



Intervenção breve no paciente fumador

Aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs»

Luís Rebelo*

RESUMO

O médico de família, ao receber na sua consulta um paciente que fume, deve intervir usando a metodologia da Intervenção Breve. Apresenta-se a operacionalização da Intervenção Breve quando o paciente fumador quer deixar de fumar, os "5As" – Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar – ou, quando ainda não está motivado e pronto para o fazer, os "5Rs" – Relevância, Riscos, Recompensas, Resistências e Repetição. A acção do médico de família nesta área tem um impacto bem definido pelo que esta metodologia deve ser divulgada e treinada.

Palavras-chave: Tabaco; Intervenção Breve.

A clinician who motivates 10 smokers to stop smoking in a year will have prevented 5 avoidable early deaths.¹

INTRODUÇÃO

Para todos os médicos que seguem pacientes fumadores é de particular interesse o conteúdo da Orientação Técnica de Fiori e colaboradores de título «Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update».² A sua última revisão confirma os avanços que têm ocorrido e o interesse dos profissionais por ela em todo o mundo. A aplicação das suas recomendações supõe um ambiente clínico e, em síntese, fica confirmado que é da maior importância a identificação e a motivação dos fumadores para deixarem de fumar, que os tratamentos existem e são eficazes, e que os benefícios de deixar de fumar são tangíveis e de elevado impacto na saúde individual (Quadro I).

O último Eurobarómetro (2010)³ dedicado ao tabaco faz o seguinte retrato dos fumadores portugueses – entre os inquiridos 64% nunca fumou, 23% fumam e 13% são ex-fumadores. A maioria fuma 15,5 cigarros por dia, da maioria que tentou no último ano (17%) já tinham 1 a 5 tentativas anteriores e só 14% pediu ajuda a um profissional, menos de 9% usou NTR e a maioria tentou deixar de fumar sem o apoio de nenhum

produto. A razão principal para deixar de fumar é a saúde e para ter voltado a fumar a primeira razão foi o *craving*, depois o stress e por fim a procura do prazer.

Portugal, pelas características do seu Serviço Nacional de Saúde – universal e tendencialmente gratuito – e pela organização dos Cuidados de Saúde Primários, em que uma rede de centros de saúde têm inscrita a quase totalidade da população, com médicos de Medicina Geral e Familiar a trabalhar com listas de utentes organizadas por famílias, apresenta especiais condições para que se implemente com êxito um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo.⁴

O consumo do tabaco continua a ser considerado pela OMS a mais importante causa de morbilidade prematura e de mortalidade mundiais.⁵ O tratamento da dependência tabágica é considerado por muitos o *gold standard* da prevenção da doença crónica,^{6,7} sendo ao mesmo tempo a intervenção que os clínicos têm disponível com melhor relação de custo-efectividade.⁷

Em Portugal, a maioria da população consulta pelo menos uma vez no ano o seu médico de família. É habitual existirem taxas de cobertura da ordem dos 60 a 70%. Sabemos que o aconselhamento pelo médico de família aumenta a motivação do fumador para deixar de fumar^{2,8} e que a cessação tabágica ocorre mais quando os médicos disponibilizam apoio e aconselhamento, por comparação quando não se aconselha, haven-

*Professor da FML. Médico da USF do Parque. ACES Lisboa Norte. ARSLVT



QUADRO I. Recomendações Fiori 2008²

1. A dependência tabágica é uma doença crónica que frequentemente requer por parte do fumador intervenção repetida e várias tentativas para deixar de fumar. Contudo, existe tratamento eficaz o que aumenta significativamente as taxas de abstinência a longo prazo.
2. É necessário que os clínicos e os sistemas de saúde identifiquem os pacientes fumadores, registem o consumo de tabaco e tratem todos os fumadores que contactam com os estabelecimentos de saúde.
3. A Intervenção Breve é eficaz no tratamento da dependência à nicotina e deve ser proposta a todos os fumadores.
4. O aconselhamento individual, em grupo e telefónico é eficaz. Uma maior intensidade de aconselhamento dá mais resultados. Dois componentes são especialmente úteis – a solução de problemas, o treino de aptidões e o apoio social integrado no plano terapêutico.
5. A todos os fumadores deve ser proposta medicação farmacológica. As exceções são as grávidas, os jovens, os fumadores ligeiros e ocasionais e os fumadores que mascam tabaco.
6. Existem sete medicamentos eficazes de 1.ª linha – bupropiona s.r., vareniclina, nicotina em pastilhas, em gomas, em inalador, em spray nasal e em adesivos. Combinações de medicamentos podem aumentar a taxa de êxito.
7. A combinação do aconselhamento com a medicação é mais eficaz que cada um deles em separado. Os clínicos devem promover ambos.
8. As linhas telefónicas de apoio ao fumador são eficazes e devem ser promovidas.
9. A entrevista motivacional é eficaz nos fumadores que não querem deixar de fumar.
10. O tratamento dos fumadores dependentes é não só eficaz como altamente custo-efectivo por comparação com outros tratamentos. Deve ser apoiado pelo estado e por terceiros pagadores.

² Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. 2008. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

do melhores resultados quando o aconselhamento é mais frequente e mais intenso.^{2,8}

Em síntese é possível afirmar que os fumadores tentam deixar de fumar, valorizam o aconselhamento do seu médico e têm um contacto próximo com o centro de saúde e o hospital e ainda que as propostas terapêuticas existentes são bastante eficazes.

PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO

Fiori e outros propõem a Intervenção Breve (IB) (menos de 10 minutos) e o Modelo dos «5 As» (abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar) para tratar os fumadores que querem deixar de fumar, especialmente quando aplicado em ambiente de cuidados de saúde primários.²

Ainda são os mesmos autores que escrevem «a estratégia a seguir é simples – é essencial que a todo o fumador, e em cada consulta, seja oferecida pelo menos uma intervenção breve».

Se concordarmos com esta abordagem, e a evidência científica a impõe, é necessário divulgar entre os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, especialmente entre os internos e os médicos de Medicina Geral e Familiar, o conceito e a operacionalização da Intervenção Breve quer quando o paciente fumador quer deixar de fumar («5 As») ou ainda não está motivado e pronto para o fazer («5Rs»).

Em ambos os casos os investigadores confirmam que se os médicos em geral, e em especial os médicos de família, adoptarem os princípios inerentes ao conceito da «Entrevista Motivacional»^{9,10,11} e da «Medicina Centrada no Paciente»¹² a sua acção será mais efectiva e os fumadores farão mais tentativas para deixar de fumar e maior número ficará abstinente.

Vejamos o que nos apresenta a norma de orientação técnica americana² e que aplicação pode ser feita dela no contexto da prática clínica da Medicina Geral e Familiar portuguesa.

A – QUANDO O PACIENTE FUMADOR QUER DEIXAR DE FUMAR ABORDAR

Abordar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação no processo clínico

Estratégia e Acção – hoje em dia na maioria dos centros de saúde existe e funciona um processo clínico electrónico e os médicos registam os dados da consulta usando um software clínico (SAM, Medicine One, Vi-



taCare, etc.). Estas aplicações devem permitir registar as respostas a perguntas simples, identificando os pacientes que fumam e que podem vir a desenvolver dependência ou uma doença relacionada com o tabagismo.

- O paciente que temos em consulta consome produtos de tabaco – cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbo, tabaco de enrolar, mascar ou outro? Se for o caso, esta informação deve entrar como problema de saúde na lista de problemas activos e também no campo correspondente aos «hábitos».
- O paciente que temos em consulta nunca fumou? Registrar a informação no campo correspondente aos «hábitos» com o registo de «zero» cigarros.
- O paciente que temos em consulta já fumou, mas deixou de fumar há mais ou há menos de um ano? Se for o caso, esta informação deve ser registada como um problema de saúde na lista de problemas passivos e nos «hábitos» com o período respectivo do consumo de tabaco.
- O paciente que temos em consulta, se fuma, quantos cigarros fuma em média num dia típico, recordando os 30 dias anteriores?
- O paciente que temos em consulta apresenta sinais e sintomas de consumo de tabaco? Cheira a tabaco? Pele, unhas e dentes com cor sugestiva? Sinais e sintomas respiratórios ou cardíacos sugestivos?
- O paciente que temos em consulta é fumador passivo? Na residência, no local de trabalho, no carro?
- As questões sobre o consumo de tabaco podem ser mais facilmente respondidas quando integradas na avaliação do estilo de vida (no jovem) ou de outros factores de risco cardiovasculares (no adulto) ou no momento de um diagnóstico de uma patologia relacionada com o tabaco (qualquer idade).
- A questão deve ser colocada a todo o paciente com idade igual ou superior a 15 anos. Se num adulto está documentado que nunca existiu consumo de tabaco não vale apenas repetir a inquirição a não ser que informação contrária o justifique.
- Os sistemas electrónicos podem incluir sistemas de «alerta» ou outros que sinalizem o registo do estado do paciente e integrem a informação nos programas de planeamento familiar, saúde materna, rastreio oncológico, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.

ACONSELHAR

Aconselhar todos os fumadores a parar de um modo claro, firme e personalizado

Estratégia e Acção – os médicos de família têm bastante treino e experiência no relacionamento com os pacientes e suas famílias e para eles a relação médico-doente é algo que valorizam e usam no seu dia a dia clínico. Estão habituados a realizar e a registar o aconselhamento e a educação de saúde nos seus planos de acção.

- Ao aconselhar o paciente a deixar de fumar, deve fazê-lo de um modo claro, que não deixe dúvidas. Estamos a falar de «zero cigarros» para sempre. A redução não é suficiente. Não se trata de um julgamento ou apuramento de culpa. Pode contar com o apoio do médico e eventualmente da enfermeira para o fazer.
- Ao aconselhar o paciente a deixar de fumar deve fazê-lo de um modo firme demonstrando segurança. Estamos a propor uma mudança de comportamento que é difícil mas que terá grande impacto no estado de saúde do paciente. A consciência dos benefícios ocorrerá rapidamente.
- Ao aconselhar o paciente a deixar de fumar, deve fazê-lo de um modo personalizado e empático. Recorde a sua história clínica e valorize o que pode melhorar no curto e médio prazo após cessação tabágica. Pode ser útil lembrar os custos financeiros do consumo e os ganhos em saúde da família, especialmente se existirem crianças, jovens, grávidas ou idosos. Propor concentração no objectivo, evitar dispersão nos múltiplos afazeres da vida quotidiana.

AVALIAR

Avaliar se há ou não interesse em parar de fumar

Estratégia e Acção – de acordo com o grau de motivação e as características do paciente fumador assim o médico deve adaptar-se e propor certo tipo de seguimento.

- Perguntar se quer deixar de fumar e se o quer fazer a curto prazo (menos de 1 mês), avaliar a motivação e a prontidão para mudar.
- Se o fumador tiver critérios para ser referenciado para uma consulta intensiva de cessação tabágica será encaminhado ou a mesma será realizada, se oportuno.
- Se pertencer a um grupo de fumadores especiais – jo-



vens, grávidas, etc., deve ser dada informação adicional.

- Se não estiver motivado a parar ou não se sentir capaz de o fazer, terminar-se-á a intervenção aguardando-se nova oportunidade.

AJUDAR

Ajudar aqueles que se sentem preparados a parar de fumar

Estratégia e Acção – a actuação do médico de MGF na área do tabagismo é quase sempre oportunista. Aproveita os motivos de consulta para intervir nos pacientes fumadores. As oportunidades são inúmeras. Aconselhar e medicar eis o que há a fazer. Deve fazê-lo sistematicamente pois o resultado é positivo, embora por vezes não tenha consciência disso.

- Para aqueles que estão determinados a deixar de fumar, a curto prazo ou mesmo no momento da consulta, então é necessário marcar uma data, o Dia D, o dia igual a «zero cigarros». O fumador deve marcar o Dia D nos próximos 15 dias. O compromisso é necessário. Registe a data no processo clínico e entregue-lhe um documento escrito, «tipo contrato», para que não esqueça.
- Proponha a divulgação da intenção de deixar de fumar entre a família e os amigos. Deve apoiar-se especialmente num elemento que lhe seja próximo e que não fume. Pode ser determinante.
- Informe da ocorrência e da frequência dos sintomas de privação da nicotina sobretudo nas primeiras semanas. Atenção à ansiedade. Contraponha os benefícios progressivos.
- Proponha que o fumador evite as pessoas, os locais ou as ocasiões onde se fuma. Torne a sua casa, o seu local de trabalho e o seu carro «livres de tabaco». Quanto menos exposição melhor.
- Proponha ao fumador que «ocupe as mãos, a boca e a cabeça». Dê exemplos – comer uma maçã, lavar os dentes, fazer exercício, etc. Apele à sua criatividade.
- Se o fumador quiser e não tiver indicação para ser referenciado a uma consulta intensiva de cessação tabágica prescreva um substituto de nicotina. A combinação de um adesivo transdérmico diário de 14 mg (confirmar esquema posológico) e de uma pastilha ou goma de nicotina de 2 mg logo pela manhã (substituindo o 1.º cigarro) é suficiente, para a maio-

ria dos fumadores que têm indicação para intervenção breve. São necessárias quatro a oito semanas de tratamento, dependendo do caso. A medicação aumenta as taxas de sucesso, diminuindo os sintomas de privação.

- Entregar um folheto com informação prática sobre o processo de cessação tabágica com estratégias para ultrapassar problemas e informação sobre os ganhos a obter.

ACOMPANHAR

Programar o seguimento marcando nova consulta ou contacto telefónico

Estratégia e Acção – no contexto clínico português é possível ao médico gerir a sua agenda, marcando consulta ou contactando telefonicamente ou por email os pacientes. Por vezes pode ter o apoio de outros elementos da equipa. No caso do fumador em processo de deixar de fumar é importante um ou mais contactos precoces após o Dia D.

- Sempre que possível deve ser agendada uma consulta 8 a 15 dias depois do Dia D e uma outra consulta cerca de um mês após o Dia D.
- Avaliar abstinência, sintomas de privação, efeitos secundários da terapêutica, identificar problemas ocorridos e antecipar soluções.
- Se entretanto o paciente voltou a fumar são de rever as circunstâncias em que tal ocorreu e deve ser proposta nova data para parar de fumar retomando o processo de cessação tabágica ou se necessário referenciar para uma consulta específica intensiva.
- Se existir linha telefónica dedicada ou endereço electrónico de apoio divulgue-os entre os pacientes fumadores que recebe na sua consulta.

B – QUANDO O PACIENTE FUMADOR NÃO QUER DEIXAR DE FUMAR OU QUANDO TEVE TENTATIVAS ANTERIORES FALHADAS RELEVÂNCIA

Estratégia e Acção – é necessário que o médico forneça a informação de saúde suficiente e necessária para que o paciente fumador aumente o conhecimento sobre o seu caso específico e fique mais relevante a necessidade que tem de parar de fumar.

- Pode ser eficaz que o paciente liste o que ganha e o que perde por deixar de fumar. Discutir mais pro-

fundamente os benefícios para si e para terceiros.

- Discutir com detalhe a última tentativa de parar valorizando as circunstâncias em que voltou a fumar.
- Testemunhar o êxito de outros pacientes difíceis e os ganhos que tiveram no seu estado de saúde.
- Dar informação sobre o método actual de apoio aos fumadores, incluindo a existência de medicamentos, e as taxas de êxito que se obtêm.

RISCOS

Estratégia e Acção – existem muitos mitos quanto ao risco de se fumar. O médico deve esclarecer alguns deles – o impacto para a saúde de se fumar um número limitado de cigarros, de se fumar cigarros de «baixo» teor de nicotina, de se fumar 3 a 5 cigarros quando se está grávida, de se mascar tabaco ou ainda de ser impossível que um fumador de alta carga tabágica reduza e se mantenha a fumar 2 ou 3 cigarros por dia.

- O paciente deve ser estimulado a verbalizar com detalhe as queixas que relaciona com o consumo do tabaco e as doenças que a curto e médio prazo pode vir a ter.
- O paciente deve ser estimulado a tomar posição sobre o potencial risco ambiental do consumo do tabaco. Ainda sobre o risco aumentado de ocorrência de cancro do pulmão e de doença coronária nos cônjuges dos fumadores e de infecções respiratórias e de otorrinolaringologia nas crianças, filhos de pais fumadores.

RECOMPENSAS

Estratégia e Acção – a sensação de prazer e a dependência à nicotina que a maioria dos fumadores apresenta impedem ou ofuscam a grande recompensa que podem vir a ter por deixarem de fumar. De um modo empático é necessário que o médico valorize o que de bom pode acontecer.

- Tem mais valor que seja o paciente a apresentá-las do que o médico a sugerir-las.
- Recompensas de curto prazo – melhor paladar, olfacto e hálito, maior capacidade respiratória e muscular, sono de melhor qualidade, poupança financeira, etc.
- Recompensas de médio prazo – melhoria ou estabilização das patologias respiratórias e cardiovasculares que eventualmente apresenta, etc.
- Recompensas a longo prazo – melhor estado geral de

saúde, diminuição de risco de diagnóstico de doenças graves e mortais como o cancro do pulmão, etc.

RESISTÊNCIAS

Estratégia e Acção – as barreiras e os obstáculos que limitam a motivação do paciente a parar são diversos e muitas vezes múltiplos. O ambiente social e familiar que o rodeia e a norma vigente ainda prejudicam quem necessita de deixar de fumar. Também certas características de personalidade ou a existência de co-morbilidades, sobretudo psiquiátricas, ajudam a criar resistências. O papel do médico deve ser de ouvir o paciente sobre as suas barreiras e esclarecê-lo, motivando-o a ultrapassá-las.

- Tipo de resistências frequentemente apresentadas – medo de não conseguir, não querer sofrer os sintomas de privação, não querer aumentar de peso, sentir-se só e triste, medo de se deprimir, não querer deixar de ter o prazer de fumar, não estar na boa altura da sua vida para o fazer, toda a gente fuma à sua volta, etc.
- Quando não é possível remover as dúvidas e as resistências deve aguardar-se melhor oportunidade mantendo disponibilidade para o efeito.

REPETIÇÃO

Estratégia e Acção – sabe-se que o processo de mudança comportamental não é linear e mesmo as etapas, que classicamente estão descritas, não funcionam para todos os pacientes do mesmo modo. Se entre os fumadores existe uma percentagem importante que não quer parar de fumar e assim se mantêm durante muitos anos ou mesmo para sempre, outros há que «inesperadamente» deixam de fumar sem ajuda. Repetir o processo dos «5Rs» pode ser útil em certos fumadores, mas o médico deve ter a sensibilidade de perceber se é bem vinda a repetição para que se não quebre a relação médico-doente e o paciente não desapareça pon-do em causa o seu seguimento médico.

O fumador deve ser informado que a maioria dos fumadores que deixaram de fumar só o conseguiram depois de terem realizado várias tentativas.

CONCLUSÕES

Existem diferentes níveis de intervenção do médico na prevenção e controlo do tabagismo.¹¹ Propõe-se que,



quanto mais complexos e difíceis forem os pacientes fumadores, maiores competências formativas e experiência sejam requeridas ao profissional. Contudo, a maioria dos fumadores não carece de referência para consultas intensivas de cessação tabágica. Estima-se que somente 10% dos fumadores o necessitem.¹⁰

Assim, a maioria dos médicos de família deve ter adquirido um nível de intervenção que lhes permita avaliar sistematicamente o hábito tabágico dos pacientes, aplicar a intervenção breve dos «5 As» e dos «5 Rs», em geral de um modo oportunista na consulta, dominar e realizar o aconselhamento motivacional nos fumadores ambivalentes e desenvolver acções preventivas adaptadas às diferentes populações de risco da sua lista de utentes e do centro de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hughes JR. New treatments for smoking cessation. *CA Cancer J Clin* 2000 May-Jun; 50 (3): 143-51.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. 2008. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
3. Special Eurobarometer 332 Tobacco (May 2010). Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_332_en.pdf [acesso 13/07/2011].
4. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2004 Jan-Fev; 20 (1): 87-98.
5. World Health Organization. *Smoking Statistics*. Geneve:WHO; 2002.
6. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007 Dec 8; 370 (9603): 1939-46.
7. Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2008 Jul 29; 118 (5): 576-85.
8. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Apr 16; (2): CD000165.
9. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press; 1991.
10. Santos M. Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental: uma proposta. *Rev Port Clin Geral* 2006 Mar-Abr; 22 (2): 255-62.
11. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, et al. *Cessação Tabágica: Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2007.
12. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2003.
13. Rebelo L. Tabagismo nos Cuidados de Saúde Primários – o papel do médico de família. In: Pestana E, coord. *Tabagismo: do Diagnóstico ao Tratamento*. 2ª ed. Lisboa: Lidel; 2009. p. 213-28.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não existir conflito de interesses na elaboração deste artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luís Rebelo
USF do Parque. ACES Lisboa Norte. ARSLVT
Av. do Brasil 53, 1749-080 Lisboa
Email: lrebelo@sapo.pt

Recebido em 17/12/2010

Aceite para publicação em 08/07/2011

ABSTRACT

BRIEF TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE: PRACTICAL APPLICATION OF THE «5AS» AND THE «5RS»

It is essential that the family doctor be prepared to intervene with all tobacco users. If the smoker is motivated to quit, the physician must use the five components of a brief intervention (5 "As") – ask, advise, assess, assist and arrange. For the patient unwilling to quit, a motivational counseling intervention is needed using the "5 Rs" – relevance, risks, rewards, roadblocks and repetition. Brief treatment of tobacco dependence is effective. Family doctors have a key role to play in this area. This method must be spread and trained.

Keywords: Tobacco; Brief Intervention.