

Cessação Tabágica após o Diagnóstico de Cancro da Bexiga



Smoking Cessation after Bladder Cancer Diagnosis

Paulo MOTA^{1,2}, Pedro Miguel SOUSA¹, Francisco BOTELHO², Emanuel CARVALHO-DIAS^{1,2}, Agostinho CORDEIRO², João Pimentel TORRES^{1,2}, Nuno MORAIS², Sara ANACLETO², Estevão LIMA^{1,2}
Acta Med Port 2018 Feb;31(2):101-108 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.9106>

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento, recorrência e progressão do cancro da bexiga. Este estudo pretendia analisar os hábitos tabágicos após o diagnóstico em doentes com cancro da bexiga. Adicionalmente, foi avaliado o reconhecimento do tabagismo como fator de risco e a atuação médica na promoção da cessação tabágica.

Material e Métodos: Estudo transversal, observacional e descritivo realizado em doentes com cancro da bexiga, diagnosticados entre janeiro de 2013 e setembro de 2015 (n = 160) no Hospital de Braga.

Resultados: História tabágica estava presente em 71,9% da amostra, com 21,9% de tabagismo atual (40,7% de abstinência após o diagnóstico). O tabagismo foi reconhecido como fator de risco por 74,4% dos doentes, mas apenas 51,3% dos doentes com história tabágica e 24,4% dos não fumadores referem o tabagismo como a principal causa etiológica (p = 0,008). A presença de outros fumadores em casa foi significativamente maior em doentes que mantiveram tabagismo (40%) do que em ex-fumadores após o diagnóstico (4,2%) (p = 0,005). A maioria dos fumadores (83,1%) refere ter sido aconselhada a deixar de fumar, mas apenas um (1,7%) recebeu apoio específico para a cessação.

Discussão: O tabagismo não é adequadamente reconhecido como a principal etiologia de cancro da bexiga. Este desconhecimento, aliado à reconhecida dificuldade na abstinência tabágica e ao défice de estratégias promotoras de cessação tabágica observados, poderá justificar a elevada prevalência de fumadores atuais, todavia, em linha com outros estudos.

Conclusão: Este estudo evidencia a necessidade de programas de cessação tabágica eficientes dirigidos a doentes com cancro da bexiga.

Palavras-chave: Cessação Tabágica; Neoplasias da Bexiga; Tabagismo

ABSTRACT

Introduction: Smoking is an important risk factor for the development, recurrence and progression of bladder cancer. Our aim was to analyze smoking habits after diagnosis in bladder cancer patients. Additionally, we evaluated patient knowledge about smoking as a risk factor and the urologist role in promoting abstinence.

Material and Methods: A cross-sectional, observational and descriptive study was performed in bladder cancer patients, diagnosed between January 2013 and September 2015 (n = 160) in Braga Hospital, in Portugal.

Results: Smoking history was present in 71.9% of the sample, with 21.9% current smokers, (40.7% of abstinence after diagnosis). Smoking was acknowledged as a risk factor by 74.4% of the sample, with only 51.3% of ever smokers and 24.4% of non-smokers recognizing smoking as the leading risk factor (p = 0.008). The presence of other household smokers were significantly higher in patients who continued smoking (40%) than in ex-smokers after diagnosis (4.2%) (p = 0.005). The majority of smokers at diagnosis (83.1%) were advised to quit by their urologist, but only one smoker (1.7%) was offered any specific intervention to aid in cessation.

Discussion: Smoking is not recognized as the leading risk factor for bladder cancer. This limited awareness, associated with the known difficulties in quitting smoking and the observed lack of smoking cessation interventions, may account for the high current smoking prevalence, albeit in line with other studies.

Conclusion: This study highlights the need for efficient smoking cessation programs directed to bladder cancer patients.

Keywords: Smoking; Smoking Cessation; Urinary Bladder Neoplasms

INTRODUÇÃO

O cancro da bexiga (CB) é uma das neoplasias malignas mais frequente do trato urinário, com uma incidência 3 - 4 vezes mais elevada nos homens do que nas mulheres.¹⁻³ É o sétimo cancro mais frequente no mundo, com aproximadamente 336 000 novos casos estimados/ano, em particular nos países desenvolvidos.^{2,4} Em Portugal, segundo dados do relatório de doenças oncológicas, o CB tem a oitava maior taxa de incidência, tendo sido responsável pela morte de 940 doentes no ano de 2014, valor que manifesta uma tendência de crescimento face aos anos anteriores.⁵

O CB é um dos principais carcinomas associados ao

tabaco; estudos epidemiológicos evidenciam uma relação consistente entre o tabagismo e o risco de CB, responsável por mais de 50% dos casos nos países desenvolvidos.^{1,6-9} Os ex-fumadores e os fumadores apresentam um risco duas e quatro vezes superior, respetivamente, com maiores incrementos deste consoante a intensidade e a duração do consumo.^{7,9}

O consumo de tabaco no contexto oncológico não é apenas relevante pelo seu potencial carcinogénico. A evidência científica atual aponta para um pior prognóstico, maior risco de recorrência e de progressão nos doentes

1. Surgical Sciences Research Domain. Life and Health Sciences Research Institute, ICVS/3B's. PT Government Associate Laboratory. The Clinic Academic Center – Braga. Association (2CA-Braga). School of Medicine. University of Minho. Braga. Portugal.

2. Department of CUF Urology. Service of Urology. Hospital de Braga. Braga. Portugal.

✉ Autor correspondente: Paulo Mota. mota.paulo@med.uminho.pt

Recebido: 22 de abril de 2017 - Aceite: 19 de janeiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



que mantém o consumo, à semelhança do que se verifica no cancro do pulmão e cabeça/pescoço.^{6,9-11} Por outro lado, a abstinência foi associada a uma diminuição na morbilidade e mortalidade, particularmente no CB não invasivo (*non muscular invasive bladder cancer* – NMIBC).^{10,11} Os estudos apontam igualmente para uma menor eficácia da quimioterapia nos doentes fumadores, com uma maior incidência de efeitos adversos e uma menor qualidade de vida.^{9,14,15} O risco acrescido de tumores secundários e doenças cardiovasculares são outros pontos importantes a considerar no doente oncológico fumador.^{12,13}

Infelizmente, os benefícios da cessação tabágica estão pouco divulgados e os esforços para a atingir em contexto de CB são desconhecidos ou decepcionantes. Um estudo recente com sobreviventes de 10 tipos de cancro revelou que os doentes com CB apresentavam a mais elevada prevalência de tabagismo (17,2%), uma percentagem comparável com a prevalência na população geral.¹⁶

Assim, neste trabalho pretende-se avaliar as características do consumo tabágico em doentes com CB. Adicionalmente pretende-se estudar o grau de conhecimento dos doentes sobre o tabaco como fator de risco para o CB e descrever a atuação dos urologistas face à janela de oportunidade que o diagnóstico oncológico apresenta.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, observacional e descritivo.

Foram incluídos todos os doentes adultos seguidos em consulta de urologia no Hospital de Braga com diagnóstico de CB entre janeiro de 2013 e setembro de 2015. Excluímos

os doentes não autónomos, com menos de seis meses de diagnóstico, com défices cognitivos, que desconhecêssem o diagnóstico ou que não concedêssem consentimento informado escrito para integrarem o estudo.

Identificámos 264 doentes numa primeira análise. Deste total, 47 doentes tinham falecido e 21 doentes apresentavam critérios de exclusão, pelo que foram reconhecidos 196 doentes elegíveis para participar no estudo.

As entrevistas foram realizadas presencialmente no Serviço de Urologia do Hospital de Braga ou por via telefónica, de setembro de 2015 a março de 2016. De acordo com a história tabágica reportada, dividimos os doentes nos seguintes grupos (Fig. 1):

- 1. Fumadores:** se fumaram ≥ 100 cigarros/vida e se fumassem no momento do diagnóstico. Para a análise do comportamento tabágico após o diagnóstico, subdividimos estes doentes em fumadores atuais (se mantinham o consumo no momento da entrevista) ou ex-fumadores (se reportavam abstinência no momento da entrevista);
- 2. Antigos fumadores:** se fumaram ≥ 100 cigarros/vida, mas se tivessem abandonado o consumo antes do diagnóstico;
- 3. Não fumadores:** se fumaram < 100 cigarros na vida. Foram considerados doentes com 'história tabágica' todos que tivessem fumado > 100 cigarros/vida.

A todos os doentes recolhemos as seguintes informações definidas no diagnóstico: idade, sexo, estado civil, escolaridade.

Foram colocadas duas questões de escolha múltipla para avaliação do reconhecimento do tabaco como fator de risco para o CB. Aos doentes com história tabágica

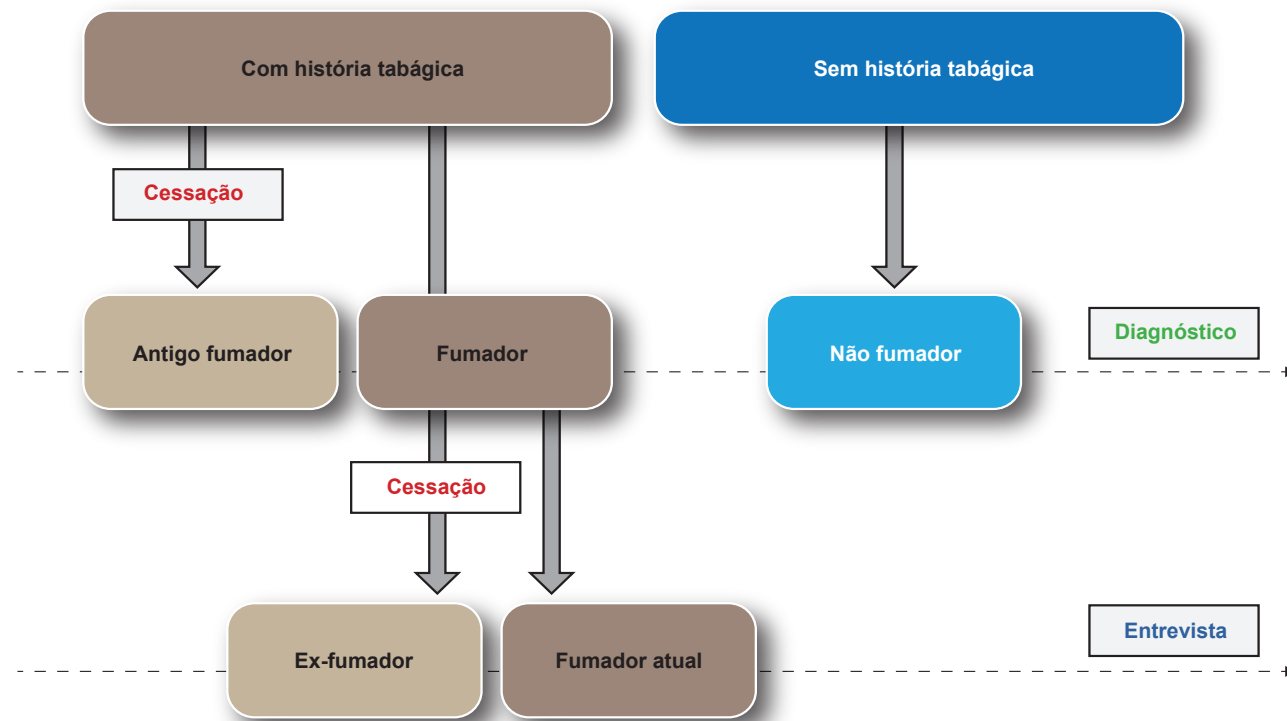


Figura 1 – Classes de tabagismo

colocamos nove questões para a descrição do consumo de tabaco passado e atual.

Com vista a explorar o comportamento após o diagnóstico, dados clínicos e instrumentos adicionais foram analisados nos fumadores ao diagnóstico. Como todos os doentes que reportaram cessação tabágica após o diagnóstico o fizeram nos primeiros seis meses, incluímos na análise apenas as variáveis clínicas desse período inicial: estadiamento, grau histológico, tratamento determinado pelo diagnóstico inicial; número de cirurgias necessárias nesse período.

Os outros instrumentos aplicados foram [(Anexo 1) <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9106/5345>]:

1. Versão validada para português da versão modificada do Teste de Fagerström de Dependência Nicotínica (TFDN): somatórios mais altos são indicativos de maior dependência nicotínica. A variável 'Tempo até o primeiro cigarro', indicada em alguns estudos como preditora de sucesso na cessação tabágica, foi retirada das respostas ao TFDN.¹⁷⁻¹⁹
2. Questionário qualitativo de atuação médica na promoção da cessação tabágica com duas questões Verdadeiro/Falso.
3. Tradução portuguesa do questionário *Brief-Illness Perception Questionnaire* (BIPQ) : aplicadas as questões correspondentes às dimensões 'Consequências' (BIPQ-C) e 'Preocupação' (BIPQ-P) com a doença. Ambas as questões são quantificadas através de uma

escala de Likert (0 a 10), com valores mais altos implicando maior impacto da doença.

4. Versão portuguesa do questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS):²⁰ este questionário permite o rastreio de ansiedade e depressão em doentes hospitalares.

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSSv23), para um nível de significância igual a 5%.

Para analisar a possível associação entre variáveis categóricas foi realizado o teste qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher quando apropriado. Efetuámos a análise *post hoc* para o teste qui-quadrado pela comparação dos resíduos estandardizados (RE) em cada célula da tabela de contingência, com valores absolutos de z acima de ± 2 considerados significativos.

Para testar a existência de diferenças estatísticas nas variáveis contínuas, foram utilizados os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Wilcoxon *Signed Ranks*. A análise *post hoc* para o teste Kruskal-Wallis foi efetuada com testes de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni para comparações múltiplas.

RESULTADOS

Neste estudo entrevistámos um total de 160 doentes; 36 doentes recusaram ou foi impossível o contacto, o que representa uma taxa de participação de 81,6%.

Os doentes entrevistados estão caracterizados na Tabela 1, divididos por classes de tabagismo ao diagnóstico.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra por classes de tabagismo ao diagnóstico

	Amostra total (n = 160)	Fumador (n = 59)	Antigo fumador (n = 56)	Não fumador (n = 45)	p
Sexo, n (%)					< 0,001*
Masculino	134 (83,8%)	56 (94,9%)	55 (98,2%)	23 (51,1%)	
Feminino	26 (16,2%)	3 (5,1%)	1 (1,8%)	22 (48,9%)	
Idade, anos, Mdn (IQR)	67 (17)	61 (12)	68,5 (14)	75 (15)	< 0,001*
Escolaridade, n (%)					0,036*
Sem/EB incompleto	27 (16,9%)	5 (8,5%)	11 (19,6%)	11 (24,4%)	
Ensino Básico (EB)	84 (52,5%)	30 (50,8%)	27 (48,2%)	27 (60,0%)	
Acima de EB	49 (30,6%)	24 (40,7%)	18 (32,1%)	7 (15,6%)	
Estado Civil, n (%)					0,115*
Com companheiro(a)	124 (77,5%)	49 (83,1%)	45 (80,4%)	30 (66,7%)	
Sem companheiro(a)	36 (22,5%)	10 (16,9%)	11 (19,6%)	15 (33,3%)	
Estadiamento, n (%)					0,003*
NMIBC	134 (83,8%)	43 (72,9%)	47 (83,9%)	44 (97,8%)	
MIBC	26 (16,2%)	16 (27,1%)	9 (16,1%)	1 (2,2%)	
Grau, n (%)					0,247*
Baixo	77 (48,1%)	32 (54,2%)	22 (39,3%)	23 (51,1%)	
Alto	83 (51,9%)	27 (45,8%)	34 (60,7%)	22 (48,9%)	

* Teste qui-quadrado; * Teste Kruskal-Wallis; Mdn: mediana; IQR: intervalo interquartil; EB: ensino básico; NMIBC: tumor não invasivo; MIBC: tumor invasivo.

Sexo: $\chi^2(2) = 49,238$; $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,555$. Idade: $\chi^2(2) = 24,824$, $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,156$. Escolaridade: $\chi^2(4) = 10,284$; $p = 0,036$; Cramer's $V = 0,179$. Estadiamento: $\chi^2(2) = 11,629$; $p < 0,003$; Cramer's $V = 0,270$. *Post hoc* (Kruskal-Wallis): Fumador versus Antigo fumador: $U = 1082,50$; $p < 0,001$; $r = -0,297$. Fumador versus Não fumador: $U = 605,50$; $p < 0,001$; $r = -0,465$. *Post hoc* (χ^2) resíduos estandardizados significativos: Não fumador/Masculino ($z = -2,4$). Não fumador/Feminino ($z = 5,4$). Fumador/Feminino ($z = -2,1$). Antigo fumador/Feminino ($z = -2,7$). Não fumador/MIBC ($z = -2,3$). Fumador/MIBC ($z = 2,1$).

Genericamente, o doente padrão pode ser descrito com sendo do sexo masculino (83,8%), na terceira idade [mediana (Mdn) = 67 anos], com ensino básico (52,5%), com companheira (77,5%) e diagnóstico inicial de CB não invasivo (83,8%). Observámos que 71,9% da amostra tinha história tabágica; destes, 51,3% eram fumadores ao diagnóstico.

O grupo dos não fumadores apresentava uma percentagem significativamente maior de mulheres (RE: $z = +5,4$; $p < 0,001$), idade mais avançada ao diagnóstico (Mdn = 75 anos; $p < 0,001$) e menor incidência de carcinoma invasor (RE: $z = -2,3$; $p < 0,05$). Em todas estas variáveis os antigos fumadores apresentam um resultado intermédio entre os fumadores e os não fumadores. Não foram encontradas diferenças significativas no grau histológico consoante a história tabágica.

Conhecimento do tabagismo como fator de risco para o cancro da bexiga

Por ordem decrescente, os doentes entrevistados associaram o tabagismo ao cancro do pulmão (99,4%), doença cardiovascular (95,6%), acidente vascular cerebral (86,9%) e CB (74,4%). Em contraponto, a generalidade dos doentes rejeitou o tabagismo como fator de risco para cancro da pele (81,9%), diabetes (80,6%) e cancro cólon-retal (69,4%).

Concretamente para a associação do tabaco com o CB, e distribuindo os doentes por classes tabágicas, foram os próprios fumadores os que mais frequentemente associaram o tabaco como fator de risco ($p < 0,001$; Tabela 2).

Quando questionados sobre o fator de risco mais relevante e responsável pela maior parte dos casos de CB, o tabagismo e o álcool foram os mais nomeados (43,8% e 21,3% respetivamente). Uma percentagem de 51,3% dos doentes com história tabágica e cerca de 25% dos não fumadores elegeram o tabagismo como principal etiologia ($p = 0,008$; Tabela 3). Nos não fumadores observou-se uma

maior distribuição das respostas, com atribuição de similar relevância ao tabaco, álcool e à genética.

Analisando mais pormenorizadamente os fumadores ao diagnóstico, não existiram diferenças significativas de conhecimentos entre os fumadores atuais e os ex-fumadores, tanto para a identificação do tabaco como fator de risco ($p = 0,679$), como na identificação deste como o mais relevante para o CB ($p = 0,637$).

Caracterização do contexto tabágico antes e depois do diagnóstico de cancro da bexiga

Ao diagnóstico, a maioria dos doentes com história tabágica era do sexo masculino (96,5%), com idade de início de consumo precoce (Mdn = 15 anos), longa duração de consumo (90,4% com ≥ 20 anos de consumo) e mediana de um maço/dia.

No momento da entrevista, dos fumadores ao diagnóstico ($n = 59$), 24 encontravam-se abstinentes (40,7%) e 35 mantinham o consumo (59,3%), o que resulta numa prevalência de tabagismo atual de 21,9% (35/160 doentes) no momento da entrevista.

Dos fumadores atuais ($n = 35$), 26 reduziram (74,3%), 8 mantiveram (22,9%) e 1 aumentou (2,9%) o consumo após o diagnóstico. Os fumadores atuais que reduziram o consumo identificaram o tabaco como principal facto de risco mais frequentemente que os que não reduziram (57,7% vs 22,2%), mas não foi possível demonstrar a significância estatística ($p = 0,121$; Tabela 4).

Fumador atual versus ex-fumador: análise univariada

Os fumadores atuais apresentavam, em comparação com os ex-fumadores, um contexto tabágico semelhante, mas com indicadores de dependência nicotínica e ansiedade mais elevados, no entanto sem diferenças significativas (Tabela 5).

Relativamente às variáveis clínicas, os ex-fumadores apresentavam contextos clínicos um pouco mais graves,

Tabela 2 – Tabaco como fator de risco para cancro da bexiga por classes tabágicas

	Sim	Não	p < 0,001*
Fumador, n (%)	53 (89,8%)	6 (10,2%)	
Antigo fumador, n (%)	41 (73,2%)	15 (26,8%)	
Não fumador, n (%)	25 (55,6%)	20 (44,4%)	
Total	119 (74,4%)	41 (25,6%)	

* Teste qui-quadrado. $\chi^2 (2) = 15,797$; $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,314$.

Tabela 3 – Principal fator de risco para CB por classes de tabagismo

	Tabagismo	Outro fator de risco	p 0,008*
Fumador, n (%)	31 (52,5%)	28 (47,5%)	
Antigo fumador, n (%)	28 (50,0%)	28 (50,0%)	
Não fumador, n (%)	11 (24,4%)	34 (75,6%)	
Total	70 (43,8%)	90 (56,2%)	

* Teste qui-quadrado. $\chi^2 (2) = 9,557$; $p = 0,008$; Cramer's $V = 0,224$. Post hoc (χ^2) resíduos estandarizados significativos: Não fumador/Tabagismo ($z = -2,0$)

Tabela 4 – Relação do comportamento tabágico com o conhecimento do tabaco como principal fator de risco para cancro da bexiga em fumadores atuais

	Com redução do consumo (n = 26)	Sem redução do consumo (n = 9)	p 0,121#
Identificação correta do principal fator de risco, n (%)	15 (57,7%)	2 (22,2%)	
Sem identificação correta do principal fator de risco, n (%)	11 (42,3%)	7 (77,8%)	

Teste Exato de Fisher. $p = 0,121$; OR = 4,773 (IC95% 0,826 – 27,562).

Tabela 5 – Análise univariada entre fumadores atuais e ex-fumadores

	Fumador atual (n = 35)	Ex-fumador (n = 24)	p
Sexo, n (%)			1#
Masculino	33 (94,3%)	23 (95,8%)	
Feminino	2 (5,7%)	1 (4,2%)	
Idade, anos, Mdn (IQR)	60 (12)	62,5 (13)	0,665□
Escolaridade, n (%)			0,531#
Sem/EB incompleto	4 (11,4%)	1 (4,1%)	
Ensino Básico (EB)	16 (45,7%)	14 (58,3%)	
Acima de EB	15 (42,9%)	9 (37,5%)	
Estado Civil, n (%)			0,506#
Sem companheiro	7 (20,0%)	3 (12,5%)	
Com companheiro	28 (80,0%)	21 (87,5%)	
Outros Fumadores em casa, n (%)			0,005*
Sim	14 (40,0%)	1 (4,2%)	
Não	21 (60,0%)	23 (95,8%)	
Nº cigarros/dia, Mdn (IQR)	20 (10)	20 (14)	0,821□
Unidades maço-ano, Mdn (IQR)	49 (34,5)	48,5 (27,75)	0,763□
Duração do consumo, Mdn (IQR)	45 (16)	48 (16)	0,865□
Idade de início de consumo, Mdn (IQR)	15 (5)	15,5 (4)	0,190□
Dependência Nicotínica (TFDN), Mdn (IQR)	5 (3)	4 (2)	0,177
Tempo até 1º cigarro, n (%)			0,113*
< 5 min	12 (34,3%)	3 (12,5%)	
> 5 min	23 (65,7%)	21 (87,5%)	
BIPQ-Consequências, Mdn (IQR)	2 (4)	3 (3)	0,313□
BIPQ-Preocupação, Mdn (IQR)	5 (5)	5 (4)	0,524□
HADS – Ansiedade, n (%)			0,140*
Normal (< 8 pontos)	20 (57,1%)	19 (79,2%)	
Anormal (≥ 8 pontos)	15 (42,9%)	5 (20,8%)	
HADS - Depressão, n (%)			1*
Normal (< 8 pontos)	27 (77,1%)	18 (75,0%)	
Anormal (≥ 8 pontos)	8 (22,9%)	6 (25,0%)	
Estadiamento, n (%)			0,554*
NMIBC	27 (77,1%)	16 (66,7%)	
MIBC	8 (22,9%)	8 (33,3%)	
Grau, n (%)			0,783*
Baixo	20 (57,1%)	12 (50,0%)	
Alto	15 (42,9%)	12 (50,0%)	
Tratamento (após RTU diagnóstica), n (%)			0,797#
Vigilância	15 (42,9%)	8 (33,3%)	
Ciclos de Instilações vesicais	11 (31,4%)	7 (29,2%)	
Cistectomia radical	8 (22,9%)	8 (33,3%)	
Quimioterapia neoadjuvante	1 (2,9%)	1 (4,2%)	
Nº de RTU-Vs, n (%)			0,856*
Uma	21 (60,0%)	13 (54,2%)	
2ª look	14 (40,0%)	11 (45,8%)	

* Teste qui-quadrado; # Teste Exato de Fisher; □ Teste Mann-Whitney. RTU-V: ressecção trans-uretral de lesão vesical. Outros fumadores em casa: $\chi^2(1) = 9,642$; $p = 0,005$; $\phi = 0,404$.

com maior percentagem de tumor invasivo (33,3% vs 22,9%; $p = 0,554$), alto grau histológico (50,0% vs 42,9%; $p = 0,783$), e consequente necessidade de cistectomia (33,3% vs 22,9%; $p = 0,797$), mas nenhuma destas variáveis clínicas atingiu a significância, tal como nas variáveis sociodemográficas.

A única variável que atingiu a significância foi a presença de outros fumadores na habitação em 40,0 % dos fumadores atuais *versus* 4,2 % nos ex-fumadores ($p = 0,005$; $\Phi = 0,404$).

Atuação médica na promoção da cessação tabágica

A maioria dos fumadores ao diagnóstico refere ter recebido aconselhamento por parte do seu urologista (83,1%) para a cessação tabágica. Todavia, apenas um doente (1,7%) recebeu apoio mais diferenciado para deixar de fumar, neste caso, referência para consulta de apoio ao fumador. Não foram encontradas diferenças significativas de atuação entre fumadores atuais e ex-fumadores ($p = 0,506$).

DISCUSSÃO

Não obstante os benefícios conhecidos da cessação tabágica, uma parte significativa dos doentes com CB continua a fumar, com risco de agravamento do prognóstico, da qualidade de vida e de ocorrência de neoplasias secundárias.

A amostra incluída neste estudo é consistente com estudos anteriores, constituída principalmente por homens, idosos, com uma longa história tabágica e carcinoma não invasor.^{7,21,22} O género feminino era na sua quase totalidade não fumador, refletindo os padrões de consumo no passado em que as mulheres não eram habitualmente fumadoras. De salientar que o tabagismo ao diagnóstico parece condicionar uma maior precocidade e extensão do CB, corroborando estudos epidemiológicos que apontam para uma associação entre o tabagismo e o tumor músculo-invasivo.^{23,24}

Um ponto importante na modificação de comportamentos de risco é a perceção da sua associação com as consequências, na medida em que potencia a motivação dos doentes para a sua correção.¹³ Em estudos prévios, o conhecimento do tabaco como fator de risco para o CB variou entre 58,4% e 86% da amostra.²⁵⁻²⁷ Neste estudo, 74,4% dos doentes associou o tabaco com o CB, com uma diferença significativa de conhecimento entre fumadores e não fumadores (89,8% vs 55,6%). Para justificar esta diferença poderão ter contribuído as recomendações e os alertas dos urologistas, habitualmente a principal fonte de informação dos fumadores.^{7,25} Tal como em estudos prévios, os doentes estabeleceram uma relação mais direta do tabaco com outras patologias, nomeadamente com o cancro do pulmão e a doença cardiovascular, do que com o seu próprio cancro.^{7,25,27} Tal decorre, possivelmente, da baixa divulgação da relação do tabaco com o CB na população em geral.^{7,25,26}

A relação entre o cancro e o tabagismo é frequentemente estabelecida pela população, mesmo para cancros não

relacionados com o tabaco. Desta forma, para avaliar a real importância que os doentes atribuem ao tabaco na etiologia do CB, foi-lhes questionado qual o principal fator de risco para esta neoplasia. Apenas 51,3% dos doentes com história tabágica e cerca de 25% dos não fumadores elegeram o tabagismo como a principal etiologia, valores abaixo do publicado na literatura.²⁷ Estes valores baixos poderão ajudar a explicar o facto de muitos destes doentes continuarem a fumar. Porém, no nosso estudo não foi demonstrada associação entre o conhecimento dos fatores de risco e a abstinência após o diagnóstico.

Neste trabalho obteve-se uma prevalência de tabagismo atual de 21,9%, um valor elevado e comparável com a população geral,²⁸ mas em linha com trabalhos publicados anteriormente, tanto para o CB,^{16,22,27} como para outros cancros relacionados com o tabaco.²⁹⁻³¹ Várias explicações para este achado são avançadas por Ostroff *et al*²¹ nomeadamente: história de elevada carga tabágica; diagnóstico maioritariamente de CB não invasivo, com potencial de cura e de sobrevivência; insuficiente reconhecimento da importância do tabaco para a génese e progressão do CB; insuficiente educação e promoção da abstinência por parte dos urologistas. Segundo McBride *et al*,¹³ o diagnóstico oncológico, em particular se provocado pelo tabagismo, oferece uma janela de oportunidade para a promoção da abstinência, beneficiando da perceção aumentada de risco pelo doente. Todavia, estudos demonstram que menos de metade dos doentes oncológicos fumadores ao diagnóstico se mantêm abstinentes.³²⁻³⁵ Em trabalhos com CB, Vilenku *et al*²² e Bassett *et al*⁷ obtiveram 42% e 48% de abstinência após o diagnóstico. Neste estudo, e em linha com a alta prevalência, apenas 40,7% dos fumadores ao diagnóstico abandonaram o consumo, uma percentagem baixa que parece indicar que este *teachable moment* não está a ser adequadamente aproveitado, tanto pelos doentes na mudança de hábitos, como pelos médicos para uma atuação mais incisiva.

O impacto psicológico do diagnóstico é fundamentalmente inicial e enquanto decorrem os tratamentos, com propensão a desvanecer à medida que a sensação aguda de risco diminui. Neste trabalho, a maioria dos doentes encontrava-se em vigilância, o que pode justificar a elevada percentagem de tabagismo ativo observada. É no período peri-diagnóstico que ocorrem a maioria das recaídas, podendo ser considerado que um doente abstinente aos seis meses tem menor possibilidade de recaída futura.^{33,36,37} Desta forma, é de salientar a importância do contexto e a intervenção inaugural, já que neste estudo a totalidade dos ex-fumadores após o diagnóstico refere ter abandonado o consumo até seis meses após o diagnóstico.

Dada a importância do estudo dos padrões de tabagismo e o parco número de estudos em doentes com CB, vários tipos de variáveis foram avaliadas neste trabalho, na tentativa de diferenciar os doentes que mantiveram o consumo dos que entraram em abstinência após o diagnóstico. Os resultados revelaram apenas uma variável significativamente diferente entre estes - a presença de outros

fumadores em casa. Este resultado aponta para a influência do *cluster* familiar no comportamento tabágico do doente com CB. De facto, a presença de outros fumadores em casa tem sido consistentemente considerado como um forte e transversal preditor de tabagismo, tanto em indivíduos com cancro^{33,34,38-40} ou doenças cardiovasculares,⁴¹ como na população em geral.^{39,42} Esta interligação do consumo entre familiares torna necessária a multiplicação dos esforços dos médicos na promoção da cessação, habitualmente centrada no doente fumador, mas dirigida igualmente ao contexto familiar em que este se insere.

Um outro importante achado deste trabalho, potencialmente relevante para a prática clínica, é que a cessação tabágica não se associou com a gravidade da apresentação nem com a agressividade do tratamento. Isto ocorre possivelmente por estes doentes mais graves terem visões fatalistas, de inevitabilidade ('o mal já está feito') ou uma falsa sensação de segurança ('retirada a bexiga, retirou-se a fonte do cancro'), que justifiquem a manutenção do tabagismo.^{43,44} Este achado é coerente com estudos em doentes com cancro do pulmão e cabeça/pescoço submetidos a tratamentos cirúrgicos extensos, em que uma porção significativa dos doentes retomou o consumo um ano após a cirurgia.³⁶ Ao contrário, Ostroff *et al*²¹ mostrou que doentes diagnosticados com CB mais avançado tinham 2,8 vezes mais possibilidade de se tornarem abstinente. No entanto, nesse estudo não foram incluídos tumores invasivos/cistectomizados, o que pode explicar a discrepância para o presente estudo.

Relativamente à atuação médica na educação e promoção da cessação, observou-se que a maioria dos fumadores ao diagnóstico recebeu aconselhamento para deixar de fumar, todavia, apenas um destes (1,7%) recebeu apoio suplementar (terapia farmacológica, de substituição nicotínica ou comportamental). Estes resultados comprovam o que estudos anteriores concluíram, que a assistência dos urologistas a fumadores em contexto do CB é insuficiente, baseando-se fundamentalmente no aconselhamento.^{27,45-47} Os urologistas e os médicos de família, pressionados pelos constrangimentos do tempo de consulta, sentem que a promoção de cessação é pouco eficiente e desapontante, o que pode justificar o pouco investimento na prática clínica diária.⁴⁶⁻⁴⁹

Este estudo apresenta algumas limitações, para além das referidas anteriormente, que deverão ser tidas em conta na apreciação das conclusões: 1) o desenho transversal do estudo prejudica a atribuição de causalidade dos dados 2) os doentes não participantes eram mais velhos

e do sexo feminino, duas características associadas à ausência de tabagismo - este facto poderá ter condicionado uma sobrevalorização da taxa de fumadores 3) os dados da história tabágica foram baseados nas entrevistas, sem a confirmação bioquímica da abstinência, existindo o risco da subestimação do número de fumadores ativos^{50,51} 4) o tempo entre o diagnóstico e a entrevista não foi homogéneo, o que acarreta um risco inerente de viés de memória.

CONCLUSÃO

Neste primeiro estudo com doentes portugueses o consumo de tabaco permanece uma questão substancial na gestão do doente com CB. O tabagismo não é adequadamente reconhecido como a principal etiologia de CB. Este desconhecimento, aliado à reconhecida dificuldade na abstinência tabágica e ao défice de estratégias promotoras de cessação tabágica, poderão contribuir para a elevada prevalência de fumadores atuais.

Conclui-se que os urologistas devem assumir um papel mais ativo na promoção da cessação, pelo que a inclusão de protocolos de atuação tabágica na prática clínica poderá ser uma opção recomendável, com a apreciação do contexto tabágico familiar para a potenciação da cessação tabágica.

Como perspetiva futura, a avaliação do comportamento tabágico após o diagnóstico em doentes portugueses com outras patologias oncológicas poderá ser pertinente face à parca informação disponível.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Miyazaki J, Nishiyama H. Epidemiology of urothelial carcinoma. *Int J Urol*. 2017;24:730-4.
- Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editores. *World Health Organization pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs* 2004. Lyon: IARC Press; 2004. [Consultado 2016 jun 07]. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb7/BB7.pdf>.
- Cheung G, Sahai A, Billia M, Dasgupta P, Khan MS. Recent advances in the diagnosis and treatment of bladder cancer. *BMC Med*. 2013;11:13.
- Ploeg M, Aben KK, Kiemeny LA. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. *World J Urol*. 2009;27:289-93.
- Miranda N, Portugal C, Nogueira P, Farinha C, Oliveira A, Soares A, et al. Portugal- doenças oncológicas em números 2015. Lisboa; 2016. Direção Geral de Saúde. [Consultado 2016 Mar 02]. Disponível em: www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015.aspx.

- ARTIGO ORIGINAL
6. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, Grossman HB, Herr H, Karakiewicz P, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol.* 2013;63:234-41.
 7. Bassett JC, Gore JL, Chi AC, Kwan L, McCarthy W, Chamie K, et al. Impact of a bladder cancer diagnosis on smoking behavior. *J Clin Oncol.* 2012;30:1871-8.
 8. Sylvester RJ. Natural history, recurrence, and progression in superficial bladder cancer. *Scientific World Journal.* 2006;6:2617-25.
 9. Rink M, Crivelli JJ, Shariat SF, Chun FK, Messing EM, Soloway MS. Smoking and bladder cancer: a systematic review of risk and outcomes. *Eur Urol Focus.* 2015;1:17-27.
 10. Rink M, Furberg H, Zabor EC, Xylinas E, Babjuk M, Pycha A, et al. Impact of smoking and smoking cessation on oncologic outcomes in primary non-muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol.* 2013;63:724-32.
 11. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ.* 2010;340:b5569.
 12. Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer.* 2006;106:17-27.
 13. McBride CM, Ostroff JS. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer Control.* 2003;10:325-33.
 14. Ostroff J, Dhingra L. Smoking cessation and cancer survivors. In: Feuerstein M, editor. *Handbook of Cancer Survivorship.* Washington: Springer; 2007. p. 303-22.
 15. Rink M, Xylinas E, Babjuk M, Pycha A, Karakiewicz PI, Novara G, et al. Smoking reduces the efficacy of intravesical bacillus Calmette-Guerin immunotherapy in non-muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol.* 2012;62:1204-6.
 16. Westmaas JL, Alcaraz KI, Berg CJ, Stein KD. Prevalence and correlates of smoking and cessation-related behavior among survivors of ten cancers: findings from a nationwide survey nine years after diagnosis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23:1783-92.
 17. Castaldelli-Maia JM, Carvalho CF, Armentano F, Frallonardo FP, Alves TC, Andrade AG, et al. Outcome predictors of smoking cessation treatment provided by an addiction care unit between 2007 and 2010. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:338-46.
 18. Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev Port Saúde Pública.* 2009;27:37-56.
 19. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Kim SY, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine Tob Res.* 2007;9:S555-70.
 20. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med.* 2007;12:225-35.
 21. Ostroff J, Garland J, Moadel A, Fleshner N, Hay J, Cramer L, et al. Cigarette smoking patterns in patients after treatment of bladder cancer. *J Cancer Educ.* 2000;15:86-90.
 22. Vilensky D, Lawrentschuk N, Hersey K, Fleshner NE. A smoking cessation program as a resource for bladder cancer patients. *Can Urol Assoc J.* 2012;6:E167-73.
 23. Sturgeon SR, Hartge P, Silverman DT, Kantor AF, Linehan WM, Lynch C, et al. Associations between bladder cancer risk factors and tumor stage and grade at diagnosis. *Epidemiology.* 1994;5:218-25.
 24. Jiang X, Castela JE, Yuan JM, Stern MC, Conti DV, Cortessis VK, et al. Cigarette smoking and subtypes of bladder cancer. *Int J Cancer.* 2012;130:896-901.
 25. Bassett JC, Gore JL, Kwan L, Ritch CR, Barocas DA, Penson DF, et al. Knowledge of the harms of tobacco use among patients with bladder cancer. *Cancer.* 2014;120:3914-22.
 26. Anastasiou I, Mygdalis V, Mihalakis A, Adamakis I, Constantinides C, Mitropoulos D. Patient awareness of smoking as a risk factor for bladder cancer. *Int Urol Nephrol.* 2010;42:309-14.
 27. Guzzo TJ, Hockenberry MS, Mucksavage P, Bivalacqua TJ, Schoenberg MP. Smoking knowledge assessment and cessation trends in patients with bladder cancer presenting to a tertiary referral center. *Urology.* 2012;79:166-71.
 28. Nunes E, Narição M, Nogueira PJ, Farinha C, Somsen E, Soares A, et al. Portugal - Prevenção e controlo do tabagismo em números – 2014. Lisboa: DGS; 2014.
 29. Underwood JM, Townsend JS, Tai E, White A, Davis SP, Fairley TL. Persistent cigarette smoking and other tobacco use after a tobacco-related cancer diagnosis. *J Cancer Surviv.* 2012;6:333-44.
 30. Ostroff JS, Jacobsen PB, Moadel AB, Spiro RH, Shah JP, Strong EW, et al. Prevalence and predictors of continued tobacco use after treatment of patients with head and neck cancer. *Cancer.* 1995;75:569-76.
 31. Burris JL, Studts JL, DeRosa AP, Ostroff JS. Systematic review of tobacco use after lung or head/neck cancer diagnosis: results and recommendations for future research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24:1450-61.
 32. Aveyard P, Adab P, Cheng KK, Wallace DM, Hey K, Murphy MF. Does smoking status influence the prognosis of bladder cancer? A systematic review. *BJU Int.* 2002;90:228-39.
 33. Hopenhayn C, Christian WJ, Christian A, Studts J, Mullet T. Factors associated with smoking abstinence after diagnosis of early stage lung cancer. *Lung Cancer.* 2013;80:55-61.
 34. Kim H, Kim MH, Park YS, Shin JY, Song YM. Factors that predict persistent smoking of cancer survivors. *J Korean Med Sci.* 2015;30:853-9.
 35. Tseng TS, Lin HY, Moody-Thomas S, Martin M, Chen T. Who tended to continue smoking after cancer diagnosis: the national health and nutrition examination survey 1999-2008. *BMC Public Health.* 2012;12:784.
 36. Simmons VN, Litvin EB, Jacobsen PB, Patel RD, McCaffrey JC, Oliver JA, et al. Predictors of smoking relapse in patients with thoracic cancer or head and neck cancer. *Cancer.* 2013;119:1420-7.
 37. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15:2370-7.
 38. Berg CJ, Thomas AN, Mertens AC, Schauer GL, Pinsky EA, Ahluwalia JS, et al. Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers. *Psychooncology.* 2013;22:799-806.
 39. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction.* 2004;99:770-7.
 40. Kashigar A, Habbous S, Eng L, Irish B, Bissada E, Irish J, et al. Social environment, secondary smoking exposure, and smoking cessation among head and neck cancer patients. *Cancer.* 2013;119:2701-9.
 41. Kim HE, Song YM, Kim BK, Park YS, Kim MH. Factors associated with persistent smoking after the diagnosis of cardiovascular disease. *Korean J Fam Med.* 2013;34:160-8.
 42. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med.* 2008;102:1182-92.
 43. Quaipe SL, McEwen A, Janes SM, Wardle J. Smoking is associated with pessimistic and avoidant beliefs about cancer: results from the International Cancer Benchmarking Partnership. *Br J Cancer.* 2015;112:1799-804.
 44. Schnoll RA, Malstrom M, James C, Rothman RL, Miller SM, Ridge JA, et al. Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. *Patient Educ Couns.* 2002;46:137-45.
 45. Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ.* 2004;328:397-9.
 46. Sosnowski R, Przewozniak K. The role of the urologist in smoking cessation: why is it important? *Urol Oncol.* 2015;33:30-9.
 47. Bjurlin MA, Goble SM, Hollowell CM. Smoking cessation assistance for patients with bladder cancer: a national survey of American urologists. *J Urol.* 2010;184:1901-6.
 48. Strobe SA, Montie JE. The causal role of cigarette smoking in bladder cancer initiation and progression, and the role of urologists in smoking cessation. *J Urol.* 2008;180:31-7.
 49. Farley A, Koshariar C, Oke J, Ryan R, Szatkowski L, Stevens R, et al. Physician support of smoking cessation after diagnosis of lung, bladder, or upper aerodigestive tract cancer. *Ann Fam Med.* 2017;15:443-50.
 50. Thong AE, Petruzella S, Orlov I, Zabor EC, Ehsaie B, Ostroff JS, et al. Accuracy of self-reported smoking exposure among bladder cancer patients undergoing surveillance at a tertiary referral center. *Eur Urol Focus.* 2016;2:441-4.
 51. Connor Gorber S, Schofield-Hurwitz S, Hardt J, Levasseur G, Tremblay M. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine Tob Res.* 2009;11:12-24.