

Consulta de cessação tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar

LUÍS REBELO*

RESUMO

O autor apresenta uma proposta de organização de uma Consulta de Tabagismo - indicações e prioridades de atendimento, setting, equipa e metodologia, ficha clínica, testes e questionários, programa de consultas, terapêutica farmacológica e não farmacológica, terminando com a avaliação. Em anexo é publicada a ficha clínica usada na consulta de tabagismo do Centro de Saúde de Alvalade.

Palavras-chave: Tabaco; Consulta de Cessação Tabágica; Medicina Geral e Familiar; Médico de Família.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde acaba de aprovar o «Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com Estilos de Vida»¹, onde o consumo de tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a actividade física e a gestão do stress, surgem como factores prioritários. No dito Programa Nacional «reduzir a proporção de fumadores» e «aumentar o número de espaços livres de fumo do tabaco» são dois dos objectivos específicos que se propõem.

O tabaco é a principal causa de morte prevenível no mundo desenvolvido. A cessação tabágica está indicada para todo o fumador, independentemente da idade, estágio da doença ou anos de hábito tabágico².

Portugal necessita de um «Plano Nacional de Controlo do Tabagismo». Em tal Plano é importante que esteja claro quem, quando e como se deve intervir no tratamento dos fumadores.

O profissional médico de família, a instituição centro de saúde e o nível de cuidados saúde primários estão especialmente bem colocados, segundo as recomendações internacionais para serem e se tornarem em Portugal uma referência na luta anti-tabágica³⁻⁷.

Noutro texto defendi três níveis de intervenção para o médico de família no tabagismo⁸. Teríamos uma pirâmide de base larga em que muitos médicos têm aptidões mínimas, usam-nas no seu dia a dia de prática clínica com fumadores indiferenciados, até ao vértice em que alguns, poucos, com uma sólida especialização, se responsabilizam por uma consulta de cessação tabágica dirigida a pacientes fumadores complexos, geralmente referenciados por outros médicos.

O que se propõe é que para pacientes especiais seja necessário ter médicos especialmente treinados e a trabalhar num setting adequado.

CONSULTA DE TABAGISMO

O setting

A consulta de cessação tabágica pelas suas características exige um setting próprio. A consulta deve realizar-se num consultório cuja decoração e sinalização permitam a sua identificação fácil e em que o conforto e a informalidade

*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.

sejam patentes. A sala de espera deve promover o contacto informal entre os pacientes, pois a troca de informações e o cruzamento de testemunhos é já uma parcela do plano terapêutico. Cartazes, quadros, placares informativos sobre a consulta e os seus resultados, notícias sobre o tabaco e a disponibilização de folhetos, tudo são estratégias a valorizar nos espaços do consultório, sala de espera e centro de saúde.

O horário da consulta não se deve confundir nem sobrepor com outras actividades do médico de família ou da enfermeira. Os horários pós-laborais devem ser estimulados, pois é sabido que a maioria dos potenciais utilizadores serão a população activa.

Os casais, irmãos, namorados, amigos devem ser estimulados a comparecerem à consulta, pois as hipóteses de êxito aumentam quando o fumador tem apoio de um íntimo – familiar ou amigo⁹.

O equipamento do consultório médico não difere de qualquer consultório. Já o consultório da enfermeira deve ter algum equipamento específico para avaliação dos sinais vitais e do nível de monóxido de carbono no fumador (Quadro I).

Os pacientes fumadores

Como em qualquer consulta especializada é importante que existam critérios de inscrição e prioridades de acesso. Algum tipo de triagem é o segredo do êxito. Num centro de saúde com médicos de família organizados por equipas é aos médicos que cabe a triagem e a referência dos pacientes fumadores. O que se pretende é a inscrição de fumadores em fase de preparação¹⁰⁻¹², ou seja, suficientemente motivados para aderirem a um plano de cessação tabágica que os leve a deixarem de fumar num período máximo de 30 dias (Fig. 1).

Nesta etapa de mudança, tipicamente, o fumador responde sem ambiguidade que quer deixar de fumar. Nestes pacientes o objectivo do aconselhamento é rever as tentativas anteriores, se as tiver havido, ajudar a identificar as razões porque fuma e as razões porque quer parar, identificando o que melhor funcionou e as barreiras encontradas. O médico deve felicitá-lo pela decisão, fornecer material de apoio e fixar uma data para deixar de fumar, o chamado Dia D.

É necessário que se consensualizem critérios de triagem de fumadores para inscrição numa consulta de tabagismo

QUADRO I

EQUIPAMENTO DE UMA CONSULTA DE TABAGISMO

- Balança com escala numérica para medição da altura
- Aparelho aneróide de medição da tensão arterial
- Monitor de medição de monóxido de carbono («Bedfond», exemplo de marca registada) com bucais, adaptadores e *kit* de calibração
- Espirómetro (não obrigatório)
- Processos individuais, fichas clínicas e arquivo todos em formato A4
- Computador e *software* clínico
- Equipamento e mobiliário de escritório
- Material de decoração para os consultórios e sala de espera
- Posters, quadros formativos e informativos para os consultórios, sala de espera e centro de saúde
- Sinalização para certificação de «centro de saúde sem tabaco»
- Folhetos informativos e outros materiais pedagógicos dirigidos aos utentes do centro de saúde e da consulta de cessação tabágica

(Quadro II).

Já sob o ponto de vista clínico existem fumadores complexos em que é mandatário e urgente que deixem de fumar. É a alta carga tabágica, a elevada dependência física e psicológica, as «patologias do tabaco» já diagnosticadas, a presença de doenças crónicas ou agudas relacionadas com o tabaco, ou outras características de determinados fumadores que impõem e justificam a sua referência a uma consulta especializada (Quadro III).

A equipa

O paciente fumador complexo requer o acompanhamento por uma equipa multiprofissional (Quadro IV). Existem evidências científicas que os melhores resultados são obtidos com a participação complementar de vários profissionais¹³.

Ao secretariado clínico cabe a recepção do paciente, inscrição administrativa, marcação de consultas, validação de credenciais e receituário. Ainda pode

prestar informações de tipo administrativo sobre a consulta, presencialmente, via telefone ou *internet*.

À enfermeira, após diferenciação com novas aptidões, é-lhe pedido a realização de uma consulta com objectivos concretos. Assim, na primeira consulta pede-se à enfermeira o seguinte:

- Acolhimento após inscrição administrativa
- Ensino relativo ao tópico tabaco ou saúde
- Avaliação da fase de motivação
- Registo de dados antropométricos – peso, altura, índice de massa corporal, tensão arterial
- Doseamento do nível de monóxido de carbono (CO)
- Apoio ao auto-preenchimento de questionários
- Entrega de folhetos informativos de acordo com a fase de motivação do paciente
- Esclarecimento de dúvidas presencialmente ou via telefone/*internet*.

QUADRO II

CRITÉRIOS INDICATIVOS DE TRIAGEM PARA INSCRIÇÃO NUMA CONSULTA DE TABAGISMO

- Fumador de 20 ou mais cigarros dia
- Fumador com dependência física moderada ou elevada - pontuação superior a 3 no Teste de Fagerstrom
- Fumador motivado a deixar de fumar, em fase de preparação/acção, segundo Prochaska - que encara seriamente deixar de fumar nos próximos 30 dias
- Fumadores que falharam tentativas anteriores, mesmo com tratamento farmacológico adequado
- Fumador com disponibilidade para aderir a programa de 3 a 6 consultas, durante um ano

Nota: entende-se que estes critérios de admissão são cumulativos

QUADRO III

INDICAÇÕES CLÍNICAS PARA REFERÊNCIA DE FUMADORES A UMA CONSULTA DE TABAGISMO

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

- Fumadores com cardiopatia isquémica com menos de 8 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, jogo, *internet*, etc)
- Fumadores com doença psiquiátrica sob medicação crónica

QUADRO IV

EQUIPA DE UMA CONSULTA DE TABAGISMO

- Secretariado Clínico
- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo (por referência médica)
- Nutricionista (por referência médica)
- Cônjuges, familiares, namorados, colegas de emprego, amigos

Nas consultas seguintes pede-se à enfermeira que realize:

- Acolhimento após inscrição administrativa
- Avaliação dos sintomas de privação pós cessação tabágica
- Reforço posterior e aumento da auto-estima do fumador ou do ex-fumador
- Registo de dados antropométricos – peso, altura, índice de massa corporal, tensão arterial
- Doseamento do nível de monóxido de carbono (CO)
- Esclarecimento de dúvidas presencialmente ou via telefone/*internet*.

Ao médico, após formação e treino de aptidões, numa primeira consulta pede-se que realize a:

- Avaliação dos hábitos e comportamentos aditivos
- Avaliação de apoios sociais e familiares
- História tabágica (número de cigarros/dia, carga tabágica, recaídas)
- Avaliação de factores de risco, patologia prévia e terapêutica farmacológica
- Discussão e avaliação dos resultados dos inquéritos de dependência, motivação e perfil do fumador
- Avaliação dos dados antropométricos e nível de monóxido de carbono
- Plano de actuação – comportamental, com particular atenção ao incentivo ao exercício físico, eventual requisição de exames e terapêutica farmacológica
- Referência eventual à psicóloga, à

nutricionista ou a outros especialistas

- Falar sobre Dia D
- Marcação de próxima consulta.

Nas Consultas Seguintes o médico dedica-se a:

- Avaliar o cumprimento do «contrato comportamental»
- Detectar e ajudar a corrigir o eventual aumento ponderal, ansiedade e síndrome de privação após cessação tabágica
- Ajuste ou prescrição de terapêutica farmacológica
- Avaliação de efeitos adversos dos medicamentos
- Avaliação dos dados antropométricos e do nível de monóxido de carbono
- Marcação de próxima consulta.

Ao psicólogo numa primeira consulta e seguintes, após referência médica, pede-se:

- Aconselhamento motivacional a fumadores que se encontrem em fases de pré-contemplação e de contemplação.
- Seguimento de pacientes com dificuldade de controlar a ansiedade ou a depressão durante o período de cessação tabágica.

Ao nutricionista numa primeira consulta e seguintes, após referência médica, pede-se que realize:

- Inquérito alimentar, avaliação de dados antropométricos e proposta terapêutica não farmacológica com correcção de hábitos alimentares em pacientes que tiveram aumento ponderal superior a três quilos em tentativa anterior de desabitação tabágica ou que já tem peso excessivo (IMC > 25).

Linha Telefónica

Uma linha telefónica ou um endereço electrónico disponíveis e de apoio a uma consulta de tabagismo é um contributo interessante para os seus bons resultados¹³. Dependendo dos recursos humanos locais, este contacto telefónico pode ser realizado por qualquer membro da equipa.

Um contacto telefónico no dia ante-

rior ao início da cessação tabágica e após a primeira falta à consulta para apoio e remarcação e o esclarecimento de dúvidas são tudo objectivos de uma linha deste tipo

Quanto ao circuito dos pacientes, todos devem passar pelo secretariado clínico, enfermeiro e médico, nesta sequência. O médico, de acordo com critérios aprovados na equipa, fará a referência interna de alguns fumadores para a psicóloga ou a nutricionista.

Os cônjuges ou outros íntimos do paciente são aqui considerados elementos da equipa, pois é da maior relevância que surjam estratégias de conseguir obter o apoio empenhado de uma pessoa íntima do fumador, em particular durante o primeiro mês após ter deixa-

do de fumar.

O tempo previsto para as primeira e segunda consultas médicas é de 45 e 15 minutos respectivamente. A carga horária depende da população a abranger. Em tese, entre o total dos fumadores, 5% estão preparados para deixar de fumar, necessitando de terapêutica farmacológica e supervisão.

Ter uma equipa multiprofissional não é um luxo nem um desperdício. É o método mais eficiente de tratar um paciente com uma doença crónica aditiva de causalidade multifactorial.

MÉTODO MULTICOMPONENTES

As evidências científicas comprovam que o método de cessação tabágica que

QUADRO V

ABORDAGEM MULTICOMPONENTES NA CESSAÇÃO TABÁGICA

- Modelo de mudança comportamental
- Utilização de folhetos informativos, adaptados à fase de mudança do fumador e discutidos pessoalmente
- Utilização de questionários, testes e ficha clínica específica de notação de dados
- Terapêutica farmacológica
- Programa estruturado de 3 a 6 consultas, durante um ano

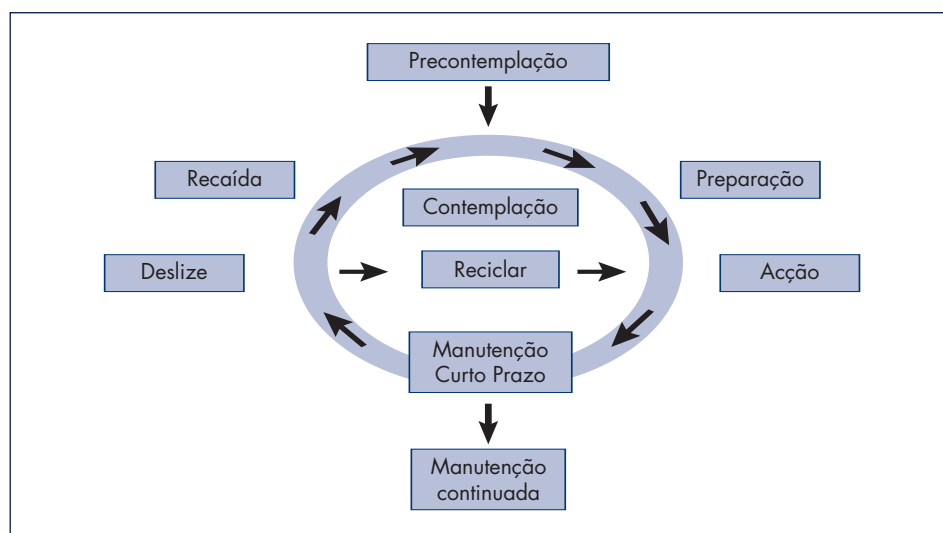


Figura 1. Rota de Mudança

produz maiores resultados é o da abordagem de multicomponentes¹³ (Quadro V). Assume-se o modelo das etapas de mudança de Prochaska e Di Clemente (Fig. 1). Tomando como referência estudos realizados em diversas populações, Prochaska estima que a maioria dos fumadores estão em etapa de pré-contemplação (50-60%) ou contemplação (30-40%), ao passo que apenas 10-15% estão preparados para mudar¹¹.

Existem vários pontos-chaves relacionados com este modelo, a saber:

- o processo é cíclico – uma pessoa que cai regressa a um estágio em que, durante algum tempo, não quer mudar, voltando, no entanto, a colocar essa hipótese mais tarde;
- as recaídas são um aspecto normal do processo – a maioria das pessoas precisa de várias tentativas antes de realizar uma alteração comportamental definitiva;
- as intervenções adequadas a cada uma das etapas são diferentes. Nas fases iniciais, promove-se uma mudança de atitude, ouvindo atentamente o que o paciente tem a dizer e prestando uma ajuda personalizada. Nas fases de acção e manutenção, a pessoa precisa de ânimo,

apoio e informação;

- fornecer um folheto informativo que ajude a aumentar a motivação e a mitigar a síndrome de dependência da nicotina pode ser muito útil, sobretudo se for discutido pessoalmente com o paciente;
- vale apenas, durante a consulta, discutir as principais causas de recaída – aumento de peso, ansiedade e síndrome de abstinência;
- o método do «contrato em oito pontos» de apoio à mudança comportamental, a realizar na primeira consulta e a reavaliar nas seguintes (Quadro VI).

A finalidade última da intervenção é a alteração de um comportamento aditivo, o hábito tabágico.

FICHA CLÍNICA

É importante que exista uma ficha clínica específica para o tabagismo. O registo de dados e a função de guião, uniformizando o seu conteúdo permite uma mais fácil avaliação e controlo de qualidade. Esta ficha irá estar disponível *online* no site da APMCG – <http://www.apmcp.pt>.

QUADRO VI

CESSAÇÃO TABÁGICA. CONTRATO EM OITO PONTOS

1. Diminuir o n.º de cigarros fumados por dia até à próxima consulta
2. Atrasar o 1º cigarro do dia, os minutos que for possível
3. Escrever o «diário do fumador» num dia típico da semana, quantificando o n.º de cigarros fumados e caracterizando cada um deles
4. «Limpar» a casa, o carro, o emprego e os locais onde passa a maior parte do dia de todos os artefactos associados ao hábito tabágico
5. Rever o plano alimentar. Pretende-se uma alimentação saudável, diversificada, polifracionada com a ingestão forçada de líquidos, frutas, vegetais e cereais.
6. Rever o plano de actividade física. Aumentar o exercício físico de uma forma segura até ao nível associado ao mais baixo risco cardiovascular. Meia hora de actividade física na maioria dos dias da semana. Escolha personalizada.
7. Conseguir o apoio tangível de uma pessoa íntima, em particular no 1º mês após o Dia D
8. Marcar o Dia D, a data significativa a partir do qual deixa de fumar.

Nota: O contrato a «assinar» no final da 1ª consulta, entre o paciente fumador e o técnico de saúde, é o compromisso possível e deve ser avaliado nas consultas seguintes

Na ficha anotam-se dados biográficos, hábitos alimentares, comportamentos aditivos e suporte de familiares, caracteriza-se o hábito tabágico e eventuais tentativas anteriores. Registam-se as respostas aos questionários que avaliam a dependência física à nicotina (Teste de Fagerstrom)¹⁴, o grau de motivação, segundo uma escala numérica de 0 a 10 e o Teste de Richmond¹⁵ e o perfil do fumador.

Por fim, registam-se os resultados dos parâmetros vitais e do doseamento de monóxido de carbono. A ficha termina com a anotação detalhada do plano de actuação farmacológica e não farmacológica.

As consultas de seguimento são registadas em folha própria.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

A maioria dos fumadores que são integrados num programa de cessação tabágica necessitam e têm vantagens se lhes for prescrita terapêutica farmacológica. Aumenta-se a taxa de êxito fundamentalmente porque se diminui a compulsão do fumador em relação aos cigarros e se atenua a síndrome de pri-

vação da nicotina, dando-lhe tempo para que recupere da sua dependência psicológica e assim conseguir manter-se sem fumar. As normas de orientação clínica existentes são bastante consensuais quanto aos esquemas terapêuticos propostos^{16,17} (Quadro VII).

Regras da terapêutica farmacológica

- O tipo de medicamento e a duração do tratamento dependem das características do fumador, em particular da sua carga tabágica;
- As diferentes formas de apresentação dos substitutos de nicotina e a da bupropiona têm indicações, contra-indicações e efeitos secundários;
- Não se devem prescrever medicamentos com o paciente a fumar, mesmo que pouco;
- Não se prescrevem medicamentos fora de um contexto de mudança comportamental;
- Não prescrever medicamentos numa primeira consulta antes de contratuar um plano terapêutico;
- Devem ser marcadas consultas de seguimento a curto prazo (máximo 15 dias) após início da terapêutica;
- Manter linha de comunicação com o

QUADRO VII

TABAGISMO - TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Pastilhas mastigáveis (2 e 4 mg)	2 mg + ou - cada 1 ou 2 horas ou 1 por cada cigarro 4 mg + ou - por 3 ou 4 cigarros Se : • 20 cigarros /dia • Fagerstrom > 7, dar pastilhas de 4 mg
Adesivos transdérmicos (30, 20 e 10 cm ²)	TTS 30, 4 semanas, depois TTS 20, 2 semanas, depois TTS 10, 2 semanas
Inalador (boquilha)	6 cartuchos por dia
Bupropiona (comprimidos de 150 mg)	Dose inicial - 1 cp por dia, durante seis dias 1cp de 12 - 12 h, após o 6º dia durante 7 a 9 semanas

QUADRO VIII

PROTOCOLO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA. CONSULTA – FASE, CALENDÁRIO E CONTEÚDOS

ANTES DO DIA D* (1 ou 2 consultas, antes de deixar de fumar)

- Preenchimento da ficha clínica com avaliação das características individuais, familiares e sociais do fumador
- Avaliação da etapa de mudança comportamental
- Contratualizar plano de mudança comportamental
- Marcar Dia D e prescrever terapêutica farmacológica, se indicado

FASE DA EUFORIA/LUTO (1 ou 2 consultas, 8 a 30 dias após deixar de fumar)

- Preenchimento da ficha clínica
- Avaliar e rever o plano de alteração comportamental contratualizado
- Avaliar o síndrome de abstinência
- Avaliar efeitos secundários e rever terapêutica farmacológica, se necessário
- Valorizar ganhos de curto prazo. Prevenir luto
- Reforço posterior. Felicitar.

FASE DA NORMALIZAÇÃO/CONSOLIDAÇÃO (1 ou 2 consultas, 2 a 3 meses após deixar de fumar)

- Preenchimento da ficha clínica
- Prevenir as recaídas de cariz social
- Facilitar a verbalização das vantagens a médio e a longo prazo, reforçando-as.
- Eventual suspensão da terapêutica farmacológica
- Dar parabéns

FASE DE ACOMPANHAMENTO DE EX-FUMADOR (6 a 12 meses após deixar de fumar)

- Avaliar o *status* do ex-fumador presencialmente ou via inquérito postal, telefónico ou *Internet*
- Reforço posterior prevenindo recaídas
- No caso de haver recaídas não culpabilizar e ajudar a começar de novo a parar de fumar

* Adaptado de Ballvé e colaboradores²¹

paciente na fase de pós prescrição terapêutica;

- Os medicamentos são dispendiosos, também por isso devem ser usados quando estiverem reunidas as maiores condições de êxito.

Estão no mercado português disponíveis dois tipos de fármacos de primeira linha:

- Substitutos de nicotina, sob a forma de pastilhas mastigáveis (Nicorette 2 mg, Nicorette 4mg), adesivos transdérmicos de 24 horas (Nicotinell TTS 10, TTS 20 e TTS 30 cm²).
- Cloridrato de bupropiona (Zyban, comprimidos 150 mg).

A terapêutica de substituição da nicotina (TSN) faz o «desmame» da nicoti-

na do tabaco mediante uma redução controlada do consumo.

Existe alguma limitação nos pacientes com próteses dentárias (pastilhas) e doenças de pele generalizadas (adesivos) e ainda o seu uso na doença coronária, nas arritmias graves, na hipertensão arterial e doença vascular periférica graves.

A TSN está contra-indicado no EAM recente e na úlcera gastro-duodenal activa. A indicação na gravidez e na amamentação só se coloca se existir um claro benefício, em face do caso concreto.

A terapêutica não nicotínica com comprimidos de bupropiona reduz o desejo de fumar e os sintomas de privação e limita o aumento ponderal. Actua ao ní-

vel dos neurotransmissores cerebrais.

Em geral é bem tolerado. Podem surgir, no início do tratamento, alguns efeitos secundários, como a insónia, boca seca, cefaleias, tonturas e tremores. O seu uso está limitado nos pacientes com insuficiência renal e hepática, EAM recente, insuficiência cardíaca congestiva, doença bipolar, idosos e grávidas.

Está contra-indicado na epilepsia, risco de convulsões, traumatismo craniiano, anorexia nervosa e bulimia, doença bipolar e em menores de 18 anos.

Nenhum dos medicamentos disponíveis é compartilhado pelo SNS e somente as pastilhas de Nicorette são de venda livre nas farmácias.

PROGRAMA ESTRUTURADO DE CONSULTAS

Estão publicados protocolos de seguimento de fumadores em desabituação tabágica muito diversos¹⁶⁻²⁰. Contudo é possível salientar alguns pontos-chaves comuns, a saber:

- O programa de consultas, fase, calendário e conteúdo são um *continuum* de um processo;
- Idealmente o programa de supervisão de um fumador deve ser longo, pois um fumador só passa à categoria de ex-fumador após um ano sem fumar;
- O programa tem que ser flexível adaptando-se ao paciente e às condições logísticas locais;
- O programa tem que estar preparado para dar entrada aos fumadores que têm «caídas» ou «recaídas»;
- O programa deve estar preparado para que seja possível a avaliação dos seus diferentes componentes.

Conhecendo a situação actual dos centros de saúde e a pobreza dos seus recursos humanos, estruturais e financeiros e tendo por base a experiência de uma consulta de desabituação tabágica propõe-se um protocolo reduzido de três a seis consultas (Quadro VIII) esquema adaptado, da adaptação que

Ballvé e outros propôs para os cuidados de saúde primários²¹.

AValiação

A avaliação anual da consulta de cessação tabágica é imperativa. A informatização da ficha clínica permitirá o tratamento dos dados e a comparação de resultados.

A caracterização sócio-demográfica dos pacientes, da sua história tabágica, das suas patologias, os resultados da intervenção, medidos pela percentagem de fumadores que deixaram de fumar aos seis e aos 12 meses e a percentagem de recaídas aos três, seis e 12 meses, são possíveis pontos de avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionada com Estilos de Vida. In URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt>. Acedido em Janeiro de 2004.
2. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services 1990. (DHHS publication N.º(CDC) 90-8416).
3. Fowler G. Smoking Cessation: The role of general practitioners, nurses and pharmacists. In: Bolliger CT, Fagerstrom KO (eds): The Tobacco Epidemic. Prog Respir Res. Basel: Karger; 1997; 28:165-77.
4. Costa AM, Silva EB, Machado MC. Avaliação da competência técnico-científica dos profissionais do centro de saúde de Almada no âmbito do tabagismo. Rev Port Clin Geral 1996; 13:167-80.
5. Kottke T, Battista R, DeFries G, Brekke M. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. J Am Med Assoc 1988; 259: 2882-89.
6. Litt J. How to provide effective smoking cessation advice. Aust Fam Physician 2002; 31:1087-95.
7. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The

Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software; 2002.

8. Rebelo L. O médico de família e a dependência tabágica. Uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. *Rev Port Clin Geral* 2004; 20:75-84.

9. Neves AP. Experiência de utentes com a cessação tabágica: alguns contributos para a promoção da saúde. [Tese de mestrado.] Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

10. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consul Clin Psychol* 1983; 51:390-5.

11. Di Clemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:295-304.

12. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *American Psychologist* 1992; 47:1102-14.

13. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000; 321:355-8.

14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86:1119-1127.

15. Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88:1127-1135.

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

17. Anderson JE, Jorenby DE, Scott W, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. *CHEST* 2002; 121:932-941.

18. 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(2): 19-30.

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

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

21. Ballvé JL, Monteverde X, Zarza E et al. El tabaquismo en atención primaria. *Medicina Integral* 2000; 35:52-60.

Agradecimentos

Agradeço à Dra. Berta Mendes a leitura e os comentários críticos que fez a este texto. Igualmente agradeço aos elementos da equipa da Consulta de Tabagismo de Alvalade porque, com o seu trabalho e reflexão, ajudaram a que fosse possível escrever este texto.

Endereço para correspondência

l_rebelo@iol.pt