

Cessação Tabágica: Recomendações Baseadas na Evidência Científica [17]

ISABEL SOARES *, ANTÓNIO VAZ CARNEIRO **

* Serviço de Medicina I, Hospital de Egas Moniz, Lisboa

** Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa

Rev Port Cardiol 2002;21 (2):203-215

RESUMO

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. É uma causa reconhecida de cancro, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crónica e complicações na gravidez. Apesar dos perigos para a saúde que representa, o uso de tabaco permanece surpreendentemente elevado. Em Portugal 18% de todos os adultos fumam e a prevalência do uso de tabaco em adolescentes tem subido dramaticamente desde 1990. No entanto, uma percentagem significativa dos actuais fumadores está disposta a deixar de fumar, criando uma enorme responsabilidade para todos os prestadores de cuidados de saúde, que devem estar à altura do desafio. Os cardiologistas têm uma responsabilidade particular, já que existe evidência científica de boa qualidade, baseada em estudos observacionais, que indica que pessoas com cardiopatia isquémica que deixam de fumar, vêm o seu risco de acidentes coronários recorrentes ou morte rapidamente reduzido e entre pessoas com doença arterial periférica e acidente vascular cerebral, a cessação do uso de tabaco associa-se a melhoria da tolerância ao exercício, menor risco de amputação, aumento da sobrevivência e diminuição do risco de acidente vascular cerebral recorrente. São estas as razões que levaram à elaboração deste trabalho, que tem por objectivo sumarizar as principais conclusões e recomendações sobre a natureza e tratamento do tabagismo, a partir de fontes secundárias

ABSTRACT

Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations

Smoking is an important cause of morbidity and mortality, and is considered the most important preventable cause of disease and death in the developed world. It is a cause of cancer, heart disease, stroke, chronic obstructive pulmonary disease and pregnancy complications. Even though smoking is known as an important health hazard, tobacco use remains surprisingly high. In Portugal, 18% of the adult population smokes, and the prevalence of adolescent smoking has risen dramatically during the 90s. A significant percentage of actual smokers are willing to quit, creating a major responsibility for health care providers.

Cardiologists bear a special responsibility, because there is good observational evidence that patients with coronary disease that quit smoking significantly lower their risk of recurrent ischemic events or death, and patients with peripheral vascular disease or stroke also get benefits, with better exercise tolerance, diminished rates of limb amputation, increased survival and less stroke recurrence.

We wrote this paper to summarize the main recommendations on techniques of smoking cessation, based on evidence-based recommendations.

de evidência científica, devidamente seleccionadas e avaliadas criticamente.

Palavras-Chave

Cessação de tabagismo; Doena coron ria; Acidente vascular cerebral; Doena arterial periférica; Cancro do pulmão; Bupropiona; Nicotina; Clonidina; Nortriptilina; Normas de orientao clínica

Key words

Smoking cessation; Coronary artery disease; Stroke; Peripheral vascular disease; Lung cancer; Bupropion; Nicotine; Clonidine; Nortriptyline; Guidelines

INTRODUO

O uso de tabaco é uma importante causa de morbidade e mortalidade, sendo referido como a principal causa evitável de doena e morte nas sociedades avanadas (americana, por exemplo)⁽¹⁾. É uma causa reconhecida de cancro, doena cardíaca, acidente vascular cerebral, doena pulmonar obstrutiva cr nica e complicaes 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⁾. No entanto 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, que devem estar à altura do desafio.

De entre os prestadores de cuidados de saúde, alguns têm uma responsabilidade particular, por estarem especialmente vocacionados para tratar doenas para as quais o tabagismo é um factor de risco claramente significativo. É o caso, entre outros, dos cardiologistas e da doena cardiovascular⁽⁹⁾.

Evidência científica moderada, baseada em estudos observacionais, indica que pessoas com cardiopatia isqu mica que deixam de fumar, vêm o seu risco de acidentes coronários recorrentes ou morte rapidamente reduzido. Estes estudos demonstraram que cerca de metade dos benefícios ocorre no primeiro ano após a cessao do tabagismo, seguindo-se um declínio gradual do risco durante vários anos, até atingir o nível dos que nunca fumaram. Entre pessoas com doena arterial periférica e acidente vascular cerebral, a cessao do uso de tabaco associa-se a melhoria da tolerância ao exercício, menor risco de amputao, aumento da sobrevivência e diminuio do risco de acidente vascular cerebral recorrente⁽¹⁰⁾.

São estas as razões que levaram à elaborao deste trabalho, que tem por objectivo su-

marizar as principais conclusões e recomendaes sobre a natureza e tratamento do tabagismo, a partir de fontes secundárias de informao.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi feita uma seleco de bibliografia sobre a natureza e tratamento do tabagismo a partir de fontes secundárias de evidência científica, disponíveis sob a forma impressa e/ou electrónica, e tendo como critério de seleco o serem inequivocamente baseadas na evidência científica.

Foram consultados vários artigos, revisões sistematizadas e *guidelines*⁽¹¹⁻⁵⁰⁾, 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* e *Bandolier 2000-2001*), livros⁽⁵¹⁻⁵⁶⁾, CDROMs (*Cochrane Library 2001-2. Update Software*; *Best Evidence 5*; *UpToDate 9.2, 2001*). No *Quadro I* estão indicados os vários sites da Internet consultados.

RESULTADOS

A análise desta bibliografia permitiu concluir que a dependência de tabaco é uma doena cr nica que muitas vezes necessita de intervenes repetidas. Existem no entanto tratamentos efectivos que podem produzir abstinência a longo prazo ou mesmo permanente e que devem ser usados com todos os actuais ou ex-fumadores. Apenas 7% dos fumadores conseguem abstinência a longo prazo quando o tentam por si próprios mas a taxa de sucesso pode aumentar para 15-30% se apoiados por intervenes efectivas, que podem ir desde aconselhamento de poucos minutos de durao (*interveno clínica breve*), até aconselhamento intensivo associado a farmacoterapia (*interveno clínica intensiva*).

Quadro I

Sites da Internet consultados

Site da WWW	URL
Agency for Research and Health Quality (ARHQ), USA	http://www.ahrq.gov
Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase, Canada	http://www.cma.ca/cpgs
Scottish Intercollegiate Guidelines Network, UK	http://www.repe.ac.uk/sign.html
National Guideline Clearinghouse, USA	http://www.guideline.gov/index.asp
NHS Centre for Reviews and Dissemination, UK	http://www.york.ac.uk
New Zealand Guidelines Group, New Zealand	http://www.nzgg.org.nz
St. George's Hospital Medical School Health Care Evaluation Unit, UK	http://www.sghms.ac.uk
National Health and Medical Research Council, Australia	http://www.ausinfo.gov.au
University of Alberta Guidelines Appraisal Project, Canada	http://www.infoward.ualberta.ca/cpg
Netting the Evidence, UK	http://www.shef.ac.uk/uni/academic/R-Z/scharr/ir/netting.html
Centre for Evidence-Based Medicine at Oxford, UK	http://cebm.jr2.ox.ac.uk
Filtros MBE para pesquisa	http://www.mssm.edu/library/ebm/ebmhedges.htm
Health Information Research Unit McMaster, Canada	http://www.hiru.mcmaster.ca
ACP Journal Club	http://www.journalclub.org
UptoDate	http://www.uptodateinc.com/html/ordernow.htm
Infotriever	http://www.infopoems.com
Medline	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

Estes tratamentos são efectivos quer clinicamente, quer relativamente ao custo, em comparação com outras intervenções médicas e de prevenção de doença, 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 e deve tornar-se parte integrante dos cuidados de saúde, constituindo um modelo de boa prática clínica.

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS

As recomendações principais são apresentadas em três secções, que reflectem os componentes mais importantes do tratamento da dependência de tabaco:

1. AVALIAÇÃO DO USO DE TABACO – define a importância de determinar a situação em relação ao uso de tabaco de cada doente em cada visita;
2. INTERVENÇÕES CLÍNICAS BREVES – têm por objectivo fornecer orientações sobre intervenções breves para tratar os utilizadores de tabaco que desejam abandonar de imediato, para motivar os que não desejam fazê-lo para já e para reforçar a decisão dos que abandonaram recentemente;
3. INTERVENÇÕES CLÍNICAS INTENSIVAS – fornece estratégias mais intensivas para tratar os utilizadores de tabaco.

A seguir às recomendações, o algoritmo (*Fig. 1*) representa de uma forma sintética todos os passos da abordagem e tratamento da dependência e uso de tabaco.

1. Avaliação do uso de tabaco

O primeiro passo no tratamento do uso e dependência de tabaco é identificar os seus utilizadores, e os clínicos estão numa posição privilegiada para o fazer.

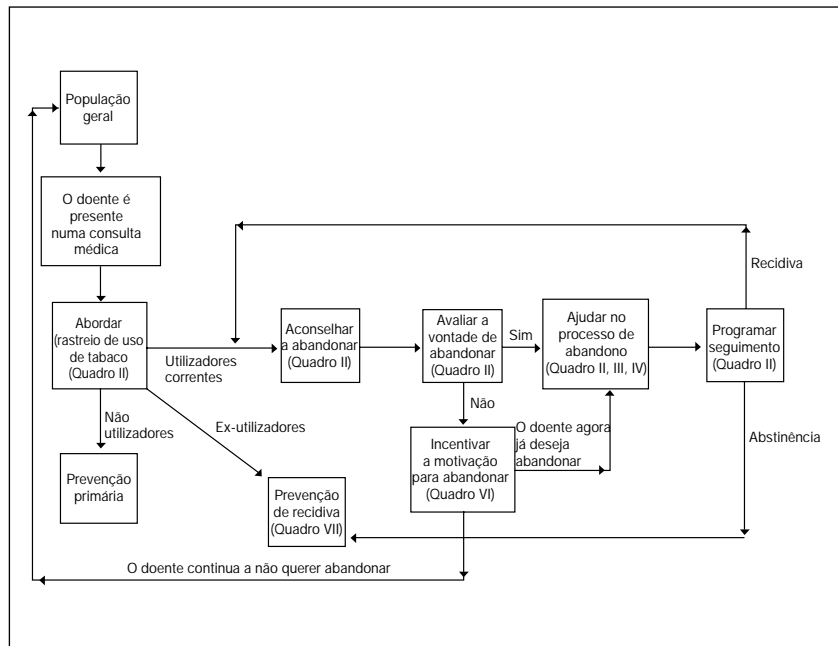
A identificação efectiva do uso de tabaco não só abre as portas a intervenções com potencial êxito, mas também orienta os médicos na escolha das acções apropriadas. São quatro o número de respostas que se podem obter no rastreio do uso de tabaco:

- a) O doente usa tabaco e deseja fazer uma tentativa de abandono;
- b) O doente usa tabaco mas não deseja para já fazer uma tentativa de abandono;
- c) O doente já usou tabaco mas deixou de usar;
- d) O doente nunca usou regularmente tabaco.

No *Quadro II* é apresentado um método de rastreio do uso de tabaco (expansão dos sinais vitais).

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

Fig. 1 Algoritmo para o tratamento do uso e dependência do tabaco.



2. Intervenções clínicas breves

Os tratamentos mais efectivos são o aconselhamento intensivo associado a farmacoterapia, mas tratamentos tão breves como aconselhamento de poucos minutos de duração podem aumentar significativamente a taxa de abstinência.

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. É importante que estes médicos estejam preparados para proceder a este tipo de intervenção.

Há um objectivo central a estas estratégias: é essencial fornecer pelo menos uma intervenção breve a todos os utilizadores de tabaco em cada visita clínica. As intervenções breves podem ser usadas com três tipos de doentes: a) utilizadores de tabaco que desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono; b) utilizadores de tabaco que para já não desejam abandonar; e c) ex-utilizadores de tabaco que abandonaram recentemente.

A cada doente que deseja fazer uma tentativa de abandono deve ser fornecido tanto um aconselhamento, como tratamento farmacológico (Quadro II). Os 5 principais passos da intervenção são (estratégia dos 5A s): 1) **Abordar** o doente sobre se usa ou não tabaco; 2) **Aconselhá-lo** a deixar de usar; 3) **Avaliar** a sua vontade de fazer uma tentativa de abandono; 4) **Ajudá-lo**, no caso de desejar fazer uma tentativa de abandono; e 5) **Acompanhá-**

-lo, através da programação de contactos futuros, para impedir recidiva.

Os componentes do aconselhamento (aconselhamento prático, apoio social intra-tratamento e apoio social extra-tratamento) são descritos no Quadro III.

Além do aconselhamento, todos os fumadores que estão a fazer uma tentativa de abandono devem receber farmacoterapia, excepto em casos que requerem consideração especial (os que têm contra-indicações médicas, os que fumam menos de 10 cigarros por dia, mulheres grávidas e a amamentar, e fumadores adolescentes). O Quadro IV descreve as orientações gerais da farmacoterapia e o Quadro V fornece instruções de prescrição.

Para os doentes que não estão dispostos a fazer para já uma tentativa de abandono, deve ser usada uma intervenção breve, com o objectivo de promover a motivação para abandonar (Quadro VI). A atitude destes doentes pode resultar de falta de informação, receios acerca do abandono, ou desmoralização por recidivas prévias. Esta intervenção tem por objectivo educar, tranquilizar e motivar, e está construída à volta dos 5 Rs: **relevância, riscos, recompensas, resistências e repetição**.

Devido à natureza crónica e recidivante do uso de tabaco, todos os ex-utilizadores de tabaco recentes devem receber uma intervenção breve para prevenção de recidiva. Sempre que um clínico encontra um doente nestas condições deve reforçar a sua decisão, lembrar os

Quadro II

Estratégias breves para ajudar o doente que deseja abandonar o uso de tabaco – Estratégia dos «5 As»

ACÇÃO: Implementar um sistema que assegure que, para cada doente em cada consulta, o uso de tabaco seja investigado e documentado

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Passo 1: Abordar – Identificar sistematicamente todos os utilizadores de tabaco em cada consulta
Expandir os sinais vitais para incluir uso de tabaco ou usar um sistema de identificação universal alternativo
SINAIS VITAIS:
TA: _____ Pulso: _____ Peso: _____ Temperatura: _____ Frequência respiratória: _____
Uso de tabaco: Actual Anterior Nunca (assinale um)

ACÇÃO: De uma maneira clara, persuasiva, forte e personalizada, encorajar todos os utilizadores de tabaco a abandonar

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Passo 2: Aconselhar – incentivar com convicção todos os utilizadores de tabaco a abandonar
O aconselhamento deve ser:
• *Claro* - «Penso que é importante que abandone já e posso ajudá-lo. Reduzir apenas enquanto está doente não é suficiente»
• *Forte* - «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»
• *Personalizado* - 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

ACÇÃO: Interrogar cada utilizador de tabaco sobre se está disposto a fazer uma tentativa de abandono de imediato (ex: dentro dos 30 dias seguintes)

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Passo 3: Avaliar – determinar se o doente deseja fazer uma tentativa de abandono
Avaliar a vontade do doente abandonar:
• 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

ACÇÃO: Elaborar em conjunto com o doente um plano de abandono do uso do tabaco

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Passo 4: Ajudar – ajudar o doente na sua tentativa de abandono.
Preparação do doente para a tentativa de abandono:
• Marcar uma data: idealmente a data de abandono deve ser dentro de duas 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 de fumar em lugares onde passa muito tempo (trabalho, casa, carro)

ACÇÃO: Fornecer aconselhamento prático (ver Quadro III)

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Abstinência – a abstinência total é essencial
• *Experiência de tentativas de abandono anteriores* - identificar o que é que ajudou e o que é que correu mal em tentativas de abandono prévias
• *Antecipar problemas ou dificuldades na tentativa de abandono a iniciar* - discutir problemas e dificuldades e como o doente as vai vencer com êxito
• *Álcool* - o doente deve considerar limitar ou abster-se de álcool, visto que o álcool pode causar recidiva
• *Outros fumadores em casa* - abandonar é mais difícil quando há outros fumadores em casa. Os doentes devem encorajar as pessoas com quem vivem a abandonar com eles ou a não fumar na sua presença

ACÇÃO: Fornecer apoio social intra-tratamento (ver Quadro III)

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Fornecer um ambiente clínico de apoio enquanto se encoraja o doente na sua tentativa de abandono. «Estamos disponíveis para vos ajudar»

ACÇÃO: Ajudar o doente a obter apoio social extra-tratamento (ver Quadro III)

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Ajudar o doente a desenvolver suporte social para a sua tentativa de abandono, no seu ambiente, fora do tratamento. «Peça à sua família, amigos e colegas de trabalho para o/a ajudar na sua tentativa de abandono».

ACÇÃO: Recomendar o uso de farmacoterapia aprovada, excepto em circunstâncias especiais (ver Quadros IV e V)

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

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 1.ª linha incluem: cloridrato de bupropiona⁴ de libertação retardada, pastilhas mastigáveis de nicotina e adesivo transdérmico de nicotina.

ACÇÃO: Fornecer materiais suplementares

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Fontes:
• *Tipo:* apropriadas para o doente, relativamente à sua cultura, raça, educação e idade
• *Localização:* prontamente acessíveis em cada local de consulta médica

ACÇÃO: Programar consulta de seguimento, pessoalmente ou via telefone

ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Passo 5: Acompanhar – agendar consulta de seguimento.
• *Data* - A consulta de seguimento deve ocorrer pouco depois da data do abandono, de preferência durante a 1.ª semana. Uma segunda consulta de seguimento é recomendada dentro do 1.º mês. Programar consultas adicionais conforme indicado.
• *Ações durante a consulta de seguimento* - Congratular sucesso; se ocorreu uso de tabaco, rever as circunstâncias e incentivar compromisso 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.

* Têm surgido alguns relatórios sobre efeitos secundários graves do cloridrato de bupropiona (alterações do comportamento e morte, entre outros); na altura em que escrevemos este texto (Janeiro de 2002), não foi comunicado a nível oficial qualquer restrição do uso da bupropiona, mas recomendamos precauções especiais na sua utilização.

Quadro III

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

Aconselhamento Prático sobre o Tratamento

COMPONENTE: Identificar acontecimentos, estados de espírito ou actividades que aumentam o risco de fumar ou recair

EXEMPLOS

Afecto negativo
Estar perto de outros fumadores
Ingerir álcool
Sentir desejos de fumar
Estar debaixo de pressão de tempo

COMPONENTE: Identificar e treinar aptidões de resolução de problemas. Tipicamente, estas aptidões destinam-se a defrontar situações críticas

EXEMPLOS

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

COMPONENTE: Fornecer informação básica acerca do tabagismo e das técnicas de abandono

EXEMPLOS

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

Intervenções de suporte intra-tratamento

COMPONENTES: Encorajar o doente na tentativa do abandono

EXEMPLOS

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

COMPONENTE: Comunicar cuidado e preocupação

EXEMPLOS

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

COMPONENTE: Encorajar o doente a falar acerca do processo de abandono

EXEMPLOS

Interrogar sobre:

- 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

Intervenções de suporte extra-tratamento

COMPONENTE: Treinar o doente para solicitar apoio

EXEMPLOS

Mostrar vídeos 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

COMPONENTE: Incentivar a solicitação de apoio

EXEMPLOS

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)

COMPONENTE: Arranjar apoio exterior

EXEMPLOS

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

Quadro IV

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 1.ª 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 1.ª 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:

- a familiaridade do clínico com os fármacos
- contra-indicações 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 2.ª linha para tratar dependência do tabaco?

Em doentes que não podem usar fármacos de 1.ª linha, devido a contra-indicações, ou em doentes em que os fármacos de 1.ª linha não são úteis.

Os doentes devem ser monitorizados relativamente aos efeitos adversos conhecidos dos agentes de 2.ª 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 2 mg de pastilha mastigável, devem usar 4 mg de pastilha mastigável. Não está provado que o uso de adesivo transdérmico de nicotina em doses mais altas do que 22 mg/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 V

Sugestões para o uso clínico de farmacoterapia para cessação do hábito de fumar

Fármaco	Apresentação (preço relativo por unidade de dosagem)	Precauções/ Contra-indicações	Efeitos adversos	Dosagem	Duração
1.ª LINHA					
Cloridrato de Bupropiona (Zyban)	Comprimidos de 150 mg (44 a) Embalagem de 60 comprimidos	Contra-indicações absolutas: antecedentes de convulsões, bulimia ou anorexia nervosa, doença bipolar, tumor do SNC, cirrose hepática grave, suspensão abrupta de álcool ou benzodiazepinas. Contra-indicações relativas: alcoolismo, diabetes tratada com anti-diabéticos orais ou insulina, história de traumatismo craniano, uso de estimulantes ou anoréticos ou fármacos que reduzam o limiar de convulsões*. Interações medicamentosas: fármacos que reduzem o limiar de convulsões e outros Φ .	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 pré-interrupção)
Nicotina - pastilhas mastigáveis (Nicorette)	Dosagens: 2 e 4 mg (7a e 12 a) Embalagens de 30 e 105		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 cm ² , 20 cm ² e 30 cm ² (0,7 mg/cm ² /24h) (66 a, 81a e 87a) 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
2.ª LINHA					
Cloridrato de Clonidina (Catapresan)	Comprimidos de 150 μ g (1a) 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 a) Embalagens de 20 e 50 comp. de 25 mg; Embalagem de 50 comp. de 50 mg	Risco de arritmias Boca seca	Sedação	75 – 100 mg /dia	12 semanas

Notas:

* 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.

benefícios que dela resultam e ajudar o doente a resolver quaisquer problemas residuais devidos ao abandono do tabaco que ainda existam. A maior parte das recidivas ocorre precocemente, e, por esse motivo, as intervenções de prevenção de recidiva são especialmente importantes na fase inicial do processo de abandono. 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, mencionadas no *Quadro VII*, podem ser divididas em duas categorias:

- a) Intervenções mínimas para todos os ex-utilizadores;
- b) Intervenções prescritivas para doentes com problemas em manter a abstinência.

3. Intervenções clínicas intensivas

Existe evidência substancial de que o tratamento mais intensivo é mais eficaz do que o tratamento breve, por isso as intervenções intensivas

Quadro VI

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:

Riscos agudos: dispneia, exacerbação de asma, prejuízo para a gravidez, impotência, infertilidade, aumento dos níveis de monóxido de carbono do soro.

Riscos a longo prazo: enfarte do miocárdio, AVC, neoplasias do pulmão, outras neoplasias (laringe, cavidade oral, faringe, esófago, pâncreas, bexiga, cervix), doenças pulmonares crónicas obstrutivas (bronquite crónica e enfisema), incapacidade a longo prazo e necessidade de cuidado continuado.

Riscos ambientais: 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 infecções 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 aquelas 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.

vas são apropriadas para qualquer utilizador de tabaco que deseje participar nelas, e não devem ser limitadas a qualquer subgrupo de utilizadores de tabaco (fumadores pesadamente dependentes, por exemplo). O *Quadro VIII* apresenta os componentes de uma intervenção intensiva.

CONCLUSÕES

A dependência de tabaco é uma doença crónica que necessita muitas vezes de intervenções repetidas. Existem, no entanto, tratamentos efectivos que podem produzir abstinência a longo prazo ou mesmo permanente. É fundamental que os clínicos e os sistemas de cuidados de saúde institucionalizem a identificação consistente, documentação e tratamento de todos os utilizadores de tabaco que sejam observados em qualquer enquadramento de cuidados de saúde.

Na medida em que existem tratamentos efectivos para a dependência de tabaco, todos os doentes utilizadores de tabaco devem receber pelo menos um destes tratamentos:

- a) Os doentes que desejam abandonar de imediato o uso de tabaco, devem receber os tratamentos considerados efectivos;
- b) Os doentes que não desejam abandonar para já o uso de tabaco, devem receber uma intervenção breve que tem por objectivo aumentar a sua motivação para o fazer.

O tratamento breve de dependência de tabaco é efectivo, e pelo menos esta modalidade de tratamento deve ser oferecida a todos os doentes utilizadores de tabaco.

Existe uma forte relação dose-resposta entre a intensidade do aconselhamento para a de-

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

Todos os ex-utilizadores de tabaco devem ser felicitados pelos sucessos e fortemente encorajados a permanecer abstinentes.

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?).

O clínico deve encorajar a discussão activa pelo doente dos seguintes tópicos:

- os benefícios, incluindo potenciais benefícios de saúde, que o doente pode obter da cessação.
- qualquer sucesso que o doente tenha tido no processo de abandono (ex.: duração da abstinência, diminuição dos sintomas de abstinência)
- os problemas 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 prescritiva 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.

Problema: Falta de apoio para a cessação

Respostas

Programar consultas de seguimento ou contactos telefónicos com o doente.

Ajudar o doente a identificar fontes de apoio dentro do seu ambiente.

Referenciar o doente a uma organização apropriada que ofereça aconselhamento de cessação, ou apoio.

Problema: Humor negativo ou depressão

Respostas

Se significativo, prestar aconselhamento, prescrever medicações apropriadas ou referenciar o doente a um especialista.

Problema: Sintomas de abstinência fortes ou prolongados

Respostas

Se o doente refere desejo prolongado ou outros sintomas de abstinência, considerar prolongar o uso de uma farmacoterapia aprovada ou adicionar/combina fármacos para reduzir sintomas de abstinência fortes.

Problema: Aumento de peso

Respostas

Recomendar iniciar ou aumentar actividade física; desencorajar dieta estrita.

Reassegurar o doente de que algum aumento de peso após o abandono é comum e parece ser auto-limitado.

Salientar a importância de uma dieta saudável.

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).

Referenciar o doente a um especialista ou programa especializado

Problema: Motivação em queda/sentimento de perda

Respostas

Reassegurar o doente que estes sentimentos são comuns.

Recomendar actividades compensadoras.

Investigar para ter a certeza de que o doente não está envolvido em uso periódico de tabaco.

Salientar que começar a fumar aumenta o desejo e torna o abandono mais difícil.

pendência do tabaco e a sua efectividade. Os tratamentos que envolvem contacto inter-pessoal (via individual, de grupo ou aconselhamento telefónico pro-activo) são consistentemente efectivos, e a sua efectividade aumenta com a intensidade do tratamento (ex: minutos de contacto).

Há três tipos de aconselhamento e terapêuticas comportamentais que são especialmente efectivos, devendo ser usados em todos os doentes que estão a tentar abandonar o uso de tabaco:

1. Fornecimento de aconselhamento prático (aptidões de resolução de problemas/treino de desempenhos);
2. Fornecimento de suporte social como parte do tratamento (suporte social intra-tratamento);
3. Ajuda em assegurar suporte social fora do tratamento (suporte social extra-tratamento).

Existem actualmente numerosas farmacoterapias efectivas para deixar de fumar, que devem ser usadas em todos os doentes que estão

Componentes de uma intervenção intensiva para abandonar o hábito de fumar

Componente – Avaliação

Estratégia de implementação

A avaliação deve assegurar que os utilizadores 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)

Componente – Profissionais do programa

Estratégia de implementação

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.

Componente – Intensidade do programa

Estratégia de implementação

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.

Componente – Formato do programa

Estratégia de implementação

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.

Componente – Tipos de aconselhamento e terapêuticas de comportamento

Estratégia de implementação

Terapêuticas de aconselhamento e de comportamento devem incluir aconselhamento prático (resolução de problemas/treino de desempenhos) e suporte social intra e extra-tratamento.

Componente – Farmacoterapia

Estratégia de implementação

Todos os fumadores devem ser encorajados a usar as farmacoterapias mencionadas nesta NOC, excepto na presença de circunstâncias especiais.

Em populações seleccionadas (ex.: mulheres grávidas, adolescentes), o uso de farmacoterapia deve ser sujeito a considerações especiais (ver *Quadro IV*).

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 de nicotina).

Componente – População

Estratégia de implementação

Os programas de intervenção intensiva podem ser usados com todos os utilizadores de tabaco que desejem participar neles.

a tentar fazê-lo, excepto na presença de contra-indicações:

Fármacos de primeira linha:

- a) Cloridrato de bupropiona de libertação retardada
- b) Terapêuticas de substituição de nicotina (pastilhas mastigáveis e adesivo transdérmico de nicotina)

Fármacos de segunda linha:

- a) Cloridrato de clonidina
- b) Cloridrato de nortriptilina

Devido ao carácter crónico e recidivante da dependência de tabaco, todos os ex-utilizado-

res de tabaco devem receber tratamento breve de prevenção de recidiva.

Este trabalho destinou-se a apresentar – de forma sintética – os instrumentos necessários para identificar e avaliar efectivamente os utilizadores de tabaco, tratar os que desejam abandonar, motivar os que na altura não desejam abandonar e prevenir a recidiva dos ex-utilizadores de tabaco. Não há actualmente nenhuma intervenção clínica que possa ter um maior efeito no sentido de controle de doença, prevenção da morte ou melhoria da qualidade de vida, do que o tratamento da dependência do tabaco.

BIBLIOGRAFIA

- 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;46:444-51.
- 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) 1990;90-8416.
- Eurotrials, n° 2, Setembro de 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use among high school students – United States, 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47:229-33.
- Centers for Disease Control and Prevention. Incidence of initiation of cigarette smoking – United States, 1965 – 1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47:837-40.
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention. Health objectives for the nation cigarette smoking among adults – United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994;43:925-30.
- Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
- 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;340:1773-80.
- Clinical Evidence* 2001;1:24-42.
- 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;288:188-97.
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking cessation during previous year among adults – United States, 1990 and 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993;42:504-7.
- Hatziandreu 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;82:1402-6.
- 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.
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost – effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989;261:75-9.
- Eddy DM. The economics of cancer prevention and detection: getting more for less. *Cancer* 1981;47 (5 Suppl):1200-9.
- Eddy DM. Setting priorities for cancer control programs. *J Natl Cancer Inst* 1986;76:187-99.
- 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;256:1315-8.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline n.º 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.
- The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel SaCR. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- 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;357:1571-5.
- 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.

43. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.

44. 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.

45. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.

46. Stead LF, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

47. 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.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical Epidemiology. 2 ed. Boston: Little, Brown and Company 1991.

52. Evidence Based Cardiology. 1st ed. London: BMJ 1998.

53. 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.

54. Clinical Evidence 5. 5th ed. London: BMJ Publishing Group 2001.

55. Making use of guidelines in clinical practice. 1st ed. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.

56. Implementing Clinical Guidelines. 1st ed. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.

Pedido de separatas para:

Address for reprints:

ISABEL SOARES
Serviço de Medicina I
Hospital Egas Moniz
Rua da Junqueira, 126
1349-019 LISBOA

CARDIOSTIM 2002

**13th International Congress
Nice Acropolis – French Riviera
June 19-22, 2002**

Secretariat:

Cardiostim 2002 / Dr. Jacques Mugica
12, rue Pasteur
F-92210 Saint-Cloud, France
e-mail: cardiostim@wanadoo.fr