	Por causa de evidência de uma forte relação dose – resposta, o programa deve consistir de 4 ou mais sessões, tendo a sessão mais longa uma duração superior a 10 minutos, para um tempo total de contacto superior a 30 minutos.
Formato do Programa	Pode ser usado aconselhamento individual ou de grupo. O aconselhamento telefónico pró-activo é também efectivo. O uso de material de auto-ajuda adjuvante é opcional. Devem ser usados processos de intervenção em avaliação de seguimento.
Tipos de aconselhamento e terapêuticas de comportamento	Terapêuticas de aconselhamento e de comportamento devem incluir aconselhamento prático (resolução de problemas/treino de desempenhos) e suporte social intra e extratratamento.
Farmacoterapia	Todos os fumadores devem ser encorajados a usar as farmacoterapias mencionadas nesta NOC, excepto na presença de circunstancias especiais. Em populações seleccionadas (ex.: mulheres grávidas, adolescentes), o uso de farmacoterapia deve ser sujeito a considerações especiais (ver Quadro 3). O clínico deve explicar ao doente de que modo estes fármacos aumentam a taxa de sucesso de abandono do hábito de fumar e reduzem os sintomas de abstinência. Os agentes de farmacoterapia de 1ª linha incluem cloridrato de bupropiona de libertação retardada e terapêuticas de substituição de nicotina (pastilhas mastigáveis e adesivo transdérmico).
População	Os programas de intervenção intensiva podem ser usados com todos os utilizadores de tabaco que desejem participar neles.

As recomendações referidas resultaram duma revisão e análise da literatura existente sobre cessação do tabagismo, em que foram usadas apenas fontes secundárias de evidência científica.

Importa nesta altura definir clara e explicitamente, para cada recomendação indicada nesta NOC, os níveis de evidência em que aquela se baseia, de acordo com o esquema de hierarquização atrás referido (ver secção intitulada “ESQUEMA DA HIERARQUIZAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA”). A gradação atribuída é variável, já que parte das recomendações têm por base meta-análises de ensaios aleatorizados e controlados (RCTs) por

ex., mas noutras partes, devido à inexistência de RCTs ou ensaios controlados, houve necessidade de se recorrer a outro tipo de evidência científica.

As principais recomendações e respectiva classificação estão divididas em cinco secções:

- rastreio e avaliação
- estrutura e intensidade do tratamento
- elementos de tratamento
- populações especiais
- tópicos especiais

RASTREIO E AVALIAÇÃO

- todos os doentes devem ser interrogados sobre o uso de tabaco e a sua situação em relação ao uso de tabaco deve ser documentada numa base regular; a evidência mostra que esta acção aumenta significativamente a taxa de intervenção dos clínicos (**Força de Evidência: A**)
- a inclusão nos sistemas de rastreio clínico da obtenção de informação sobre o tabagismo, ou o uso de outros sistemas de detecção, são essenciais para a avaliação consistente, documentação e intervenção relativamente ao uso de tabaco (**Força de Evidência: B**)
- uma vez identificado um utilizador de tabaco, o clínico deve aconselhá-lo a abandonar e deve avaliar a sua vontade de o fazer de imediato (**Força de Evidência: D**)
- o tratamento da dependência de tabaco é efectivo e deve ser sempre disponibilizado ao doente, mesmo que não tenham sido utilizadas, ou não se encontrem disponíveis, formas específicas de avaliação especializada do doente utilizador de tabaco (**Força de Evidência: A**)

Se o doente deseja fazer uma tentativa de abandono de imediato, devem ser iniciadas as intervenções identificadas como efectivas nesta NOC.

Se o doente não deseja abandonar para já o uso de tabaco, deve ser fornecida uma intervenção motivacional.

ESTRUTURA E INTENSIDADE DO TRATAMENTO

- os médicos devem aconselhar veementemente cada doente que fuma a deixar de o fazer, porque a evidência mostra que o aconselhamento médico para deixar de fumar aumenta as taxas de abstinência (**Força de Evidência: A**)
- mesmo intervenções mínimas (com duração inferior a 3 minutos) aumentam as taxas globais de abstinência do tabaco; a cada utilizador de tabaco deve ser oferecida pelo menos uma intervenção mínima, quer o doente venha ou não a ser referenciado para intervenção intensiva. (**Força de Evidência: A**)
- existe uma forte relação dose-resposta entre o tempo de contacto interpessoal das sessões e os bons resultados do tratamento. Intervenções intensivas são mais efectivas do que intervenções menos intensivas e devem ser usadas sempre que possível. (**Força de Evidência: A**)
- o tratamento feito através do contacto interpessoal, oferecido em 4 ou mais sessões, parece ser especialmente efectivo em aumentar as taxas de abstinência. Assim, se possível, os clínicos devem procurar encontrar-se 4 ou mais vezes com os doentes que estão a fazer uma tentativa de abandono do uso de tabaco (**Força de Evidência: A**)

- o tratamento efectuado pelos médicos aumenta as taxas de abstinência. Assim, todos os médicos devem oferecer intervenções para cessação do tabagismo (**Força de Evidência: A**)
- os tratamentos prestados por vários tipos de profissionais de saúde são mais efectivos do que os fornecidas por apenas um tipo. Por isso, se possível, deve ser encorajada a prestação de intervenções por mais do que um tipo de profissional de saúde (**Força de Evidência: D**)
- o aconselhamento telefónico pro-activo (iniciado pelo médico) e o aconselhamento de grupo e individual, são medidas efectivas e devem ser usadas nas intervenções para cessação do tabagismo. (**Força de Evidência: A**)
- as intervenções de cessação do tabagismo fornecidas em formatos múltiplos aumentam as taxas de abstinência e devem ser encorajadas. (**Força de Evidência: A**)
- todos os doentes que recebem uma intervenção para tratamento de dependência de tabaco devem ser avaliados relativamente a abstinência no final do tratamento e durante contactos clínicos subsequentes: a) doentes abstinentes devem receber o tratamento de prevenção de recidiva referido nesta NOC; b) doentes que apresentam recidiva devem ser avaliados para determinar se desejam fazer nova tentativa de abandono (**Força de Evidência: D**)

Se o doente deseja fazer outra tentativa de abandono, fornecer ou referenciar para tratamento adicional (referido nesta NOC).

Se o doente não deseja abandonar para já, fornecer uma intervenção motivacional (referida nesta NOC).

ELEMENTOS DE TRATAMENTO

- existem três tipos de aconselhamento e terapêuticas comportamentais que conduzem a taxas de abstinência mais elevadas: a) fornecer aos fumadores aconselhamento prático (aptidões de resolução de problemas/treino de desempenhos); b) fornecer suporte social como parte do tratamento; e, c) ajudar os fumadores a obter suporte social fora do tratamento. Estes tipos de aconselhamento e terapêuticas comportamentais devem ser incluídas nas intervenções de cessação do tabagismo. (**Força de Evidência: B**)
- todos os doentes que estão a tentar deixar de fumar devem ser encorajados a usar farmacoterapias efectivas para cessação do tabagismo, excepto na presença de circunstâncias especiais (**Força de Evidência: A**)
- a utilização a longo prazo de farmacoterapia para cessação do tabagismo deve ser considerada uma estratégia de redução da probabilidade de recidiva (**Força de Evidência: D**)
- a bupropiona de libertação retardada é uma terapêutica eficaz para cessação do tabagismo, que os doentes devem ser encorajados a usar (**Força de Evidência: A**)
- a nicotina sob a forma de pastilhas mastigáveis constitui uma terapêutica eficaz para cessação do tabagismo, que os doentes devem ser encorajados a usar (**Força de Evidência: A**)
- os clínicos devem disponibilizar, a fumadores altamente dependentes, pastilhas mastigáveis de nicotina doseadas a 4 mg em vez de 2 mg (**Força de Evidência: B**)
- o adesivo transdérmico de nicotina é um tratamento de cessação do tabagismo eficaz, que os doentes devem ser encorajados a usar (**Força de Evidência: A**)

- a clonidina é um tratamento de cessação do tabagismo eficaz, que pode ser usado como um agente de segunda linha, debaixo de supervisão médica, para tratar dependência de tabaco (**Força de Evidência: A**)
- a nortriptilina é um tratamento de cessação do tabagismo eficaz, que pode ser usado como um agente de segunda linha, debaixo de supervisão médica, para tratar dependência do tabaco (**Força de Evidência: B**)
- a combinação do adesivo transdérmico de nicotina com uma forma auto-administrada de terapêutica de substituição de nicotina (pastilhas mastigáveis de nicotina) é mais eficaz do que uma única forma de substituição de nicotina; os doentes devem ser encorajados a usar tais tratamentos combinados se forem incapazes de abandonar usando um único tipo de farmacoterapia de 1ª linha (**Força de Evidência: B**)
- a terapêutica com o adesivo transdérmico de nicotina de venda livre é mais eficaz do que placebo, e o seu uso deve ser encorajado (**Força de Evidência: B**)

POPULAÇÕES ESPECIAIS

GRAVIDEZ

- devido aos riscos sérios do tabagismo para a mulher grávida fumadora e para o feto, devem ser oferecidas sempre que possível, às mulheres grávidas fumadoras, intervenções alargadas para deixar de fumar, excedendo o aconselhamento mínimo (**Força de Evidência: A**)
- embora a abstinência desde o início da gravidez produza os melhores resultados para o feto e mulher grávida, é benéfico deixar de fumar em qualquer momento da gravidez. Por esta razão, os clínicos devem oferecer intervenções efectivas para cessação do tabagismo na primeira consulta prenatal, assim como ao longo de todo o período da gravidez (**Força de Evidência: B**)

MINORIAS RACIAIS E ÉTNICAS

- os tratamentos de cessação do tabagismo têm sido eficazes em diferentes minorias raciais e étnicas, pelo que os tratamentos considerados efectivos nesta NOC devem ser fornecidos a estes pacientes (**Força de Evidência: A**)
- os tratamentos de dependência do tabaco devem ser, sempre que possível, modificados ou adaptados para se tornarem apropriados para as populações raciais e étnicas a que são fornecidos (**Força de Evidência: D**)

FUMADORES HOSPITALIZADOS

- os tratamentos de cessação do tabagismo têm-se provado eficazes em doentes hospitalizados, pelo que devem ser oferecidos aos doentes internados (**Força de Evidência: B**)

FUMADORES COM COMORBILIDADE PSIQUIÁTRICA E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA

- a fumadores com condições psiquiátricas comórbidas devem ser oferecidos os tratamentos identificados como efectivos nesta NOC (**Força de Evidência: D**)

- a bupropiona de libertação retardada e a nortriptilina - tratamentos eficazes para cessação do tabagismo na população geral - são também efectivos para tratar a depressão. Por esta razão, estes fármacos devem ser especialmente considerados para o tratamento de dependência do tabaco em fumadores com história actual ou passada de síndromes depressivas (**Força de Evidência: D**)
- a evidência indica que intervenções para cessação do tabagismo não interferem com a recuperação da dependência química. Por esta razão, os tratamentos de cessação do tabagismo considerados efectivos nesta NOC, incluindo aconselhamento e farmacoterapia, devem ser oferecidos aos fumadores a receber tratamento para dependência química (**Força de Evidência: D**)

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- os clínicos devem interrogar os doentes pediátricos e adolescentes (assim como os seus pais) a respeito do uso de tabaco, e devem transmitir uma forte mensagem sobre a importância da abstinência total (**Força de Evidência: D**)
- as intervenções de aconselhamento e comportamentais que são efectivas nos adultos, devem também ser consideradas em relação a crianças e adolescentes. O conteúdo destas intervenções deve ser modificado para se tornar apropriado ao grau de desenvolvimento respectivo (**Força de Evidência: D**)
- os clínicos a fazer consulta pediátrica devem oferecer aos pais aconselhamento e intervenções para cessação do tabagismo, para limitar a exposição dos filhos a fumo em segunda mão (**Força de Evidência: B**)

DOENTES IDOSOS

- os tratamentos para cessação do tabagismo foram demonstrados como eficazes para adultos idosos. Assim, estes devem receber os tratamentos de cessação do tabagismo considerados efectivos nesta NOC (**Força de Evidência: A**)

TÓPICOS ESPECIAIS

AUMENTO DE PESO APÓS A CESSAÇÃO DO TABAGISMO

- o clínico deve reconhecer que deixar de fumar é muitas vezes seguido por aumento de peso. Adicionalmente, o clínico deve: a) salientar que os riscos para a saúde do aumento de peso são pequenos, em comparação com os riscos da continuação do tabagismo; b) recomendar actividade física e uma alimentação saudável; c) recomendar que os doentes se devem concentrar em primeiro lugar sobre a cessação do tabagismo e não sobre o controle de peso, até que os ex-fumadores se tornem confiantes sobre a sua abstinência. (**Força de Evidência: D**)
- para os fumadores altamente preocupados com o aumento de peso, pode ser apropriado prescrever ou recomendar bupropiona de libertação retardada ou terapêutica de substituição de nicotina, em particular pastilhas mastigáveis, que se provou atrasarem o aumento de peso após a cessação (**Força de Evidência: B**)

OUTROS PRODUTOS DO TABACO

- os utilizadores de charutos, cachimbos e outras formas combustíveis de tabaco devem ser identificados, fortemente aconselhados a cessar o seu uso, e devem receber as mesmas

intervenções de aconselhamento recomendadas para os fumadores de cigarros (**Força de Evidência: D**)

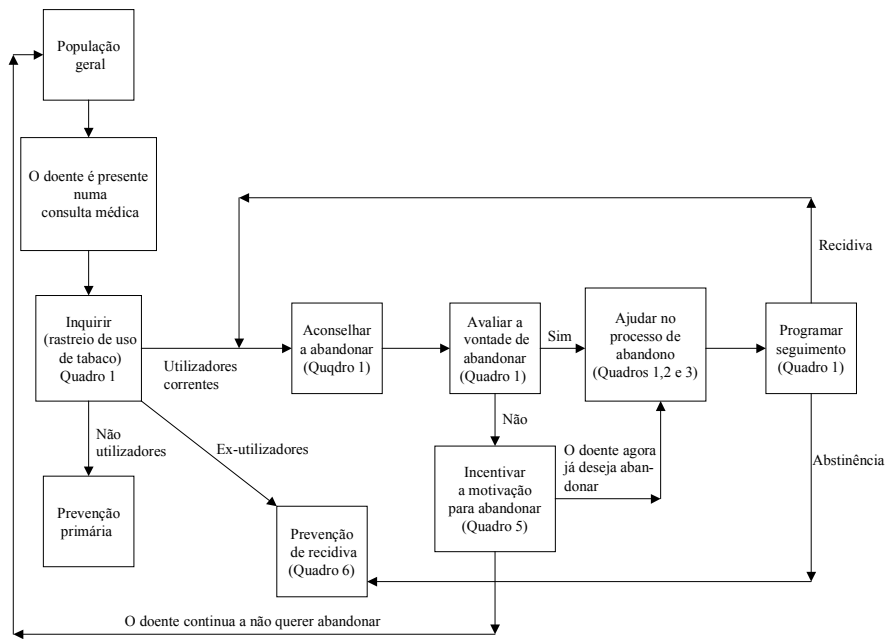
FORMAÇÃO DOS CLÍNICOS

- todos os clínicos, incluindo os internos em formação, devem ser treinados em estratégias efectivas para ajudar os utilizadores de tabaco que desejem fazer uma tentativa de abandono, e para motivar os que não desejam abandonar para já (**Força de Evidência: B**)

ASPECTOS ECONÓMICOS DOS TRATAMENTOS DE DEPENDÊNCIA DO TABACO

- os tratamentos de cessação do tabagismo considerados como eficazes nesta NOC (tanto farmacoterapia como aconselhamento) são altamente efectivos relativamente ao custo, em comparação com outros tratamentos (ex: tratamento de hiperlipidémia e mamografia de rastreio) e devem ser fornecidos a todos os fumadores (**Força de Evidência: A**)
- as intervenções intensivas de cessação do tabagismo são especialmente eficazes e custo-effectivas e os fumadores devem ter pronto acesso a estes serviços, assim como a intervenções menos intensivas (**Força de Evidência: B**)

ALGORITMO CLÍNICO



RESERVAS QUALITATIVAS

Não se identificaram hiatos de conhecimento de dimensão significativa. A evidência científica sobre a qual assenta esta NOC é de excelente qualidade, dado que existem múltiplas revisões sistematizadas da Cochrane Collaboration, assim como estudos aleatorizados e controlados (RCTs) de boa qualidade metodológica, com resultados consistentes e importantes.

ANÁLISE DE CUSTOS

Não foi efectuada nenhuma análise de custos dos diversos tratamentos possíveis para a cessação do tabagismo.

A única informação financeira disponível é a dos preços médios diários dos diversos esquemas terapêuticos.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS GERAIS DE SUB-GRUPOS

Para a população em geral, os benefícios que podem advir da aplicação com sucesso das recomendações desta NOC incidem sobre a prevenção de todas as patologias relacionadas com o uso do tabaco (anteriormente indicadas). Deste modo, toda a população – mesmo a saudável - poderá beneficiar destas medidas.

Os sub-grupos em que a cessação do tabaco trará maiores benefícios incluem: os doentes cardíacos (especialmente coronários), os doentes vasculares (especialmente os doentes com insuficiência arterial periférica), os doentes com DPCO, os diabéticos, os idosos, os adolescentes e as grávidas.

RISCOS POTENCIAIS E DE SUB-GRUPOS

Não existem riscos potenciais significativos para nenhum grupo de pacientes ou de doentes com a cessação do tabagismo. Os benefícios são universais.

DISPONIBILIDADE

O texto desta NOC será disponibilizado nos seguintes meios:

- impressão sob a forma de livro/manual
- publicação na revista do IQS
- publicação na página da Internet do IQS (www.iqs.pt)

DOCUMENTAÇÃO ANEXA

Não existe nenhuma documentação anexa integrada directamente com esta NOC, isto é, este é um texto autónomo e completo.

RECURSOS DE DOENTES

Não se prevêem nenhuns recursos especiais por parte dos pacientes/doentes para poderem ser alvo das intervenções recomendadas nesta NOC.

DATA DE PUBLICAÇÃO

Dezembro de 2001.

DATA DE REVISÃO PREVISTA

Esta NOC será revista, no todo ou em parte, no ano de 2003.