

**FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO DO GRUPO DE APOIO AO
TABAGISTA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 342
PACIENTES CONSECUTIVOS**

ANDREA COTAIT AYOUB

Dissertação apresentada à Fundação Antônio Prudente
para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Oncologia

ORIENTADOR: PROF. DR.
RIAD NAIM YOUNES

CO-ORIENTADORA: DRA.
MARIA TEREZA DUARTE DA CRUZ LOURENÇO



São Paulo
2001



FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa
Hospital do Câncer A.C. Camargo

Ayoub, Andrea Cotait

Fatores preditivos de sucesso do grupo de apoio ao tabagista: uma análise retrospectiva de 342 pacientes consecutivos / Ayoub, Andrea Cotait. - São Paulo, 2001.

106p

Dissertação(mestrado)—Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Riad Naim Younes.

Descritores: 1. TABAGISMO. 2. CIGARRO. 3. CESSAÇÃO CIGARRO. 3. NICOTINA. 4. TERAPIA GRUPO.

*Ao meu marido Ali,
pelo eterno incentivo no meu crescimento profissional.*

*Aos meus filhos, Omar e Ibrahim,
minha maior felicidade.*

*À minha mãe Leila,
pelo carinho e dedicação em cuidar dos meus filhos,
possibilitando o meu desenvolvimento profissional.*

*Aos meus irmãos, Fuad e Fernanda
pelo incentivo para o término desta jornada.*



AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Riad Naim Younes, meu orientador, por ter proporcionado mais uma importante etapa na minha vida profissional. Pela competência, dedicação e amizade durante todo meu trajeto no mestrado.

À Dra. Maria Tereza Duarte da Cruz Lourenço, pelas valiosas contribuições na orientação deste trabalho.

À amiga e enfermeira Yara Boaventura da Silva, cujos conselhos, amizade e apoio muito me ajudaram neste trabalho.

À Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre e a estatística Karina de Cássia Braga Ribeiro, pela atenção durante o estudo estatístico.

Às Sras. Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari e Márcia Miwa Hiratami do Serviço de Pós-Graduação e a bibliotecária Suely Francisco do Serviço de Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo, que foram sempre prestativas.

À Tatiana Iafuso e Cleide Marques da Silva, pela valiosa contribuição na coleta de dados.

À todos que de alguma maneira contribuíram para realização deste trabalho.

RESUMO

O tabaco é o maior fator no desenvolvimento de doenças, que resulta em altas taxas de morbidade e mortalidade. Doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer, entre outras são diretamente associadas com o tabaco. Parar de fumar é um método individual importante para diminuir a incidência e prevalência da mortalidade das doenças relacionadas ao tabaco. Ajudar os indivíduos a permanecerem sem fumar é um objetivo em saúde pública.

Os mais eficientes programas para parar de fumar são baseados em múltiplos métodos e incluem reposição de nicotina, uso antidepressivos e terapia comportamental. Apesar dos estudos publicados, poucos avaliam os fatores preditivos para o sucesso dos programas anti-tabagistas.

O presente estudo identifica os fatores prognósticos dos fumantes em grupos de riscos para o sucesso do programa após a abordagem do Grupo de Apoio ao Tabagista nos períodos de 1, 3, 6, 9 e 12 meses e avalia a taxa de sucesso com seguimento desses períodos.

Trata-se de estudo retrospectivo de 342 fumantes adultos consecutivos, sem doenças psiquiátricas, admitidos no Grupo de Apoio ao Tabagista do Hospital do Câncer A.C. Camargo em Agosto de 1997 e Junho de 1999. Foram submetidos a exames de rotina: histórico, exame físico e psicológico, raio-x de tórax e preencheram três questionários: ARU Smoking Questionnaire traduzido do original utilizado pela Addiction Research Unit of Maudsley Hospital (Inglaterra), ARU Smoking Motivation Questionnaire e teste de Fagerström para dependência de nicotina. Foram orientados a parar de fumar, usar adesivo transdérmico de nicotina (30 mg), a usar antidepressivo

quando indicado pelo psiquiatra e encorajados a participar do grupo de apoio com duração de quatro semanas.

As variáveis dos questionários foram avaliadas separadamente na análise univariada nos períodos de seguimento. A análise multivariada (regressão logística) foi utilizada para identificar os fatores preditivos independentes para o sucesso do programa nos períodos de seguimento. Considerou-se diferença significativa para $p < 0,05$.

Os fatores preditivos do sucesso no nosso programa na análise univariada foram: participar do Programa de Apoio ao Tabagista, o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar, ter realizado o método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo, antecedente de doença pulmonar obstrutiva crônica, teste de Fagerström “score” entre 2 e 8, consumir até 20 cigarros por dia, tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias, ter muita vontade de parar de fumar, fumar automaticamente sem perceber que está fumando, sentir dificuldade de ficar sem fumar.

Os fatores preditivos do sucesso no nosso programa na análise multivariada foram: participar do Programa de Apoio ao Tabagista, o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar, ter realizado o método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo, antecedente de doença pulmonar obstrutiva crônica, teste de Fagerström “score” entre 2 e 8, apresentar sintoma de chiado, não ser preocupado com o aumento de peso ao parar de fumar.

As taxas de sucesso dos indivíduos que participaram do Grupo de Apoio ao Tabagista nos períodos de seguimento foram de 79,6% em trinta dias, 51,3% em três meses, 42,5% em seis meses, 39,8% em nove meses e 39,8% em doze meses. O Programa de Apoio ao Tabagista que associou a reposição de nicotina e a orientação

comportamental em grupo apresentou resultados semelhantes à literatura especializada, mostrando-se eficaz para a nossa população de fumantes.

SUMMARY

Cigarette smoking is a major risk factor for the development of diseases, leading to high morbidity and mortality. Cardiovascular disease, COPD, and cancer, among other diseases, are directly associated with tobacco smoking. Stopping smoking was pointed out as the single most important intervention that could significantly decrease the incidence, and prevent the mortality from the tobacco-related diseases. Helping cigarette smokers to permanently stop smoking is the major objective of public health.

Studies suggest that some factors may influence the susceptibility to stop smoking. The more efficient programs for stopping smoking are based on multiple methods and include nicotine replacement, antidepressant administration and behavioral therapy. Despite many published studies, few evaluate the predictive factors involved in the success of the anti-smoking programs.

The current study identifies the prognostic factors of the smokers, in risk groups, for the success of the program after the interaction of the anti-smoking support group, in the periods of 1,3,6,9 and 12 months and evaluates the success rate with 12 month follow-up.

It is a retrospective study of 342 consecutive adult smokers, with no psychiatric disorders, admitted to the anti-smoking support group of cancer Hospital A.C. Camargo in between August 1997 and June 1999.

All smokers who entered the program were submitted to routine check-up: medical history, physical examination, psychological examination, chest x-ray and filled in three questionnaires: ARU Smoking Questionnaire, translated from the original utilized in the Addiction Research Unit of Maudsley Hospital (England); ARU Smoking Motivation Questionnaire and Fagerström Test for Nicotine Dependence. All

of them were oriented to stop smoking, to use transdermal nicotine patch (30 mg) and to take antidepressants as prescribed by the psychiatrist. All patients were encouraged to participate in the support during 4 weeks.

All variables from the questionnaires were separately evaluated in the univariable analysis of the follow-up periods. The multivariate analysis (logistic regression) was utilized to identify the independent predictive factors for the success of the program in the follow-up periods. Differences were considered significant for $p < 0.05$.

The predictive factors of success in our univariate analysis program were: participation in the Anti-smoking Support Group, the spouse being strongly against the smoking habit, having the method of abrupt interruption to stop smoking, COPD, Fagerström Test a score between 2 and 8, smoking 20 cigarettes a day, having had the intention to abandon smoking in the last 30 days, having had a firm will to stop smoking, to automatically smoke without noticing to be smoking, to feel difficulty to stay away from smoking.

The predictive factors of success in our multivariate analysis program were: participation in the Anti-smoking Support Group, the spouse being strongly against the smoking habit, having the method of abrupt interruption to stop smoking, COPD, Fagerström Test a score between 2 and 8, smoking 20 cigarettes a day, wheezing, weight gain.

The rate of success from the patients that entered the Anti-Smoking Support Group of the Cancer Hospital in the follow-up periods were: 79.6% in 30 days, 51.3% in 3 months, 42.5% in 6 months, 39.8% in 9 months and 39.8% in 12 months.

The Support Program to the smoker, which combines nicotine replacement and behavioral orientation in group, shows similar results to the medical literature, proving to be efficient in our smoking population.

ÍNDICE

RESUMO

SUMMARY

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	17
3. METODOLOGIA	18
3.1 – Casuística	21
3.2 – Análise Estatística	21
3.3. – Seguimento	22
4. RESULTADOS	23
4.1 – Fatores prognósticos – análise univariada	26
4.1.1 – Fatores significativos para o sucesso do programa	26
4.2. – Fatores prognósticos – análise multivariada	31
4.2.1 – Fatores signitcativos para o sucesso do programa	32
4.3 – Fatores que não foram significativos – análise univariada	35
5. DISCUSSÃO	53
6. CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	
ANEXO 1	

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Análise univariada para o sucesso do programa, segundo o período de seguimento. São Paulo,1999.....	29
Tabela 2 – Análise multivariada para os fatores associados ao sucesso do programa, segundo o período de seguimento. São Paulo, 1999....	34
Tabela 3 – Análise univariada dos fatores que não foram significativos para o sucesso do programa no questionário “Anamnese e Exame Físico”. São Paulo, 1999.....	38
Tabela 4 – Análise univariada dos fatores que não foram significativos para o sucesso do programa no questionário “ARU Smoking Questionnaire”. São Paulo, 1999.....	44
Tabela 5 – Análise univariada dos fatores que não foram significativos para o sucesso do programa no questionários “ARU Smoking Motivation Questionnaire”. São Paulo, 1999.....	49

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ter realizado o curso no Grupo de Apoio ao Tabagista.....	Anexo 12
Gráfico 2 – Opinião do cônjuge sobre o hábito de fumar.....	Anexo 13
Gráfico 3 – Método de interrupção abrupta utilizado para cessação do tabaco.....	Anexo 14
Gráfico 4 – Antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica.....	Anexo 15
Gráfico 5 – “Score” obtido no Teste de Fagerström.....	Anexo 16
Gráfico 6 – Consumo de cigarro ao dia.....	Anexo 17
Gráfico 7 – Intenção de abandono do fumo em dias.....	Anexo 18
Gráfico 8 – Querer mesmo parar de fumar	Anexo 19
Gráfico 9 – Fumar principalmente quando está calmo.....	Anexo 20

**Gráfico 10 – Fumar automaticamente, sem perceber que está
fumando.....Anexo 21**

Gráfico 11 – Achar difícil ficar sem fumar.....Anexo 22

Gráfico 12 – Opinião do cônjuge.....Anexo 23

**Gráfico 13 – Preocupação em ganhar peso se parar de
fumar.....Anexo 24**

Gráfico 14 – Presença de sintoma de chiado.....Anexo 25

1. INTRODUÇÃO

O tabaco é considerado pela Organização Mundial da Saúde “a maior causa isolada e evitável de doenças e mortes no mundo” (BELO, 1991; FIORI, 1992; BRASIL, 1993; PRANTE, 1996) e é responsável por uma a cada cinco ou 435.000 mortes a cada ano nos Estados Unidos (BLUM, 1997; FIORI, 1992).

Nos países em desenvolvimento, o número de mortes a cada ano se elevará de um milhão em 1995 a sete milhões em 2025, num total de dez milhões de mortes no mundo decorrentes do tabagismo (PRANTE, 1996). Nos países desenvolvidos, as doenças relacionadas ao tabaco matam anualmente dois milhões de pessoas e, caso os padrões atuais de consumo de cigarros continuem, esse número passará a três milhões de mortes por volta do ano 2025 (PRANTE, 1996).

Estima-se que no Brasil, a cada ano, 80 mil pessoas morrem precocemente devido o tabagismo, número que vem aumentando progressivamente (BRASIL, 1996). Isso significa que cerca de oito brasileiros morrem por hora por causa do cigarro (BRASIL, 1996). Calcula-se que aproximadamente 35% dos homens são fumantes (LARANJEIRA et al, 1998). Aproximadamente 50% da população adulta americana nunca fumou, 25% são fumantes (FERREIRA, 1996) e 25% são ex-fumantes (HUGHES et al, 1996). No Brasil a indústria do fumo emprega 650 mil pessoas no meio rural e 30 mil nas fábricas. São números expressivos.

O cigarro é reconhecido como o fator mais importante para determinar o câncer no homem (BLUM, 1997; HUGHES et al, 1996). É responsável por aproximadamente 78% dos cânceres de traquéia, pulmões e brônquios, 77% de laringe, 63% dos lábios, cavidade oral e faringe, 58% do esôfago entre outras localizações (PRANTE, 1996).

Associa-se também ao cigarro, 30% das mortes por doenças cardiovasculares, 80% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 46% das mortes por úlceras pépticas (HUGHES et al, 1996; PRANTE, 1996).

Os órgãos em contato direto com a fumaça – cavidade oral, esôfago, pulmão e brônquios – têm maior risco de desenvolver neoplasia maligna nos fumantes. Outros órgãos e tecidos nesses indivíduos, também têm risco aumentado de câncer (NEWCOMB e CARBONE, 1992).

A osteoporose é associada também ao consumo do cigarro, porém em menor letalidade (FERREIRA, 1996).

No Brasil, três das dez primeiras localizações primárias dos cânceres (trato respiratório, esôfago e pâncreas) que mais matam a população estão ligadas ao tabagismo. A doença pulmonar obstrutiva crônica é muito mais comum nos fumantes a partir dos 40 anos de idade, porém, a medida que os jovens iniciam-se cada vez mais cedo no tabagismo, cresce a tendência da doença se instalar em idades mais precoces (BRASIL, 1993).

Além dos males causados pelo tabaco ao fumante, deve ser considerado também que muitas pessoas que não fumam absorvem e metabolizam as substâncias da fumaça do cigarro (BLUM, 1997). Essa fumaça é reconhecida como carcinógeno pulmonar, responsável por aproximadamente 3 mil mortes por câncer de pulmão, nos E.U.A., em não fumantes. Em crianças submetidas a essa exposição, associa-se o aumento do risco de infecções do trato respiratório inferior, como bronquite e pneumonia, além do aumento de otite serosa, sintomas de irritação do trato respiratório superior e pequena redução da função pulmonar (FIORI, 1996). Fumar durante a gravidez traz sérios riscos. Abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de

recém-nascidos, complicações placentárias e episódios de hemorragia ocorrem com mais frequência quando a mulher grávida consome cigarro (BRASIL, 1996).

Crianças com sete anos de idade, nascidas de mães que fumaram dez ou mais cigarros por dia durante a gestação, apresentam atraso de três meses para a habilidade geral, de quatro meses para a leitura e de cinco meses para a matemática quando comparadas com as outras crianças de mães que não fumam (BRASIL, 1996). Há também relatos de problemas respiratórios em crianças de zero a um ano de idade que vivem com fumantes, em relação àquelas cujos familiares não fumam (BRASIL, 1996).

Fumantes apresentam um risco aumentado de desenvolverem angina por insuficiência coronariana, risco de infarto agudo do miocárdio, aneurisma de aorta e tromboangeite obliterante (FIORI, 1992).

O risco de mortalidade é proporcional ao número de cigarros consumidos por dia e a idade que se começa a fumar (FRIEDMAN et al, 1981; LEITE et al, 1995; ROSEMBERG, 1984). Indivíduos que fumam possuem expectativa de vida de oito anos a menos do que aqueles que nunca fumaram (STAPLETON et al, 1999).

O Brasil é desde 1993, o primeiro maior exportador e o terceiro maior produtor de tabaco do mundo (BRASIL, 1996).

A epidemia tabagística aumentou muito a partir de 1970 e 1980 onde consumo de cigarros cresceu 132% enquanto a população adulta cresceu 69% e a população geral 49% (BRASIL, 1993). O aumento da arrecadação de impostos com a indústria do tabaco constitui uma fonte de constatação do crescimento do hábito de fumar no país. Em 1991, 69,4% do preço final do cigarro correspondiam à tributação governamental. Esses dados explicam porque as ações governamentais para a luta contra o tabagismo encontram tantos obstáculos (BRASIL, 1993). O recolhimento dos impostos que

incidem sobre o cigarro é muito significativo para a economia do país (PRANTE, 1996).

As seis maiores companhias de cigarros americanas produzem e vendem cerca de 600 bilhões de cigarros a cada ano. Mesmo nos Estados Unidos, o seu controle é difícil por parte de cientistas ou de agentes de saúde governamentais (COELHO, 1996).

O tabagismo está relacionado ao alto custo social, pois os indivíduos que fumam apresentam em maior frequência e gravidade doenças agudas e crônicas resultando em mais afastamentos das atividades educacionais e profissionais, quando comparados aos indivíduos não fumantes (NEWCOMB e CARBONE, 1992).

O custo resultante dos gastos no tratamento das doenças relacionadas ao tabaco superam bastante os custos das intervenções para parar de fumar, podendo-se até sugerir que a realização de programas de combate ao tabagismo, tanto farmacológicos quanto comportamentais seria um ótimo investimento em Saúde Pública (WAGNER et al, 1995). Os gastos decorrentes do adoecimento causado pelo cigarro em fumantes e não-fumantes (BRASIL, 1996), os danos causados pelo fumo ao meio ambiente são grandes tanto no desmatamento das florestas para plantio do fumo como, para produzir lenha para os fornos que tratam as folhas do tabaco (PRANTE, 1996). Além disso, utiliza-se muito fertilizante, gerando danos ao agricultor.

A Organização Mundial de Saúde define a dependência de drogas como “um padrão comportamental no qual o uso de determinada droga psicoativa recebe prioridade máxima em relação aos outros comportamentos que já foram muito mais prioritários” (BENOWITZ, 1992; PRANTE, 1996).

Em 1970, o National Institute on Drug Abuse (NIDA), considerou o tabagismo como dependência da droga nicotina. Em 1979, o Surgeons General's Report confirmou

este conceito. Há nesse manual a informação de que após 24 horas de interrupção do uso do tabaco podem ocorrer sintomas desagradáveis (LEITE et al, 1995) como desejo de fumar, ansiedade, dor de cabeça, impaciência, dificuldade de concentração, sonolência e distúrbios gastrointestinais. Em 1980 a Associação Americana de Psiquiatria incluiu no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III R) o uso do tabaco como forma de dependência e a síndrome de abstinência como um distúrbio mental orgânico. Em 1984 o efeito da nicotina foi considerado semelhante ao da morfina, cocaína e do etanol. A nicotina é reconhecida, portanto, como droga psicoativa sendo a determinante da dependência do tabaco (PRANTE, 1996).

Os critérios de dependência de substâncias psicoativas são: (HUGHES et al, 1996 e American Psychiatric Association, 1994),

- Substância frequentemente consumida em maiores quantidades ou por período mais prolongado do que se pretendia;
- Desejo persistente ou uma ou mais tentativas fracassadas de interromper ou controlar o uso;
- Muito tempo perdido em atividades para conseguir a droga, consumi-la ou recuperar-se dos seus efeitos;
- Interrupção ou redução nas atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes, devida ao uso da droga;
- Uso persistente, apesar do conhecimento dos problemas sociais, psicológicos ou físicos relacionados ao uso da droga;
- Tolerância;
- Sintomas da abstinência;
- Uso para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

Estudos controlados por placebo demonstram que quando o uso do cigarro é interrompido abruptamente, instala-se um conjunto de sinais e sintomas (FERREIRA, 1996; RUSSEL, 1971), conhecido como síndrome de abstinência. Embora ela seja reconhecida há mais de 40 anos, somente nos últimos anos ela foi claramente caracterizada (FERREIRA, 1996).

Os critérios diagnósticos da American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; HUGHES et al, 1996; LEITE et al, 1995) para dependência de substâncias psicoativas são: desejo intenso de fumar, irritabilidade, raiva e ansiedade, dificuldade de concentração, insônia, aumento do peso ponderal e do apetite sendo incômodos e bastante significativos na grande maioria dos fumantes (FERREIRA, 1996; HURT, 1992; RENNARD e DAUGHTON, 1998), podendo atingir até 75% dos indivíduos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; LEITE et al, 1995). A síndrome de abstinência instala-se rapidamente, algumas horas após o último cigarro. A sintomatologia costuma aumentar de intensidade por alguns dias, sendo que geralmente atinge o auge antes do fim da primeira semana, diminuindo progressivamente, embora possa chegar a durar três a quatro semanas. O aumento do peso, o apetite e a vontade intensa de fumar podem durar até seis meses (FERREIRA, 1996).

Recentemente foram incluídos também distúrbios do sono, sudorese, alterações gastrointestinais, diminuição do pulso e pressão arterial, distúrbios de percepção do tempo e espaço (RUSSEL, 1971). Os índices de recorrência após a abstinência parecem ser semelhantes para o tabaco, a heroína e o álcool (FERREIRA, 1996; HUNT e BARNETT, 1971).

Sabe-se que fumar traz graves prejuízos para saúde, portanto é grande o número de pessoas que buscam tratamento para parar de fumar. Aproximadamente um terço dos adultos que fumam, tentam com seriedade parar de fumar anualmente. Mais de 90% destas tentativas são realizadas sem tratamento formal. A cada ano nos Estados Unidos, 15 milhões de pessoas tentam parar de fumar, mas menos de 3% a longo prazo conseguem (FIORI et al, 1992).

Ao pararem de fumar por si próprios, um terço dos fumantes ficam em abstinência por 2 dias, enquanto que de 3% a 5% permanecem em abstinência por um ano e podem ser considerados como tendo sido bem sucedidos (HUGHES et al, 1996).

A cessação do tabagismo é um processo dinâmico, e não um evento isolado, com níveis oscilantes de motivação, intenção e confiança em deixar o cigarro.

Atualmente, entende-se motivação como um processo psicológico que pode ser acelerado ou não pela intervenção do profissional da área da saúde .

O processo de cessação do tabaco consiste em cinco fases (LEITE et al, 1995; LARANJEIRA et al, 1998; RENNARD et al, 1998). O primeiro estágio é de pré-contemplação, onde o fumante não pensa em abandonar o cigarro num futuro próximo. Nesse estágio, pode encontrar-se o indivíduo que não obteve sucesso em tentativas anteriores e aquele que não está suficientemente convencido dos males do cigarro sobre a saúde. O estágio seguinte é o da contemplação, que é o período em que o fumante pensa em deixar de fumar em futuro previsível. Nesse estágio os fumantes podem ser receptivos ao conselho de profissional da área de saúde sobre os riscos e benefícios. No estágio da preparação, os fumantes estão se preparando para deixar o cigarro, começando a dar os primeiros passos na direção da ação. O estágio seguinte é o da ação, onde mudanças concretas podem ser realizadas, o fumante efetiva o abandono do

cigarro. O próximo estágio é o da manutenção, onde mudanças significativas no estilo de vida devem ser feitas para consolidar a nova forma de comportamento, sem o consumo do tabaco. Na prática, o ciclo de mudanças não é tão linear. Indivíduos que deixaram de fumar têm em média três a quatro ciclos antes do abandono.

Os benefícios para a saúde advindos da cessação do tabaco, são imediatos e importantes (HUGHES et al, 1996). Uma vez abandonado o tabaco, os riscos de doenças cardíacas começam a diminuir. Após dez anos o risco em ex-fumantes de um maço por dia é o mesmo que daqueles que nunca fumaram. O risco de acidente vascular cerebral é reduzido dentro de dois anos após a interrupção do tabagismo (BRASIL, 1996).

Todas as formas de uso do tabaco, inclusive os cigarros com mentol, filtros especiais com baixos teores, cachimbos, charutos, entre outros, possuem uma composição semelhante, não existindo produtos que sejam inofensivos a saúde. Isso acontece porque os fumantes ao consumirem os produtos com baixo teor de alcatrão e nicotina, acabam compensando essa redução fumando mais cigarros por dia ou tragando em maior número de vezes (BRASIL, 1996; ROSEMBERG, 1984).

A fumaça do cigarro é uma mistura de cerca de 5.000 substâncias diferentes. Tem uma parte gasosa que contém monóxido de carbono, uma particulada chamada alcatrão, nicotina e água (BRASIL, 1996).

A nicotina é responsável por causar o vício (ROSEMBERG, 1984), potencializando a vontade de fumar e seus efeitos são no sistema nervoso central (BRASIL, 1996; ROSEMBERG, 1984; VALENÇA et al, 1998). Cerca de 25% da nicotina inalada ao fumar atinge o sangue, chegando ao cérebro em 15 segundos (VALENÇA et al, 1998).

O monóxido de carbono (CO) interfere no transporte de oxigênio aos tecidos, porque ao ser inalado combina-se com a hemoglobina do sangue formando a carboxihemoglobina, que interfere na habilidade do organismo em utilizar o oxigênio. Os fumantes têm níveis de carboxihemoglobina duas a quinze vezes maiores que os não-fumantes (BRASIL, 1996).

O alcatrão é constituído de substâncias carcinogênicas ou suspeitas como tal, como níquel, benzopireno, cádmio e arsênio (BRASIL, 1996). A fumaça do cigarro também contém ciliotoxinas e irritantes, produzindo irritação nos olhos, nariz e garganta (BRASIL, 1996). A literatura mostra que o cigarro causa efeitos prazerosos (LEITE et al, 1995), dificultando o abandono do mesmo, tais como, manusear o cigarro, satisfação social e oral (SCHNEIDER et al, 1983), sensação global de prazer e bem-estar, aumento da vigilância, aumento da concentração, diminuição do apetite e peso (FERREIRA, 1996).

A tolerância mostra que o usuário adaptou-se fisiologicamente ao uso crônico da substância, necessitando de doses cada vez maiores para atingir os mesmos efeitos. A dependência psicológica está ligada ao poder condicionante que envolve o ato de fumar e, principalmente pelo tipo de relação que a pessoa estabelece com o cigarro.

O fumar é parte integrante da identidade de muitos fumantes, parte da imagem que eles têm de si mesmos. A própria imagem pode ser algo muito difícil de mudar (SACHS e LEISCHOW 1991). O cigarro tem sido associado com outras drogas e também com bebidas alcoólicas (RUSSEL, 1971).

A alta probabilidade de recaídas é uma das características clínicas importantes na dependência de nicotina. Aproximadamente 60% dos indivíduos que pararam de fumar, apresentam recorrência em três meses e 75% em seis meses (HUNT e BARNET, 1971).

É reconhecido que alguns fatores podem influenciar essa recaída como, beber café ou álcool, no término de uma refeição, sentir ansiedade, tristeza, tédio ou raiva (FERREIRA, 1996), permanecer em ambiente tenso, conviver com fumantes, particularmente com o cônjuge fumante (FIORI, 1996).

Ter a motivação para abandonar o tabagismo é um fator importante para a interrupção bem sucedida.

A dificuldade para parar de fumar, assim como a propensão dos ex-fumantes para a recaída, tem grande influência do reforço prazeroso da ingestão de nicotina (BENOWITZ, 1992; LEITE et al, 1995).

Em relação aos fatores relacionados ao estilo de vida, nota-se que os tabagistas geralmente consomem mais chá, café e álcool. São frequentemente mais ansiosos do que os não-fumantes (RUSSEL, 1971). O cigarro está associado também com outras drogas e bebidas alcoólicas (RUSSEL, 1971).

Embora muitas pessoas que deixam de fumar o façam sem ajuda profissional ou de um programa organizado, a maioria não consegue parar de fumar sem ajuda, e busca assistência para interromper o tabagismo (GOURLAY et al, 1995; RENNARD e DAUGHTON, 1998).

Vários métodos não farmacológicos foram utilizados ao longo do tempo e alguns ainda são usados na busca do abandono do tabaco, como a terapia comportamental, os programas de auto-ajuda, de aconselhamento médico, de hipnose (BRASIL, 1991; PRANTE, 1996). A acupuntura tem obtido índices médios de abandono do tabaco de 25% em estudos com pelo menos seis meses de seguimento (PRANTE, 1996).

As intervenções farmacológicas incluem os medicamentos. A terapia de reposição de nicotina inclui o adesivo transdérmico de nicotina, a goma de poliacrillex, o spray

nasal e o inalador de nicotina. Apesar dos vários tratamentos que surgiram, ao longo dos anos, para facilitar a interrupção do consumo de cigarro, a reposição de nicotina é, no momento, o tratamento mais promissor associado a orientação comportamental (BENOWITZ, 1992; HJALMARSON et al, 1994; HUGHES et al, 1996; TANG et al, 1994; BLONDAL et al, 1997; STAPLETON et al, 1998) com interrupção abrupta do cigarro (HUGHES et al, 1996) que apresenta taxas de sucesso que variam de 5% a 35% nos estudos de BENOWITZ, 1992; HJALMARSON et al, 1994; HUGHES et al, 1996; TANG et al, 1994) quando comparadas ao adesivo de placebo (BENOWITZ, 1992; FIORI et al, 1992; GOURLAY, 1994; GOURLAY et al, 1995; HOLDCROFT, 1992; HUGHES et al, 1999; KENFORD et al, 1994; (PIGNATTI, 1999; PO, 1999; PRANTE, 1996; ROSE et al, 1990; SACHS et al, 1993; STAPLETON et al, 1995; SUTHERLAND et al, 1992; TONNENSEN et al, 1993) chegando até mesmo a dobrarem os índices de sucesso em um ano (LARANJEIRA et al, 1998; STAPLETON et al, 1995).

A goma de poliacrilex foi o primeiro tratamento a ser instituído. Foi lançada há mais de dez anos tendo sido utilizada com bons resultados (SCHNEIDER et al, 1983; HUGHES et al, 1996; STAPLETON et al, 1999; TONNENSEN, 1988). Foi a primeira medicação aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) para reposição de nicotina em 1984. É comercializada em 2 e 4 mg, possibilita a liberação da nicotina quando mastigada. A dosagem de 2mg geralmente é utilizada para os fumantes que consomem menos de 25 cigarros por dia. Possui efeitos colaterais como cansaço mandibular, soluço, náusea, hálito desagradável e desconforto gastrointestinal (LARANJEIRA et al, 1998), além de 10% de risco do indivíduo tornar-se dependente (SCHWARTZ, 1992).

A goma normalmente libera 50% da sua concentração de nicotina na boca. Tem sido também utilizada concomitantemente ao uso do adesivo de nicotina em 24 horas, com a indicação de ser utilizada nos momentos que surgirem sintomas de abstinência (LARANJEIRA et al, 1998).

SCHNEIDER et al (1983) realizaram um estudo randomizado com 60 indivíduos, comparando o uso da goma de nicotina (n=30) com a goma de placebo (n=30). No sexto mês de seguimento, demonstraram uma taxa de sucesso de 48% comparado com 20% conseguido pela goma de placebo.

O spray nasal e o inalador são outros métodos de reposição de nicotina utilizados.

O spray nasal de nicotina (HJALMARSON et al, 1994; HUGHES et al, 1996; SUTHERLAND et al, 1992) atinge muito rápido o ponto máximo no plasma, geralmente entre 5 a 10 minutos, causando reações importantes e limitando o seu uso. O inalador de nicotina (BENOWITZ, 1992; TONNENSEN, 1988) tem sido recomendado como suplemento da goma e do adesivo, pois oferece lentamente e em pequena quantidade a nicotina ao organismo.

SUTHERLAND et al (1992) em seu estudo relataram taxa de abstinência de 26% no grupo de spray nasal de nicotina comparado com a taxa de 10% no grupo que fez uso de spray nasal com placebo, mostrando com esse resultado que o spray nasal de nicotina colabora para a cessação do tabagismo.

TONNENSEN et al (1993) selecionaram os indivíduos que fumavam pelo menos dez cigarros por dia, maiores de 20 anos e que estavam motivados a fumar, randomizados em dois grupos, o grupo de inalação de nicotina e o grupo de inalação de placebo. Foi realizado um seguimento de 12 meses, com mensuração do monóxido de carbono para validar a abstinência. A taxa de sucesso foi significativamente maior no

grupo inalado com nicotina (15%) do que no placebo (5%) ($p=0,004$). O tratamento foi bem tolerado e não foi observado efeitos colaterais severos. Foi utilizado o teste de Fagerström e o teste de Horn-Russel para avaliar o grau de dependência de nicotina.

HJALMARSON et al (1994) demonstraram que os indivíduos que receberam o spray nasal de nicotina (27% e OR – 2,16) conseguiram uma abstinência bem maior em 12 meses do que os que receberam tratamento com placebo (15%). O teste de Fagerström foi aplicado e mostrou melhor resultado com o spray nasal de nicotina quando o “score” era maior que sete. Para os indivíduos com “scores” menores que sete, não foi obtida diferença significativa. Concluiu-se que o spray nasal de nicotina combinado com a orientação em grupo é efetivo na cessação do tabagismo.

A nicotina transdérmica foi introduzida em 1992 e aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) em 1996. Possui várias vantagens em relação aos outros métodos, mesmo em relação aos métodos de reposição (goma de nicotina, inalador de nicotina e spray nasal de nicotina) como: produzir nível da nicotina que aumenta gradativamente e mantêm um platô durante a maior parte do dia (BENOWITZ, 1992), a facilidade de manusear, por ser de aplicação diária e única, a facilidade em conseguir a anuência do indivíduo com o método, ter resultado eficaz, boa tolerância e principalmente por apresentar efeitos colaterais advindos de seu uso que costumam ser de pequena intensidade e transitórios (BENOWITZ, 1992; FERREIRA, 1996; GOURLAY et al, 1995; HUGHES et al, 1999; ISSA et al, 1998; MURRAY et al, 2000; PERNG et al, 1998; PRANTE, 1996). Os mais comuns são a dor de cabeça, a tontura, a reação local da pele como o eritema e o prurido (FIORI, 1996; GOURLAY, 1994; HOLDCROFT, 1992; HUGHES, 1993; STAPLETON et al, 1995; STAPLETON et al, 1999). O uso de pomada local e a rotatividade do local do adesivo na pele melhoram a

reação local. Outros menos comuns, incluem o rash generalizado, a fadiga, a constipação, as mialgias, a náusea, a vertigem e a tosse (STAPLETON et al, 1995).

O uso do adesivo pode levar a insônia porém são raras as situações em que há necessidade de interromper o tratamento (GOURLAY et al, 1995).

Níveis excessivos de nicotina podem causar hipotensão, convulsão e falência respiratória (HOLDCROFT, 1992). Sintomas de overdose são raros porque o nível de nicotina alcançado no plasma através do adesivo transdérmico é menor do que o nível alcançado pelo cigarro (GOURLAY et al, 1995).

A literatura (PO, 1999; ROSE et al, 1990; SACHS et al, 1993) nos mostra importantes resultados com uso de adesivo de nicotina em promoção da cessação a curto prazo com avaliação de 3 a 10 semanas, e a longo prazo de 24 a 52 semanas, quando comparados com placebo e associados ao aconselhamento comportamental (SCHNEIDER et al, 1983; HUNT e BARNETT, 1971).

O fumo é considerado um problema de saúde pública (BRASIL,1993), portanto o aconselhamento do profissional de saúde seja ele, psiquiatra, médico clínico ou especialista, enfermeiro e psicólogo é muito importante, visto que as informações fornecidas aos pacientes de uma forma simples e objetiva no seu dia-a-dia, tem colaborado em até 8% para que esses parem de fumar (LARANJEIRA et al, 1998).

GOURLAY et al (1995) em seu estudo, selecionaram 629 indivíduos que já haviam tentado parar anteriormente sem sucesso, que fumavam mais de 15 cigarros por dia e que estavam motivados a parar de fumar no momento. Os indivíduos foram randomizados em dois grupos, com 315 indivíduos no grupo do adesivo de nicotina e 314 no grupo de placebo. O tratamento foi de 12 semanas com adesivo de nicotina transdérmica ou adesivo de placebo e orientação comportamental. Em 12 semanas 6,7%

dos indivíduos alocados no grupo do adesivo de nicotina pararam de fumar comparados com 1,9% de taxa de sucesso do grupo de adesivo de placebo ($p = 0,003$). Em 26 semanas as taxas de sucesso do grupo do adesivo foram de 6,4% “versus” 2,6% no grupo do placebo, com $p = 0,021$. Dificuldade de dormir foi relatada por 24% do grupo ativo e 13,3% no grupo do placebo, com $p = 0,015$.

PERNG et al (1998) em uma amostra com 62 indivíduos randomizados em dois grupos, o grupo do adesivo de nicotina ($n=30$) e o placebo ($n=32$), conseguiram mostrar uma taxa de sucesso de 30% no grupo ativo “versus” 9% no grupo que recebe placebo através de um seguimento de um ano ($p=0,08$). O objetivo deste trabalho foi avaliar a efetividade do adesivo de 30g na cessação do tabagismo.

Apesar do adesivo poder ser adquirido sem prescrição médica (HUGHES et al, 1999), os estudos recomendam que fumantes cardiopatas, gestantes ou mulheres em período de lactação consultem o médico para avaliação individual dos riscos e benefícios (BENOWITZ, 1991; HUGHES, 1993; HUGHES et al, 1999; LARANJEIRA et al, 1998; SHIFFMAN et al, 1997). Particularmente as gestantes e as mulheres em período de lactação que consomem 20 ou mais cigarros por dia e que já tentaram a cessação sem sucesso, são beneficiadas com o método de reposição de nicotina através do adesivo transdérmico de nicotina (BENOWITZ, 1991; FIORI, 1996; LAW e TANG 1995; SONDERSKOV et al, 1997).

Embora não seja um fator de risco independente para eventos agudos do miocárdio, o adesivo deve ser utilizado somente após a avaliação médica dos riscos e benefícios (HUGHES et al, 1999).

Apesar dos múltiplos estudos publicados, poucos avaliaram os fatores preditivos para o sucesso dos programas anti-tabagistas. A identificação dos fatores que

influenciam o sucesso pode modificar a abordagem individual, baseada em subgrupos de riscos para a recorrência.

2. OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivos:

- Identificar os fatores prognósticos dos fumantes em grupos de riscos para o sucesso do programa após a abordagem do Grupo de Apoio ao Tabagista do Hospital do Câncer nos períodos de um, três, seis, nove, e doze meses;
- Avaliar a taxa de sucesso de fumantes que participaram do Grupo de Apoio ao Tabagista nos períodos de seguimento de . um, três, seis, nove, e doze meses.

3. METODOLOGIA

O presente estudo é retrospectivo com avaliação de trezentos e quarenta e duas fichas médicas de pacientes que freqüentaram o Grupo de Apoio ao Tabagista no Hospital do Câncer A.C. Camargo.

O Grupo de Apoio ao Tabagista (GAT) teve início em Agosto de 1997, envolvendo os Departamentos de Cirurgia Torácica, Psiquiatria e Psicologia do Hospital do Câncer A.C. Camargo.

Adotou-se nesse grupo a orientação comportamental associada a terapia de reposição de nicotina através do adesivo transdérmico de nicotina (30 mg).

Ao entrar no programa os pacientes eram submetidos a uma radiografia de tórax, avaliação clínica, avaliação psiquiátrica e responderam os questionários auto-aplicáveis. Os programas foram compostos por cinco encontros, que ocorreram uma vez por semana, com uma hora de duração, sempre nas dependências do Hospital do Câncer.

Os pacientes foram divididos em grupos de aproximadamente doze pessoas e receberam informações sobre a indicação e o uso do adesivo, o processo de dependência química, adoção de estratégias para conseguir parar de fumar.

Foram também orientados a respeito da síndrome da abstinência, a diminuição gradativa do adesivo no transcorrer dos encontros, a importância e necessidade de mudança nos hábitos de vida e benefícios a curto, médio e longo prazo como consequência do abandono do cigarro.

O uso do adesivo sofreu alterações de acordo com o andamento individual de cada participante. Alguns pacientes foram orientados a diminuir o tempo de permanência do adesivo e também a quantidade usada, já outros necessitaram iniciar paralelo ao

grupo, uso de medicações anti-depressivas e também consultas individuais. A clientela foi formada por pacientes da comunidade, com ou sem câncer.

A procura pelo programa ocorreu de forma espontânea logo após o curso ter sido divulgado nos meios de comunicação.

Os fatores prognósticos foram extraídos da avaliação psiquiátrica e de quatro questionários: Anamnese e Exame Físico (Anexo 1,2), Aru Smoking Questionnaire (Anexo 3-8) (FERREIRA, 1996; TANG et al, 1994), que foi traduzido e adaptado do questionário sobre consumo de cigarros utilizado em Londres na Addiction Research Unit do Maudsley Hospital. É um questionário auto-aplicativo constando de dados demográficos, história do uso do tabaco, sintomas desenvolvidos pelo uso da nicotina e tentativas anteriores feitas para conseguir parar de fumar, entre outros.

Aru Smoking Motivation Questionnaire (PRANTE, 1996; RUSSEL et al, 1974; SUTHERLAND et al, 1992; TONNENSEN, 1988; WEST e RUSSEL, 1985; YUDKIN et al, 1996) adaptado do questionário Horn-Russel, (Anexo 9,10) que identifica hábitos relacionados ao tabaco, e o Fagerström Test for Nicotine Dependence (FAGERSTRÖM, 1978; FAGERSTRÖM, 1988; HEATHAERTON et al, 1987; HOLDCROFT, 1992; HUGHES et al, 1996; PRANTE, 1996; TANG et al, 1994) (Anexo 11), a versão antiga com somatória mínima de um e máxima de onze, para avaliar a intensidade da dependência da nicotina.

Esse teste consta de seis perguntas com pontuações variáveis. “Score” entre cinco a sete o indivíduo é reconhecido como dependente moderado do tabaco, e com resultado de “score” maior que sete, como dependente severo do tabaco. A pontuação do teste de dependência de Fagerström variou no mínimo de quatro pontos até no máximo onze. A mediana desses valores situou-se em oito, sendo a nossa nota de corte. O teste é

reconhecido e utilizado em trabalhos que pretendem avaliar o grau de dependência dos indivíduos, sendo publicado em 1978, modificado em 1991 (FAGERSTRÖM, 1978; HEATHERTON et al, 1987). Esta nova versão tem “score” máximo de dez, com um ponto a menos que a versão anterior.

Os critérios de inclusão foram o de ser fumante, adulto. Após esta fase passaram a ter seus nomes incluídos na lista do programa. Eram então agendadas as consultas médicas, sendo primeiro com o médico clínico que realizava uma avaliação clínica com exame físico detalhado e anamnese. Em seguida o paciente era submetido a uma entrevista psiquiátrica individual, sendo avaliado o uso e a dependência da nicotina, de outras drogas e histórico psiquiátrico, bem como a necessidade de prescrição de medicamentos. Eram feitas orientação sobre o método adotado pelo programa, sendo registrada em folha de exame regional e anexada juntamente com as outras informações (questionários) em arquivo próprio do programa.

Aqueles que preenchiam os critérios de inclusão, eram convidados a participar do programa cujo objetivo era o de promover a abstinência do cigarro e a manutenção da mesma.

3.1 - Casuística

Para a análise dos dados foram incluídos todos os candidatos que procuraram de forma espontânea o Serviço entre agosto de 1997 até junho de 1999 e que atenderam os critérios de inclusão do estudo. Portanto, mesmo os candidatos que não chegaram a frequentar o curso foram incluídos em nossa amostra.

Sucesso foi considerado para pacientes que se mantiveram abstinentes após o término do programa nos períodos de seguimento.

3.2 - Análise estatística

Para a análise univariada realizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado para fatores numéricos e não numéricos e análise segundo a porcentagem de sucesso em cada período de seguimento.

Na análise conjunta dos fatores associados, efetuou-se a regressão logística também para os cinco períodos de seguimento, para reconhecer os fatores independentes de sucesso para o abandono do tabaco.

Utilizou-se o programa SPSS for windows versão 8.0. Considerou-se diferença significativa para $p < 0,05$.

3.3 - Seguimento

Após seis e doze meses do término do programa, fez-se contato telefônico para identificar quais pacientes permaneciam abstinentes e em relação aos que não pararam, os motivos e a data em que apresentaram a recaída. Foi avaliado as anotações médicas realizadas nos prontuários na ocasião das consultas e nas intercorrências com os pacientes.

Dos trezentos e quarenta e dois pacientes inscritos no programa, conseguiu-se seguimento completo em duzentos e setenta e um pacientes (79,2%).

4. RESULTADOS

Dos trezentos e quarenta e dois pacientes inscritos no programa, duzentos e vinte iniciaram o tratamento. Cento e quinze (52,3%) conseguiram completar o curso com taxas de sucesso nos períodos de seguimento de 79,6% em um mês; de 51,3% em três meses; de 42,5% em seis meses; de 39,8% em nove meses e de 39,8% em doze meses.

Cento e cinco pacientes não terminaram o tratamento e apresentaram taxas de sucesso de 16,7% em um mês; de 10,0% em três meses; de 9,0% em seis meses; de 8,0% em nove meses e de 7,0% em doze meses de seguimento e alegaram preocupação com o aumento de peso (0,9%), convívio com outros tabagistas (2,6%), fraqueza e dificuldade em manter a abstinência do cigarro (2,6%), aumento da depressão e ansiedade (3,5%), não ter vontade de abandonar o cigarro por este lhe oferecer prazer (6,3%), custo elevado do adesivo (2%), gasto com transporte diário (0,3%), problemas familiares e pessoais (0,8%), desistência do curso por não estar convencido da existência de tratamento para acabar com o vício do cigarro (0,3%), entre outros fatores referidos.

Cinquenta e um pacientes ainda aguardavam o início do curso, por limitações em atender a demanda crescente.

Setenta e um pacientes não foram localizados pelos seguintes fatores: ausência do registro do número do telefone e endereço, mudança do número do telefone ou endereço, falecimento, em dois casos, um por câncer de pulmão e outro por câncer de mama.

A caracterização sócio-demográfica e o perfil dos pacientes da amostra está apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização demográfica e perfil dos pacientes da amostra.

VARIÁVEL DEMOGRÁFICA	n = 342	%
SEXO		
Masculino	127	37,1
Feminino	215	62,9
IDADE		
18 – 45 anos	194	56,7
46–55 anos	96	28,1
56 anos ou mais	52	15,2
ESTADO CIVIL		
Solteiro	81	23,7
Casado, morando junto	182	53,1
Separado, divorciado	32	9,4
Viúvo	15	4,4
Não responderam	32	9,4
CATEGORIA		
Convênio	265	77,5
SUS	33	9,7
Particular	23	6,7
Não responderam	21	6,1
ATIVIDADE PROFISSIONAL		
Remunerada	173	50,6
Não remunerada	85	24,9
Aposentado e/ou em afastamento médico	44	12,9
Desempregado	16	4,6
Não responderam	24	7,0
PARTICIPAÇÃO NO CURSO		
Participou	115	33,6
Não participou	105	30,7
Não responderam	122	35,7
“SCORE” OBTIDO NO FAGERSTRÖM		
“score” de 2 a 8	189	55,3
“score” de 9 a 11	72	21,0
Não responderam	81	23,7
CONSUMO DE CIGARRO AO DIA		
vinte cigarros	48	14,0
30 cigarros	175	51,2
Mais de 30 cigarros	117	34,2
Não responderam	2	0,6

VARIÁVEL DEMOGRÁFICA	n = 342	%
TEMPO DE FUMO EM ANOS		
Até 21 anos	109	31,9
De 21 a 29 anos	110	32,1
Mais de 29 anos	122	35,7
Não responderam	1	0,3
TENTATIVAS ANTERIORES DE ABANDONO		
Sim	237	69,3
Não	86	25,1
Não responderam	19	5,6
TIPO DE CIGARRO		
Com filtro	316	92,4
Sem filtro	0	0
Palha	0	0
Não responderam	26	7,6
CONSOME		
Cachimbo	2	0,6
Cigarro	318	93,0
Não responderam	22	6,4

4.1 - Fatores prognósticos para o sucesso do programa no Grupo de Apoio ao Tabagista. Análise univariada

Os fatores preditivos para o sucesso do programa na análise univariada (Tabela 1) foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista, o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar, ter realizado um método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo, ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica, ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito, consumir no máximo vinte cigarros por dia, ter tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias, ter realmente muita vontade de parar de fumar, fumar automaticamente sem perceber que está fumando, sentir dificuldade de ficar sem fumar, aproveitar para fumar nos momentos de calma. A distribuição das frequências dos fatores preditivos significativos para esta amostra estão apresentados nos Gráficos 1 a 11 (Anexo 12 a 22).

4.1.1 – Fatores significativos para o sucesso do Programa no Grupo de Apoio ao Tabagista. Análise univariada.

- **Sucesso em um mês**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em um mês na análise univariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,004$), ter realizado um método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo ($p = 0,007$), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,047$), consumir no máximo vinte cigarros por dia ($p = 0,042$), ter tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias

($p=0,048$), sentir dificuldade de ficar sem fumar ($p=0,018$), ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito ($p=0,017$), fumar automaticamente sem perceber que está fumando ($p = 0,07$).

- **Sucesso em três meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em três meses na análise univariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,028$), ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito ($p = 0,015$), consumir no máximo vinte cigarros por dia ($p = 0,050$), fumar automaticamente sem perceber que está fumando ($p = 0,046$).

- **Sucesso em seis meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em seis meses na análise univariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,050$), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,046$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p = 0,010$), ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito ($p = 0,046$), aproveitar para fumar nos momentos de calma ($p = 0,049$).

- **Sucesso em nove meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em nove meses na análise univariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,030$), consumir no máximo vinte cigarros

por dia ($p=0,021$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p=0,021$), aproveitar para fumar nos momentos de calma ($p=0,030$).

- **Sucesso em doze meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em doze meses na análise univariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,028$), consumir no máximo vinte cigarros por dia ($p=0,017$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p=0,020$), aproveitar para fumar nos momentos de calma ($p=0,032$).

Tabela 1 - Análise univariada para o sucesso do programa, segundo o período de seguimento. São Paulo, 1999.

[illegible]

Variável	Amostra		Categoria	1 mês		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	No.	%		Sucesso em %	P	Sucesso em %	P	Sucesso em %	P	Sucesso em %	P	Sucesso em %	P
Fumo quando calmo	36	10,5	Não sei	52,0	0,403	36,0	0,176	32,0	0,049	32,0	0,030	32,0	0,032
	35	10,2	Pouco	57,1		38,1		33,3		28,6		23,8	
	64	18,7	Mais ou menos	51,1		37,0		32,6		32,6		32,6	
	77	22,5	Muito	38,5		19,2		11,5		9,6		9,6	
	130	38,0	Sem resposta										
Fumo automaticamente	34	9,9	Não sei	59,1	0,07	40,9	0,046	49,9	0,130	40,9	0,063	40,9	0,090
	45	13,2	pouco	50,0		37,9		34,5		34,5		31,0	
	60	17,5	Mais ou menos	51,3		30,8		21,5		17,9		17,9	
	73	21,3	muito	45,3		24,5		18,9		17,0		17,0	
	130	38,0	Sem resposta										
Difícil ficar sem fumar	11	3,2	Não sei	60,0	0,018	40,0	0,531	33,3	0,532	33,3	0,489	33,3	0,537
	7	2,0	Pouco	32,4		24,2		18,2		15,2		15,2	
	114	33,3	Mais ou menos	62,8		34,9		27,9		25,6		23,4	
	187	54,7	Muito	36,9		25,0		20,0		20,0		20,0	
	23	6,7	Sem resposta										

* DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica

AP – antecedentes pessoais

4.2 - Fatores prognósticos para o sucesso do Programa no Grupo de Apoio ao Tabagista. Análise Multivariada

Os fatores preditivos para o sucesso do programa na análise multivariada (Tabela 2) foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista, o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar, ter realizado um método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo, ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica, ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito, apresentar sintoma de chiado, não ser muito preocupado com o aumento de peso ao parar de fumar. A distribuição das frequências dos fatores preditivos significativos para esta amostra estão apresentados nos Gráficos 1,3,4,5,12,13,14 (ANEXO 12,14,15,16,23,24,25).

4.2.1 - Fatores significativos para o sucesso do Programa no Grupo de Apoio ao Tabagista. Análise multivariada.

- **Sucesso em um mês**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em um mês na análise multivariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ - OR 21,7 IC 10- 47), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,02$ - OR 7,7 IC 2,0-29), ter realizado um método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo ($p = 0,027$ - OR 2,3 IC 1,0-4,9), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,037$ - OR 21,6 IC 2,7-172).

- **Sucesso em três meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em três na análise multivariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ - OR 11,3 IC 3,7-34,4), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,015$ - OR 19,5 IC 1,7-220), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,049$ - OR 26,4 IC 1,0-648), ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito ($p = 0,043$ - OR 5,3 IC 1,0-27), apresentar sintoma de chiado ($p = 0,034$ - OR 3,3 IC 1,0- 9,9).

- **Sucesso em seis meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em seis meses na análise multivariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ - OR 8,2 IC 3,5-20), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,030$ - OR 6,5 IC 1,2-35), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,009$ - OR 10,2 IC 1,8-58).

- **Sucesso em nove meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em nove meses na análise multivariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ - OR 7,5 IC 3,3-17), o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,044$ - OR 8,3 IC 1,0-65).

- **Sucesso em doze meses**

Os fatores preditivos para o sucesso do programa em doze meses na análise multivariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ - OR 10,4 IC 3,0-36), ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,014$ - OR 20,1 IC 1,8-222), ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e

oito ($p=0,065$ – OR 5,2 IC 0,8-30), não ser muito preocupado com o aumento de peso ao parar de fumar ($p=0,025$ – OR 5,18 IC 1,2 -22).

Tabela 2 - Análise multivariada para os fatores associados ao sucesso do programa, segundo o período de seguimento. São Paulo, 1999.

Variável	Amostra		Categoria	1 mês		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	No.	%		OR Ajust	P	OR Ajust	P	OR Ajust	P	OR Ajust	P	OR Ajust	P
Realizou o curso	105	30,7	Não	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
	115	33,6	Sim	21,7	<0,001	11,3	<0,001	8,2	<0,001	7,5	<0,001	10,4	<0,001
	122	35,7	Sem resposta										
Opinião do cônjuge	181	52,9	Não se importa/até estimula	1,0		1,0		1,0		1,0		-	-
	135	39,5	Fortemente contra.	7,7	0,002	19,5	0,015	6,5	0,030	8,3	0,044		
	26	7,6	Sem resposta										
Interrupção abrupta método:	195	57,0	Não	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	136	39,8	Sim	2,3	0,027								
	11	3,2	Sem resposta										
Preocupado com o peso	80	23,4	Muito preocupado	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	
	109	31,9	Não está preocupado									5,18	0,025
	61	17,8	pouco preocupado									2,55	
	65	19,0	Preocupado									0,39	
	17	7,9	Sem resposta										
Fagerström test	189	55,3	2 a 8	-	-	5,3	0,043	-	-	-	-	5,2	0,065
	72	21,1	9 a 11			1,0						1,0	
	81	23,6	Sem resposta										
Chiado	223	65,2	Não	-	-	1,0	0,034	-	-	-	-	-	-
	108	31,6	Sim			3,3							
	11	3,2	Sem resposta										
DPOC-AP	314	91,8	Não	1,0		1,0		1,0		-	-	1,0	
	18	5,3	Sim	21,6	0,037	26,4	0,049	10,2	0,009			20,1	0,014
	10	2,9	Sem resposta										

- "AP" - ANTECEDENTES PESSOAIS

- "OR" - "ODDS RATIO"

- "DPOC" - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

- "IVAS" - INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

4.3 – Fatores que não foram significativos para o sucesso do Programa no Grupo de Apoio ao Tabagista. Análise Univariada

Todos os outros fatores avaliados nesse protocolo não apresentaram impacto significativo nas taxas de sucesso do programa. No questionário “Anamnese e exame físico” (Tabela 3) foram a idade, o grau de instrução, o tempo de fumo em anos, a presença dos sintomas de expectoração, dispnéia, dor torácica, claudicação, tontura, desmaio, palpitação, tosse, outros sintomas, ser assintomático, possuir antecedentes pessoais de infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, arritmia cardíaca, insuficiência arterial em membros inferiores, tromboangite obliterante, neoplasia, outros antecedentes, possuir dependência associada a medicamentos, drogadição, etilismo ou outras associações, apresentar anormalidade ao exame físico na pressão arterial, peso, ausculta pulmonar, ausculta cardíaca, membros inferiores, presença ou não de gravidez, tempo de intenção de abandono de cigarro, tentativas anteriores realizadas de abandono, ter utilizado anteriormente métodos de abandono como nicotina, orientação médica, acupuntura, interrupção gradativa do cigarro, orientação psicoterápica, outros métodos. Foram avaliados também os motivos atribuídos ao fracasso, raio-x de tórax (normal, com doença pulmonar obstrutiva crônica, nódulo único, presença de nódulos, derrame pleural, condensação, outras anormalidades), uso de medicações hipoglicemiantes e anti-depressivas ou outras medicações, apresentar sinais e sintomas de abstinência a nicotina e o tempo de início ao tabaco após período de interrupção e a categoria que o paciente pertence (particular, convênio e SUS).

No ARU Smoking Questionnaire (Tabela 4) os itens não significativos foram o estado civil, a profissão, o nível do cargo que ocupa e do cônjuge, a liberação ou não

para fumar no trabalho, a idade em que começou a fumar, o mínimo de cigarros que já fumou por dia, o tipo de cigarro que fuma (com filtro, sem filtro e cigarro de palha), a marca consumida, o tipo de alcatrão e o tamanho do cigarro, a frequência e a intensidade de tragar, o consumo de cachimbo e cigarro, a quantidade de cigarro fumada por semana, se considera agradável fumar e desagradável permanecer sem fumar por algumas horas, considerar-se viciado no cigarro, a dificuldade em parar de fumar se fosse de uma vez só, o consumo de cigarro antes do café da manhã. Foram avaliados também as situações em que o indivíduo não pode fumar, se a pessoa mais importante para o tabagista fuma, quantas vezes tentou parar de fumar, o quanto seria saudável parar de uma vez só, a razão de querer parar de fumar, a vontade de parar de fumar, a avaliação da depressão nos últimos meses, peso e altura, parar de fumar completamente a longo prazo, conseguir ficar sem fumar por pelo menos um ano, a possibilidade de problemas familiares nos próximos três meses, o modo como tomou conhecimento do curso.

No ARU Smoking Motivation Questionnaire (Tabela 5) os itens não significativos foram sentir fissura na ausência do cigarro, acender o cigarro sem perceber que tem outro acesso, prazer em fumar, manusear o cigarro como parte do prazer em fumar, achar que fica bem fumando, sentir-se alerta quando fuma, fumar para ter o que fazer com as mãos, sentir-se mal na demora de conseguir cigarro, fumar mais quando está triste, ser difícil ficar mais de uma hora sem fumar, fumar sem ter percebido que acendeu o cigarro, gostar de fumar quando está confortável e relaxado, fumar ajuda a pensar e concentrar-se, ficar fissurado por um cigarro se demora a fumar, sentir-se maduro e sofisticado quando fuma, pensar no cigarro quando não está fumando, achar quase impossível ficar sem fumar por uma semana, fumar para ter algo na boca, sentir-

se mais atraente para o sexo oposto quando fuma, nos momentos em que está bravo acende um cigarro.

Tabela 3 - Análise univariada dos fatores que não foram significativos para o sucesso do programa no questionário “Anamnese e Exame Físico”. São Paulo, 1999.

Variável	Amostra		Categoria	1 mês sucesso	p	3 meses sucesso	p	6 meses sucesso	p	9 meses sucesso	p	12 meses sucesso	P
	No.	%											
Sexo	215	62,9	Mulher	48,6	0,966	32,1	0,966	25,7	0,530	24,3	0,661	24,3	0,823
	127	37,1	Homem	32,7		32,4		29,7		27,0		25,7	
Idade	194	56,7	18-45 anos	45,7	0,141	28,3	0,337	24,4	0,543	22,8	0,576	22,0	0,498
	96	28,1	46-55 anos	50,9		37,7		32,1		30,2		30,2	
	52	15,2	56 anos ou mais	64,7		38,2		29,4		26,5		26,5	
Número de cigarros /dia	48	14,0	vingte cigarros por dia	53,6	0,230	40,7	0,294	33,3	0,373	33,3	0,220	33,3	0,238
	175	51,2	30 cigarros por dia	53,8		33,6		28,6		26,9		26,1	
	117	34,2	Mais de 30 cigarros	41,2		25,4		20,9		17,9		17,9	
	2	0,6	Sem resposta										
Tempo de fumo em anos	109	31,9	Até 21 anos	50,7	0,783	30,9	0,908	29,4	0,655	27,9	0,686	27,9	0,548
	110	32,2	De 21 a 29 anos	46,4		31,9		23,2		21,7		20,3	
	122	35,7	Maior de 29 anos	51,9		34,2		28,9		26,3		26,3	
	1	0,3	Sem resposta										
Infecção de vias aéreas superiores	272	79,5	Não	51,1	0,658	35,8	0,060	30,1	0,093	27,8	0,147	27,3	0,164
	59	17,3	Sim	46,9		18,8		15,6		15,6		15,6	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de tosse	165	48,2	Não	24,0	0,229	32,0	0,730	50,5	0,996	23,0	0,349	23,0	0,429
	166	48,5	Sim	31,5		34,3		50,5		28,7		27,8	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de dispnéia	216	63,2	Não	51,7	0,588	32,4	0,724	26,9	0,630	24,8	0,571	24,1	0,500
	115	33,6	Sim	47,6		34,9		30,2		28,6		28,6	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de expectoração	200	58,5	Não	49,6	0,761	32,8	0,888	27,0	0,749	24,6	0,591	23,8	0,500
	131	38,3	Sim	51,7		33,7		29,1		27,9		27,9	
	11	3,2	Sem resposta										

Variável	Amostra		Categoria	1 mês sucesso	p	3 meses sucesso	p	6 meses sucesso	p	9 meses sucesso	p	12 meses sucesso	P
	No.	%											
Sintoma de dor torácica	270	78,9	Não	51,4	0,544	33,5	0,810	27,7	0,921	25,4	0,699	24,9	0,645
	61	17,8	Sim	45,9		31,4		28,6		28,6		28,6	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de desmaio	323	94,4	Não	50,5	0,578	33,0	0,991	27,7	0,828	25,7	0,765	25,2	0,749
	9	2,6	Sim	66,7		33,3		33,3		33,3		33,3	
	10	2,9	Sem resposta										
Sintoma de palitação	249	72,8	Não	50,6	0,965	31,4	0,390	26,4	0,442	24,5	0,441	23,9	0,387
	82	24,0	Sim	51,0		38,0		32,0		30,0		30,0	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de tontura	277	81,0	Não	51,4	0,512	34,1	0,491	29,1	0,352	26,8	0,485	26,3	0,523
	54	15,8	Sim	44,8		27,6		20,7		20,7		20,7	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de chiado	223	65,2	Não	50,0	0,831	30,1	0,154	25,3	0,210	23,3	0,177	23,3	0,265
	108	31,6	Sim	51,6		40,3		33,9		32,3		30,6	
	11	3,2	Sem resposta										
Sintoma de claudicação	322	94,2	Não	50,0	0,322	33,3	0,729	27,9	0,897	26,0	0,965	25,5	0,982
	9	2,6	Sim	75,0		25,0		25,0		25,0		25,0	
	11	3,2	Sem resposta										
Outros sintomas	266	77,8	Não	48,2	0,236	33,1	0,862	28,3	0,615	25,5	0,842	25,9	0,601
	64	18,7	Sim	58,5		31,7		24,4		24,4		22,0	
	12	3,5	Sem resposta										
Assintomático	282	82,5	Não	50,3	0,767	33,3	0,818	27,7	0,959	26,0	0,905	25,4	0,960
	50	14,6	Sim	53,1		31,3		28,1		25,0		25,0	
	10	2,9	Sem resposta										
Infarto agudo do miocárdio-AP	326	95,3	Não	50,7	0,977	33,2	0,731	27,8	0,901	25,9	0,969	25,4	0,987
	6	1,8	Sim	50,0		25,0		25,0		25,0		25,0	
	10	2,9	Sem resposta										
Hipertensão arterial sistêmica-AP	294	86,0	Não	51,3	0,578	31,9	0,281	26,7	0,270	25,1	0,447	24,6	0,416
	38	11,1	Sim	44,4		44,4		38,9		33,3		33,3	
	10	2,9	Sem resposta										

[illegible]

[illegible]

Variável	Amostra		Categoria	1 mês sucesso	p	3 meses sucesso	p	6 meses sucesso	p	9 meses sucesso	p	12 meses sucesso	P
	No.	%											
Uso de medicações	9	2,6	Hipoglicemiante-antidepressivo	33,3	0,473	33,3	0,956	16,7	0,515	16,7	0,617	16,7	0,617
	146	42,7	Outros	48,4		32,3		29,0		25,8		25,8	
	187	54,7	Sem resposta										
Sinais de abstinência	28	8,2	Fatores de ordem física	75,0	0,373	41,7	0,959	25,0	0,622	25,0	0,737	25,0	0,737
	89	26,0	Fatores de ordem psicológica	61,0		42,5		32,5		30,0		30,0	
	225	65,8	Sem resposta										
Início do fumo após interrupção	43	12,6	Tempo de 1 a 4 anos	52,0	0,649	32,0	0,086	24,0	0,234	20,0	0,108	20,0	0,108
	42	12,3	Tempo de 5 a 25 anos	60,7		28,6		21,4		17,9		17,9	
	44	12,9	Mais de 25 anos	64,3		55,6		40,7		40,7		40,7	
	213	62,2	Sem resposta										
RX de tórax	13	3,8	DPOC	75,0	0,473	62,9	0,279	62,5	0,183	62,5	0,111	62,5	0,106
	18	5,3	Nódulo único	33,3		22,2		22,2		11,1		11,1	
	8	2,3	Nódulos	40,0		20,0		20,0		20,0		20,0	
	38	11,1	Outros	54,5		22,7		18,2		18,2		18,2	
	177	51,8	Normal	48,0		33,3		26,8		25,2		24,4	
	88	25,7	Sem resposta										
Categoria	265	77,5	Convênio	47,1	0,292	32,1	0,767	27,4	0,850	25,6	0,885	25,0	0,857
	33	9,7	Sistema Único de Saúde	56,3		37,5		31,3		31,3		31,3	
	23	6,7	Particular	66,7		40,0		33,3		26,7		26,7	
	21	6,1	Sem resposta										

AP – antecedentes pessoais

AF – antecedentes familiares

MMII – membros inferiores

Tabela 4 - Análise univariada dos fatores que não foram significativos para o sucesso do programa no questionário “ARU SMOKING QUESTIONNAIRE”. São Paulo, 1999.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Tabela 5 - Análise univariada dos fatores que não foram significativos para o sucesso do programa no questionário “ARU SMOKING MOTIVATION QUESTIONNAIRE”. São Paulo, 1999.

Variável	Amostra		Categoria	1 mês		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	No.	%		Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P
Fissura ao fumar	34	9,9	Não sei	33,3	0,319	30,0	0,979	25,0	0,784	25,0	0,529	25,0	0,395
	26	7,6	Pouco	61,9		33,3		28,6		28,6		28,6	
	66	19,3	Mais ou menos	46,5		31,0		28,6		28,6		28,6	
	91	26,6	Muito	49,2		28,6		20,6		17,5		15,9	
	125	36,5	Sem resposta										
Acender sem perceber	80	23,4	Não sei	46,2	0,245	32,7	0,553	28,8	0,730	26,9	0,783	26,9	0,747
	94	27,5	Pouco	48,6		33,3		24,6		23,2		21,7	
	22	6,4	Mais ou menos	71,4		14,3		14,3		14,3		14,3	
	13	3,8	Muito	28,6		28,6		28,6		28,6		28,6	
	133	38,9	Sem resposta										
Sentir prazer ao fumar	20	5,8	Não sei	60,0	0,595	26,7	0,720	26,7	0,987	26,7	0,853	26,7	0,878
	38	11,1	Pouco	44,4		34,6		26,9		26,9		26,9	
	87	25,4	Mais ou menos	43,6		34,5		25,5		25,5		23,6	
	70	20,5	Muito	52,9		25,5		23,5		19,6		19,6	
	127	37,1	Sem resposta										
Gostar de manusear cigarro	57	16,7	Não sei	50,0	0,353	31,6	0,444	26,3	0,741	26,7	0,853	26,7	0,878
	63	18,4	Pouco	50,0		37,8		28,9		26,9		26,9	
	45	13,2	Mais ou menos	33,3		21,9		18,8		25,5		23,6	
	44	12,9	Muito	53,6		25,0		21,4		19,6		19,6	
	133	38,9	Sem resposta										
Ficar bem fumando	113	33,0	Não sei	46,2	0,751	29,5	0,660	24,4	0,640	24,4	0,967	23,1	0,985
	72	21,1	Pouco	52,9		32,0		24,0		22,0		22,0	
	17	5,0	Mais ou menos	36,4		18,2		18,2		18,2		18,2	
	8	2,3	Muito	50,0		50,0		50,0		25,0		25,0	
	132	38,6	Sem resposta										

Variável	Amostra		Categoria	1 mês		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	No.	%		Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P
Fuma quando preocupado	17	5,0	Não sei	61,5	0,149	50,0	0,345	50,9	0,209	50,0	0,164	50,0	0,141
	10	2,9	Pouco	12,5		12,5		12,5		12,5		12,5	
	31	9,1	Mais ou menos	54,2		29,2		25,0		25,0		25,0	
	163	47,7	Muito	49,0		31,1		24,3		22,3		21,4	
	121	35,4	Sem resposta										
Fica alerta ao fumar	72	21,1	Não sei	47,3	0,770	27,8	0,235	24,1	0,328	22,2	0,274	20,4	0,243
	42	12,3	Pouco	48,1		44,4		37,0		37,0		37,0	
	43	12,6	Mais ou menos	42,3		19,2		15,4		15,4		15,4	
	56	16,4	Muito	55,3		31,6		23,7		21,1		21,1	
	129	37,7	Sem resposta										
Fuma para ocupar as mãos	91	26,6	Não sei	49,2	0,764	25,4	0,230	23,8	0,407	23,8	0,579	22,2	0,558
	49	14,3	Pouco	41,2		26,5		17,6		17,6		17,6	
	48	14,0	Mais ou menos	53,1		45,2		35,5		32,3		32,3	
	20	5,8	Muito	53,3		35,7		28,6		21,4		21,4	
	134	39,2	Sem resposta										
Sente-se mal ao pegar o cigarro	47	13,7	Não sei	53,1	0,777	34,4	0,623	31,3	0,675	28,1	0,611	25,0	0,681
	66	19,3	Pouco	51,1		36,4		27,3		27,3		27,3	
	52	15,2	Mais ou menos	46,9		25,0		18,8		15,6		15,6	
	49	14,3	Muito	41,7		25,7		22,9		22,9		22,9	
	128	37,4	Sem resposta										
Fuma quando triste	25	7,3	Não sei	36,8	0,540	10,5	0,168	10,5	0,302	10,5	0,343	10,5	0,428
	32	9,4	Pouco	39,1		30,4		30,4		30,4		26,1	
	61	17,8	Mais ou menos	51,3		39,5		31,6		28,9		28,9	
	98	28,7	Muito	51,6		30,2		22,2		20,6		20,6	
	126	36,8	Sem resposta										
Fumar me mantém alerta	57	16,7	Não sei	47,6	0,955	31,0	0,951	28,6	0,811	26,2	0,763	23,8	0,816
	34	9,9	Pouco	46,2		32,0		28,0		28,0		28,8	
	67	19,6	Mais ou menos	48,8		26,8		22,0		22,0		22,0	
	50	14,6	Muito	52,9		32,4		20,6		17,6		17,6	
	134	39,2	Sem resposta										

Variável	Amostra		Categoria	1 mês		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	No.	%		Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P
As vezes fuma sem perceber	56	16,4	Não sei	55,0	0,688	40,0	0,413	35,0	0,269	32,5	0,263	32,5	0,220
	60	17,5	Pouco	46,7		27,3		20,5		20,5		18,2	
	29	8,5	Mais ou menos	44,4		27,8		16,7		11,1		11,1	
	43	12,6	Muito	40,7		22,2		18,5		18,5		18,5	
	154	45,0	Sem resposta										
Fumo quando confortável	35	10,2	Não sei	52,0	0,739	28,0	0,436	28,0	0,401	24,0	0,416	20,0	0,407
	51	14,9	Pouco	51,5		39,4		39,3		30,3		30,3	
	59	17,3	Mais ou menos	43,2		27,9		23,3		20,9		20,9	
	36	10,5	Muito	40,0		20,0		12,0		12,0		12,0	
	161	47,1	Sem resposta										
Fumar ajuda pensar	36	10,5	Não sei	34,6	0,336	11,5	0,075	11,5	0,214	11,5	0,170	7,0	0,089
	32	9,4	Pouco	57,7		44,0		36,0		36,0		36,0	
	53	15,5	Mais ou menos	41,2		26,5		20,6		20,6		20,6	
	65	19,0	Muito	50,0		31,8		22,7		18,2		18,2	
	156	45,6	Sem resposta										
Fissura na ausência de cigarro	18	5,3	Não sei	33,3	0,771	33,3	0,413	33,3	0,054	33,3	0,036	33,3	0,080
	25	7,3	Pouco	52,6		44,4		38,9		38,9		38,9	
	52	15,2	Mais ou menos	71,1		29,4		29,4		26,5		23,5	
	87	25,4	Muito	46,0		24,2		12,9		11,3		11,3	
	160	46,8	Sem resposta										
Sentir-se maduro fumando	111	32,5	Não sei	45,6	0,479	27,8	0,894	22,8	0,933	21,5	0,829	20,3	0,852
	55	16,1	Pouco	50,0		31,4		20,0		20,0		20,0	
	8	2,3	Mais ou menos	16,7		16,7		16,7		16,0		16,7	
	3	0,9	Muito	33,3		33,3		33,3		0		0	
	165	48,2	Sem resposta										
Pensa em cigarro sempre	30	8,8	Não sei	26,3	0,132	10,5	0,067	10,5	0,124	10,5	0,162	10,5	0,258
	59	17,3	Pouco	57,8		42,2		33,3		31,1		18,9	
	41	12,0	Mais ou menos	42,9		22,2		14,8		14,8		14,8	
	50	14,6	Muito	44,4		25,0		19,4		16,7		16,7	
	162	47,4	Sem resposta										

Variável	Amostra		Categoria	1 mês		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	No.	%		Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P	Sucesso (%)	P
Impossível ficar sem fumar	22	6,4	Não sei	53,3	0,809	20,0	0,396	20,0	0,905	20,0	0,913	20,0	0,789
	29	8,5	Pouco	50,0		42,1		26,3		26,3		26,3	
	39	11,4	Mais ou menos	39,3		21,4		17,9		17,9		14,3	
	93	27,2	Muito	45,5		29,2		23,1		20,0		20,0	
	159	46,5	Sem resposta										
Fuma para ter algo na boca	96	28,1	Não sei	45,6	0,652	22,1	0,180	19,1	0,234	17,6	0,390	16,2	0,314
	55	16,1	Pouco	41,5		35,0		25,0		25,0		25,0	
	10	2,9	Mais ou menos	50,0		25,0		0		0		0	
	16	4,7	Muito	61,5		50,0		41,7		33,3		33,3	
	165	48,2	Sem resposta										
Sente-se atraente fumando	113	33,0	Não sei	43,0	0,218	23,3	0,217	20,3	0,202	19,0	0,750	17,7	0,717
	57	16,7	Pouco	51,2		32,5		22,5		22,5		22,5	
	4	1,2	Mais ou menos	0		0		0		0		0	
	1	0,3	Muito	100,0		100,0		100,0		0		0	
	167	48,8	Sem resposta										
Quando estou bravo, fumo	13	3,8	Não sei	33,3	0,357	11,1	0,484	11,1	0,395	11,1	0,337	11,1	0,543
	11	3,2	Pouco	33,3		22,2		11,1		11,1		11,1	
	34	9,9	Mais ou menos	60,0		37,5		33,3		33,3		29,2	
	129	37,7	Muito	44,3		28,7		21,8		19,5		19,5	
	155	45,3	Sem resposta										

Em 1997 o Hospital do Câncer preocupado com as inúmeras conseqüências causadas pelo tabagismo, iniciou o Programa de Apoio ao Tabagista que utilizou como estratégia o aconselhamento médico associado ao uso do adesivo de nicotina de 30 mg.

Torna-se portanto, imperativo identificar os subgrupos de fumantes que irão se beneficiar dos programas atuais e, se possível, adaptar novas estratégias para os subgrupos de alto risco para o insucesso.

O presente estudo visou determinar fatores prognósticos para prever o sucesso do programa anti-tabagismo que inclui o adesivo de nicotina e a orientação comportamental.

O principal achado desse estudo foi o de que, a participação no curso de apoio ao tabagista foi significativo ($p < 0,001$) para o sucesso do programa, com taxas de 79,6%, 51,3%, 42,5%, 39,8% e 39,8% respectivamente nos períodos de seguimento em um, três, seis, nove e doze meses. Nos vários estudos clínicos randomizados com o emprego da reposição de nicotina transdérmica, demonstrou-se que houve aumento importante das taxas de sucesso (YUDKIN et al, 1996) a curto (HOLDCROFT, 1992; SONDERSKOV et al, 1997) e a longo prazo (LARANJEIRA et al, 1998; LEITE et al, 1995; STAPLETON, 1995) quando comparadas ao placebo.

O sistema de nicotina transdérmico tem conseguido bons resultados, com níveis de abstinência de 30% a 41% alcançados durante as primeiras seis semanas de aplicação, comparado a 4% a 21% com sistema de placebo. O uso concomitante de terapia comportamental pode melhorar ainda mais as taxas de abstinência, com índices iniciais superiores a 86%. No decorrer dos meses as taxas freqüentemente começam a cair e, após seis meses, atingem índices menores do que a metade dos índices inicialmente alcançados (PRANTE, 1996).

Ao considerarmos dados da literatura em relação ao sistema terapêutico transdérmico de liberação de nicotina, controlados por placebo, ocorre um incremento nas taxas de cessação do tabaco, com índices iniciais de abstinência superiores a 86% (BENOWITZ, 1993).

PO (1993) em revisão bibliográfica sobre a efetividade do adesivo na cessação do tabaco, verificou que o adesivo é efetivo na cessação do tabaco a curto prazo, com avaliação de três a dez semanas e a longo prazo, com avaliação de vinte e quatro a cinquenta e duas semanas. Notou também que, é freqüente a irritação da pele com o uso do adesivo.

GOURLAY (1994) em seu estudo, relatou que o uso do adesivo transdérmico pode dobrar as taxas de sucesso, a curto e longo prazo, em indivíduos motivados em parar de fumar e fumantes moderados. Em seis meses, conseguiu uma taxa de abstinência de 19,5% no grupo de adesivo de nicotina “versus” 10,9% no grupo de adesivo de placebo. Em doze meses, demonstrou taxa de 15,5% no grupo de adesivo de nicotina “versus” 6,2% no grupo de adesivo de placebo.

KENFORD et al (1994) em seu estudo avaliaram a eficácia do adesivo de nicotina. Demonstraram que, ter parado de fumar, completamente ou quase ter parado, nas primeiras semanas após o tratamento, foi um poderoso fator preditivo de sucesso em longo tempo.

GOURLAY et al (1995) realizaram uma avaliação da efetividade do adesivo de nicotina randomizando os indivíduos em dois grupos, um grupo de indivíduos que recebeu tratamento com adesivo de nicotina (n = 315) e outro grupo de indivíduos que recebeu tratamento com placebo (n = 314). Obtiveram como resultado, uma taxa de sucesso de 6,7% nos indivíduos no grupo ativo “versus” 1,9% no grupo placebo em 12

semanas ($p=0,015$) e, em 26 semanas 6,4% “versus” 2,6% ($p = 0,021$), respectivamente. Foi relatado dificuldade para dormir em 24% dos indivíduos no grupo de nicotina.

STAPLETON et al (1995) em estudo duplo-cego, placebo controle, relataram que com o uso do adesivo de nicotina, melhora nos índices de sucesso na cessação do tabagismo. As taxas de abstinência chegaram a ser o dobro, em período de doze meses, com 9,6% de sucesso no grupo de adesivo ($n=800$ pessoas) “versus” 4,8% de sucesso ($n=400$ pessoas) no grupo placebo ($p<0,01$), em seguimento de doze meses. O uso do adesivo melhorou os resultados a longo prazo e reduziu os sintomas da síndrome de abstinência.

YUDKIN et al (1996) demonstraram que, o adesivo de nicotina transdérmico foi efetivo no auxílio aos indivíduos que pararam de fumar, principalmente nos fumantes com dependência moderada (fumam até quinze cigarros por dia) do que os altamente dependentes (fumam mais de quinze cigarros por dia). Na primeira semana de seguimento, demonstraram 32,9% de sucesso no grupo de adesivo “versus” 21,6% no grupo de placebo ($p<0,001$). Mantiveram-se abstinentes, após doze meses de seguimento, 10,8% dos 842 indivíduos randomizados no grupo do adesivo de nicotina “versus” 7,7% dos 844 indivíduos randomizados no grupo do placebo ($p<0,001$). A abstinência do cigarro, na primeira semana, foi importante na cessação do cigarro. Fumantes de 24 a 49 anos conseguiram mais sucesso do que os fumantes entre os de 50 a 65 anos.

BLONDAL et al (1999) avaliaram o uso da placa de nicotina por cinco meses associado ao spray nasal por um ano. Estudaram duzentos e trinta e sete estudantes entre 22 e 66 anos de idade. Um grupo recebeu adesivo de nicotina ($n = 118$) e outro recebeu adesivo e spray de placebo. O tratamento incluiu o adesivo de nicotina de 15 mg por

três meses, 10 mg por quatro meses e 5 mg durante cinco meses. Os dois grupos receberam suporte psicológico nesse período. Em seis semanas de seguimento, o grupo de adesivo e spray nasal, obtiveram 51% de sucesso na cessação de cigarro “versus” 35% ($p=0,011$) no grupo que recebeu apenas adesivo de nicotina. Em três meses de seguimento, as taxas foram de 37% “versus” 25% ($p=0,011$), em seis meses 31% “versus” 16% ($p=0,005$), em doze meses 27% “versus” 11% ($p=0,001$) e em seis anos 16% “versus” 9% ($p=0,08$). O uso de spray nasal por um ano e adesivo de nicotina por cinco meses foi um método muito efetivo na cessação do tabagismo, verificados nas taxas de sucesso, a curto e a longo prazo.

HOWARD-PITNEY et al (1999) avaliaram a eficácia do adesivo transdérmico de 15 mg na cessação do tabagismo em 410 adultos. Em seis meses após o tratamento, 38% do grupo do adesivo conseguiu sucesso em comparação com 34% do grupo tratado com placebo, não havendo portanto diferença significativa. Na avaliação das recaídas após seis meses do início do tratamento, o grupo do adesivo de nicotina apresentou 33% e o grupo do placebo 48% ($p = 0,003$).

Apesar dos numerosos estudos relatarem que o adesivo de nicotina diminui os sintomas da síndrome de abstinência, esses foram citados como motivo de fracasso em nosso estudo por parte dos indivíduos que não conseguiram sucesso na cessação do tabagismo. Os motivos apontados pelos participantes foram: fatores ligados a síndrome de abstinência (68,5%) como agitação, ansiedade, dependência física, desânimo, depressão, estresse, fome, compulsão, angústia, desejo intenso de fumar, impaciência, falta de firmeza, álcool, sono intenso. Outros motivos atribuídos citados em menores proporções foram: fatores de ordem familiar e de relacionamento (19,1%) como influência de amigos e familiares, convívio com fumantes, falecimento de familiares e

divórcio, fatores de ordem pessoal (6,8%) referidos como falta de vergonha e falta de estímulo, fatores ligados à atividade laborais (2,4%) e fatores de ordem orgânica (0,6%) como alergia ao adesivo. Outros indivíduos (0,4%) referiram consumo de café e fácil acesso ao cigarro.

Ter doença pulmonar obstrutiva crônica, neste estudo, foi fator importante no primeiro mês ($p=0,047$), aos três meses ($p=0,028$) e no sexto mês de seguimento ($p=0,057$). Houve diferença significativa entre indivíduos que tinham a doença e os que não tinham a doença. Esse achado é consenso na literatura ao afirmar que, os indivíduos com doenças cardíacas, pulmonares e vasculares apresentam maiores chances de sucesso (FERREIRA, 1996; KOTTKE et al, 1998; LAW e TANG, 1995) devido à maior motivação em busca do abandono do vício.

O tabaco está relacionado ao desenvolvimento de uma série de doenças. No programa foram considerados os dados pessoais e antecedentes familiares, tendo sido significativo apenas a doença pulmonar obstrutiva crônica. Na avaliação clínica, não foi detectado nenhum problema clínico que pudesse contra-indicar o tratamento proposto. Os sintomas clínicos foram: expectoração em 38,3% ($n=131$), dispnéia em 33,6% ($n=115$), tosse em 48,2% ($n=166$), infecção das vias aéreas superiores em 17,3% ($n=59$), palpitação em 24% ($n=82$), tontura em 15,8% ($n=54$), arritmia em 6,1% ($n=21$) e neoplasia em 7,9% ($n=27$). Cinquenta pacientes (7,9%) não referiram nenhum sintoma. Esses resultados foram semelhantes dos relatados por PRANTE (1996).

Neste estudo os participantes que utilizaram como método de abandono do tabagismo, a interrupção abrupta (39,8%) apresentaram taxas mais elevadas de sucesso no programa durante o primeiro e segundo período de seguimento com $p=0,007$ e

$p=0,067$ respectivamente. Esse fator foi referido como ponto muito importante para o sucesso do programa em 53% das entrevistas feitas durante o período de seguimento.

Segundo PRANTE (1996) os índices de abandono do cigarro variam de 0 a 91%. Em seu estudo observou que em uma análise das situações de recaída com alcoolistas, fumantes, dependentes de heroína foi encontrado que 35% de todas as recaídas representavam estados emocionais negativos, 16% representavam conflitos interpessoais e 20% sofreram pressão social. No sexto mês de seguimento após o tratamento com adesivo as taxas de sucesso são geralmente ao redor de 20% à 40% (RENNARD e DAUGHTON, 1998). Neste estudo, 42% dos indivíduos conseguiram a abstinência nesta época e 40% conseguiram a abstinência em doze meses, sugerindo ser o método do adesivo de nicotina associado a orientação comportamental aplicado no Hospital do Câncer comparável com a literatura mundial.

Em relação a amostra do presente estudo, esta era composta por trezentos e quarenta e dois pacientes inscritos no Programa de Apoio ao Tabagista, desses 62,9% eram mulheres e 37,1% eram homens, no entanto, sabe-se que esta distribuição não representa a distribuição da população adulta fumante no Brasil (BRASIL, 1996). É reconhecido que fumar é mais prevalente nos homens do que nas mulheres, 69% e 43%, respectivamente (RUSSEL et al, 1974; TODD, 1969). As mulheres fumam em menor proporção em todas as faixas etárias (BRASIL, 1996), no entanto, um estudo mostrou que os homens conseguiram maiores taxas de sucesso quando avaliados em longo prazo do que as mulheres (VALENÇA et al, 1998).

Em relação a idade dos pacientes, 56,7% tinham entre 18 a 45 anos, 28,1% entre 46 a 55 anos e 15,2% tinham mais de 56 anos. A idade variou de 18 a 61 anos, com mediana de 43 anos e média de 44 anos. Esse não foi um fator significativo, resultado

igualmente obtido em alguns estudos previamente publicados (PRANTE, 1996; RIBEIRO et al, 1999; SILVA et al, 1994). Outros estudos têm relatado que fumantes mais velhos (maiores de 50 anos) conseguem melhores taxas de sucesso (MCWHORTER et al, 1990; RICHMOND et al, 1992). Já no estudo de YUDKIN et al (1996) foi relatado que fumantes jovens, com idade entre 24 e 45 anos, foram mais efetivos nas taxas de sucesso do que os fumantes entre 50 anos e 65 anos, com $p = 0,05$.

Grande parte dos brasileiros fumam, principalmente os homens. Cerca de 1/3 da população adulta fuma, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens. A grande maioria dos fumantes tem entre 20 e 49 anos de idade (BRASIL, 1996).

Em relação as mulheres grávidas, neste estudo, tivemos somente duas. A literatura afirma que as mulheres no período de gravidez ou lactação apresentam melhores resultados (KOTKE et al 1998, LAW e TANG 1995, MAYER et al, 1990) por talvez estarem mais motivadas por uma melhora das condições para o feto, com benefícios pós parto para a mãe e criança.

Alguns estudos referem melhores resultados com as mulheres grávidas (KOTTKE et al, 1998; LAW e TANG 1995; MAYER et al, 1990), motivadas por uma melhora das condições para o feto, com benefícios pós-parto para a mãe e criança (FIORI, 1996).

Ao considerarmos as tentativas de abandono do fumo, duzentos e trinta e sete dos participantes (69,3%) já haviam feito tentativas anteriores, e apontaram como estratégias utilizadas: interrupção gradativa (9,4%), orientação médica (2%), acupuntura (12,3%), medicação (4,7%), orientação psicológica (1,2%), uso de adesivo de nicotina (14%), além de outros métodos (8,5%). Cerca de 17% não mencionou as estratégias utilizadas nas tentativas do abandono do tabaco. Não houve diferença significativa entre os pacientes que tentaram parar e os que não tentaram parar anteriormente, no presente

estudo, no primeiro mês ($p = 0,749$), no terceiro mês ($p = 1,0$), no sexto mês ($p = 0,480$), no nono mês ($p = 0,470$) e no décimo segundo mês ($p = 0,965$) de seguimento. Este fator não influenciou no sucesso do programa, resultado igualmente achado no estudo de PRANTE (1996), que verificou não haver diferença significativa na eficácia do programa entre os indivíduos que tentaram parar de fumar anteriormente ($p=0,65$). Alguns estudos citam uma relação positiva entre o número de tentativas anteriores e o sucesso em parar de fumar (PRANTE, 1996; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1986).

A literatura afirma que, quanto melhor o nível sócio-econômico (LUNDBERG et al, 1991; MCWHORTER et al, 1990) e educacional (LUNDBERG et al, 1991), melhores são as taxas de sucesso, mas em nosso estudo, esses fatores não foram significativos para o sucesso do programa.

Em relação ao suporte social, 69% dos indivíduos informaram que a pessoa mais importante para o tabagista não era fumante. Esse fator pode ter influenciado bastante para o sucesso do programa, pois para a grande maioria dos participantes, o cônjuge era fortemente contra o hábito do fumo, este fato foi bastante significativo no primeiro mês ($p=0,004$), no sexto mês ($p=0,050$), no nono mês ($p=0,030$) e décimo segundo mês de seguimento ($p=0,028$). Nesta amostra, 53,2% dos indivíduos eram casados. Essa variável não foi significativa para o sucesso do programa, no entanto, a grande procura dessa população pelo programa talvez se justifique pela insistência de algum elemento da família na busca do abandono do cigarro ou porque, nessa faixa etária a maioria das pessoas estão casadas.

Relatos da literatura (BRASIL, 1991; HUGHES, 1993; RUSSEL, 1971; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1986), mostram ser muito

importante a opinião dos familiares na mudança de comportamento dos tabagistas, podendo reduzir a mais de dois terços as chances de sucesso, se a pessoa mais importante para o tabagista for fumante. YUDKIN et al (1996) relatam que fumantes casados ou com união estável, são mais sucedidos no abandono do cigarro.

No estudo de PRANTE (1996) a percentagem de pacientes que não completaram o programa e que tinham fumantes em casa, foi maior do que os que não tinham fumante em casa, com nível de significância de $p < 0,0001$. O resultado significativo mostrou que, ter fumante em casa, colabora para que os pacientes abandonem o programa, confirmando os dados da literatura de que, na presença de fumantes no domicílio, a probabilidade de sucesso reduz-se a mais de dois terços.

Quanto à atividade profissional, 50,6% estavam empregados, 20,5% eram donas de casa, 11,4% eram desempregados, 4,4% eram estudantes e 1,5% estavam afastados por problemas de saúde. Essa variável não apresentou diferença significativa para o sucesso do programa em nosso estudo.

No que diz respeito ao hábito de fumar, 35,7% dos indivíduos fumavam há mais de 29 anos, 57,5% consumiam exclusivamente cigarros industrializados e com filtro e, tinham associado ao fumo, o etilismo em 20,8%. Esses fatores também não influenciaram no sucesso do programa. No entanto, deve-se considerar os dados da literatura que consideram o consumo de álcool um fator de risco para a recaída ao fumo, por isso, deve-se recomendar aos fumantes a diminuição da ingestão de bebidas alcóolicas ou, de preferência, a abstinência dessas ao tentar de parar de fumar (HUGHES et al, 1996). De 15% a 20% dos fumantes que consomem mais de quinze cigarros por dia, possuem tendência a desenvolver a dependência do álcool ou de outras drogas (HUGHES et al, 1996), apresentando menores taxas de sucesso, tanto pela pouca

motivação para parar de fumar quanto pelas recaídas freqüentes. Esses fumantes quando tentam parar de fumar costumam relatar enorme desejo de beber e de consumir drogas (HUGHES et al, 1996). O cigarro tem sido associado com outras drogas e também com bebidas alcoólicas (SACHS e LEISCHOW, 1991).

Algumas alterações de comportamento, como distúrbios de personalidade (LEITE et al, 1995), transtornos psiquiátricos (LARANJEIRA et al, 1998; VALENÇA et al, 1998), ansiedade e depressão parecem aumentar a probabilidade do indivíduo tornar-se dependente de drogas (LARANJEIRA et al, 1998; VALENÇA et al, 1998) e, muitas vezes, dificultando o abandono das mesmas. Esses estudos confirmam estes resultados.

Sobre a sintomatologia apresentada pelos participantes no momento da triagem, não foi achado nenhum problema clínico grave que pudesse limitar o tratamento do adesivo de nicotina. Os sintomas mais apontados foram: expectoração em 38,3% (n=131), dispnéia em 33,6% (n=115), tosse em 48,2%(n=166), infecção das vias aéreas superiores em 17,3% (n=59), palpitação em 24% (n=82). Cinquenta pacientes (7,9%) não referiram nenhum sintoma. Esses achados não foram significativos para o sucesso do programa no presente estudo, assim como no estudo de PRANTE (1996).

Neste trabalho, os participantes que consumiam mais de vinte cigarros por dia, apresentaram piores taxas de sucesso quando comparados aos que fumavam até vinte cigarros por dia, sendo significativo para o sucesso do programa em todo o período de seguimento. O nível de significância em um ano foi de $p=0,017$, com 35% de sucesso, confirmando outros trabalhos publicados (FAGERSTRÖM, 1978; FERREIRA, 1996; HEATHERTON et al, 1987; TANG et al, 1994).

A literatura mostra que os fumantes que consomem mais de vinte cigarros por dia, possuem maior probabilidade de apresentarem os sintomas de abstinência e de

apresentarem recaída (HEATHERTON et al, 1987). O número médio de cigarros consumidos por dia é de aproximadamente vinte (HUGHES et al, 1996). Entre 8% a 15% dos fumantes consomem menos de cinco cigarros por dia (HUGHES et al, 1996) e 4% a 10% consomem mais de dez cigarros por dia.

YUDKIN et al (1996) mostraram maior tendência a parar de fumar os indivíduos que fumavam mais de trinta cigarros por dia quando utilizado o adesivo de nicotina.

No estudo de PRANTE (1996) a variável “número de cigarros por dia” apresentou nível de significância de $p=0,057$, sugerindo que a média de cigarros fumados por dia não influenciou na predição de recaídas.

STAPLETON et al (1999) relataram em seu estudo que, fumantes altamente dependentes (aqueles que fumam mais de 14 cigarros por dia) possuem maior risco de desenvolverem doenças relacionadas ao tabaco, além de possuírem maior dependência da nicotina.

No presente estudo, em relação ao número de cigarros consumidos, 43,6% dos indivíduos fumavam 140 cigarros por semana e 20,5% fumavam de 141 a 210 cigarros por semana. Em relação ao modo de fumar, 46,2% tragavam muito e 41,5% referiram que tragavam em quantidade razoável. Esses fatores não influenciaram o sucesso do programa.

Os estudos (SCHNEIDER et al, 1983; KENFORD et al, 1994; PRANTE, 1996; RUSSEL et al, 1974; SONDERSKOV et al, 1997; SUTHERLAND et al, 1992; TONNENSEN, 1988; TONNENSEN et al, 1991; WEST e RUSSEL, 1985) sobre a avaliação da cessação do tabagismo por meio da reposição de nicotina utilizaram o teste de Tolerância de Fagerström para avaliar o grau de dependência a nicotina ou até mesmo como fator de inclusão ou exclusão dos indivíduos nas pesquisas. Quanto maior

o “score” obtido no teste, menor serão as chances de se conseguir abandonar o tabaco e, maior será a probabilidade de surgir a síndrome da abstinência. Nossos resultados mostram que as taxas de sucesso para os indivíduos com “score” entre dois a oito foram de 50,5% ($p=0,0172$), 34,3% ($p=0,015$), 28,6% ($p=0,046$), 26,7% ($p=0,065$) e 25,7% ($p=0,077$), respectivamente em um, três, seis, nove e doze meses de seguimento, comparados com os indivíduos com “score” de nove a onze que obtiveram taxas de sucesso de 34,8 %, 8,7%, 8,7%, 8,7% e 8,7%, respectivamente, no período estudado. Esses resultados são semelhantes a outros trabalhos já publicados (TANG et al, 1994; WEST e RUSSEL, 1985). No estudo de PRANTE (1996) os indivíduos que obtiveram “score” abaixo de cinco conseguiram taxa de sucesso de 50%, comparados com indivíduos com “score” de seis ou mais que apresentaram taxas de sucesso de 50%, $p=1$.

A presença de efeitos colaterais com o uso adesivo de nicotina transdérmico não influenciou na obtenção do sucesso em nosso estudo, em virtude dos efeitos referidos serem transitórios e de pequena intensidade, dados semelhantes a outros trabalhos previamente publicados (FIORI, 1996; SONDERSKOV et al, 1997; STAPLETON et al, 1995).

Outro resultado positivo encontrado foi que os indivíduos que permaneceram mais tempo sem fumar nas tentativas realizadas anteriormente, conseguiram os maiores índices de sucesso. Em doze meses, o índice foi de 75% para aqueles que permaneceram por mais de três anos sem fumar, sendo fator importante para o sucesso do programa.

Neste estudo, os indivíduos que relataram vontade em parar de fumar, obtiveram melhores resultados ao longo do tratamento comparados aos indivíduos que não queriam parar de fumar. As taxas de sucesso dos indivíduos que queriam parar de fumar

foram superiores em 10% a 29% do terceiro ao décimo segundo mês de seguimento do que naqueles que não queriam parar de fumar.

Para os indivíduos que afirmaram não perceber que fumam quando estão calmos, as taxas de sucesso ao longo do tratamento foram superiores aos indivíduos que disseram fumar muito quando estão calmos. Com superioridade de 10% a 30% em relação a estes últimos, em todos os períodos de seguimento.

As taxas de sucesso ao longo do tratamento também foram superiores (10% a 25%) nos indivíduos que disseram não perceber que fumavam automaticamente do que naqueles que afirmaram fumar automaticamente, em todos os períodos de seguimento.

Os indivíduos que informaram não saber se consideravam difícil não fumar também obtiveram melhores taxas de sucesso de 30% a 60% nos períodos de seguimento, do que nos indivíduos que afirmaram achar difícil ficar sem fumar e que apresentaram taxas de sucesso que variaram de 20% a 36%, em todos os períodos de seguimento.

A preocupação com o peso tem sido referida como um fator muito para o abandono do tabagismo. Segundo LARANJEIRA et al (1998) um grande número de fumantes ao pararem de fumar ganham peso. Geralmente, esse ganho é menor que cinco quilos, mas alguns indivíduos podem ganhar até quinze quilos.

O presente estudo demonstrou, na análise multivariada, que os melhores índices de sucesso podem ser esperados nos indivíduos que não se preocupam com o aumento de peso, comparados aos indivíduos que possuem grande preocupação com o ganho de peso, em longo prazo (OR – 5,18).

Outro fator que pode interferir no sucesso da cessação do tabagismo é o chiado. Em três meses de seguimento, na análise multivariada, os índices de sucesso foram

melhores nos indivíduos que apresentavam sintoma de chiado (OR – 3,3) comparado aos que não apresentavam esse sintoma.

No Brasil, segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), a prevalência global do abandono do tabagismo é de 32,6%. No presente estudo, a taxa global de abstinência foi de 42%, demonstrando ser próximo aos índices encontrados na literatura mundial.

A presente pesquisa parece apontar que, a utilização do adesivo transdérmico de nicotina e a estratégia educacional, são importantes aliados no combate ao tabagismo.

Acredita-se que a realização de testes (ar expirado, entre outros) para confirmação da abstinência por meio da detecção dos produtos do tabaco (cotinina, monóxido de carbono) tornaria os resultados mais eficientes. Os estudos (SCHNEIDER et al, 1983; FERREIRA, 1996; HALEY et al, 1983; KENFORD et al, 1994; STAPLETON et al, 1995) que utilizaram esses exames o recomendam na prática clínica. Neste estudo, esses exames não foram realizados pela indisponibilidade desse método na instituição, campo da presente pesquisa.

Neste trabalho foi possível reconhecer alguns dos fatores preditivos de sucesso para a cessação do tabaco. Portanto, pode-se esperar as piores taxas de sucesso para os pacientes que, não participaram de programas para a cessação do tabaco, utilizando-se do adesivo de nicotina e orientação comportamental em grupo, para os que o cônjuge não se incomodava ou até incentivava o hábito de fumar, para os que não utilizaram o método de interrupção abrupta como forma de cessação do cigarro, para os que não possuíam antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica, para os pacientes que no teste de Fagerström obtiveram “score” maior do que oito, para os que consumiam mais do que vinte cigarros por dia, para os que não tiveram intenção de

abandonar o cigarro nos últimos meses, para os que tinham a percepção de que estavam acendendo o cigarro e para os que alegaram sentir pouca dificuldade em parar de fumar.

Algumas sugestões podem ser implementadas na realização de programas como esse:

- O envolvimento de familiares no programa, principalmente quando forem fumantes;
- Desenvolvimento de estratégias pedagógicas variadas que incluísse material impresso educativo do tipo manuais, recursos audiovisuais para exposição do tema, inclusão de outros profissionais da área da saúde com suas contribuições específicas;
- Criação de uma equipe para convocação e atendimento telefônico dos fumantes;
- Acompanhamentos mais frequentes durante os períodos de seguimentos por parte da equipe terapêutica;
- Desenvolvimento de protocolo de registro em prontuário desde a admissão e o seu percurso no grupo de apoio como forma de melhorar a avaliação comportamental em novos estudos.

6. CONCLUSÕES

- Os fatores preditivos para o sucesso do programa na análise univariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista, o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar, ter realizado um método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo, ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica, ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito, consumir no máximo vinte cigarros por dia, ter tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias, ter realmente muita vontade de parar de fumar, fumar automaticamente sem perceber que está fumando, sentir dificuldade de ficar sem fumar.
- Os fatores preditivos para o sucesso do programa na análise multivariada foram: ter realizado o Programa de Apoio ao Tabagista, o cônjuge ser fortemente contra o hábito de fumar, ter realizado um método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo, ter antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica, ter obtido no teste de Fagerström “score” entre dois e oito, apresentar sintoma de chiado, não ser muito preocupado com o aumento de peso ao parar de fumar.
- As taxas de sucesso dos indivíduos que participaram do Grupo de Apoio ao Tabagista do Hospital do Câncer nos períodos de seguimento foram de 79,6% em trinta dias, 51,3% em três meses, 42,5% em seis meses, 39,8% em nove meses e 39,8% em doze meses.

- O Programa de Apoio ao Tabagista que associa a reposição de nicotina com uso do adesivo de nicotina de 30 mg e orientação comportamental em grupo, apresentou resultados semelhantes à literatura mundial, mostrando-se eficaz para o nosso meio.
- Novas estratégias deverão ser avaliadas para os subgrupos de alto risco de insucesso do programa identificados neste estudo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4^a ed. Washington: APS;1994.

Belo S. La epidemia del tabagismo: realidades y perspectivas. **Rev Vida Med** 1991;43.

Benowitz NL. Nicotine replacement therapy during pregnancy . **J Am Med Assoc**1991; 266:3174-77.

Benowitz NL. Tabagismo e dependência da nicotina. **Clin Med Am Norte** 1992; 2:417-39.

Benowitz NL. Nicotine replacement therapy what has been accomplished: can we do better? **Leading Article Drugs** 1993; 45:157-70.

Blondal T, Franzon M, Westin A. A double-blind randomized trial of nicotine nasal spray as na aid in smoking cessation. **Eur Respir J** 1997; 10:1585-90.

Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafisdottir I, Gustavsson G, Westin A. Smoking cessation and nicotine patches . **BMJ**. 1999; 318:285-8.

Blum A. Cancer prevention: preventing tobacco: related cancers. In: De Vitta Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. **Cancer: principles e practice of oncology**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p545-57.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. **Métodos para se deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA; 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. **Uma proposta de integração ensino- serviço**. Rio de Janeiro : INCA; 1993 .

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Tabaco e Saúde. **Falando sobre tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA; 1996.

Coelho FRG, coordenador. **Curso básico de oncologia**. Rio de Janeiro: MEDSI; 1996. p.1-20: Prevenção do câncer.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav** 1978; 3:235-41.

Fagerström KO, editor. **Nicotine replacement a critical evaluation**. New York: Allan R Liss; 1988. p.109-28: Efficacy of nicotine chewing gun: a review.

Ferreira MP. **Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina por terapia comportamental.** São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado da Universidade de São Paulo]

Fiori MC. Tendência do tabagismo nos Estados Unidos: a epidemiologia do uso do tabaco. **Clin Med Am Norte** 1992; 2:289-303.

Fiori MC. The Agency for Health Care Policy and research smoking cessation clinical practice Guideline.. **J Am Med Assoc** 1996; 75:1270-80.

Fiori MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobbaco dependence and the nicotine patch. **J Am Med Assoc** 1992; 268:2687-94.

Friedman GD, Petitti DM, Bawol RD, Siegelau AB. Mortality in cigarette quitters. **N Engl J Med** 1981;304:1407-10.

Gourlay E. The pros and cons of transdermal nicotine therapy. **Med J Aust** 1994; 160: 152-9.

Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D, Mcneil JJ. Double blind trial of repeated treatment with transdermal nicotine for relapsed smokers. **BMJ** 1995; 311:363-6.

Haley NJ, Axelrad CM, Tilton KA. Validation of self reported smoking behavior: biochemical analysis of cotinine and thiocyanate. **Am J Public Health** 1983; 73:1204-7.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of Fagerström tolerance questionnaire. **Br J Psychiatr** 1987; 144:205-8.

Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wiklund O. Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation. A randomized placebo controlled, double blind study. **Arch Intern Med** 1994; 154:2567-72.

Holdcroft C. Efficacy of transdermal nicotine patches for nicotine replacement and smoking cessation. **Nurse Pract** 1992; 17:46-8.

Howard-Pitney B, Killen JD, Fortmann SP. Quitting Chew: results from a randomized trial using nicotine patches. **Exp Clin Psychopharmacol**. 1999; 7:362-71.

Hughes JR. Risk benefit of nicotine replacement is smoking cessation. **Drug Saf** 1993; 8:49-56.

Hughes JR, Fiester S, Goldstein M, Rock N, Ziedonis D, Resnick, M. Practice Guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. **Am Psychiatr** 1996; 153:(10 Suppl):1-31.

Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recentes avanços na farmacoterapia do hábito de fumar. **J Am Med Assoc** 1999; 5:1990-2002.

Hunt WA, Barnett LW. Relapse rates in addiction programs. **J Clin Psychol** 1971; 27:455-60.

Hurt RD. Modelo abrangente para o tratamento da dependência da nicotina em nível médico. **Clin Med Am Norte** 1992; 2:501-21.

Issa JS, Forti N, Gianinni SD, Diamant J. Intervenção sobre o tabagismo realizada por cardiologia em rotina ambulatorial. **Arq Bras Cardiol** 1998; 71:271-4.

Kenford SL, Fiore MC, Joremby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB . Predicting smoking cessation: who will quit with and without the nicotine patch. **J Am Med Assoc** 1994; 271:589-94.

Kottke TE, Batttista RN, Defriese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta analysis of 39 controlled trials. **J Am Med Assoc** 1998; 259:2883-9.

Laranjeira R, Lourenço MTC, Samaia HB. Como ajudar seu paciente a parar de fumar. **Diag Tratamento** 1998; 2:44-9.

Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. **Arch Intern Med** 1995; 155:1933-41.

Leite JCT, Arenales NB, Nitrini G, Santos RA, Franken RA, Chiattoni HBC. Supressão do tabagismo: apresentação de um programa ambulatorial com abordagem multiprofissional. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 1995; (2 Supl A):1-7.

Lundberg O, Rosen B, Rosen M. Who stopped smoking? Results from a panel survey of living conditions in Sweden. **Soc Sci Med** 1991; 32:619-22.

Mayer JP, Hawkins B, Toddy R. A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a wic clinic. **Am J Public Health** 1990; 80:76-8.

Mcwhorter WP, Boyd GM, Mattson ME. Predictors of quitting smoking: the NHANES, follow up experience. **J Clin Epidemiol** 1990; 43:1399-405.

Murray RP, Gerald LB, Lindgren PG, Connett JE, Rand CS, Anthonisen NR. Characteristics of participants who stop smoking and sustain abstinence for 1 and 5 years in the Lung Health Study. **Prev Med** 2000; 30:392-400.

Newcomb PA, Carbone PP. Consequências do fumo sobre a saúde. **Clin Med Am Norte**1992; 2:305-31.

Perng RP, Hsieh WC, Chen YM, Lu CC, Chiang SJ. Randomized, double-blind placebo-controlled study of transdermal nicotine patch for smoking cessation. **J Formos Med Assoc** 1998; 97:547-51.

Pignatti MH. **Programa de cessação do fumar conduzido por enfermeiras prev-fumo**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo].

Po ALW. Transdermal nicotine in smoking cessation: a meta-analysis. **Eur J Pharmacol** 1999, 45:519-28.

Prante JRA. **Intervenção para o abandono do fumo**. Curitiba; 1996. [Dissertação de Mestrado – Universidade do Paraná].

Rennard SI, Daughton DM. Cigarette smoking and disease. In: Fishman AP, editor. **Pulmonary diseases and disorders**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p.697-708.

Ribeiro SA, Jardim JB, Laranjeira RR, et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**1999; 45:39-44.

Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners.

Addiction 1992; 88:1127-35.

Rose JE, Levin ED, Behm FM, Adivi C, Shur C. Transdermal nicotine facilitates smoking cessation. **Clin Pharmacol Ther** 1990; 47:323-30.

Rosemberg J. **Tabagismo, sério problema de Saúde Pública**. São Paulo: Almed, 1984.

Russel MAH. Cigarette smoking :natural history of a dependence disorder. **BMJ** 1971; 44:1-16.

Russel MAH, Peto J, Patel UA. The classification of smoking by factorial structure of motives. **J R Stat Soc A** 1974; 137:313-33.

Sachs DPL, Leischow SJ. Pharmacological approaches to smoking cessation. **Clin Chest Med** 1991; 12:9-10.

Sachs DPL, Sawe U, Leischow SJ. Effectiveness of a 16 hour transdermal nicotine patch in a medical practice setting with out intensive group counselling. **Arch Intern Med** 1993; 153:1881-90.

Schneider NG, Jarvik ME, Forsythe AB, Read, LL, Elliott ML, Schweiger A.
Nicotine gum in smoking cessation: a placebo- controlled, double- blind trial.
Addict Behav 1983; 8:253-61.

Schwartz JL. Métodos para parar de fumar. **Clin Med Am Norte** 1992; 2:453-79.

Shiffman S, Pinney JM, Gitchell J, Burton SL, Lara EA. Public health benefit of
over counter nicotine medications. **Tob Control** 1997; 6:306-10.

Silva SB, Corvalan B, Paz M. Tratamiento del tabaquismo: experiência del
institute nacional de enfermedades respiratory diseases. **Rev Chil Enferm Respir**
1994; 10:136-42.

Sonderskov J; Sabroe S; Meillier L; Overvad K. Nicotine patches in smoking
cessation: a randomized trial among over-the- counter customers in Denmark.
Am J Epidemiol 1997; 145:309-18.

Stapleton JA, Russell MAH, Colin F, et al. Dose effects and predictors of
outcome in a randomezed trial of transdermal nicotine patches in general practice.
Addiction 1995; 90:31-42.

Stapleton JA, Sutherland G, Russel MAH. How much does relapse after one year
erode effectiveness of smoking cessation treatment .Long term follow up of
randomized trial of nicotine nasal spray. **BMJ** 1998; 316:830-1.

Stapleton JA, Lowin A, Russel MAH. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evolution of cost effectiveness.

Lancet 1999; 354:210-5.

Sutherland G, Stapleton JA, Russel MAH, et al. Randomized controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. **Lancet** 1992; 340:324-9.

Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking. **BMJ** 1994; 308:21-6

Todd GF. **Statistics of smoking in the United Kingdom**. London: Research Council; 1969.

Tonnensen P. Dose and nicotine dependence as determinants of nicotine gum efficacy . In: Pomerleau OF, Pomerleau CS, editors. **Nicotine replacement a critical evaluation**. New York: Alan R Liss; 1988. p.129-44.

Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of a 16 hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. **N Eng J Med** 1991; 325:311-5.

Tonnensen P, Norregaard J, Mikkelsen K, Jorgensen S, Nilsson FA. A double blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation . **J Am Med Assoc** 1993; 269:1268-71.



US Department Of Health And Human Services. **The health consequences of smoking nicotine addiction: a report of the surgeon general.** Washington: US Government Printing Office; 1986.

Valença A, Nascimento I, Nardi AE, et al. Nicotina, ansiedade e depressão. **J Bras Psiq** 1998; 47: 243-50.

Wagner EH, Curry SJ, Grothaus L, Saunders KW, McBride CM. The impact of smoking and quitting on health care use. **Arch Intern Med** 1995; 155:1789-95.

West R, Russel MAH. Pre-abstinence smoke intake and smoking motivation as predictors of severity of cigarette withdrawal symptoms. **Psychopharmacology** 1985; 87:334-6.

Yudkin PL, Jones L, Lancaster T, Fowler GH. Which smokers are helped to give up smoking using transdermal nicotine patches? Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Br J Practice** 1996; 46:145-14.

QUESTIONÁRIO 1 - ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nome: _____				RG: _____	
Data Nasc.: _____		Data Admissão: _____		Sexo: (0) F (1) M	
Tabagismo: _____ cigarros/dia			Tempo de Fumo: _____		
Sintomas:		Expectoração (1) Sim (0) Não		Chiado (1) Sim (0) Não	
				Dispnéia (1) Sim (0) Não	
Dor Torácica (1) Sim (0) Não		IVAS repetição (1) Sim (0) Não		Claudicação (1) Sim (0) Não	
				Tontura (1) Sim (0) Não	
"Desmaio" (1) Sim (0) Não		Palpitações (1) Sim (0) Não		Outros: (1) Sim (0) Não _____	
Tosse: (1) Sim (0) Não			Assintomático: (1) Sim (0) Não		
Antecedentes Pessoais:		IAM (1) Sim (0) Não		HAS (1) Sim (0) Não	
				Arritmia Cardíaca (1) Sim (0) Não	
Insuficiência Arterial MMII (1) Sim (0) Não			Tromboangeite Obliterante (1) Sim (0) Não		
Neoplasia. (1) Sim (0) Não Topografia: _____			Outros (1) Sim (0) Não _____		
DPOC (1) Sim (0) Não					
Antecedentes Familiares:		IAM (1) Sim (0) Não		HAS (1) Sim (0) Não	
				Arritmia Cardíaca (1) Sim (0) Não	
Insuficiência Arterial MMII (1) Sim (0) Não			Tromboangeite Obliterante (1) Sim (0) Não		
Neoplasia. (1) Sim (0) Não Topografia: _____			Outros (1) Sim (0) Não _____		
DPOC (1) Sim (0) Não					
Dependência Associadas:		(1) Medicamentos		(2) Drogadição	
				(3) Outras	
				(4) Etilismo	
Exame Físico:		PA: _____ X _____		Obesidade: (1) Sim (0) Não	
				Gravidez: (1) Sim (0) Não	
Ausculta Pulmonar:		(1) Roncos		(2) Normal	
				(3) Outros _____	
				(4) Sibilos	
Ausculta Cardíaca:		(1) Sopros		(2) Normal	
				(3) Outros _____	
				(4) Arritmia	
MMII:		(1) Edema		(2) Normal	
				(3) Sinais de insuf. arterial crônica	
Tempo de intenção de abandono: _____ dias.			Tentativas anteriores: (1) Sim (0) Não		

Métodos Empregados:	Nicotina (1) Sim (0) Não	Orientação médica (1) Sim (0) Não	Acupuntura (1) Sim (0) Não
Interrupção gradativa (1) Sim (0) Não	Interrupção abrupta (1) Sim (0) Não	Medicamentos	(1) Sim (0) Não
Outro: (1) Sim (0) Não _____		Orientação psicoterápica	(1) Sim (0) Não
Motivo atribuído ao fracasso: _____			
Raio X de Tórax:	(1) DPOC	(2) Nódulo único	(3) Nódulos
(4) Derrame Pleural	(5) Condensação	(6) Outros: _____	(7) Normal
Medic. em uso:	(1) Hipoglicemiantes	(2) Outros _____	(3) Anti-hipertensivos
Sintomas? Sinais de Abstinência à Nicotina: _____			
Tempo de início após interrupção: _____			
Tratamento que será instituído: _____			

QUESTIONÁRIO 2 - ARU SMOKING QUESTIONNAIRE

Nome: _____ Data: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Residencial: _____ Comercial: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

(1) Você é...	Solteiro		1
	Casado e morando junto		2
	Separado ou divorciado		3
	Viúvo		4
	Outro		5

(2) Você é... Escolha somente uma.	Empregado		1
	Dona de casa		2
	Estudante		3
	Aposentado		4
	Desempregado		5
	Afastado por problema de saúde		6

(3) Qual dessas descrições melhor se aplica ao seu emprego ou ao seu último emprego? Escolha somente uma.	Trabalhador braçal		1
	Nível técnico		2
	Nível de gerência		3
	Profissional liberal		4
	Nunca esteve empregado		5
	Comércio		6

(4) Se você é ou foi casado, qual dessas descrições melhor se aplica ao atual ou último emprego do seu cônjuge?	Trabalhador braçal		1
	Nível técnico		2
	Nível de gerência		3
	Profissional liberal		4
	Nunca esteve empregado		5
	Comércio		6

(5) Você pode fumar no seu trabalho?	Sim, sempre que quero		1
	Sim, somente nos intervalos		2
	Não, nunca		3

(6) Qual a sua idade quando você começou a fumar regularmente (em anos) 1 cigarro ou mais por dia?	_____ anos
--	------------

(7) No último ano, quantos cigarros você fumou por dia? Quanto varia de uma dia para o outro	O mínimo que eu fumei por dia.	
	O máximo que eu fumei por dia.	

(8) Que tipo de cigarros você normalmente fuma?	Com filtro		1
	Sem filtro		2
	Cigarro de palha		3
Se você fuma cigarro de palha, qual a quantidade de fumo que você usa por dia?		_____	

(9) Qual é a marca do seu cigarro?	Marca do cigarro _____		
Ele é	Baixo teor de alcatrão		1
	Baixo/médio teor de alcatrão		2
	Médio teor de alcatrão		3
	Alto teor de alcatrão		4
	Não sabe		5
Ele é	King size		1
	Normal		2
	Small size		3

(10) Quando você fuma, você traga	Muito		1
	Quantidade razoável		2
	Muito pouco		3
	Quase nada		4

(11) Você fuma?	Cachimbo		1
	Cigarro		2
Quanto por semana? _____			

(12) O quanto é agradável fumar para você?	Extremamente agradável		1
	Razoavelmente agradável		2
	Pouco agradável		3
	Não é agradável		4

(13) Quanto é desagradável ficar 1 ou 2 horas sem fumar?	Extremamente desagradável		1
	Razoavelmente desagradável		2
	Pouco desagradável		3
	Não é desagradável		4

(14) Você se considera "viciado" no cigarro?	Extremamente		1
	Muito		2
	Pouco		3
	Quase nada		4
	Não sabe		5

(15) Se você parasse de fumar de uma só vez, quanto difícil seria?	Muito fácil		1
	Fácil		2
	Difícil		3
	Muito difícil		4

(16) Quando você se levanta, você fuma antes da sua primeira xícara de café ou chá?	Sim		1
	Não		2

(17) Em situações quando você não pode fumar ou não tem cigarros, você sente necessidade?	Nunca		1
	Difícilmente		2
	Ocasionalmente		3
	Freqüentemente		4
	Sempre		5

(18) A pessoa que é mais importante para você fuma?	Sim		1
	Não		2

(19) O ela acha sobre você fumar?	Fortemente contra		1
	Preferia que não		2
	Não se importa		3
	Me estimula para fumar		4

(20) Quantas vezes você tentou parar de fumar com seriedade nos últimos cinco anos?	Nunca		1
	Uma vez		2
	2 – 4 vezes		3
	5 ou mais vezes		4

(21) Sem contar as vezes em que esteve doente ou hospitalizado, qual foi o maior período que você esteve sem fumar nos últimos 5 anos?	Menos do que 1 dia		1
	1 – 6 dias		2
	1 – 4 semanas		3
	1 – 3 meses		4
	4 – 6 meses		5
	7 – 11 meses		6
	1 – 3 anos		7
	Mais do que 3 anos		8

(22) Você tem algum problema de saúde que você relacione com o fumo?	Sim		1
	Não		2
Se a resposta for sim, esses problemas se relacionam mais com	Coração		1
	Pulmão		2
	Alguma outro		3

(23) Se acontecesse de você parar de fumar completamente, você acredita que você seria mais saudável?	(a) a curto prazo:		
	Muito saudável		1
	Pouco saudável		2
	Sem diferenças		3
	(b) a longo prazo:		
	Muito saudável		1
	Pouco saudável		2
	Sem diferenças		3

(24) Qual é a principal razão para você querer parar de fumar? (somente uma)	Sua saúde		1
	O custo		2
	É um hábito sujo		3
	Percebe medo nas outras pessoas		4
	Não gosta de ser dependente		5
	Alguma outra razão		6

(25) Quanto você quer parar de fumar de uma vez?	Realmente muito		1
	Muito		2
	Não muito		3
	Não quero realmente		4

(26) Você tem se sentido mais deprimido do que o usual nos últimos e meses?	Não realmente		1
	Um pouco		2
	Bastante		3
	Muito		4

(27) Qual o seu peso?	
-----------------------	----------------------

(28) Qual é a sua altura?	
---------------------------	----------------------

(29) Você está preocupado em ganhar peso se você parar de fumar?	Não		1
	Pouco preocupado		2
	Preocupado		3
	Muito preocupado		4

(30) Você espera estar sob muita pressão em casa ou no trabalho nos próximos 3 meses?	Não		1
	Pouco		2
	Muito		3
	Extremamente		4

(31) Você acha que vai ficar sem fumar por pelo menos 1 ano?	Com certeza		1
	Provavelmente sim		2
	Provavelmente não		3
	Certamente não		4

(32) Como você ficou sabendo deste serviço?	Amigo		1
	Jornal/revista		2
	Televisão/rádio		3
	Médico		4
	Outros		5
Se outro especifique _____			

Obs.: certifique-se que todas as questões foram respondidas

QUESTIONÁRIO 3
ARU SMOKING MOTIVATION QUESTIONNAIRE

Nome: _____ Data: _____

Pergunta	Não sei (0)	Pouco (1)	Mais ou Menos (2)	Muito (3)
1 – Eu sinto fissura por fumar quando tenho que parar por um tempo				
2 – Eu acendo um cigarro sem perceber que tenho outro aceso no cinzeiro				
3 – Eu aproveito mais um cigarro nos meus momentos de calma				
4 – Eu sinto prazer sempre que fumo				
5 – Manusear um cigarro é parte do prazer que eu sinto em fumar				
6 – Eu acho que fico bem fumando				
7 – Eu fumo mais quando estou preocupado com alguma coisa				
8 – Eu me sinto mais alerta quando fumo				
9 – Eu fumo automaticamente, sem perceber que estou fumando				
10 – Eu fumo para ter o que fazer com as mãos				
11 – Quando eu vou em busca de cigarro sinto-me muito mal até encontrá-los				
12 – Fumo mais quando estou triste				

13 – Fumar me mantém alerta mesmo quando estou cansado				
14 – Para mim é difícil ficar mais de uma hora sem fumar				
15 – Às vezes me pego fumando sem ter percebido que ascendi o cigarro				
16 – A hora que eu mais quero fumar é quando estou confortável e relaxado				
17 – Fumar me ajuda a pensar e me concentrar				
18 – Eu fico fissurado por um cigarro se demoro a fumar um				
19 – Eu me sinto mais maduro e sofisticado fumando um cigarro				
20 – Eu penso no cigarro quando eu não estou fumando				
21 – Eu acho quase impossível não fumar por uma semana				
23 – Eu me sinto mais atraente para o sexo oposto quanto fumo				
24 – Quando me sinto bravo com alguma coisa eu acendo um cigarro				

QUESTIONÁRIO 4

FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE

Nome: _____ Data: _____

1 – Após quanto tempo desde que você se levanta você fuma seu primeiro cigarro?

<u>Resposta</u>	<u>Pontos</u>
Em 5 minutos ou antes	3
6 – 30 minutos	2
31 – 60 minutos	1
Depois de 60 minutos	0

2 – Você acha difícil controlar o fumo em lugares onde ele é proibido, como igrejas, cinemas etc.?

<u>Resposta</u>	<u>Pontos</u>
Sim	1
Não	0

3 – Qual é o pior cigarro a ser abandonado por você?

<u>Resposta</u>	<u>Pontos</u>
O primeiro do dia	1
Qualquer outro que não o primeiro	0

4 – Quantos cigarros por dia você fuma?

<u>Resposta</u>	<u>Pontos</u>
10 ou menos	0
11 – 20	1
21 – 30	2
31 ou mais	3

5 – Você fuma mais freqüentemente pela manhã ou no restante do dia?

<u>Resposta</u>	<u>Pontos</u>
Sim	1
Não	2

6 – Você fuma mesmo quando está doente e tem que ficar na cama?

<u>Resposta</u>	<u>Pontos</u>
Sim	1
Não	0

Total de Pontos = _____

Gráfico 1. Ter realizado o curso no Grupo de Apoio ao Tabagista

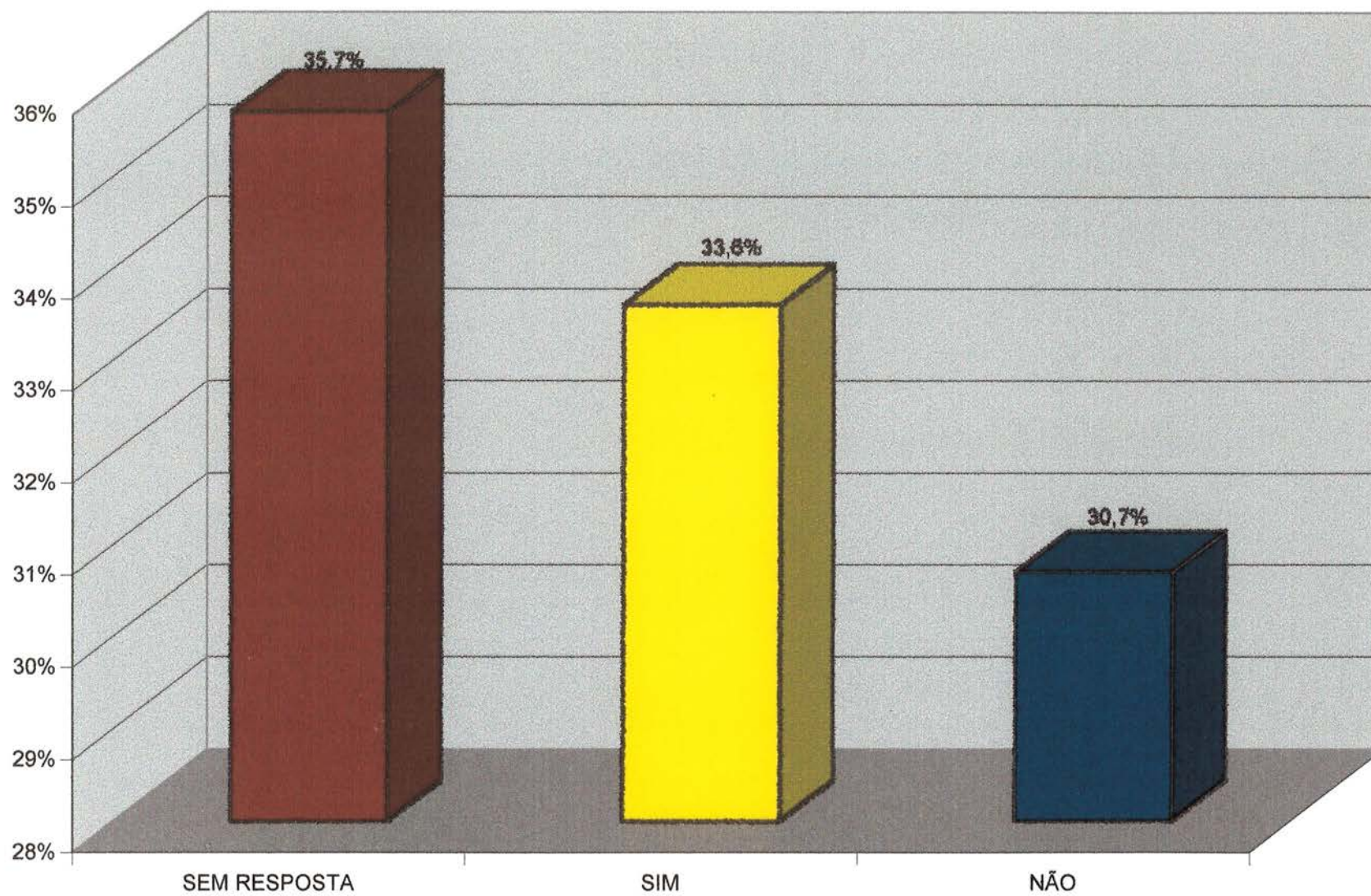


Gráfico 2. Opinião do cônjuge sobre o hábito de fumar

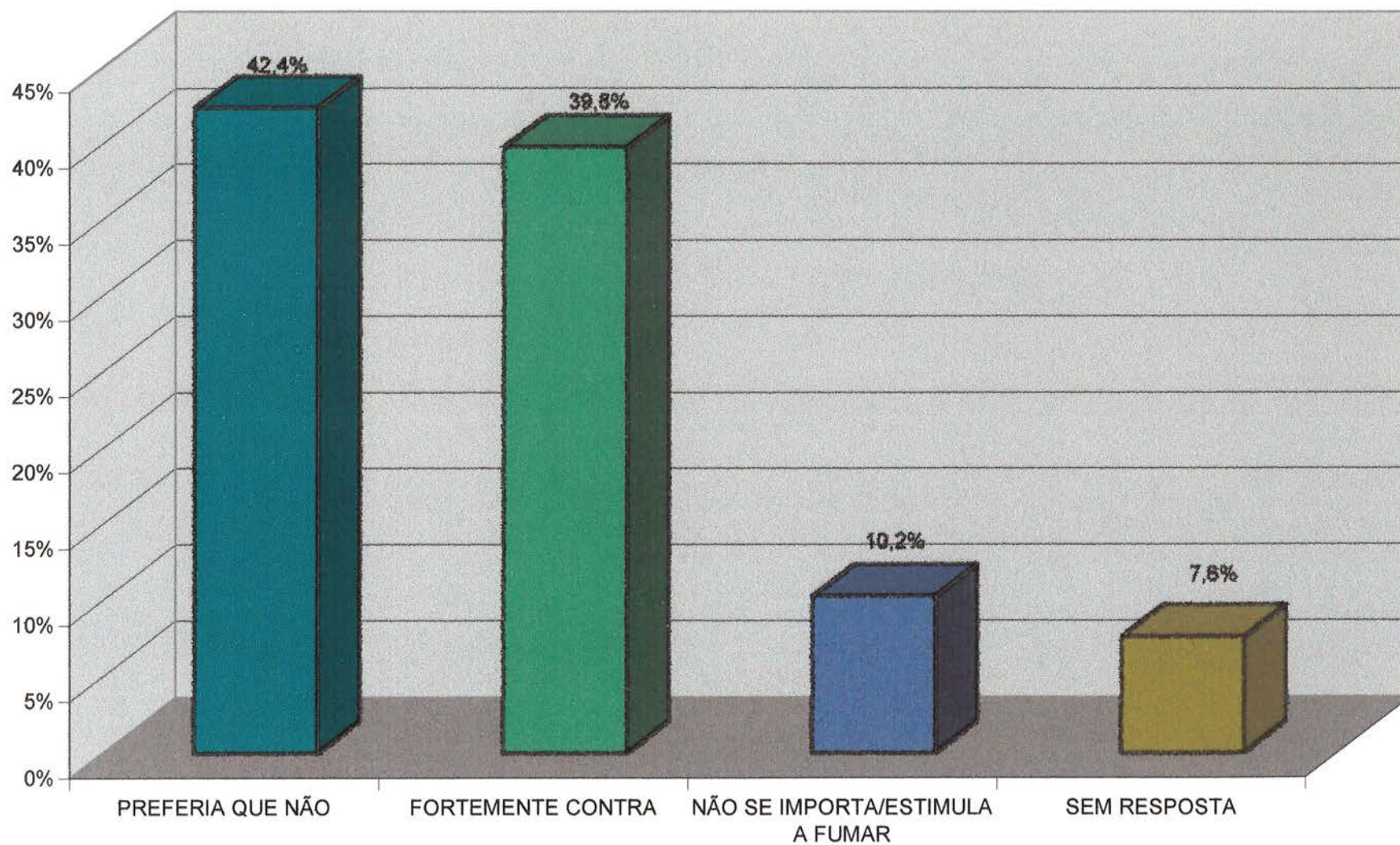


Gráfico 3. Método de interrupção abrupta utilizado para cessação do tabaco

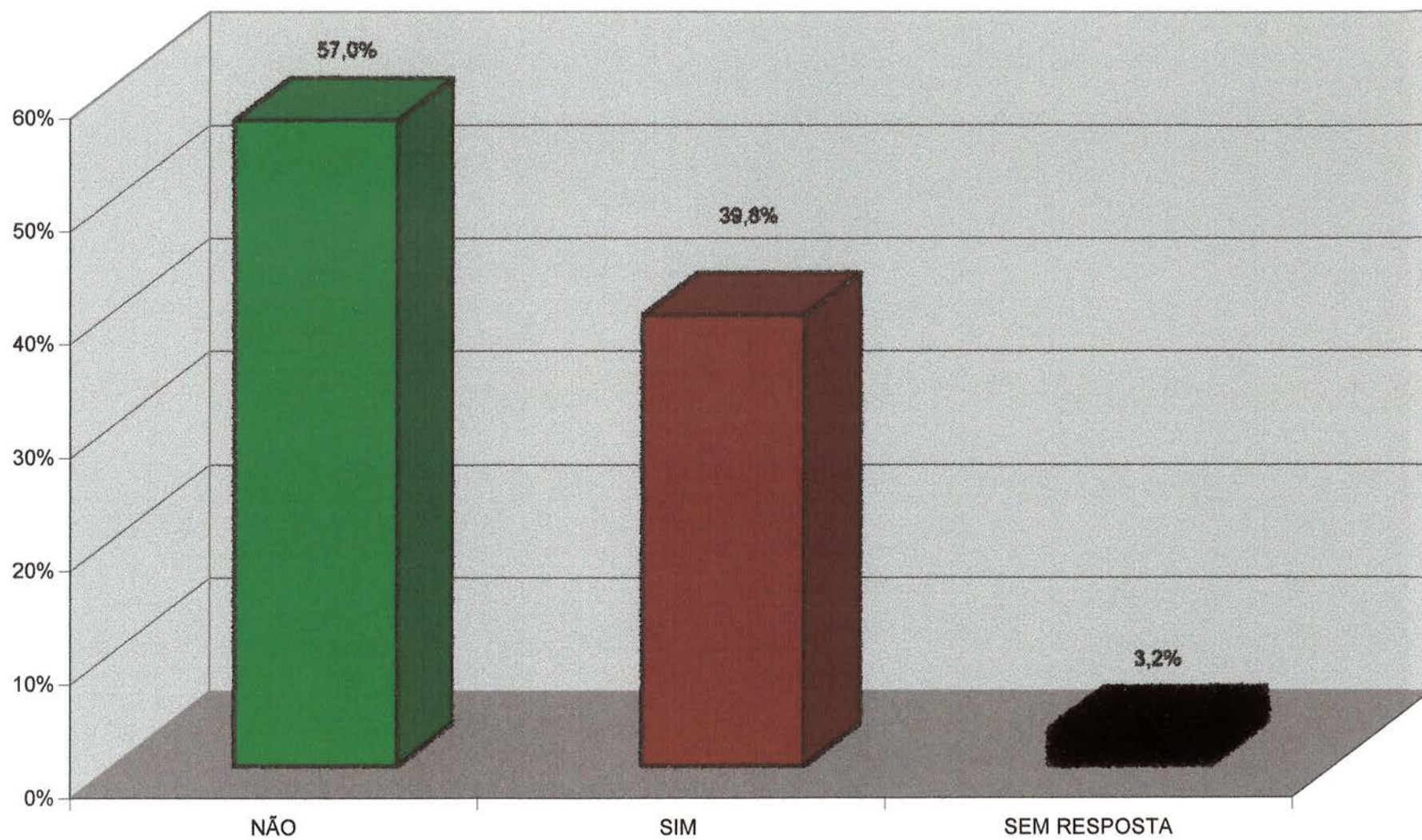


Gráfico 4. Antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica

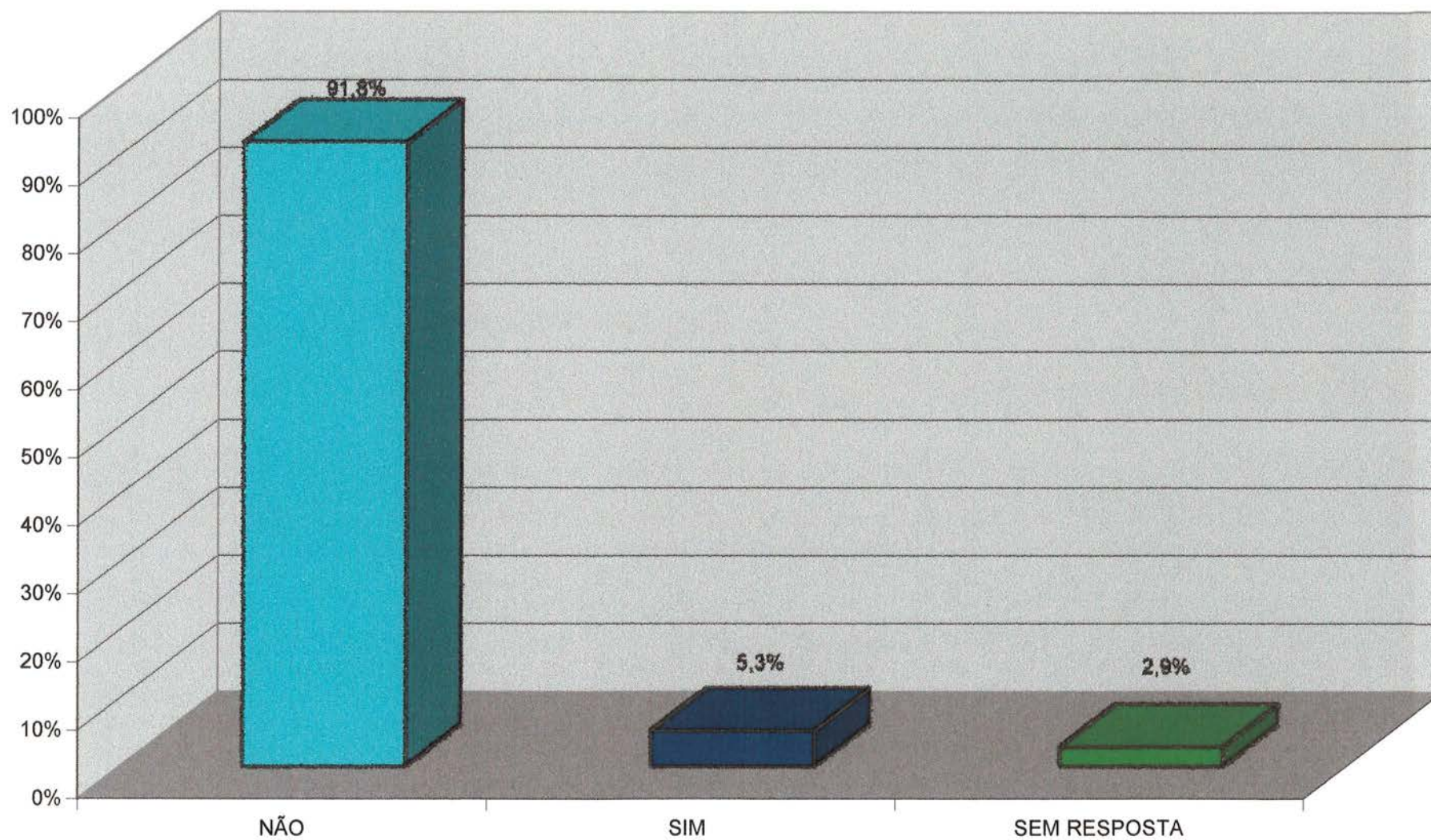


Gráfico 5. "Score" obtido no Teste de Fagerström

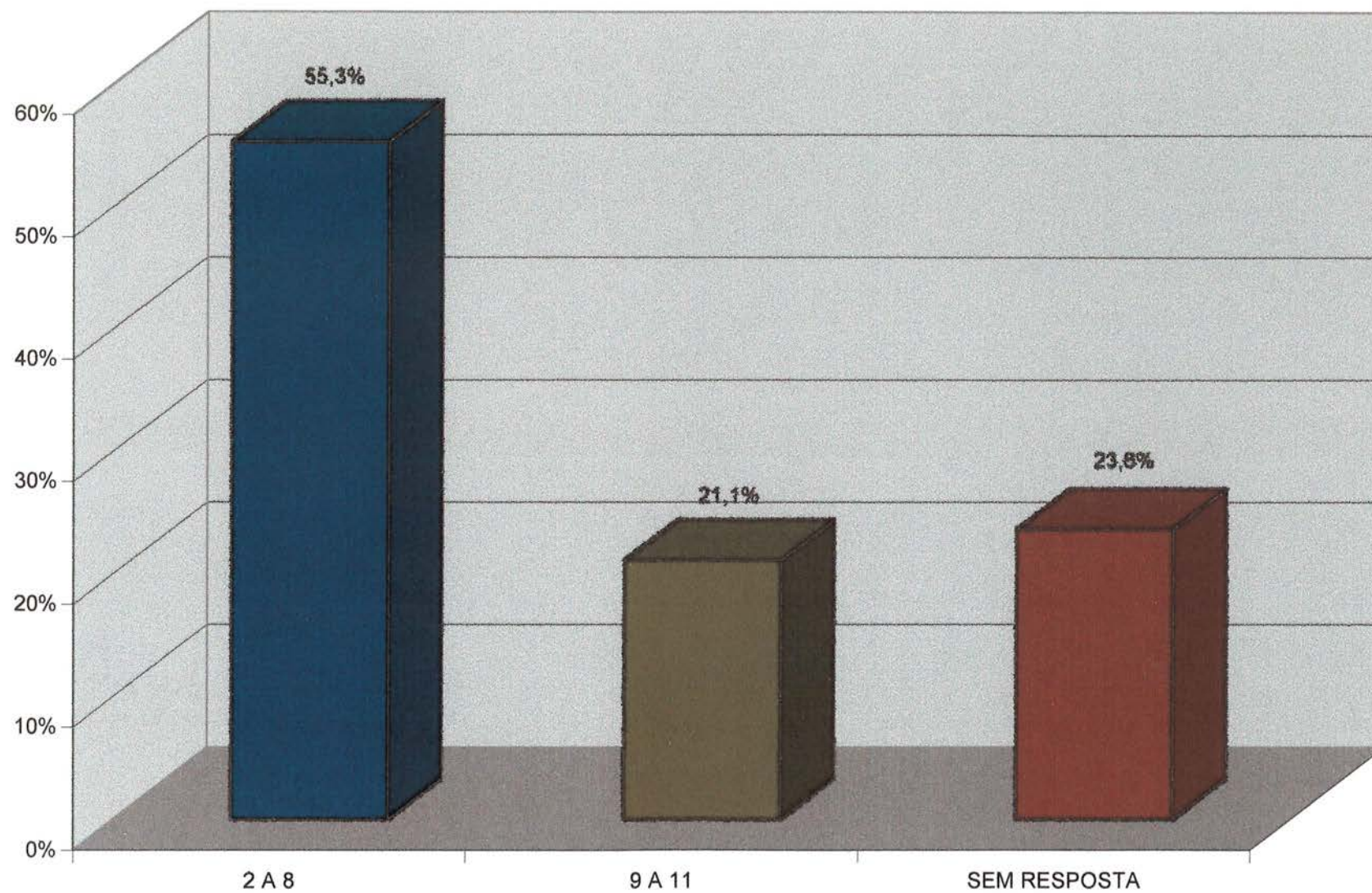


Gráfico 6. Consumo de cigarro ao dia

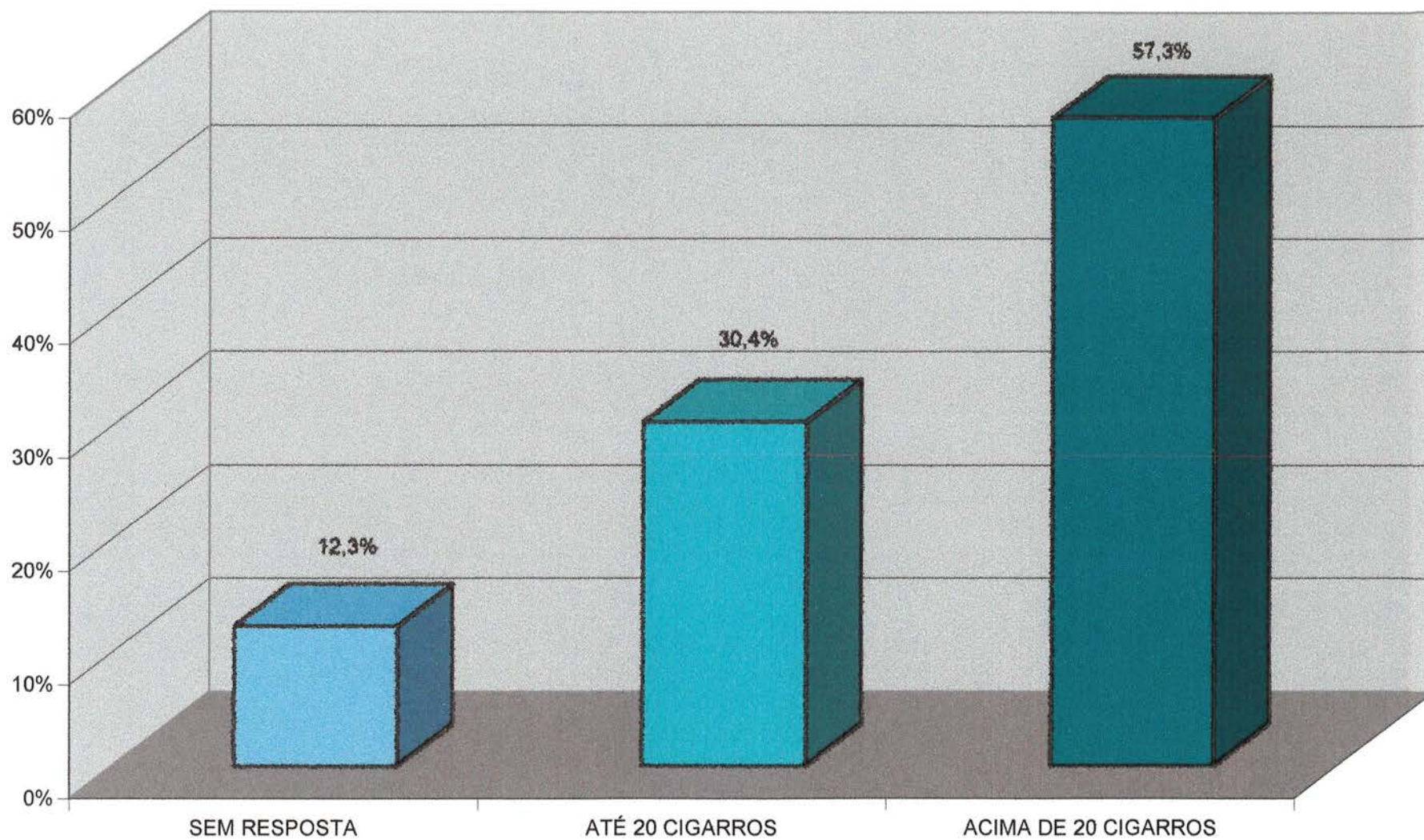


Gráfico 7. Intenção de abandono do fumo em dias

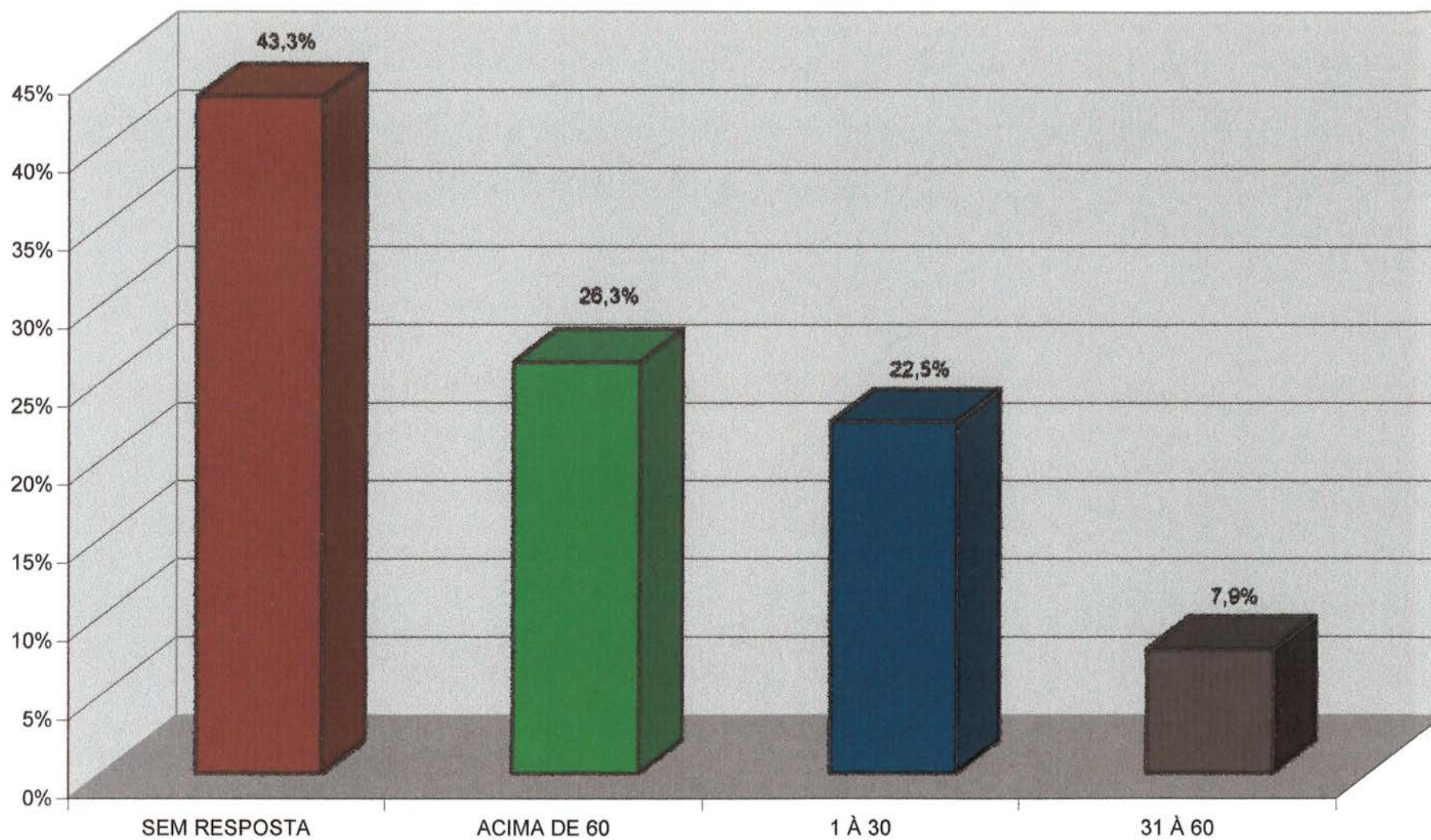


Gráfico 8. Querer mesmo parar de fumar

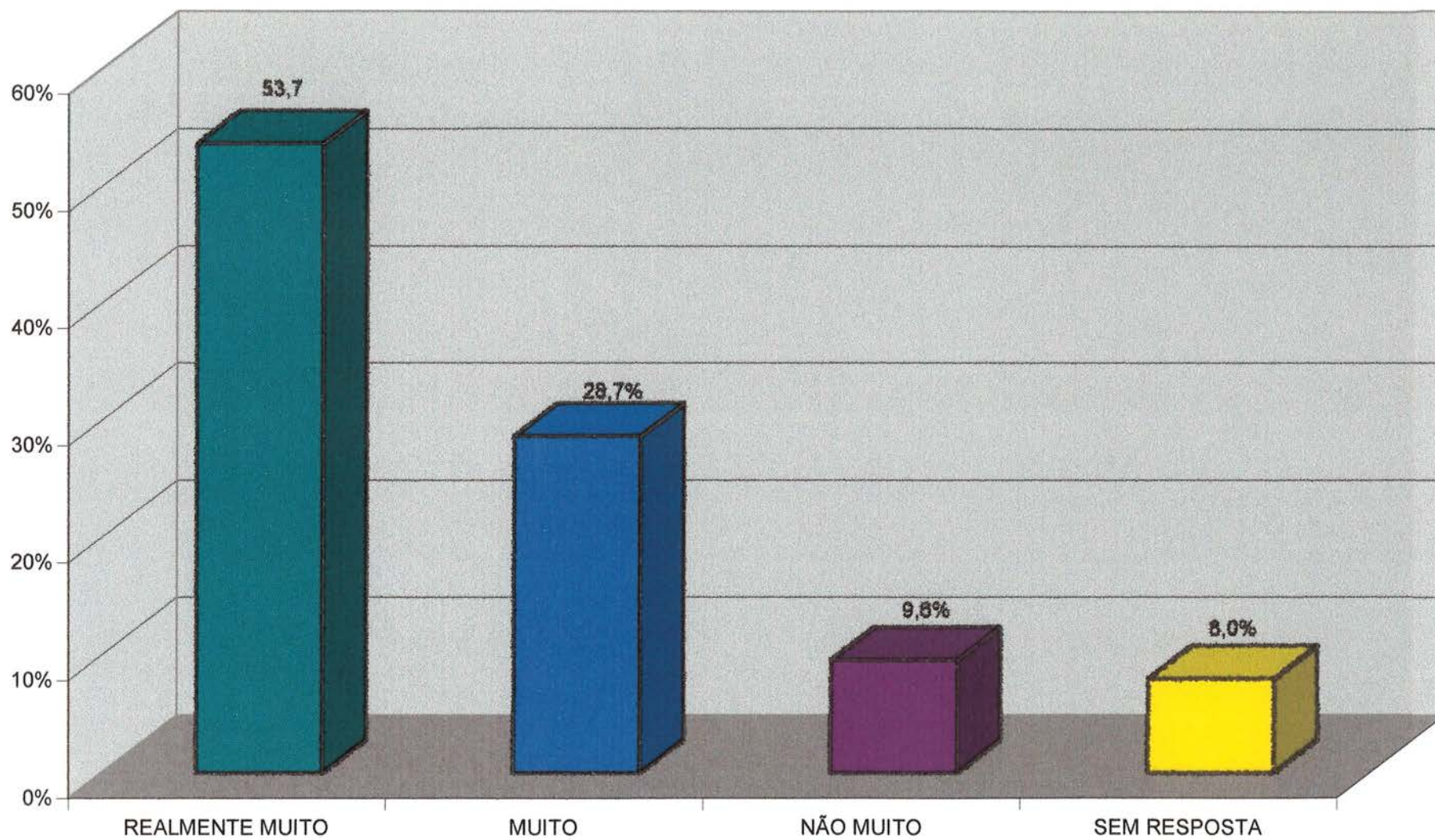


Gráfico 9. Fumar principalmente quando está calmo

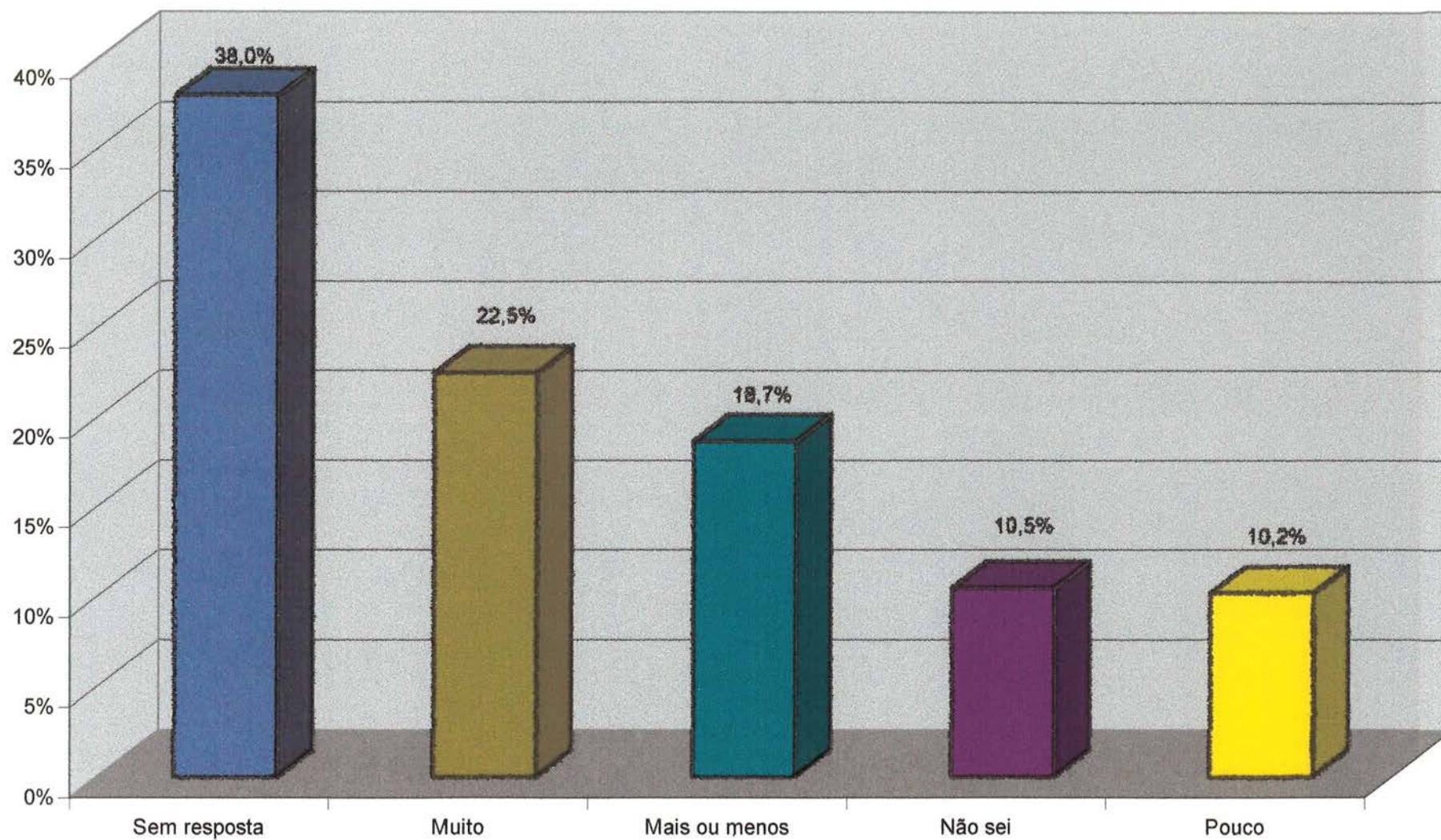


Gráfico 10. Fumar automaticamente, sem perceber que está fumando

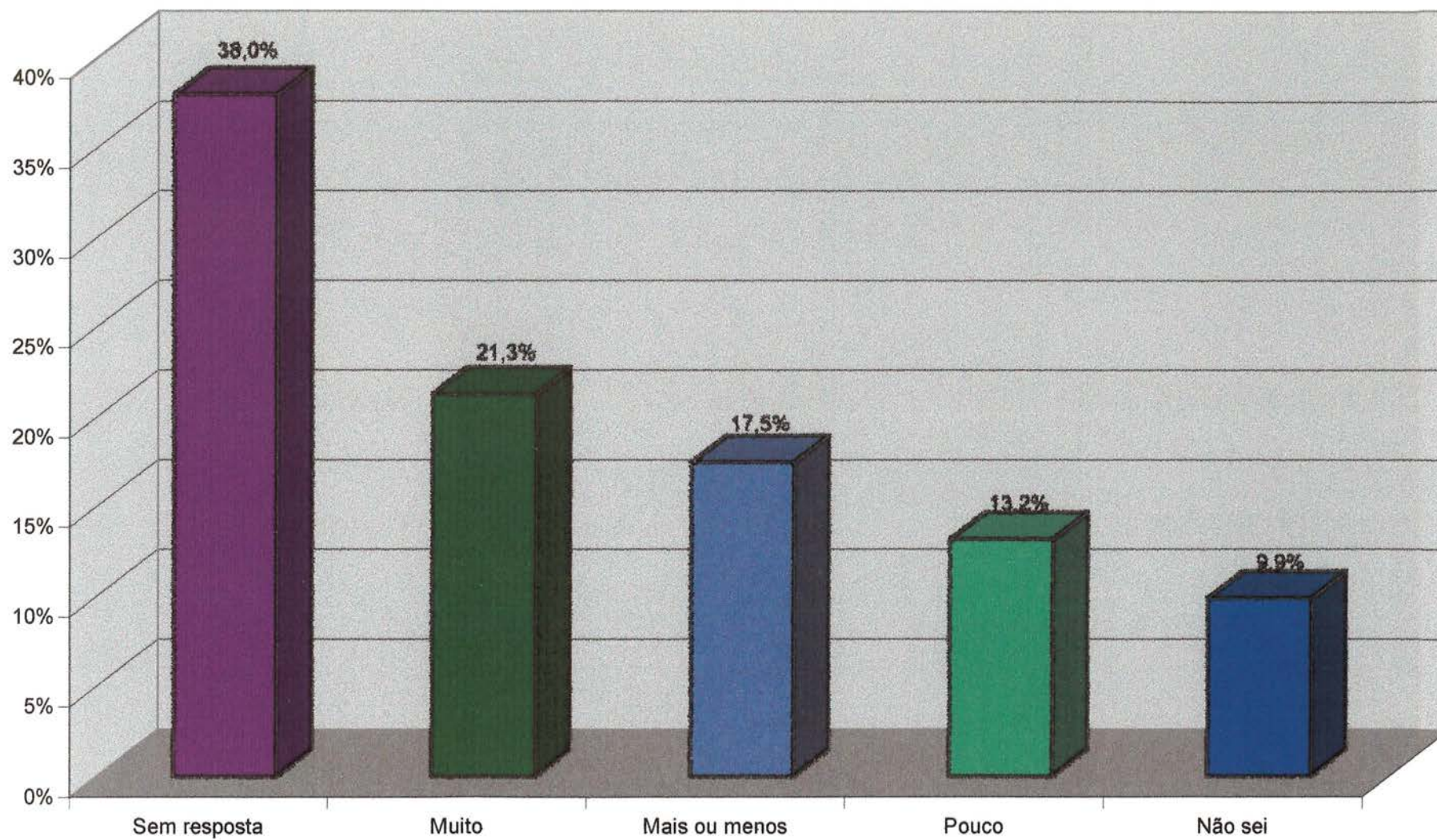


Gráfico 11. Achar difícil ficar sem fumar

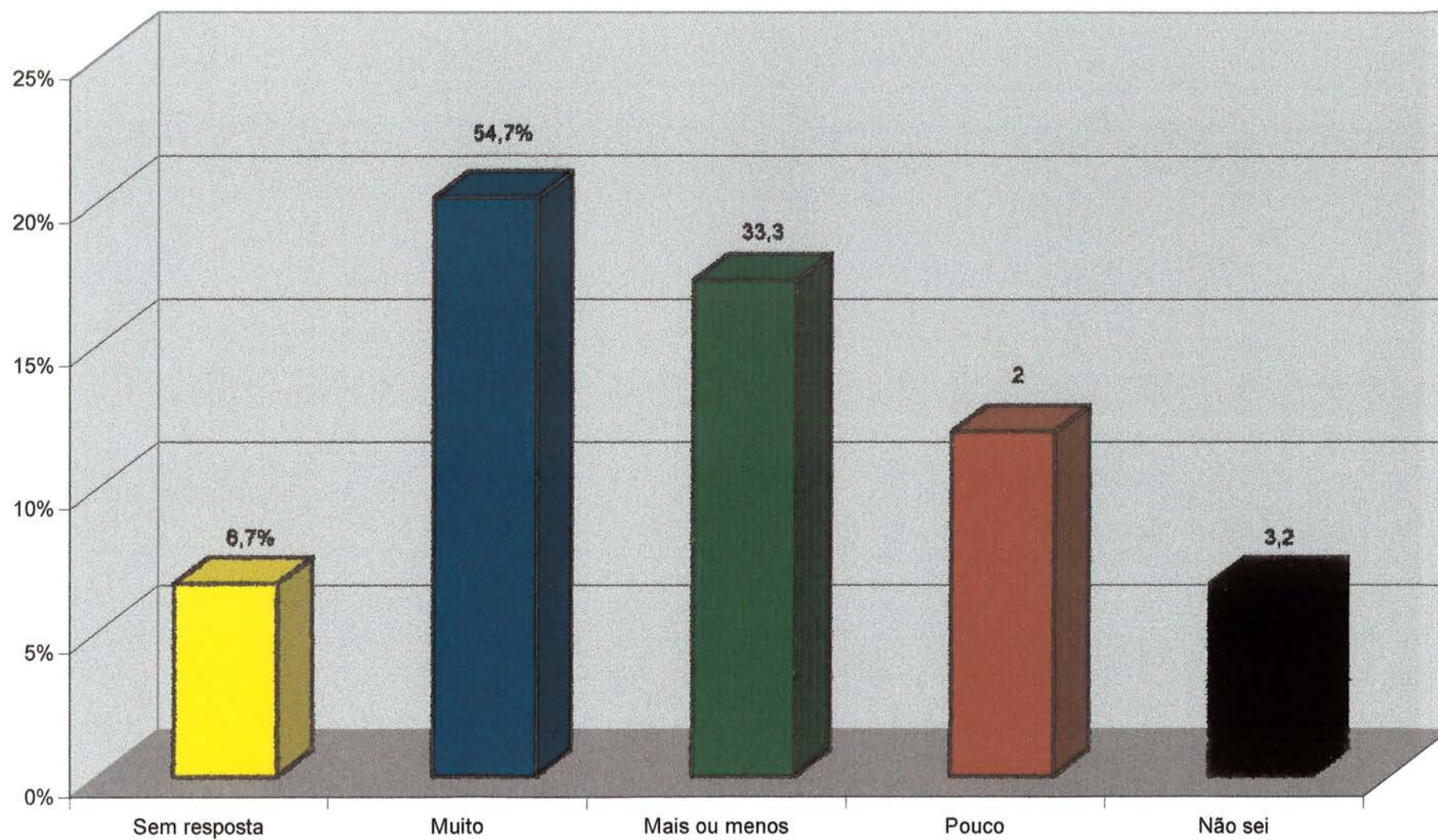


Gráfico 12. Opinião do cônjuge

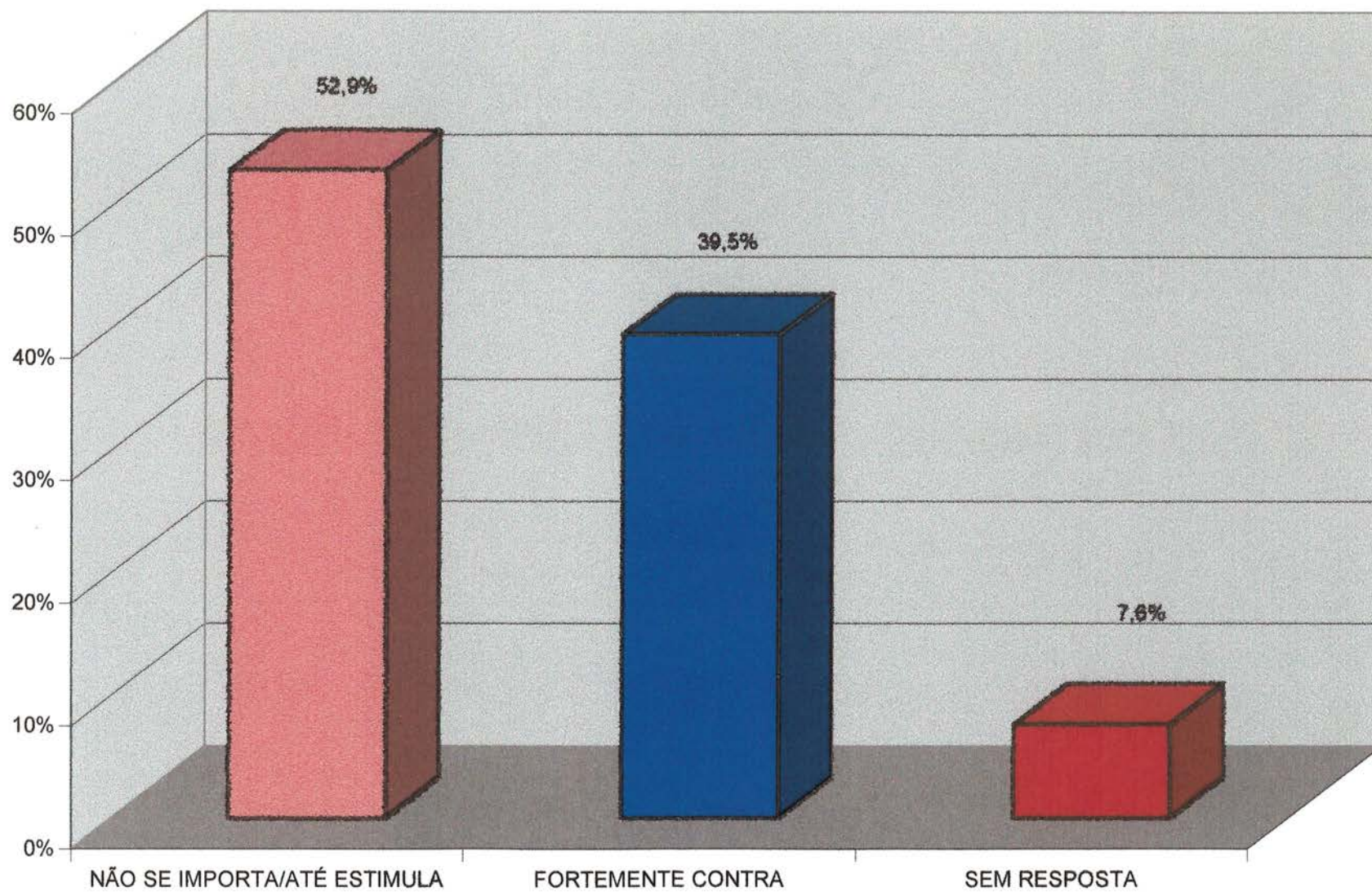


Gráfico 13. Preocupação em ganhar peso se parar de fumar

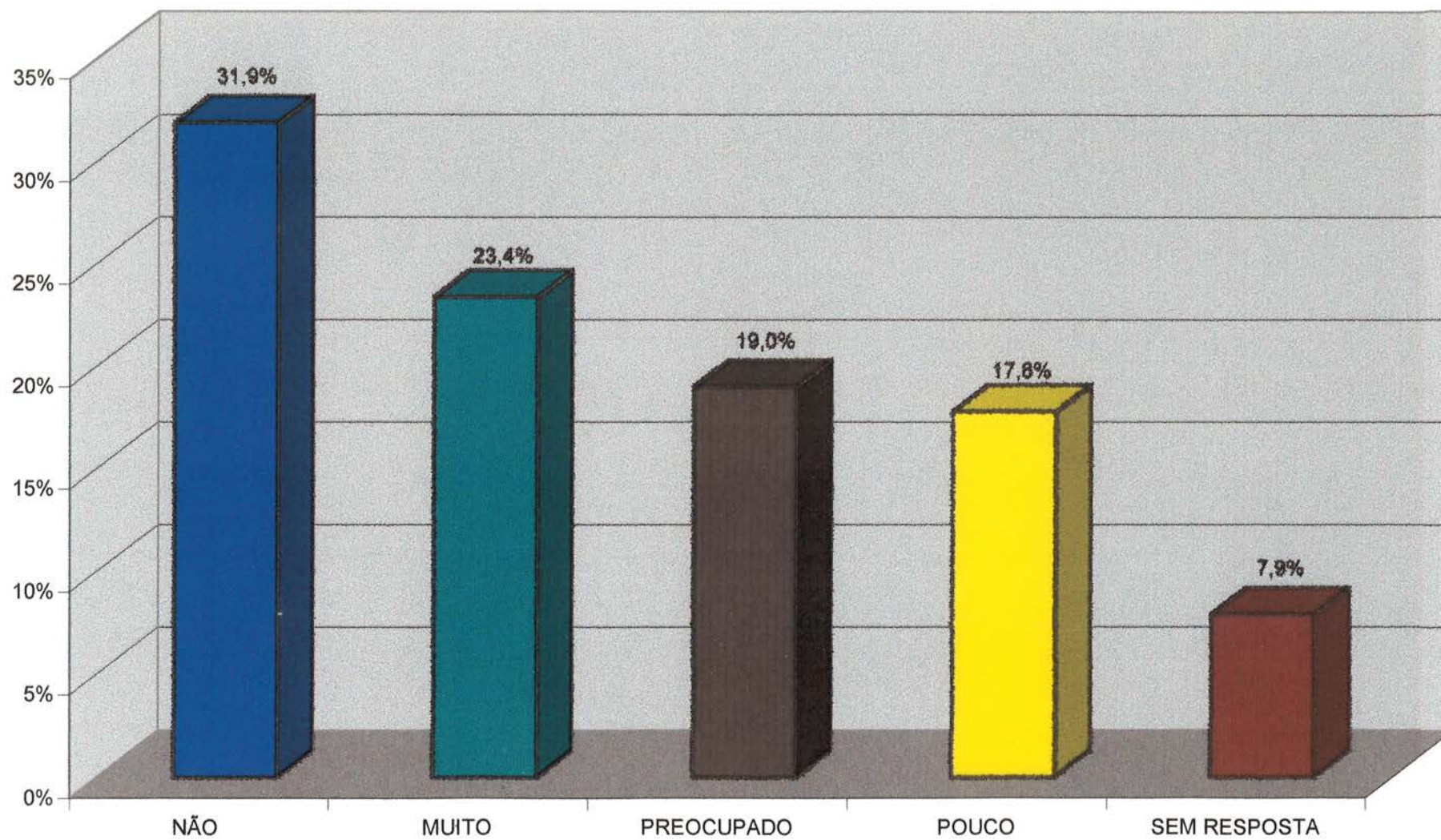


Gráfico 14. Presença de sintoma de chiado

