

O médico de família e a dependência tabágica. Uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente*

LUÍS REBELO**

RESUMO

Hoje em dia três quartos das patologias são justificadas, directa ou indirectamente, pelos comportamentos humanos.

Os profissionais de saúde, por dever de ofício, são responsáveis por intervir na história natural das doenças. Contudo, ao contrário do que pensam, o seu contributo para o resultado final é minoritário. Embora muito importante, não deixa de ser minoritário.

Alguns dados parecem certos – é crescente a exigência dos pacientes quanto à qualidade da prestação de cuidados de saúde, cada vez mais o cidadão paga para não estar doente e é notória a sua maior autonomia para tratarem de si próprios, exigindo mesmo dar parecer quanto ao seu plano de cuidados médicos.

O médico de família continua a ter bastante poder junto dos seus pacientes – é mesmo possível que sejam os profissionais com um maior potencial de influência.

É neste contexto que se realça o possível papel do médico de família na área da prevenção e tratamento da dependência tabágica.

O tabagismo, em paralelo com a sida, é actualmente o mais grave problema de saúde pública com que a nossa sociedade se confronta.

O médico de família é no actual contexto organizacional o elemento chave para controlar a epidemia do tabaco em Portugal. Se for adequadamente formado e com um ambiente de trabalho facilitador pode multiplicar por oito a taxa de 3% que é a taxa de cessação tabágica habitual entre os fumadores que não procuram apoio.

Trabalhar o comportamento em relação ao tabaco nos pacientes fumadores e nos não fumadores é hoje um imperativo ético e profissional. Ajudá-los a adoptarem um estilo de vida saudável, valorizando os factores protectores da saúde individual e colectiva é todo um novo paradigma para a Medicina.

Apresenta-se a situação europeia e portuguesa quanto ao consumo de tabaco e às características e atitudes dos fumadores.

São propostos três níveis de intervenção do médico na prevenção e controlo do tabagismo.

A intervenção breve em MGF aplicando o método dos “5As” é discutida.

Discutem-se os papéis do centro de saúde e do hospital no controlo do tabagismo e por fim fazem-se algumas recomendações sobre o tabaco e a saúde.

Palavras-chave: Médico de Família; Tabaco; Cessação Tabágica; Qualidade de Vida

MÉDICO DE FAMÍLIA: MÉDICO PROMOTOR DE SAÚDE

Um dos cinco atributos essenciais do médico de família, na minha opinião, é ser um médico «promotor de saúde».

Escrevi, há algum tempo atrás, «O médico do futuro vai ter que estar habilitado a aconselhar sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e muito sobre estilos de vida, em particular sobre todas as dependências. O médico de família realizará rastreios oportunisticos na sua consulta de acordo com *guidelines* aprovadas por patologia, para o sexo e o grupo etário em causa. Colaborará em actividades comunitárias de promoção e educação para

*Texto adaptado da Conferência proferida em Dezembro de 2003, na cidade de Setúbal e integrada nas comemorações do 20º aniversário da APMCG.

**Médico de família do Centro de Saúde de Alvalade (ARSLVT). Responsável pela Consulta de Tabagismo do Centro de Saúde de Alvalade. Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

a saúde. A percentagem de mortes evitáveis é enorme. A sua redução depende sobretudo da adopção de estilos de vida saudáveis. O tabaco, a dieta, o exercício físico, o álcool, o comportamento sexual e o uso ilícito de drogas dependem muito da esfera íntima de cada um. Um médico de família acessível, respeitado e de confiança, que siga a pessoa e a família ao longo da vida e que assuma um paradigma solutogénico tem um formidável potencial de promotor de saúde»^{1,2}.

Hoje, mantenho o que escrevi.

DETERMINANTES DA SAÚDE: SITUAÇÃO EUROPEIA E PORTUGUESA

Os determinantes da saúde são factores que influenciam a saúde e tentam explicar as grandes tendências da morbilidade e mortalidade. O termo indica que existe uma ligação explícita, porém não implica que exista uma relação de causalidade.

Por facilidade podemos dividir os determinantes da saúde em várias categorias – biológicos (idade, sexo, factores genéticos, etc), comportamentos e estilos de vida (fumar, exercício limitado, nutrição pouco saudável, etc), ambiente e condições de vida (alojamento, água, esgotos, condições de trabalho) e sociais (emprego, posição socio-económica, apoio e coesão sociais) assim como as relacionadas com o sistema de saúde (políticas de saúde, serviços de saúde, acesso e o modo como os cuidados são prestados).

A Direcção-Geral da Saúde no Plano Nacional da Saúde de 2003³ caracteriza a situação portuguesa do seguinte modo :

- não reconhecimento da importância da promoção da saúde, designadamente a nível dos centros de saúde;
- malnutrição, com o crescimento do consumo de produtos de origem animal, excesso de gorduras, de sal, de

açúcar e a baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, a par de níveis elevados de ingestão calórica;

- actividade física insuficiente. Portugal é o país da União Europeia com mais alto nível de sedentarismo.

TABACO OU SAÚDE: SITUAÇÃO EUROPEIA

No ano 2000, no âmbito da Presidência Portuguesa, realizou-se uma Conferência em Évora intitulada «Determinantes da Saúde na União Europeia»⁴. No capítulo sobre tabaco as mensagens-chave e as prioridades de trabalho para os Estados Membros foram as seguintes:

- prevenção da iniciação do tabagismo entre os jovens
- apoiar os fumadores na desistência
- proteger as pessoas da exposição ao fumo de tabaco ambiental.

Dentro destas áreas de acção, os jovens e as mulheres devem ser uma prioridade específica. Igualmente as populações excluídas e desfavorecidas, os emigrantes e as minorias foram identificados como um outro grupo-alvo.

Nas conclusões da Conferência escreve-se o seguinte: «As diferenças na saúde da população na Europa são largamente determinadas por diferenças nos comportamentos relacionados com a saúde – tabaco, dieta, consumo de álcool, actividade física e outros, e por desigualdades no ambiente social, particularmente factores socio-económicos». É referido ainda que «os comportamentos relacionados com a saúde tem um forte padrão social sugerindo que uma abordagem individual para a modificação destes comportamentos apenas poderá ser parcialmente efectiva.»

Fumar é o principal factor de risco na União Europeia. Estima-se que o tabaco seja o responsável por 90% dos casos de cancro do pulmão, 80% de casos de doença pulmonar crónica obs-

trutiva e por 25% das mortes por doença cardiovascular.

Segundo o relatório de 2002 da OMS Europa⁵, cerca de 215 milhões de Europeus fumam, destes 130 milhões são homens. O número de mortes atribuídas ao consumo de produtos de tabaco é estimado em 1,2 milhões, ou seja, 14% de todas as mortes.

TABACO OU SAÚDE: SITUAÇÃO PORTUGUESA

O Plano Nacional de Saúde³ caracteriza o consumo de tabaco em Portugal:

- existe um aumento do consumo de tabaco no sexo feminino;
- o investimento em serviços de desabitucação tabágica é insuficiente;
- os não fumadores tem uma exagerada exposição ao fumo do tabaco;
- não se cumpre a legislação existente;
- os preços são inadequadamente baixos.

O consumo de tabaco em Portugal, declarado pelo próprio, nos últimos Inquéritos Nacionais de Saúde tem vindo a diminuir. A prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos no Inquérito de 1998/1999 situa-se em 19,5%, 29,3% de homens e 7,9% de mulheres⁶.

Mas atenção aos números e à sua evolução.

Segundo dados do Eurostat de 1999 a prevalência dos fumadores em Portugal tem números mais elevados. Para maiores de 14 anos a prevalência de fumadores é de 28,1%, 43,7% para os homens e 13,9% para as mulheres. No grupo etário dos 15-24 anos há uma taxa de 32,9% para os rapazes e 16,4% para as raparigas⁵.

O sexo masculino foi o principal responsável pela diminuição ocorrida, embora exista a excepção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência dos fumadores.

Mas estamos perante um aumento preocupante de consumo no sexo femi-

nino. A prevalência de mulheres fumadoras tende a ser maior entre as de escolaridade mais elevada. Nos homens já se passa o contrário, tende a decrescer com o aumento da escolaridade.

É um fenómeno já ocorrido noutros países europeus e no continente americano.

Para o sexo feminino o tabaco ainda surge como um marcador de estatuto social. No sexo masculino o factor desemprego condiciona uma maior prevalência.

Portugal está, segundo certos epidemiologistas, numa fase II da epidemia do tabaco, em que os homens ricos e escolarizados estão a deixar de fumar e as mulheres ricas e escolarizadas estão a fumar cada vez mais. Os jovens de ambos os sexos iniciam-se nas Escolas.

Tudo indica que em Portugal estamos perante uma bomba relógio ao retardador.

CARACTERÍSTICAS DOS FUMADORES EUROPEUS

Pela primeira vez um grupo de investigadores estudou as atitudes dos fumadores europeus quanto ao processo de desabitucação tabágica.

Boyle e outros⁷ estudaram 10.295 fumadores de 17 países com idades de 18 e mais anos, realizaram entrevistas semi-estruturadas, tendo as amostras nacionais sido representativas. Portugal estudou uma amostra de 600 indivíduos.

Os resultados foram imprecisos e justificam que os países envolvidos tomem forte iniciativa com o intuito de controlarem o consumo de tabaco.

Vale apenas determo-nos nos resultados mais relevantes:

- a maioria dos fumadores quer deixar de fumar (84% na Suécia, 40% na Áustria, Alemanha e Itália);
- a maioria deseja e aprecia que o médico os aconselhe a deixar de fumar;

- só 34% dos fumadores foram avisados pelo médico a deixarem de fumar;
- só 11,6% dos fumadores tiveram ajuda concreta ou encaminhamento;
- o impacto do conselho do médico é claramente superior ao do farmacêutico, da publicidade e da informação técnica, do enfermeiro ou do médico dentista.

É muito interessante retermo-nos nos factores que mais influenciam o deixar de fumar, quer em homens quer em mulheres, tanto nos mais como nos menos dependentes da nicotina.

Os três principais factores foram:

- a preocupação com a exposição ao fumo do tabaco perante os filhos, a família e os amigos;
- o receio que os filhos venham a fumar por verem os pais a fumarem;
- o conselho do seu médico para deixar de fumar.

Todos os três factores foram cotados com valores muito semelhantes. A existência de uma linha telefónica, tipo «SOS Deixar de Fumar» foi muito menos cotada.

CARACTERÍSTICAS DOS FUMADORES PORTUGUESES

Quanto a Portugal é curioso que sendo um País com uma das mais baixas taxas de fumadores declarados apresenta um conjunto de respostas do tipo dos países com alta prevalência de fumadores.

Assim, menos de metade dos fumadores (42% homens, 48% mulheres) quer deixar de fumar, existindo diferenças significativas entre os dois sexos. Nos homens, quanto mais dependentes, mais querem deixar de fumar, nas mulheres, quanto mais dependentes, menos querem deixar de fumar.

Infelizmente, também em Portugal só uma minoria de fumadores (17% a 40%) foram aconselhados pelo médico a deixar de fumar e foram ainda menos (6%

a 16%) aqueles que obtiveram um apoio formal.

Resumindo, este estudo europeu permite-nos concluir que são necessários programas específicos para que os jovens não se iniciem no hábito tabágico, que os médicos devem advertir com veemência os seus pacientes a não fumarem ou a deixarem de fumar, informando-os como o devem fazer ou a quem se dirigir, valorizando os factores que mais impacto tem neles – os filhos, a família, os amigos e o apoio de médico.

Por fim, fica claro que os fumadores devem ser considerados pacientes com uma doença aditiva.

O CONTRA EXEMPLO DOS MÉDICOS FUMADORES

Em Portugal, o poder dos médicos ainda é elevado. Na maioria dos casos a classe social dos médicos é superior à dos pacientes. Têm um nível de escolaridade elevado e diferenciado. Dominam saberes e práticas complexas. Comunicam com os pacientes, frequentemente, segundo um jargão médico, dão poucas explicações e em geral dão conselhos *ex-cathedra* e de um modo paternalista. A doença, o sofrimento e a dor inferiorizam muitos os pacientes. A relação médico-paciente é desequilibrada.

Em geral, os médicos são respeitados, funcionam como exemplo social e ao longo de anos de prática adquirem consideráveis capacidades de influenciarem terceiros – pelo que dizem e escrevem, pela sua aparência, pelos comportamentos que assumem em público.

Sinal dos tempos, em Portugal o curso de medicina continua a ser disputado por jovens universitários.

Por muitas razões é imperioso que o médico não fume. Ou pelo menos que evite fumar em público e nunca à frente dos pacientes.

Em 1994, Brito de Sá e outros⁸ estu-

daram os hábitos tabágicos dos médicos de família. 35% eram fumadores, 41% dos fumadores pertenciam ao sexo masculino e 30% ao feminino.

Em 2000 o IQS, no contexto de um estudo europeu⁹, inquiriu por questionário postal uma amostra representativa de médicos de família portugueses sobre tabaco.

Alguns resultados: 22% dos médicos responderam que fumam um ou mais cigarros por dia, 26% pertenciam ao sexo masculino e 19% ao sexo feminino.

Portugal é entre os seis países do estudo o que apresenta a maior taxa de médicos que querem deixar de fumar. Embora, cerca de um quarto (21%) esteja em fase de contemplação, ou seja, não quer parar de fumar.

Os médicos de família estão a fumar menos, mas mesmo assim fumam mais que a população geral, o que é grave!

A prevalência de médicos fumadores num País é importante, pois existe relação entre ela e o êxito dos programas de controlo do tabagismo.

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NO CONTROLO DO TABAGISMO

O estudo europeu referido anteriormente caracterizou as atitudes dos médicos portugueses quanto à cessação tabágica dos seus pacientes, e ao treino adquirido.

Questionados sobre a obrigação de informar, a importância dessa informação, a aceitação do aconselhamento médico e os profissionais de saúde funcionarem como exemplos modeladores, 55% responderam afirmativamente às quatro questões.

Quanto ao treino em cessação tabágica as respostas foram claras – 85% não teve qualquer treino formal, 95% deseja formação e materiais informativos para dar aos pacientes. Só metade (53%) se sente preparado a ajudar e ainda menos (39%) está à vontade a

discutir cientificamente o tema «tabaco ou saúde».

Se a estes resultados juntarmos outro, em que 93% dos inquiridos concorda que a cessação tabágica faz parte do seu trabalho, temos aqui um desafio pela frente – é premente e mandatário organizar acções de formação e treino para os médicos de família portugueses.

MAS PORQUÊ O MÉDICO DE FAMÍLIA?

Na acção do médico de família existe nesta área oportunidade e credibilidade, é praticável e está presente a eficácia e a eficiência.

Villaverde Cabral, no seu estudo «Saúde e Doença em Portugal»¹⁰ confirma que em Portugal o médico de família está implantado – é um recurso quase universal, existe alta acessibilidade aos seus serviços e mantém com a população uma relação pessoal e profissional de qualidade.

Uma intervenção-breve oportunística durante a consulta é praticável. São necessários somente dois a três minutos por consulta. Por fim, é uma acção eficaz e eficiente – tem consideráveis níveis de êxito e os estudos económicos comprovam que tem uma relação custo-benefício muito positiva.

NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DO MÉDICO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

É possível caracterizar três níveis de intervenção do médico na prevenção e controlo do tabagismo. Naturalmente existe relação entre níveis superiores de intervenção, maiores aptidões e treino formal dos profissionais e complexidade dos pacientes (Figura 1).

Existem médicos que não estão sensibilizados, não demonstram interesse em adquirir formação específica, não abordam o assunto com os pacientes, podem mesmo ser eles próprios fuma-

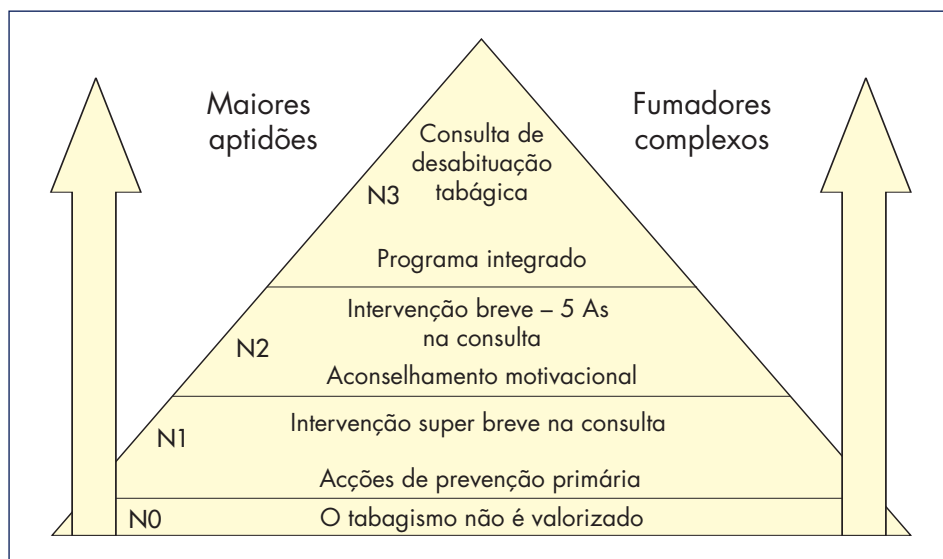


Figura 1. Nível de intervenção do médico na prevenção e controlo da dependência tabágica

dores, não se importando de serem contra exemplos profissionais e sociais. É o nível zero de intervenção.

No nível um o médico tem uma formação biomédica sobre o tabaco como factor de risco para a saúde, propõe deixar de fumar aos pacientes, mas sem o uso de metodologia adequada. O médico, a pedido, realiza acções comunitárias de sensibilização sobre «tabaco ou saúde».

Já no nível dois o médico adquiriu formação específica, avalia sistematicamente o hábito tabágico dos pacientes, aplica a intervenção breve dos 5As oportunisticamente na consulta, domina e aplica o aconselhamento motivacional nos fumadores em pré-contemplação e contemplação e desenvolve acções preventivas adaptadas às diferentes populações de risco.

Por fim, a um nível superior, o nível três o médico está capacitado a ser responsável por uma consulta especializada multiprofissional de desabituação tabágica orientada a pacientes complexos, promove e lidera um programa integrado de prevenção e cessação tabágica dirigido a um grupo populacional ou

a um centro de saúde.

Ainda investiga, publica os seus resultados e está treinado para ser formador.

A INTERVENÇÃO BREVE EM MGF

Recomenda-se que a maioria dos médicos de família esteja no nível dois de intervenção, ou seja que domine e tenha treino no método dos 5As¹¹.

São cinco os passos – Abordar, Avaliar, Aconselhar, Ajudar e por fim Acompanhar.

1º Passo: Abordar

As perguntas são simples e rápidas – fuma? não fuma? já fumou? se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos de um ano? se fuma, quantos cigarros fuma por dia? e quantos minutos depois de se levantar fuma o primeiro cigarro?

A informação recolhida deve ser anotada em espaço próprio na ficha clínica. Se o paciente for classificado como fumador esse problema deve constar da «lista de problemas» como problema activo.

2º Passo: Avaliar

No caso de estarmos perante um paciente fumador devemos avaliar se ele está interessado em deixar de fumar. Se sim, quer fazê-lo a curto prazo? dentro dos próximos 15 dias? Provavelmente esta simples resposta possibilita-nos perceber se estamos perante uma pessoa motivada e capaz de se comprometer consigo própria e com o médico a iniciar um processo de cessação tabágica supervisionado ou se estamos perante uma pessoa ainda em fase de contemplação.

3º Passo: Aconselhar

Perante todo o tipo de paciente fumador e independentemente da fase de motivação em que se encontre é imperioso que o médico aconselhe o paciente a deixar de fumar. O conselho deve ser dado pessoalmente e o paciente não deve sentir que está a ser julgado e culpabilizado, mas a informação dada terá que ser clara, correcta e sempre que possível relacionada com os seus problemas de saúde.

Para aqueles que estão preparados é necessário marcar uma data significativa para deixar de fumar – o Dia D, o dia igual a zero cigarros.

É desejável entregar um folheto com informação prática sobre o processo de cessação tabágica, com algumas estratégias para ultrapassar problemas e informando sobre os ganhos a obter.

4º Passo – Ajudar

Quando o paciente não está motivado para deixar de fumar é importante que se lhe ofereça um folheto cujo conteúdo realce a relação entre tabaco e saúde individual e colectiva e que valorize os benefícios de deixar de fumar.

Se tivermos perante um paciente motivado devemos prescrever-lhe um substituto da nicotina (TSN) – mais vulgarmente pastilhas ou adesivos.

Discutir eventuais dificuldades sentidas – ansiedade, ganho ponderal e sín-

droma de privação.

5º Passo: Acompanhar

Mostrar disponibilidade é muito importante, pois o êxito ou o fracasso vai depender da resolução eficiente dos problemas que surgirem nas primeiras semanas após o Dia D.

Vale a pena marcar desde logo uma ou duas consultas de base semanal para reforços posteriores, para dar os parabéns e rever a farmacoterapia.

É de particular importância envolver o cônjuge ou seu equivalente no apoio ao paciente que está em processo de desabituação. Se ele também fuma o ideal é que deixe de fumar em simultâneo.

PRIORIDADES CLÍNICAS PARA A INTERVENÇÃO BREVE EM MGF

A continuidade de cuidados de saúde a uma população definida e ao longo da vida, possibilita ao médico de família estar presente no momento do diagnóstico na maioria das doenças relacionadas com o hábito tabágico.

O médico pode e deve intervir quando ao fumador forem diagnosticadas as seguintes situações clínicas:

- síndromes gripais repetidos com ou sem complicações infecciosas broncopulmonares;
- exacerbações da DPCO, com ou sem internamento e prescrição de oxigenoterapia;
- crises de dispneia num quadro clínico de asma brônquica;
- evento cardiocerebrovascular – *angor pectoris*, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial dos membros inferiores;
- neoplasia, em particular do pulmão e da laringe;
- apneia do sono;
- doença ulcerosa gastro-duodenal.

Nestas situações o médico tem boas hipóteses de contractualizar com êxito

um plano de desabitação tabágica com os pacientes.

O método a utilizar deve ser a «Intervenção Breve». Em casos de insucesso os pacientes podem ser referenciados a uma Consulta de Tabagismo.

INDICAÇÕES PARA REFERÊNCIA A CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

Quando o conselho médico de tipo «intervenção breve» não for suficiente e nas seguintes condições clínicas:

- Fumadores que falharam em tentativas anteriores mesmo com tratamento farmacológico adequado
- Fumadores com cardiopatia isquémica com menos de oito semanas de evolução
- Fumadores com arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas
- Fumadores com patologias crónicas (nefropatia, hepatopatia, cardiopatia, etc) não controladas
- Populações fumadoras com necessidades especiais de abordagem – doentes com outros comportamentos aditivos (álcool, drogas ilícitas, cafeísmo, benzodiazepinas e hipnóticos, etc)
- Fumadores com doença psiquiátrica sob medicação crónica
- Fumadoras grávidas ou em período de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondem a abordagens do tipo «intervenção breve».

CENTRO DE SAÚDE VERSUS HOSPITAL

As diferenças que existem entre estes dois locais de tratamento são decorrentes mais das características identitárias das duas instituições do que das características dos pacientes.

Tanto a consulta de desabitação tabágica do centro de saúde como do hospital devem ter profissionais treinados e condições logísticas para corres-

ponderem às necessidades dos pacientes que os procuram.

Ao centro de saúde, como instituição dos cuidados de saúde primários, porta de acesso do SNS, é natural que ocorram os fumadores mais jovens, mais «saudáveis», referenciados pelas estruturas comunitárias envolventes, pelos médicos de família do centro de saúde ou dos centros de saúde circundantes.

Ao hospital, como instituição dos cuidados secundários, é desejável que ocorram pacientes graves e complexos, sem adesão às terapêuticas e com mais recaídas e em que a continuação do hábito tabágico implique um alto risco de vida, referidos por outros serviços hospitalares ou pelos centros de saúde da área.

É neste tipo de consulta que, devido às suas características, deverá ocorrer o treino de outros profissionais em cessação tabágica.

RECOMENDAÇÕES

- Recomenda-se que o Ministério da Saúde implemente um sistema de incentivos que tenha em conta aspectos de estrutura, processo e resultados em cuidados preventivos no âmbito da MGF.
- Recomenda-se que a Direcção-Geral da Saúde produza um programa nacional de controlo do tabagismo.
- Recomenda-se que a APMCG financie uma bolsa de investigação com a finalidade de caracterizar o hábito tabágico entre os médicos de família.
- Recomenda-se que a APMCG apoie a constituição de um grupo de estudos sobre o tabaco.
- Recomenda-se que a maioria dos médicos de família tenha intervenção no tabagismo a um nível dois, ou seja, que domine e tenha treino em intervenção breve.
- Recomenda-se que a APMCG aprove um código de conduta sobre «Tabaco ou Saúde».

**UM NOVO PARADIGMA PARA A MEDICINA.
A NECESSÁRIA REORIENTAÇÃO DA
PRÁTICA MÉDICA**

Em Portugal, se nada for alterado, os médicos de família caminham para se tornarem os médicos dos doentes com doença crónica e dos doentes que se sentem cronicamente doentes e que pelo seu pé ainda se podem dirigir ao centro de saúde.

Grande parte serão reformados e idosos, com uma rede social de apoio limitada, com algum tipo de limitação ou deficiência, muitas vezes dependentes de medicação.

Franjas importantes da população portuguesa não tem médico de família no SNS. Um milhão e duzentos mil, segundo dados recentes do Ministério da Saúde. Têm cuidados de saúde episódicos, despersonalizados e de qualidade duvidosa.

A satisfação profissional é baixa. A rotina está instalada. Os estímulos são mínimos. Não se percebe a orientação da política de saúde para os cuidados de saúde primários.

Neste contexto, como é possível alguém propor aos médicos que dediquem o seu tempo de consulta à dependência tabágica!

É imperioso reorientar a prática e inovar a gestão nos centros de saúde.

Os países mais avançados, como os EUA^{12,13}, a Grã-Bretanha¹⁴ e a Austrália¹⁵ treinam novas formas organizativas e publicam resultados das mudanças operadas.

Cientistas médicos, como o Prof. Sobrinho Simões, afirmam o futuro da Medicina. Por ocasião da sessão de recepção aos novos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto afirmou:

«A diferença, no século XXI, é que, para além de terem de saber curar, vocês têm que saber cuidar e prevenir. Esta é a mudança de paradigma. Curar vai ser

cada vez menos um problema!»

A dependência tabágica, penso eu, é uma oportunidade de ouro, para os médicos em geral e os médicos de família em particular serem médicos do século XXI.

REFERÊNCIAS

1. Rebelo L. O médico do futuro. Três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais. Rev Port Clin Geral 2001; 17:159-62.
2. Rebelo L. O médico do futuro. Três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais – parte II. Rev Port Clin Geral 2001; 17:249-54.
3. Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2003. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Ministério da Saúde; 2003.
4. Determinantes da Saúde na União Europeia. Actas da Conferência de Évora. Lisboa: Ministério da Saúde; 2000.
5. The European Health Report 2002. WHO Regional Publications, European Series, Nº 97.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA; 2000.
7. Boyle P et al. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. Survey of 10,295 smokers in representative samples from 17 European countries. Eur J Pub Health 2000; 10(3 Supplement): 5-14.
8. Brito de Sá A, Ferreira C, Branco AG. Hábitos e atitudes dos médicos de família portugueses em relação ao tabaco. Rev Port Clin Geral 1994; 11:177- 87.
9. ENSP - General Practitioners Empowerment (Phase II). European Network For Smoking Prevention. Framework Project 2001-2002. Summary of final reports; 2003.
10. Villaverde Cabral M, Alcântara da Silva P, Mendes H. Saúde e Doença em Portugal. Lisboa: ICS; 2002.
11. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating Tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
12. Graham R, Roberts RG, Ostergaard DJ, Kahn NB Jr, Pugno PA, Green LA. Family Practice in the United States. A Status Report. JAMA. 2002; 288:1097-101.
13. Bodenheimer T. Inovações nos cuidados primários nos Estados Unidos. BMJ 2003; 326: 796-9.
14. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J.

Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324:835-8.

15. Del Mar CB, Freeman GK, van Weel C. «Only a GP?»: is the solution to the general practice crisis intellectual? *MJA* 2003; 179:26-9.

Leituras recomendadas

1. Guias de Educação e Promoção da Saúde. PAPPS-Programa de actividades de prevenção e promoção da saúde. Espanha. SemFYC 2000. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001.

2. Simpson D. Os Médicos e o Tabaco. Tobacco Control Resource Centre. BMA. London 2000 (edição portuguesa).

3. Ferreira - Borges C, Cunha Filho H (Orgs.) – Álcool, Tabaco, Drogas e Saúde. Manual sobre Tabagismo (no prelo).

Directivas e recomendações clínicas baseadas na evidência

1. Anderson JE, Jorenby DE, Scott W, Fiore MC. Treating Tobacco use and dependence. *Chest* 2002; 121:932-41.

2. Ferreira Borges C. Recomendações para o tratamento da dependência de nicotina: evidências para a implantação de consultas de cessação tabágica no Serviço Nacional de Saúde. 2002; 20:19-30.

3. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for healthcare system. *BMJ* 1999; 318:182-5.

4. Soares I, Vaz Carneiro A. Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco. Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa. 2002.

5. Torrecilla Garcia M, Dominguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Pena C, Jimenez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M et al. et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico Y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30:310-7.

Revistas de Referência

Nicotine and Tobacco Research.

A revista oficial da Sociedade de Investigação da Nicotina e do Tabaco. Quatro números anuais. Editado por Taylor&Francis Ltd, 4 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxfordshire OX14 4RN, UK. Print ISSN 1462-2203. Preço \$360, 217 libras.

Tobacco Control.

Editado por BMJ Publishing Group PO BOX 299. London WC1H 9TD, UK. Quatro números anuais. Preço \$280, 175 libras, 280 euros.

Sítios na Web

Tobacco Control Resource Centre. British Medical Association. UK.
www.tobacco-control.org

Cochrane Collaboration's Tobacco Addiction Review group
www.cochrane.org/cochrane/revabstr

Site internacional de inscrição grátis.
www.globalink.org

Online tobacco control encyclopedia
www.tobaccopedia.org

Site de peritos internacionais independentes com o apoio da OMS. Disponível em Português.
www.treatobacco.net

European Network For Smoking Prevention
www.ensp.org

European Network For Young Smoking Prevention
www.ktl.fi/enypat.org

Grupo de Abordage del Tabaquismo de SemFyc. Espanha.
www.cnpt.es

MGF Tabaco – Grupo de Estudos do Tabaco em Medicina Geral e Familiar. Portugal.
www.apmcg.pt

Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Portugal.
www.sppneumologia.pt

Endereço para correspondência:
l_rebelo@iol.pt